

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Sachsenberg bei Schwerin i. M. und der Psychiatrischen und Nervenklinik Kiel.)

Klinische Beiträge zum Konstitutionsproblem.

II. Mitteilung¹⁾.

Schizophrene mit pyknischem Körperbau.

Von

Kurt Kolle-Kiel.

Mit 36 Textabbildungen.

(Eingegangen am 13. Juli 1926.)

Inhaltsangabe:

| | Seite |
|---|-------|
| Einleitung | 93 |
| Kritische Stellungnahme zu gleichgerichteten Arbeiten | 94 |
| Zwischenbetrachtung über die Körperbauprobleme | 97 |
| Die eigenen Untersuchungen: | |
| 1. Kennzeichnung des Materials | 101 |
| 2. Methodisches Vorgehen | 102 |
| 3. Kasuistik: 18 Krankengeschichten mit besonderer Berücksichtigung des Körperbaues | 103 |
| 4. Das Lebensalter | 144 |
| a) Einwirkung des Seniums auf schizophrene Krankheitsprozesse . . | 145 |
| 5. Klinische Verlaufsformen | 146 |
| 6. Schlußbetrachtungen zur Körperbaufrage: | |
| a) Somatische Morbiditätsbefunde | 147 |
| b) Gewichtskurven | 148 |
| c) Streiflichter zur Soziologie der Habitustypen | 153 |
| 7. Die Erblichkeitsbefunde | 155 |
| 8. Psychopathologische Erörterungen | 161 |
| Schlußbetrachtungen | 162 |
| Zusammenfassung | 163 |

Die folgende Abhandlung nimmt zum Ausgangspunkt ein bereits früher unter rein somatologischen Gesichtspunkten veröffentlichtes Material von Schizophrenen (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **72** u. **75**), und zwar dasjenige darunter, bei welchem pyknischer Körperbau diagnostiziert wurde.

Da bereits eine Reihe von Arbeiten vorliegen, welche sich — teils vom somatischen Habitus (*Mauz, Eyrich*), teils von erbbiologischen Gegebenheiten (*Hoffmann*) ausgehend — um die Klärung klinischer

¹⁾ Vgl. dazu I. Mitteilung: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **77**, H. 2, S. 183—238.

Probleme innerhalb der Gruppe der Schizophrenien bemüht haben, möge eine Stellungnahme zu den Arbeiten der genannten Autoren vorausgeschickt werden.

Stellen wir zunächst das Ergebnis der Arbeiten von *Mauz*¹⁾ und *Eyrich*²⁾ voran, so dürfen wir es dahin zusammenfassen, daß sich unter den pyknischen Schizophrenen „kein Fall einer früh einsetzenden, klassisch progredienten Schizophrenie“, dagegen Erkrankungen mit „verhältnismäßig mildem Verlauf“, insbesondere „chronisch Paranoide“ und periodische Formen befanden (*Eyrich*). Aber nicht nur klinisch, sondern auch psychopathologisch sollen diese schizophrenen Pykniker eine „Gesamthaltung“ zeigen, „die sich von der des klassischen Schizophrenen in vielem Wesentlichen unterscheidet“ (*Eyrich*). Es werden da besonders genannt „die affektive Stimmungsgrundlage, die öfters der des Zyklothymen gleicht, wobei hypomanische Stimmung nicht selten ist“ (*Eyrich*), ferner der gute Rapport mit diesen Kranken, die unsichere Einstellung des Kranken seinem Wahn gegenüber und endlich die Tatsache, daß „schon bei der prämorbidien Persönlichkeit die kennzeichnenden Eigenschaften der zyklothymen Charakterzüge in der Mehrzahl der Fälle neben den schizoiden leicht nachzuweisen sind“ (*Eyrich*).

Bleiben wir zunächst einmal bei der präpsychotischen Persönlichkeit und sehen uns daraufhin die von *Mauz* und *Eyrich* mitgeteilten Fälle an, so finden wir immerhin, daß *von den 7 Probanden von Mauz allein 4 nicht zyklothym sind!* Bei dreien von diesen 4 sagt der Autor selbst, daß sie „schizoid“ sind, resp. „schizothym“ seien, bei dem 4., Karl Hesse, geht der Autor auf die prämorbidie Persönlichkeit nicht ein. Wir skizzieren daher mit den Worten des Autors seinen Charakter kurz: „Er war einträumerischer, versonnener Knabe. Kameraden hatte er nur wenige, konnte sich an niemand recht anschließen. Die Prüfungen fielen nie so aus, wie man hätte erwarten sollen. Es fehlte ihm die Konzentrationsfähigkeit. Von seinem sexuellen Triebleben war er schon in jungen Jahren sehr in Anspruch genommen. Homosexuelle Handlungen mit Mitschülern, sodomitische Anwandlungen, zeitweises Onanieren war der Ausdruck seiner starken sexuellen Triebunsicherheit. — Sein Vorgesetzter schreibt von dem 21 jährigen Lehrer: „... außerhalb der Schule zeigt er ein mißtrauisches, fast menschenscheues Wesen, sitzt den ganzen Tag still in seinem Zimmer...“. Man wird danach nicht im Zweifel sein, daß K. H. nach der *Kretschmerschen* Einteilung ein „Schizoide“ ist.

Von den 17 Fällen *Eyrichs* sind auch zwei Probanden vor ihrer Erkrankung „schizoid“ (Fall 2 und Fall 6).

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 86. 1923; 101. 1926.

²⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 97. 1925.

Die *Eyrichsche* Formulierung, daß die „Betrachtung der prämorbiden Persönlichkeit uns zeigt, daß die pyknischen Schizophrenen mit gekennzeichnet sind durch Eigenschaften, die dem Schizoiden fremd sind“, findet also in den namentlich von *Mauz* veröffentlichten Fällen keine einwandfreie Stütze.

Auch *Hoffmann* hat in seiner Monographie „Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis“¹⁾ derartige „schizoide“ Pykniker beschrieben.

Sehen wir nun, wie sich die oben aufgezeigten Divergenzen zwischen den Behauptungen von *Eyrich* und den von *Mauz* beigebrachten Tatsachen darstellen, wenn wir jetzt *Hoffmann* dazu hören. Dieser Autor findet bei seinem Material, „daß die Schizoiden eine größere Wahrscheinlichkeit besitzen, an einer *einfachen progredienten Schizophrenie* zu erkranken“ (S. 44/45) und ebenso die „Astheniker eine starke Affinität zum *einfach progredienten Verlauf* besitzen“ (S. 46). Dahingegen sollen Pykniker und Zyklothyme zu remittierendem Verlauf neigen.

Das Auseinandergehen von ursprünglicher seelischer Anlage und Körperbau bei der Mehrzahl der *Mauzschen* Schizophrenen (4 von 7!) führt also unter den von *Hoffmann* formulierten Gesichtspunkten zu verwirrenden Widersprüchen. Nach *Hoffmann* müßten nämlich die 4 Schizoiden von *Mauz* einfach progrediente Verlaufsformen zeigen. Da diese Schizoiden aber gleichzeitig Pykniker sind, dürfen sie es wieder nicht!

Wir wollen mit *Hoffmann* (S. 6) sagen: „Diese Beispiele mögen genügen. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß wir sie nur mit einer gewissen Gewaltsamkeit in das übliche diagnostische Schema einpressen können.“

Hoffmann wird allerdings — mit Recht — gegen diese Anwendung seines Zitates lebhaften Einspruch erheben, denn mit dem „üblichen diagnostischen Schema“ meint er natürlich nicht das von ihm und *Kretschmer* eingeführte „Schema“, welches besser als die früheren sein soll — wir haben aber gerade *dieses* im Auge, wenn wir mit *Hoffmanns* eigenen Worten und auf Grund des von ihm und seinen Mitarbeitern beigebrachten Tatsachenmaterials zeigen möchten, daß man in der Tat nicht alles mit Gewaltsamkeit in diagnostische Schemata einpressen kann.

Angesichts der von uns früher hervorgerufenen „temperamentvollen literarischen Fehde“ — wie *Gaupp*²⁾ in dem von uns dankbar anerkannten Bestreben, persönlich ausgleichend zu wirken, schreibt — möge man uns verzeihen, wenn wir noch ein weiteres Zitat *Hoffmanns* bringen, bevor wir fortfahren: „Es würde nach meiner Ansicht zweckmäßiger und vor allem fruchtbarer sein, die Polemik einzustellen und statt dessen durch subtile Untersuchungen diese Beziehungen weiter zu vertiefen und zu differenzieren“ (S. 35). Wir haben gar nicht im Sinne, bloße „Polemik“ zu treiben, wir haben stets nur und auch in der vorliegenden

¹⁾ Berlin: S. Karger 1925.

²⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **101**. 1926.

Arbeit beabsichtigt, solche „subtilen Untersuchungen“ anzustellen. Aber sowie man unsere Tatsachen kritisch unter die Lupe nimmt, wird man es uns doch auch verstatten, dies bei unseren Kritikern zu tun. Andernfalls erstarrt alle Forschung in Dogmen. Wenn wir also zahlreiche Unstimmigkeiten in dem *Mauzschen Material* aufzeigten, welche nicht geeignet erscheinen, *Kretschmers* und *Hoffmanns* Theorien zu stützen, so geben wir uns der Hoffnung hin, daß man nicht immer wieder nur feindselige Polemik dahinter wittern wird.

Daß die aus der Tübinger Klinik veröffentlichten Materialien gar nicht immer für die von den dortigen Forschern angenommenen Zusammenhänge sprechen, geht z. B. aus den Ausführungen von *Bostroem*, „Zur Frage des Schizoids“¹⁾ hervor. Dieser Autor konnte an denselben Arbeiten, die wir soeben besprochen, wieder andere Widersprüche aufdecken. *Bostroem* konnte nämlich an Hand der *Mauz-Eyrich-Hoffmannschen* Ergebnisse zeigen, daß in $\frac{1}{5}$ der Fälle *Hoffmanns* die schizophrenen Präpsychotiker „zyklothym“ geartet waren und daß die *Mauzschen* „Prozeßschizophrenen insgesamt in fast einem Drittel der Fälle nicht den affinen Körperbau haben . . .“. Das würde genau mit unseren Körperbaubefunden an Schizophrenen übereinstimmen: wir fanden unter 200 Männern rund 30% pyknische Formen. Der Widerspruch, der darin liegt, daß wir unlängst die Meinung vertreten haben (Klin. Wochenschr. 1926, Nr. 14), daß der Prozentgehalt an pyknischen Formen bei Schizophrenen und Geistesgesunden der gleiche sei, nämlich 12%, besteht natürlich nur scheinbar. Denn wir haben die Prozentzahlen ja lediglich — unter Hintanstellung unserer eigenen Befunde — statistisch aus sämtlichen Nachuntersuchungen errechnet. Unsere auf rein empirischem Wege gewonnenen Resultate bei den 200 Schizophrenen sollen dadurch in keiner Weise verdunkelt werden. *Kretschmer* selbst hat sich in letzter Zeit, wenn auch mit Vorbehalten, der Unwiderlegbarkeit unserer somatometrischen Ergebnisse nicht verschließen können. Wir denken vielmehr so, daß eben durch verschiedene Faktoren — wie auch *Kretschmer* annimmt — bei den einzelnen Untersuchern verschiedene Prozentzahlen zustande kommen. Wir wiesen schon früher darauf hin, daß auch andere Autoren (z. B. *Olivier*, *Verciani* u. a.) annähernd dieselben Zahlen für Pykniker unter Schizophrenen gefunden haben, aber die einzelnen Materialien sind eben verhältnismäßig klein. Erst die Errechnung von Prozentzahlen an großem Material gibt ein richtiges Bild²⁾.

¹⁾ Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 77, H. 1. 1926.

²⁾ Wir bringen diese Dinge so ausführlich zur Sprache, weil v. *Rohden* (nach brieflichen Mitteilungen) aus polemischen Gründen die Alternative stellt: entweder es stimmt nicht, daß 12% Pykniker unter den Schizophrenen vorkommen oder *Kolle* hat falsch untersucht, denn er findet doch die 3fache Anzahl unter seinen Schizophrenen. Da v. *Rohden* selbst nun aber 12% als Durchschnittsziffer für Pykniker unter 3262 Schizophrenen errechnet hat, will er den Schluß ziehen:

Bostroem faßt seine Meinung — und wir möchten uns ihr nachdrücklichst anschließen — dahin zusammen: „Gibt es somit Schizophrenien sowohl bei nicht Schizoiden wie auch bei nicht Leptosomen, Athletischen und Dysplastischen in so großer Zahl, so darf man weder in Beziehung auf den Körperbau noch auf die Schizoidie von einer conditio sine qua non für die Schizophrenie sprechen.“

Das ganze Problem ist inzwischen aber auch dadurch in eine neue Phase eingetreten, daß außer *uns selbst* (Klin. Wochenschr. 1926, Nr. 14) auch *Gruhle*¹⁾ und *v. Rohden*¹⁾ — alle drei unabhängig voneinander — zu dem Schluß kamen, den wir am besten mit *Gruhle* dahin zusammenfassen, daß „*die schizophrene Gruppe überhaupt keine konstitutionelle Gruppe ist*“; auf die weittragende Bedeutung dieser Feststellungen sind wir bereits in unserer I. Mitteilung eingegangen¹⁾.

Zwischenbetrachtung.

Es erscheint angesichts der durch neuere Arbeiten *Gruhles*²⁾ u. a. entstandenen Problematik hinsichtlich aller Befunde, lediglich den *Körperbau* betreffend, unumgänglich notwendig, im Zusammenhange der *Mauz-Eyrichschen* Arbeiten die eigentlichen Grundlagen — deren beraubt, die Autoren auch ihres Optimismus verlustig gehen müßten — zu überprüfen.

In Anbetracht der vielfachen Meinungsverschiedenheiten über Abgrenzung, Benennung, Einheitlichkeit der Körperbautypen lohnt es sich denn wohl, das körperbauliche Verhalten der *Mauz-Eyrichschen* Probanden an Hand der von diesen Autoren wiedergegebenen Befunde sich zu vergegenwärtigen. Wenn *Eyrich* schreibt, daß „keiner rein pyknischen Körperbau zeigte“, sondern „bei jedem, wie auch bei den Fällen von *Mauz*, in mehr oder minder hohem Grade Einschläge zu finden waren, die einem anderen Körperbautypus zugehören, etwa in der Art, daß

Kolle hat „falsch“ untersucht. Da der Autor so denkt, kann man ihm den Vorwurf nicht ersparen, daß es dann unverzeihlich war, solche „falschen“ Untersuchungen in seiner Statistik mit zu berücksichtigen. Denn er hat nämlich bei der Errechnung der auch von ihm gefundenen 12% unsere und die den unseren ganz ähnlichen Ergebnisse von *Sioli-Meyer*, *Olivier*, *Verciani*, *Michel-Weeber* mit eingerechnet. Hätte er dies nicht getan, so würde er eine viel niedrigere Prozentzahl für schizophrene Pykniker gefunden haben! Es würden bei Negierung unserer Befunde und derjenigen von *Sioli-Meyer* usw. also auch die von *v. Rohden* aus den 12% gezogenen Schlüsse hinfällig werden!

¹⁾ Wenn *Delbrück* (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 77, H. 4) die von *Gruhle* und *uns* erhobene Forderung nach Kontrolluntersuchungen an Normalen als „unverständlich“ bezeichnet, so beweist das nur, daß der Autor die eigentlichen Probleme überhaupt nicht sieht. Auf *Delbrücks* übrige in hohem Maße anfechtbare Ausführungen hier näher einzugehen liegt kein Anlaß vor. Es sei nur darauf verwiesen, daß *Krisch* (*ibid.*) mit sehr greifbaren Argumenten die Annahme des von *Delbrück* erfundenen epileptothen Charakters schärfstens zurückgewiesen hat.

²⁾ Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 77, H. 1. 1926.

bei mehr athletischem Bau des Rumpfes der Kopf pyknisch war oder daß ein mehr asthenisch gebauter Körper breiten Gesichtsumriß, pyknische Hände und ebensolchen Fettansatz am Bauche zeigte“, so ergibt die Durchsicht der Körperbaufbefunde dann auch tatsächlich, daß es sich lediglich um solche sog. „pyknischen Einschläge“ handelt.

Mauz hat leider überhaupt kaum Angaben über den Körperbau gemacht: die eine ausführlichere Darstellung des Probanden 3 dahingehend, daß „der Körper einige atypische Züge aufweist, die mehr dem asthenischen Habitus angehören“ und daß bei starken Brauen das Haupthaar dick und deutlich hereinwachsend ist, mutet allerdings wenig beweiskräftig dafür an, daß der Autor sich entschließt, die Körperbauform als „trotzdem vorwiegend pyknisch“ zu bezeichnen. Im Vergleich mit *Kretschmers* Schilderungen würde man es für objektiver halten, in diesem Falle von „vorwiegend asthenisch“ zu sprechen.

Anders bei *Eyrich*, welcher ausführlichere Aufzeichnungen macht. Da wir beabsichtigen einiges Kritische dazu zu sagen, können wir nicht umhin, die Befunde hier pedantisch wiederzugeben¹⁾:

Fall 1: „Rumpf und Extremitäten leptosom“, „Kopf uncharakteristisch“.

Fall 2: Rumpf „athletische Proportionen“, Kopf nähert sich dem Hochkopf. Schulterbreite 40,5 cm!

Fall 3: „Rumpf Mischung aus pyknischen und athletischen Komponenten“, lange, zarte Hände.

Fall 4: „Rumpf und Glieder mehr athletisch“.

Fall 5: „Blasse, pastöse und ein wenig gedunsene Haut“, lange, zarte Hände.

Fall 6: Winkelprofil und steile Eiform. Zarte, lange Finger. Brustumfang (mittel) 92 cm, Hüftumfang 97 cm.

Fall 7: „Alle Verhältnisse entsprechen dem pyknischen Typ“ (? Ref.)

Fall 8: Rumpf, uncharakteristische und athletische Züge; schmale, zarte Hände“.

Fall 9: Rumpf „leptosom“; Schulterbreite 40 cm! Hochkopf.

Fall 10: „Rumpf und Extremitäten athletisch“; Schulterbreite 39 cm; Kopf „bei mehr athletischen Proportionen pyknische Einschläge“.

Fall 11: „Rumpf leptosom“; Hochkopf.

Fall 12: „Rumpf und Extremitäten rein athletisch“.

Fall 13: Rumpf „vorwiegend pyknisch mit athletischen Einschlägen“; Schulterbreite 39,5 cm, Kopf uncharakteristisch.

Fall 14: Rumpf „uncharakteristisch mit pyknischen und athletischen Zügen“; Kopf uncharakteristisch.

Fall 15: „Beträchtlicher Fettansatz“ am Rumpf, Becken verbreitert. Schulterbreite 38,5 cm. Hüftumfang 90,5 cm. Kopf „nicht sehr charakteristisch“.

Wir zählen aus: in 8 von 15 Fällen sagt der Autor selbst, daß Rumpf und Extremitäten entweder leptosom oder athletisch seien (Fall 1, 2, 4, 8, 9, 10, 11, 12). Bei 3 weiteren Fällen handelt es sich um ein Gemisch aus athletischen und pyknischen Komponenten (Fall 3, 13, 14). Von

¹⁾ Es sind immer nur die für die Habitus-Diagnose wesentlichen Befunde, also vor allem Rumpf, Gliedmaßen, Kopf, herausgegriffen, auf die anderen Nebenbefunde *Eyrichs* gehen wir später noch ein.

den 4 bleibenden Fällen zeigen zwei ein Überschießen des Hüftumfanges über den Brustumfang (Fall 6 und 15), nach *Kretschmer*; (s. dazu „Bemerkungen zu der Arbeit von Kolle“. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 94, 1924), also ein ganz „unpyknisches“, viel eher auf grobe dysglanduläre Störungen hinweisendes Merkmal, einer (Fall 5) hat blasse, pastöse, gedunsene Haut und lange zarte Hände (das letztere Merkmal mit noch 3 von den schon erwähnten gemeinsam und nur von einem (Fall 7) vermeidet es der Autor, genauere Angaben zu machen. Daß bei 9 Fällen (Fall 1, 2, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15) außerdem auch der Schädel entweder Hochkopf oder Winkelprofil aufweist oder uncharakteristisch gefunden wird, sei nur nebenbei bemerkt.

So sehen also die Tübinger Pykniker aus — nicht nach unserem eigenen unmaßgeblichen Eindruck, sondern nach den wörtlichen Beschreibungen eines *Kretschmer*-Schülers. Wir können hier die Bemerkung nicht unterdrücken, daß, wenn wir solche Kranke Pykniker genannt hätten, *Kretschmer* — mit Recht — darauf hingewiesen hätte, daß diese „Pykniker“ ganz anders aussehen wie seine.

Wir wollen aber auch bei der kritischen Bewertung dieser *Eyrichschen* Befunde unser eigenes Urteil zurückstellen und dazu *Gruhle* hören, einen Forscher also, dem man jedwede Sachkenntnis nicht wird absprechen wollen. *Gruhle* sagt: „Es ist nicht angängig, daß man sozusagen die Merkmale zählt und sich etwa bei einem unbestimmten Rumpftypus dann für pyknisch entscheidet, wenn die Hände und Füße klein sind oder daß man gar folgendermaßen schließt: Kopf, Gesicht, Hals, Hände, Füße sind pyknisch, also schadet es nichts, wenn der Rumpf nicht pyknisch ist; — er wird doch als Pykniker gezählt.“

Das ist auch unsere Meinung, wie wir sie ja verschiedentlich vertreten haben. Die Fälle von *Eyrich* haben aber — selbst wenn man nur Merkmale mechanisch (*Jaspers* würde sagen: sinnlos) zählt¹⁾ — nicht einmal soviel Chancen, für Pykniker gehalten zu werden, wie die von *Gruhle* konstruierten; denn deren Diagnose baut sich meist auf noch viel weniger eindeutigem Befunde auf. Meistens steht im Vordergrunde der Gesichtsumriß (Fünfeck, Breitschild), Behaarungsverhalten oder Vasomotorium. In Anbetracht der überaus subtilen und gründlichen Untersuchungen *Gruhles*, welcher nur ganz „lose und ungewisse Beziehungen des Körperbaus zu sonstigen körperlichen Merkmalen, insbesondere zu denen des Gesichts“ fand, wird man den Schluß ziehen müssen, daß die von *Eyrich* beschriebenen Kranken zu Unrecht die Diagnose pyknisch tragen²⁾. Eigentlich — wie wir ehrlicherweise gestehen müssen — eine betrübende

¹⁾ s. dazu auch *Gruhle*: Konstitution und Charakter. Naturwissenschaften Jahrg. 12, Heft 47. 1924.

²⁾ Wenn die Diagnose pyknisch bei dem zirkulären Tübinger Material ebenso weitherzig gestellt wurde, würde der hohe Prozentsatz an Pyknikern nicht wundernehmen.

Einsicht, die wir da gewonnen haben. Fällt doch mit ihr der mühselig errichtete Bau einer konstitutions-biologischen Systematik und Prognostik zusammen, lohnt es sich doch kaum, die auf so unsicherem Grundestehenden Forschungsergebnisse überhaupt nachzuprüfen. Wenn wir es trotzdem getan haben, so deswegen, weil wir glauben darum zu können, daß unsere Probanden mit ungleich größerem Recht als pyknisch zu bezeichnen sind.

Die ausführliche Darstellung der bei unseren Schweriner Schizophrenen erhobenen Einzelbefunde scheint schon deswegen geboten, weil wir hoffen, durch die vorliegende Publikation allen objektiv eingestellten Fachgenossen die Möglichkeit zu geben, sich selbst ein Urteil darüber zu bilden, ob die von *Kretschmer* gegen uns erhobenen Vorwürfe und Einwände berechtigt sind oder nicht.

Bevor wir jedoch auf unser eigenes Material eingehen, möchten wir im Anschluß an *Gruhles* Studien bei Geistesgesunden und *Bostroems* Ausführungen zum Schizoid nochmals kurz einige Fragen streifen.

Wenn *Bostroem* glaubt, daß man die Körperbautypen nicht „lediglich durch Meßmethoden nachweisen“ könne, weil sie „in erster Linie auf einer künstlerischen Intuition beruhen“, welche „künstlerische Veranlagung und Schulung voraussetzt“, so trifft sich das gewiß nicht mit *Kretschmers* Ansichten. Denn *Bostroem* verlangt damit doch wieder für die Nachprüfenden jene „Kennerchaft“ und eine „gewisse Form intuitiver Begabung“ (*Gaupp*), stellt also auch den modernen Körperbauforscher, welcher naturwissenschaftlicher Empiriker sein will (*und sein soll*) doch wieder „in die Reihe der Lavater oder Gall“ (*Gaupp*). Gerade gegen diese Beurteilung der *Kretschmerschen* Methodik, als lediglich auf künstlerischer, also nicht naturwissenschaftlicher Intuition fußend, wehrt sich, aber *Gaupp*.

Auf die, von *Bostroem* bejahte, Frage, ob „derart erfaßte Typen für wissenschaftliche Zwecke nicht verwendbar sein sollten“, soll hier nicht eingegangen werden; denn ihre Bejahung oder Verneinung hängt dann auch — ebenso wie die künstlerische Intuition — von Voraussetzungen irrationaler Art ab, steht also außerhalb empirisch-naturwissenschaftlicher Problematik. Sicher scheint nur, daß diese rein künstlerisch-intuitive Erfassung von Typen, wie sie *Bostroem* im Auge hat — und das dürfte auch *Gaupps* Ansicht sein —, tatsächlich nicht mehr in den Bereich naturwissenschaftlicher Erkenntnis gehört.

Bekannt man sich zu der *Bostroemschen* Ansicht, so müssen die sämtlichen bisherigen Untersuchungen zur Körperbaufrage zuerst einmal in Frage gestellt werden, bevor Klarheit herrscht, bei welchen von den betreffenden Forschern die von *Bostroem* geforderten Voraussetzungen als gegeben zu erachten sind. Diese Nachprüfung der optischen Veranlagung der einzelnen Autoren könnte allerdings unterbleiben, weil fast sämtliche Autoren sich bei ihrer Diagnostik auf mathematische

Beweise stützen, Argumente also, welche nach *Bostroem* im Bereich der Körperbauforschung keinen Anspruch auf Gültigkeit haben.

Da wir selbst von jeher für methodologische Sauberkeit eingetreten sind, so ist es sehr zu begrüßen, daß *Gruhle* einen Weg eingeschlagen hat, welcher weder eine besondere künstlerische Veranlagung voraussetzt noch auch „die Zahl grundsätzlich als den letzten Schluß psychiatrischer Weisheit betrachtet“ (*Kahn*)¹⁾.

Die weitgehenden Differenzen in den Prozentzahlen der einzelnen Nachuntersucher — wir selbst haben schon öfter darauf hingewiesen und *Gruhle* hat mit besonderem Nachdruck darauf aufmerksam gemacht — zeigen immer deutlicher an, wieviel Subjektivität wir von den „objektiven“ Ergebnissen abziehen müssen, aber nicht nur bei den Kritikern der *Kretschmerschen* Lehre, sondern auch bei den „positiven“ Arbeiten.

Nachdem wir so nochmals die bei vielen Forschern nur „sphärisch“ anklingende Problematik im Umkreise des physiognomischen Arbeitsgebietes in deutlichste „Ich-Nähe“ gerückt haben, können wir dazu übergehen, unsere eigenen Untersuchungen darzustellen.

Eigene Untersuchungen²⁾.

Als Ausgangspunkt der vorliegenden Erhebungen wurde — wie bereits erwähnt — die in unserer I. Mitteilung zum Körperbauproblem (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 72) unter mehr statistischen Gesichtspunkten veröffentlichte Gruppe pyknisch, umfassend 18 männliche Schizoprene, gewählt. Der große Vorteil unseres Materials scheint uns darin zu liegen, daß es sich durchweg um Psychosen handelt, die wir im Längsschnitt vieler Jahre, ja Jahrzehnte, verfolgen können. So haben wir — um diese genaueren orientierenden Angaben vorwegzunehmen — darunter *nur 2 Kranke, die kürzer als 10 Jahre* (8 und 9 J.), *5 Kranke, die kürzer als 20 Jahre* (19, 19, 18, 17, 12 J.), *6 Kranke, die kürzer als 30 Jahre* (25, 24, 24, 22, 20, 20 J.), *2 Kranke, die kürzer als 40 Jahre* (33 und 30 J.) beobachtet wurden und gar *3 Fälle, die seit über 50 Jahren* (50, 54 und 55 J.) sich dauernd in Anstaltsbehandlung befinden. Auch unter den Verwandtschaftspsychosen sind einige, deren Geschick wir an Hand von Krankenblättern viele Jahre zurückverfolgen können.

Bei den *Mauz-Eyrichschen* Fällen handelt es sich fast ausschließlich, mit vereinzelten Ausnahmen, um klinisch nur kurz beobachtete Kranke. Man wird sein endgültiges Urteil über die Verlaufsformen dieser Er-

¹⁾ Erbbiologische Einleitung in Aschaffenburgs Handbuch.

²⁾ Für die Überlassung des Materials bin ich dem Direktor der Anstalt Sachsenberg, Herrn Ob.-Med.-Rat Dr. Joh. Fischer zu aufrichtigem Dank verpflichtet. Weitgehende Hilfe und Unterstützung bei der Durchführung meiner Untersuchungen erfuhr ich von Herrn Oberarzt Med.-Rat Dr. K. Schmidt, dem ich auch an dieser Stelle nochmals herzlichst Dank sage.

krankungen also noch zurückstellen müssen. Von welcher Bedeutung gerade die langjährige dauernde Beobachtung schizophrener Psychosen ist, das zeigt u. a. mit eindringlicher Deutlichkeit die Nachuntersuchung der *Kraepelinschen Paraphrenien* durch *Mayer*.

Die von *Jaspers*¹⁾ z. B. schon immer erkannte Aufgabe der Verfolgung von Lebensschicksalen chronisch Geisteskranker — eine wie reizvolle, wenn auch mit viel mühseliger Kleinarbeit verknüpfte Aufgabe — ist eigentlich nur von der Anstaltspsychiatrie zu leisten. Daß diese so wenig von ihrem beneidenswerten Vorrecht Gebrauch macht, ist meines Erachtens sehr zum Schaden unserer Wissenschaft.

Bei der Wiedergabe dieser Krankengeschichten — die in toto veröffentlicht, einen dickeibigen Band ergäben — mußte natürlich ein abkürzendes Verfahren gewählt werden. Es war aber unser Bemühen, dabei so vorzugehen, daß die eigentlichen Verfasser der Journale — unbeschadet mancher schiefen oder inkorrektcn psychopathologischen Formulierungen — möglichst unverfälscht zu Worte kamen. Psycho-pathologische „Werturteile“ wurden von uns selbst nur dort eingesetzt, wo der Sachverhalt eindeutig und mit einem orientierenden Stichwort besser als mit vielen Einzelheiten zu vermitteln war.

Um dem Leser eine bessere Übersicht und Orientierung in der etwas umfangreichen Kasuistik zu ermöglichen, haben wir unter bestimmten Gesichtspunkten eine Gliederung der einzelnen Lebensläufe vorgenommen, und zwar in:

1. den Körperbau, und zwar so genau wie möglich (anschauliche Beschreibung, Maßzahlen und Lichtbild)²⁾.
2. die somatische Morbidität im engeren Sinne.
3. die präpsychotische Persönlichkeit.
4. die eigentliche Krankengeschichte und
5. die Erblichkeit (die letztere — soweit möglich — nicht nur durch Diagnosen, sondern durch Krankengeschichten belegt, die jedem Leser eine genauere Nachprüfung gestatten).

Bei der Reihenfolge der Wiedergabe verzichten wir bewußt auf jede Ordnung nach etwaigen klinischen Typen, geben vielmehr einer ganz unverbindlichen rein alphabetischen Ordnung den Vorzug. So kann auch der Leser ganz unvoreingenommen an das Material herantreten. Unsere eigene diagnostische Stellungnahme ist aus der jedem Fall angeschlossenen kurzen Zusammenfassung zu ersehen.

¹⁾ Allg. Psychopathologie, 3. Aufl. Berlin 1923.

²⁾ Zu den Abbildungen ist folgendes zu bemerken: Sie sind sämtlich von mir selbst unter recht ungünstigen äußerem Verhältnissen im Dezember 1925 aufgenommen worden. Wo sich gegenüber der Körperbauuntersuchung (1923) Unterschiede ergaben, wird beim Einzelfall vermerkt werden. Grundsätzlich kann gesagt werden, daß die Behaarungsverhältnisse am Rumpf, namentlich bei ergrauten oder hellhaarigen Leuten, auf diesen Amateurbildern schlecht zu sehen sind.

Fall 1 (Abb. 1). Bob., jetzt 83 Jahre alt.

Körperbau: Pyknisch.

Somatoskopisch: Pyknischer Flachkopf, pyknisches Profil, kurze, relativ grazielle Gliedmaßen, spiegelnde Glatze, weiches, dünnes Kopfhaar, starker, gleich mäßiger Bartwuchs. Terminalbehaarung: Brustdreieck. Gerötete Gesichtshaut (Gefäßinjektion).

Somatometrisch: Kgr. 167 cm, Kgew. 80 kg, Brustumfang 110 cm, Bauchumfang 110 cm, Pignet¹⁾: — 23,0, Rohrer²⁾: 1,72, Prop. Br.U.²⁾ 66,0. Kopfumfang 57,0 cm.

Somatische Morbidität: Leistenbruch, Furunkulose, Arteriosklerose (2 apoplektische Insulte).

Präpsychotisch: Soll von jeher etwas mißtrauisch gewesen sein.

Krankengeschichte: Erkrankung begann schleichend mit 28 Jahren. Hatte Vergiftungsideen und die fixe Idee, daß ein fremder Kahn auf dem See sei, der ihn bestehle. Hielt sich aber durch 12 Jahre hindurch immer draußen, die Leute sagten allerdings von ihm, er sei „nicht ganz richtig“. Verschlummerung:

1883 im 40. Lebensjahr. Wurde zunehmend mißtrauischer, ein fremder Fischer bestehle ihn, wurde eifersüchtig, wollte keine Pacht bezahlen, mißhandelte seine Frau, hatte Vergiftungs- und Verfolgungsideen, er bekomme Gift und Teufelsdreck. Sah und hörte seine Verfolger, wurde auch gegen seine Frau mißtrauisch. Meinte, daß die Leute mit ihr hielten, bewachte sie. Warf neulich jemand zum Hause hinaus, der erst kurze Zeit da war. Hörte Engel und Teufel zu sich sprechen. Kaufte sich zu seinem Schutz einen Revolver. Vernachlässigte seine Arbeit, hielt schließlich den ganzen Ort für seine Verfolger, alles stecke voll Hexen. Wurde schließlich tätlich gegen seine Familie, weil er glaubte, man wolle ihn auf die Seite bringen. Der König habe sich mit seiner Frau eingelassen usw.

Verweigert bei der Aufnahme die Nahrung, sehr abweisend. Keinerlei Krankheitseinsicht. Sitzt still für sich da, abstiniert tagelang, Vollständig abweisend.

1884. Sein Essen sei mit Quecksilber vergiftet. Sitzt abweisend und untätig herum, ohne Interesse für seine Umgebung. Bringt nur selten etwas von seinen Wahnsideen hervor. Verweigert hartnäckig jede Beschäftigung. Ganz ohne Krankheitseinsicht. Wird plötzlich heftig gegen den Arzt, bedroht ihn. Keinerlei Neigung zur Beschäftigung. Interessiert sich auch für die Mitkranke nicht. Bleibt dabei, daß er vergiftet worden sei. Auch den besuchenden Angehörigen gegenüber teilnahmslos. Prügeleien, wirft Fenster ein. Immer mißtrauisch und ablehnend.

1885. Untätig, grob und abweisend. Demoliert. Muß öfters isoliert werden.

¹⁾ Ergänze jeweils: -Index.

²⁾ Abkürzung für: Proportioneller Brustumfang $\left(\frac{\text{Brustumfang in cm} \times 100}{\text{Körpergröße in cm}} \right)$.

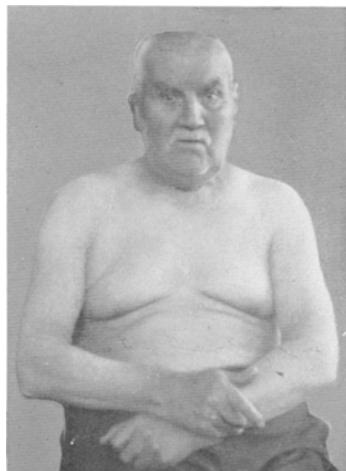


Abb. 1. Bob (Fall 1).

Hält an seinen Wahnideen fest. Wird gegen Ärzte und Pfleger aggressiv. Drängt uneinsichtig fort. Keinerlei Neigung zu Beschäftigung.

1886. Unverändert. Unbeschäftigt. Häufig gewalttätig. Demoliert viel. Uneinsichtig.

1887. Hält an seinen Ideen fest: er habe schon in der Jugend mit dem Teufel einen Bund geschlossen. Tritt Türen ein, wird heftig. Ganz abweisend.

188. Wirft sein Essen zum Fenster hinaus. Zieht sich plötzlich nackend aus, sein Essen sei vergiftet.

1889. Schlägt fortgesetzt Fensterscheiben ein. Unverändert, tut nichts.

1890. Dasselbe Bild. Untätig.

1891. Dauernd in der Zelle. Verweigert jede Arbeit.

1892. Schlägt wieder viel Scheiben ein, weil er den Teufel dahinter sieht.

1893. Sehr brutal bei Streitigkeiten. Untätig, interesselos, abweisend.

1894 und 1895 ganz gleichförmiges Bild.

1896. Keinerlei Interessen, auch für seine Familie nicht. Nur für Essen und Trinken zu haben. Fängt gelegentlich an, seine alten Wahnideen zu produzieren.

1897. Ganz untätig, nur für Essen und Trinken Interesse. Wird vom Bruder nach Hause geholt.

1900. Wiederaufnahme. Habe zu Hause dauernd Schlägereien. Steht müßig umher, ist freundlicher als früher, sagt aber spontan niemals ein Wort. Steht immer an demselben Fenster, spricht vor sich hin, ganz untätig. Zeitweise lebhaftere Sinnestäuschungen. Geht vor sich hin sprechend und gestikulierend umher.

1901. Dauernd Schlägereien, wird sehr brutal.

1902. Sitzt untätig und gestikulierend herum.

1903. Bedroht auch Arzt und Pfleger. Unverändert.

1904. Prügeleien, grobe Gewalttätigkeiten. Untätig, abweisend.

1905. Gleichförmiger Zustand.

1906. Seit einiger Zeit ruhiger, ordentlicher, beschäftigt sich etwas im Haus.

1907. Prügeleien. Wirft sein Essen zum Fenster hinaus. Steht oft, eigentümliche Hantierungen verrichtend, umherspringend, grimassierend und gestikulierend vor dem Fenster.

1908. Keine Veränderung.

1909. Rohe Gewalttätigkeiten gegen Mitkranke. Macht täglich das Klosett rein, wird aber brutal gewalttätig, sobald jemand während dieser Zeit hereinkommt.

1901. Immer wieder ganz brutale Exzesse.

1911. Lehnt bei körperlichem Kranksein jede Behandlung energisch ab.

1912. Ist im ganzen friedlicher geworden, wird aber immer zerfahren.

1913. Gegen Besuch ganz kurz angebunden.

1914—1921. Im ganzen friedlicher geblieben. Beschäftigt sich für sich im Hause. Seltener Schlägereien. Aber kein Kontakt mit seiner Umgebung. Gegen die Ärzte ablehnend.

1922. Lebt gleichgültig für sich dahin. Keinerlei gemütliche Reaktionen, keinerlei Spontaneität, bei gelegentlichen Antworten gänzlich zerfahren.

1923—1926. Gemütlich völlig stumpf. Sitzt ohne Interesse für seine Umgebung untätig in seinem Lehnsessel, ohne sich um irgend etwas zu kümmern.

Erblichkeit: Nichts bekannt.

Daß Bob ein klassischer Pykniker ist, bedarf nicht der Begründung. In der prämorbidien Persönlichkeit scheinen schon — soweit aus den kurzen Angaben zu schließen — paranoide Züge angelegt gewesen zu sein.

Klinisch handelt es sich um eine schleichend beginnende Erkrankung von anfangs rein paranoidem Charakter (es wurde, den damaligen Auffassungen entsprechend, zuerst Paranoia diagnostiziert). Erst mit 40 Jahren macht sich Anstaltaufnahme notwendig. Von da ab sehen wir das Paranoide eigentlich nur noch als Beiwerk — man könnte sagen, daß die ursprüngliche Persönlichkeitsanlage nur noch als pathoplastisches Kolorit durchschimmert — während die katatonen Elemente die Oberhand gewonnen haben. Autistisch, reizbar, mürrisch, grimassiert und gestikuliert er untätig vor sich hin. Zeitweise ist er brutal gewalttätig und demoliert rücksichtslos, was ihm unter die Finger kommt.

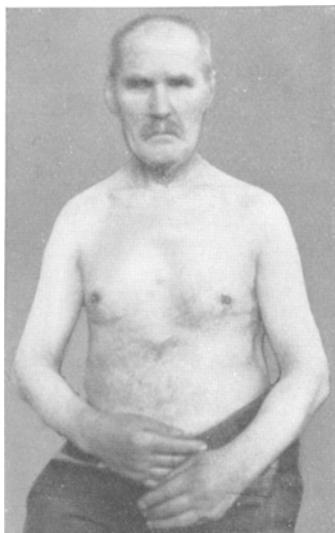


Abb. 2. Bor (Fall 2).

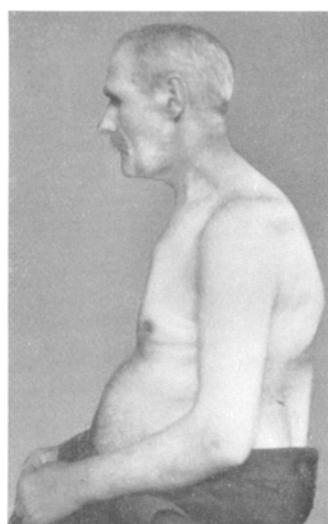


Abb. 3. Bor (Fall 2).

Erst an der Schwelle des Seniums wird er — wie es im Journal heißt — „friedlicher“, seine Aktivität erlahmt, es bleibt ein Zustand fortgeschreitender Demenz. Ein affektiver Rapport ist auch jetzt nicht, ebensowenig wie in früheren Jahren, mit ihm zu gewinnen.

Fall 2 (Abb. 2 und 3). Bor, jetzt 68 Jahre alt.

Körperbau: Pyknisch.

Somatoskopisch: Starker, gleichmäßiger Bartwuchs. Kräftige Terminalbehaarung. Großes Genitale, große Hoden (im übrigen s. Lichtbilder).

Somatometrisch: Kgr. 168 cm, Kgew. 68 kg, Brustumfang 90 cm, Bauchumfang 87 cm, Pignet: + 10,5, Rohrer: 1,42, Prop. Br.U. 53,5.

Somatische Morbidität: Immer gesund gewesen.

Präpsychotisch: Wegen Diebstahl und Brandstiftung vorbestraft. Sonst nichts bekannt.

Krankengeschichte: Kommt, 50jährig, 1908 zur Aufnahme (Vorgeschichte fehlt leider). Beginnt mit einem wüsten Geschimpfe auf Gendarmerie und Polizeibehörden. Gibt an, häufig Stimmen zu hören, er müsse ihnen antworten und sei daher öfter laut. Was diese Stimmen ihm zurufen, gibt er nicht an. Drängt fort, er sei unter Halunken geraten, die ihn vergewaltigt und dann hierher geschafft hätten. Ist dauernd laut, schimpft und spricht den ganzen Tag.

1909. Fragt die Ärzte: Kriegt ihr auch ein anständiges Gehalt für euer Herumstehen? Schimpft beständig vor sich hin. Ist sehr abweisend. Kleine Verrichtungen im Haus führt er aus.

1910. Zeitweise sehr störend durch lautes Schelten, nennt Ärzte und Personal „Mörder“, „Hunde“, „faule Bande“, befiehlt ihnen zu arbeiten, zeigt selbst aber gar keine Neigung dazu. Schimpft, der Staatsanwalt müsse einschreiten, regt sich über die Wirtschaft in der Anstalt auf, bedroht öfters Kranke durch Fußtritte.

1911. Schimpft unausgesetzt vor sich hin: auf die Behörden, auf die staatlichen Einrichtungen usw. Will die „Bande“ hier zur Arbeit schicken. Redet viel von Königs- und Fürstenmördern, die ganze Stadt sei voll von ihnen. Schlägt bei der Visite dem Arzt plötzlich auf die Finger: „Du hast so dumme Finger, du mußt fressen.“ Geht, meist halblaut vor sich hin murmelnd, im Garten auf und ab, beachtet andere kaum.

1912. Murmelt fortgesetzt unverständliches Zeug vor sich hin oder läuft laut schimpfend im Garten hin und her. Will vom Arzt nichts wissen, sitzt meist unätig herum, tut nur gelegentlich etwas.

1913. Unzugänglich. Schimpft in zerfahrener Weise vor sich hin, nimmt von seiner Umgebung keine Notiz.

1914. Arbeitet jetzt regelmäßig im Garten, schimpft zerfahren vor sich hin, dauernd, auch bei der Arbeit. Bringt gelegentlich (formal-) Verständliches hervor: „Wer Menschen umbringt, immer wegschlachten, die können wir später niemals gebrauchen, wir wollen keine Mordbrenner im ganzen Reich.“ Bei jedem Versuch, eine Unterhaltung mit ihm anzuknüpfen, geht er scheltend fort.

1915. Unverändert, zerfahren, redet vorbei, bleibt meist mehrere Tage bei einer Redensart, die als Thema bei seinen Reden immer wiederkehrt. Zu längerer Unterhaltung nicht zu fixieren. Läuft einmal planlos weg, wird aber wieder aufgegriffen.

1916. Hat jetzt öfter Streitereien, brachte Mitkranken blutende Verletzungen bei.

1917. Wieder blutige Schlägereien. Sonst unverändert.

1918. Steht in letzter Zeit selten auf, grundlos. Ist oft sehr störend durch sein lautes Schimpfen, scheint wieder mehr zu halluzinieren.

1919 und 1920. Macht wieder etwas Hausarbeit, faselt dauernd zusammenhangslos vor sich hin.

1921. Gibt bei Anrede ganz unsinnige Antworten.

1922. Völlig autistisches, von allem abgekehrtes Wesen. Will nicht angedreht sein, führt aber sehr oft gänzlich unverständliche Selbstgespräche. Einmal bei Anrede folgendes: „Er kann höchstens Lazarettgehilfe sein. Was die nicht alles kriegen können aus dem Zentrum, immer Lazarettgehilfe sein. Borgen gilt nicht und die Doktorei ist besch Die Doktorei hat keinen Zweck, weil sie keinen Doktor hat, der im Zentrum ist. Ich kann anderweits betteln“ usw. Bricht ab, geht mürrisch davon. Mürrischer Gesichtsausdruck, ungnädiges, verächtliches Gebaren. Gemütlich zeigt er sich ebenfalls in keiner Weise ansprechbar.

1923. Arbeitet automatisch bei Putzarbeiten mit. Spricht fast unablässig murmelnd und nicht weiter verständlich vor sich hin, ohne irgendwie seine Umgebung oder an ihn gerichtete Fragen zu beachten. Indifferent, manchmal leicht gereizte Affektlage.

1924. Unablässig und halblaut und unverständlich vor sich hin murmelnd, manchmal in mehr schimpfendem Tonfall sprechend.

1925. Unverändert. Wird er angesprochen, dreht er sich ab.

Erblichkeit: Nichts bekannt.

Wir werden nicht auf Widerspruch stoßen, wenn wir den Habitus als vorwiegend pyknisch bezeichnen. Leider wissen wir gar nicht, wie lange vor der Aufnahme Bor. schon krank war. 50 jährig erst kommt er wegen einer offenbar akuten halluzinatorischen Erregung in die Anstalt. Anfangs lässt er sich über seine Wahnhinhalte und Phoneme aus, später gar nicht mehr. Zerfahrenen Wortsalat vor sich hin murmelnd und gegen die Ärzte stets gleich abweisend, lebt er wie eine Maschine gleichgültig und interesselos vor sich hin.

Fall 3 (Abb. 4). Bre., jetzt 66 Jahre alt.

Körperbau: Pyknisch.

Somatoskopisch: Pyknischer Flachkopf, kurze Extremitäten, tiefer Brustkorb, spiegelnde Glatze, weiches, dünnes Haar, kräftiger, gleichmäßiger Bartwuchs, ziemlich starke Terminalbehaarung.

Somatometrisch: Kgr. 164 cm, Kgew. 63,3 kg, Brustumfang 91 cm, Bauchumfang 91 cm, Pignet: + 9,5, Rohrer: 1,44. Prop. Br.U. 55,4. Kopfumfang 56,5 cm.

Somatische Morbidität: Ischias, Erysipel, Ekzem.

Präpsychotisch: Soll getrunken haben, sonst nichts bekannt.

Krankengeschichte: Bei der Aufnahme (47 J.) 1907 bald ängstlich, bald verschmitzt vor sich hin lächelnd. Redet von „totpicken“, will unter die Matratze kriechen, bleibt gestikulierend an der Wand stehen, faselt etwas von „tauchen“, verlangt Wasser, fordert aber den Wärter auf, zuerst daraus zu trinken, weil Gift darin sei. Ganz unzugänglich, steht, mit seinen Pantoffeln klappernd, vor dem Bett, lässt sich nicht untersuchen. Verkriecht sich unter die Decke, verzieht sein Gesicht grimassierend, wird allmählich etwas zugänglicher, beschäftigt sich in der Sattlerei, bringt aber nur ganz abgerissene Dinge vor: der Schinken sei ganz rot gewesen, der Lehrling sei plötzlich weggeschickt. Redet dann wieder von totpicken. Fühlt sich nämlich elektrisiert. Bringt viel sexuelle Dinge vor: spricht von Fleck im Hemd, vom Masturbieren und „abgehen, wenn man ein hübsches Mädchen sieht“. Plötzliche Erregungen, „es lebe Christus, wir wollen Schnaps und Bier trinken“. Bedroht und verwünscht andere Kranke. Sitzt wie ein Kater im Bett, fauchend, grinsend, die Zähne fletschend, in alter Weise auf den Arzt schelrend, der ihn habe in den Hals stechen wollen. Sexuelle Anschuldigungen gegen die Ärzte. Abstiniert zeitweise. Begleitet seine Reden mit wunderlichen Gesten und Grimassen. Entkleidet sich öfter unter obszönen Reden. Wird immer verworren und lauter. Abstiniert tagelang.

1908. Abstiniert tagelang. Wirft den Klosettdeckel zum Fenster hinaus, wird häufig laut und gewalttätig, spuckt den Arzt an. Muß öfters isoliert werden, de-

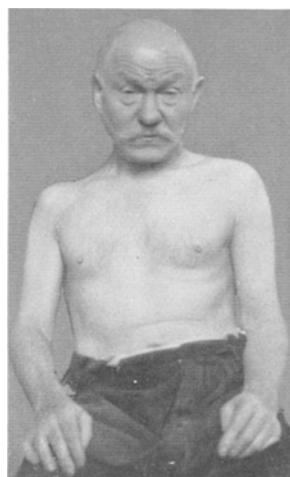


Abb. 4. Bre (Fall 3).

moliert, droht, schimpft. Wortneubildungen. Koproalie. Personenverkennungen. Sobald er der Ärzte ansichtig wird, geht er drohend auf sie los.

1909. Gänzlich zerfahren, abweisend, drohend, schimpfend. Fängt gegen Ende des Jahres wieder an, sich etwas zu beschäftigen.

1910. Verweigert wieder jede Beschäftigung. Bleibt zu Bett. Abweisend, polternd, zerfahren.

1911. Nennt den Arzt bald „Herr Baron“, bald „Einspanner“, bald „Müllkutscher“. Lehnt jede Beschäftigung ab, steht den ganzen Tag am Ofen. Stereotypien.

1912. Untätig, grimassierend, Wortneubildungen. Unzugänglich.

1913. Unterhält sich in selbstgebildeter Sprache mit den Spatzen. Tut nichts. Die alten Drohungen und Schimpfereien.

1914. Spricht mit großer Zungenfertigkeit seine Wortneubildungen vor sich hin. Sitzt herum.

1915. Läßt sich seinen wilden Bart und sein Haar nicht abschneiden.

1916. Verworren, zerfahren, abweisend, untätig.

1917. Sitzt untätig herum, stereotype Bewegungen, zerfahrenes Gefasel.

1918. Unverändert.

1919. Macht jetzt etwas Hausarbeit.

1920. Stereotyp, zerfahren, maniriert, putzt mechanisch die Türklinken, aber auch nicht mehr.

1921. Bizarre sprachliche Äußerungen und Bewegungen. Maniriert, zerfahren. Putzt die Türklinken.

1922. Ganz unverändert.

1923—1926. Affektiv vollkommen stumpf, Grimassieren, Manieren, völlig zerfahren, inkohärent in allen sprachlichen Äußerungen. Putzt in mechanisch-stereotyper Weise die Türklinken.

Erblichkeit: Nichts bekannt.

Zur Photographie. Wegen der stereotypen Haltungen und des fortwährenden Grimassierens gibt sie die Verhältnisse nur ungenügend wieder. Immerhin wird man im Vergleich mit unseren Aufzeichnungen und den Maßen erkennen, daß Bre. seine Körperbaudiagnose zu Recht trägt.

Klinisch fällt das späte Manifestwerden der Psychose auf (über die Vorgeschichte wissen wir leider wieder nichts), besonders deswegen, weil sie von Anfang der Beobachtung an einen ungünstigen Charakter aufweist oder vielmehr: Bre. macht bei der Aufnahme schon den Eindruck eines chronisch Kranken. Abweisend, grimassierend, stereotype Handlungen ausführend, schamlos obszön, nicht zu bändigen, verkennt er seine Umgebung und faselt in selbstgebildeter Sprache vor sich hin. Erst im Laufe der Jahre wird er ruhiger. Gänzlich zerfahren und autistisch putzt er wie ein Automat die Türklinken. Was in ihm überhaupt noch vorgeht, wissen wir nicht.

Fall 4 (Abb. 5). Bro. I., jetzt 71 Jahre alt.

Körperbau: Vorwiegend pyknisch.

Somatoskopisch: Pyknischer Flachkopf, pyknisches Profil. Kurze Gliedmaßen. Große spiegelnde Glatze (Glatze fing bereits mit 24 Jahren an). Starker, gleichmäßiger Bartwuchs. Mittelkräftige Treminalbehaarung. Gut durchblutete Haut. Leichte Gefäßinjektion an Nase und Wangen.

Somatometrisch: Kgr. 163 cm, Kgew. 65 kg, Brustumfang 89 cm, Bauchumfang 88 cm, Pignet: + 9,0, Rohrer: 1,50, Prop. Br.U. 54,5, Kopfumfang 58,5 cm.

Somatische Morbidität: Neigung zu Magen-Darmerkrankungen. Pneumonie.

Präpsychotisch: Fleißig, umsichtig. Im ganzen unauffällig.

Krankengeschichte: 1872. Erkrankt, 16 jährig, 6 Tage vor der Aufnahme plötzlich mit wachsender Aufregung, sprang in der Nacht aus dem Fenster.

Bei der Aufnahme heiter, übermütig, agil. Dreht, dehnt und reckt sich eigenständlich, stößt unverständliche Worte hervor, schwatzt verworren, kann aber zwischendurch auf eine Frage achten und antworten. Zerreißt Sachen, zerbricht Gegenstände, macht stumm allerlei Gesten, nimmt bisweilen eine bedrohliche Haltung ein. Muß wegen der hochgradigen motorischen Unruhe dauernd unter Hyoscin gehalten werden. Nach 3 Monaten ist alles vorbei, wird entlassen. (Damalige Diagnose: Manie).

1875. Zweite Aufnahme. Hat sich in der Zwischenzeit gut gehalten, beschäftigte sich ordentlich. Jetzt seit 2 Monaten wieder krank: anfangs ängstlich, schließt am Tage viel, ab schlecht, klagte über Kopfschmerzen. In den letzten Tagen lebhafter, machte großartige Bestellungen, lief viel umher, sprach verwirrt. In der Anstalt sehr verschlossen, meint, es seien hier eigentümliche Gerüche, lacht viel unmotiviert, läuft plötzlich mitten im Satz fort. Beschäftigt sich aber ganz nett. Tut merkwürdige Äußerungen: er habe auch gelernt und dadurch die Sache verdorben. Keine rechte Krankheitseinsicht. Nach 2 monatigem Aufenthalt zunehmende Erregung. Spricht viel unverständliches Zeug, nennt Namen von Leuten, die er betrogen haben will, singt geistliche Lieder, kniet nieder und betet, schreit sich heiser, brüllt, unsauber mit Urin. Nach 10 Tagen ist alles vorüber. Bei der Arbeit faltet er häufig die Hände zusammen, sagt, er müsse beten, damit die Anfechtungen fern bleiben, es seien dies Hurerei und Diebstahl. Es sei draußen mit ihm schon fast bis zur Geburt eines Kindes gewesen. — Nach 5 Monaten geheilt entlassen. (Periodische Manie.)

1882. 3. Aufnahme. Spricht viel, meist religiöse Dinge, von der Heimsuchung des Herrn, auch daß er einen Betrug gegen einen Arbeitsmann ausgeführt habe, wofür ihn Gott züchtige. Ist nicht auf eine Sache zu fixieren, verbeugt sich — mit komisch-würdiger Haltung — viel bei seinen Reden, legt den Kopf nach hinten. Kniet öfters nieder, betet. Zunehmende Erregung. Gänzlich verwirrt, keine vernünftige Antwort. Abstiniert, schmiert mit Kot. zieht sich nackend aus, zerreiße, spricht in religiösen Wendungen. Dabei oft deutlich ideenflüchtig. Motorisch sehr unruhig, verzerrt sein Gesicht. Hält den Arzt für ein verkleidetes Wesen und versucht Zärtlichkeiten. Dieser Zustand hält 5 Monate an. Dann allmählich ruhiger. Ist in der Folgezeit ziemlich still, etwas einsilbig, aber zugänglich. Beschäftigt sich.

1883. Nach genau 1 jährigem Aufenthalt entlassen (periodische Manie).

1885. 4. Aufnahme. Hielt sich inzwischen ruhig und zufrieden zu Hause. War im Geschäft seines Vaters zur Zufriedenheit beschäftigt. Kurz vor der Aufnahme erkrankt, redete viel religiöse Dinge, er habe mit dem Geist zu kämpfen usw.

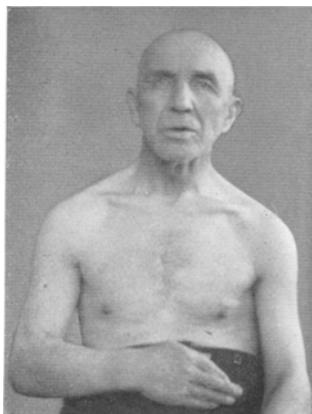


Abb. 5. Bro I (Fall 4).

Sehr unruhig bei der Aufnahme, bettflüchtig, macht allerlei Unsinn, ist fortwährend in Bewegung, spricht nicht, lächelt bei Fragen nur mit verlegener Miene. Unsauber mit Kot. Allmählich ruhiger. Albernes, kindisches Benehmen, läppisches Zappeln. Schreibt confuse Briefe nach Hause. Spricht ab und zu: der Pastor habe von der Kanzel verkündet, daß er gemeine Dinge getan habe. Das könne er sich nicht gefallen lassen. Muß vorübergehend immer einmal isoliert werden, zerreißt usw. In den ruhigen Zwischenzeiten mürrisch, eigensinnig, still für sich, lächelt vor sich hin. Keine Krankheitseinsicht. In den Monaten danach meist sehr zurückhaltend, häufig etwasträumerisch und versunken. Klagt über viel Pollutionen, hat allerlei Organbeschwerden, schlält schlecht. Wünscht sich zu Weihnachten eine Bibel: wenn er einmal sterben solle, würde man leicht sehen, daß er ein gottesfürchtiger Mensch gewesen sei.

1886. Nach 1 $\frac{1}{4}$ jährigem Aufenthalt entlassen (periodische Manie).

1891. 5. Aufnahme. Seit einigen Tagen zu Hause verwirrt gewesen und gegen seine Mutter gewalttätig geworden.

Spricht geschwätziger vor sich hin, bringt keinen Gedanken zu Ende. Heiterer Stimmung. Beim Entmündigungstermin antwortet er mit beständiger Heiterkeit und unter possierlichen Bewegungen. Ist mit allem einverstanden, will am liebsten ganz in der Anstalt bleiben. Bei der Mitteilung vom Tode seines Vaters höchst gleichgültig, schreibt an die Mutter, es sei zu angreifend, zur Beerdigung zu reisen. Nach Abklingen der psychomotorischen Erregung sehr linkisch und menschenscheu in seinem Wesen. Klagt viel über Pollutionen.

1892. Nach 10monatigem Aufenthalt entlassen (periodische Manie).

1911. 6. Aufnahme. Ist bis vor wenigen Monaten nicht weiter auffällig gewesen. Seit einigen Monaten redseliger, denunzierte alle möglichen Menschen bei der Polizei ohne Grund, machte sich dadurch lästig. Nahm einfach fremde Wäsche von der Leine an sich usw. Liegt rücklings im Bett mit von der Unterlage abgehobenem Kopf, entwickelt große Redseligkeit, drückt sich verschroben und maniriert aus, spricht z. B. von „Vergnügungs-Beschäftigung“. Schimpft in den ordinärsten Ausdrücken. Dreht dem Arzt bei der Visite den Rücken zu, schwätzt dauernd vor sich hin, fertigt Schiffe aus Papier an. Macht übermäßig tiefe Verbeugungen bei der Visite, sagt plötzlich, „es sei kein Reichtum zu vergleichen einer guten Gesundheit, Herr Minister“. Liegt dann wieder zu Bett, gibt keine Gründe dafür an. Bei Anrede läppische Gegenfragen.

1912. Nach 9monatiger Dauer entlassen (periodische Manie).

Nach der Entlassung soll er einen ganz normalen Eindruck gemacht haben, war fleißig und umsichtig, leitete ein Lotteriegeschäft auf eigene Hand und konnte sich von seinen Einkünften gut ernähren. Das Ganze dauerte aber nur 3 Monate. Seit 10 Tagen vor der

7. Aufnahme (1912) vagabundierte er, auch in der Nacht, machte Reden auf der Straße, wird auffällig, hält die Leute an usw. Bei der Aufnahme überdevotes Wesen, übertiefe Verbengungen, lächelnd und geschwätziger, redet vorbei, zitiert Bibelverse. Albern, gratuliert dem Arzt, indem er Gratulationsverse für die vermeintliche Frau desselben herleiert, lacht dabei. Nach einigen Wochen ruhiger, beschäftigt sich.

1913. Wird zunehmend zerfahrener, arbeitet nicht mehr, wird lästig, kommt häufig in Streit, schlägt auch Mitranke. Zeitweise sehr laut, redet sich heiser.

1914. Immer dieselbe zerfahrene Geschwätzigkeit und Zudringlichkeit.

1915. Zur Arbeit nicht mehr zu gebrauchen, schwatzt vor sich hin.

1916. Ist oft sehr störend, belästigt andere Kranke. Zerfahren.

1917. Redet ununterbrochen, meist ganz unzusammenhängend und zerfahren.

Nur gelegentlich ideenflüchtige Tendenzen. Viel Klangassoziationen. Dabei immer ans Hypomanische erinnernde heitere Grundstimmung.

1918. Ganz unverändertes Zustandsbild.
 1919. Laut schwatzend, immer zerfahrener, zu nichts mehr zu gebrauchen,
 1920. Zwischen die gewöhnlichen Zeiten schieben sich jetzt oft wochenlang
 dauernde Erregungszustände.

1921 und 1922. Wird immer inkohärenter in seinen sprachlichen Äußerungen, gestikuliert viel dabei.

1923. In den ruhigeren Zeiten sehr wortkarg. Keine rechte Beziehung zu ihm zu gewinnen. Psychomotorisch fast ständig erregt, lacht und gestikuliert viel, bringt ganz abrupte Äußerungen vor.

1924. Viel sprachliche Verbigerationen, lacht dazwischen in eigentümlich greller und manirierter Weise. Masturbiert schamlos in letzter Zeit. Springt plötzlich aus dem Bett, kniet mitten im Saal nieder, breitet die Arme aus und ruft: „Rosen, Tulpen und Narzissen“, lacht dann gellend.

1925. Gänzlich zerfahren. Albernes, maniriertes Wesen. Zu keiner Beschäftigung zu gebrauchen, schimpft und schwatzt unzusammenhängend durcheinander, produziert Wortneubildungen, spricht zeitweilig in Versen, macht stereotype Bewegungen dazu.

Erblichkeit: Vater an Schlaganfall gestorben. Mutter: bis zum Tode geistig sehr rege, sehr tüchtige Haus- und Geschäftsfrau.

Ein Bruder des Vaters der Mutter geisteskrank gewesen (Näheres nicht zu ermitteln).

1. Bruderssohn: Dementia praecox (s. Krankenblatt Bro. II).
 2. Bruderssohn: Dementia praecox ? (s. Krankenblatt Bro. III).
- Bro. II (Abb. 5a und 5b), jetzt 47 Jahre alt.

Körperbau: Asthenisch-athletische Mischform.

Somatoskopisch: Langnasenprofil, hohes Mittelgesicht, hochaufgeschossen, mager, graziler Knochenbau, lange, dünne, schmächtige Extremitäten. Zerfressene Glatze. Nur Kinn-Oberlippe behaart. Maskuline Genitalbehaarung, mittelmäßige Terminalbehaarung. Haut blaß. Acne. Hoden und Genitale groß.

Somatometrisch: Kgr. 175 cm, Kgew. 56 kg, Brustumfang 88 cm, Bauchumfang 80 cm, Schulterbreite 35 cm, Beckenbreite 28 cm.

Somatische Morbidität: Acne rosacea. Sonst stets gesund gewesen.

Krankengeschichte: Seit dem 18. Lebensjahr (1897) fallen den Eltern allerlei Sonderheiten im Wesen des Pat. auf: Ungleichheit, Unbeständigkeit seiner Entschlüsse, Zurückgezogenheit.

1900. In der Anstalt still, verschlossen, mürrisch, schweigsam, interesselos. Gibt zahlreiche Sinnestäuschungen zu. Liegt meist unter seiner Bettdecke verkrochen. Hält sich abseits von den anderen, ist sehr wortkarg. Wird allmählich etwas freier, bleibt aber abweisend, zugeknöpft und schrullig. Nach 3monatigem Anstaltaufenthalt vom Vater abgeholt, wird aber schon nach einigen Tagen wiedergebracht. Wird im Laufe von 10 Monaten so viel freundlicher und zugänglicher, daß er

1901 nach Hause entlassen werden kann.

Danach bekleidet er zur Zufriedenheit wieder einen Posten als Elektromonteur. Erst nach $1\frac{1}{2}$ Jahren wurde er gegen seine Angehörigen wieder schweigsam, verschlossen oder gehässig und gemein, während er gegen Fremde liebenswürdig war, sich von diesen auch gut leiten ließ.

1902. Anfangs in der Anstalt wieder mutistisch, katatone Haltungen, Stereotypien, liegt unter der Decke, meist gänzlich abweisend. Zunehmend freier. Beschäftigt sich, läßt mit sich reden, möchte wieder arbeiten. Nach 8monatigem Anstaltaufenthalt

1903 entlassen.

1905. Hat sich fast 2 Jahre draußen gehalten. Erst einige Tage vor der diesmaligen Aufnahme wieder verändert in seinem Wesen. In der Anstalt mutistisch, kataton, grimassierend, maniriert, völlig abweisend, liegt dauernd unter der Bettdecke. Nach 19monatigem Aufenthalt plötzliche Besserung, nach weiteren 2 Monaten 1907 entlassen.

1908. Genau 1 Jahr draußen gewesen. War plötzlich gegen Verwandte aggressiv geworden. Wieder gänzlich abweisend, grimassierend, stereotype Handlungen. Allmählich freier. Nach 3 Monaten entlassen. Schon nach 3 Monaten

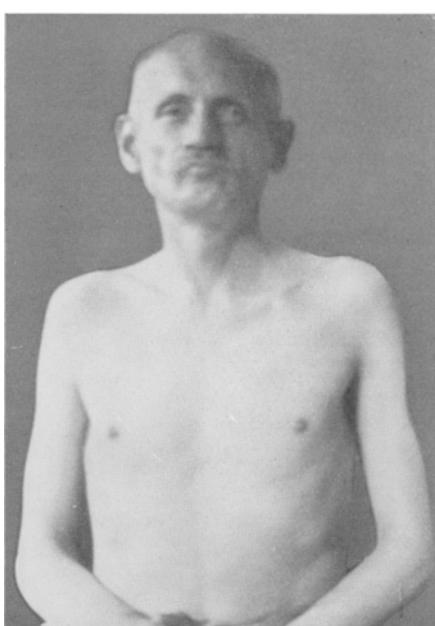


Abb. 5 a. Bro II.

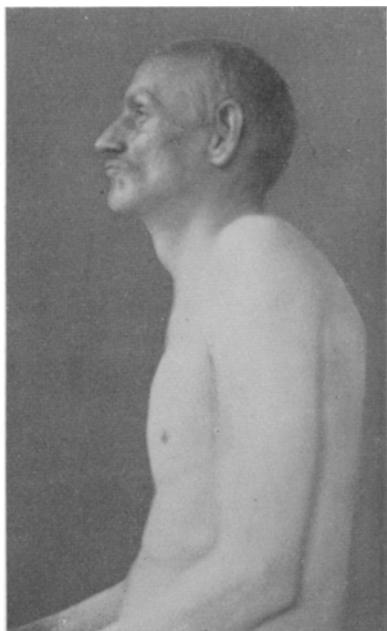


Abb. 5 b. Bro II.

wiedergebracht. Bleibt diesmal 3 Jahre in der Anstalt, führt ein einsiedlerisch-verschrobenes Dasein, sehr abweisend und feindselig gegen die Ärzte. Stereotype Schimpfereien. Bizarre Haltungen und Manieren.

1911 entlassen.

Hält sich danach wieder $\frac{1}{2}$ Jahr ganz gut draußen. Erst 3—4 Tage vor der Aufnahme

1911 wieder Verschlechterung: sonderbare Bewegungen, Verschlossenheit, Geiztheit. In der Anstalt wieder dasselbe Bild wie früher. Erst gegen Ende des diesmaligen zweijährigen Aufenthaltes

1913 ziemlich plötzlich einsetzende Besserung. Danach wieder für 2 Jahre frei von ernsteren psychotischen Erscheinungen. Veränderung setzt wieder kurz vor der Wiederaufnahme

1915 ein. Jetzt ist es nicht wieder zu einem Stillstand gekommen. Gänzlich zerfahren und interesselos, steht er, grimassierend und stereotype Bewegungen ausführend, untätig (1926) auf der Abteilung umher.

Bro. III.

Körperlich: Hochaufgeschossen, schmächtig gebaut, geringes Fettpolster. Schädel leicht asymmetrisch. Haut blaß, trocken, distale Cyanose.

Körpergröße 171 cm, Körpergewicht (1907) 60 kg, (1908) 74 kg.

Präpsychotisch: Auf der Schule von jeher schwer gelernt. Konnte nicht einmal die Bürgerschule absolvieren. Lernte als Kaufmann, versah seinen Dienst ordentlich. Körperlich immer gesund gewesen.

Krankengeschichte: Erkrankt mit 18 Jahren. Fiel den Eltern seit mehreren Monaten dadurch auf, daß er sich zurückzog, ohne jedoch seinen Dienst zu ver nachlässigen. Wenige Tage vor der Aufnahme in die Anstalt plötzlich verwirrte, sinn- und zusammenhangslose Reden führend und in dauernder motorischer Unruhe, auch nachts. Lief halbnackend im Hause umher.

1907. Bei der Aufnahme heiter, lebhaft, redet unaufhörlich auf die neben ihm liegenden Kranken ein. Erkundigt sich, wer die Ärzte und Wärter sind, hält einen für den Hauptmann von Köpenick, bemerkt dann eine Ähnlichkeit mit Bismarck und sagt: „Reichen Sie mir die Hand“. Schweift bei Fragen, die er meist sinngemäß beantwortet, leicht ab, wird zusammenhangslos, macht eigentümliche, unmotivierte Bewegungen. Andeutung von Grimassieren. Keine Krankheitseinsicht. In letzter Zeit habe er bemerkt, daß etwas los sein müsse, der Hauptmann von Köpenick müsse dabei im Spiele sein. Auf der Bahnfahrt hätten die Leute von einem Rattenschlächter gesprochen. Macht allerlei dummes Zeug, zerbricht Sachen, läuft unruhig umher. Berichtet von allerlei ihm zugefügten Mißhandlungen. In der Folgezeit sehr verschlossen, häufig verstimmt. Dann wieder läppisch-heiter, aber immer ruhig.

1908 (April) entlassen.

Zu Bro. I: Körperlich abweichend sind die (auf dem Bild deutlichen) kräftigen Trapeziuslinien. Da alles andere aber für pyknisch spricht, trägt auch Bro. I unseres Erachtens zu Recht seine Körperbaubezeichnung: vorwiegend pyknisch. Auch die somatische Morbidität scheint das zu betätigen.

Klinisch ist die Psychose des Bro. I von hohem Interesse. Haben wir es doch mit einer jener in der Literatur der letzten Jahre öfters besprochenen Formen zu tun, die im Beginn zu Recht als manische Erkrankungen aufgefaßt wurden und erst in vorgerücktem Alter (mit 57 Jahren) ihre endgültige Ausgestaltung und damit Klärung in Form eines schon durch 14 Jahre hindurch beobachteten schizophrenen Syndroms erfahren. Eine gewisse manische Färbung des Symptombildes ist unverkennbar.

Fall 5 (Abb. 6). Fis., jetzt 69 Jahre alt.

Körperbau: Pyknisch.

Somatoskopisch: Pyknischer Flachkopf, pyknisches Profil, breite Schildform des Gesichts. Kurze Gliedmaßen, relativ schmale, abfallende Schultern, ausgesprochene Stammfettsucht. Kräftige, gleichmäßige Kopf- und Bartbehaarung. Mittelmäßige Terminalbehaarung. Gesichtsfarbe leicht gerötet, Gefäßinjektionen an Nase, Wangen. Große Hoden, kleines Genitale.

Somatometrisch: Kgr. 163 cm, Kgew. 88 kg, Brustumfang 103 cm, Bauchumfang 116 cm, Pignet:—28,5, Rohrer: 2,04, Prop. Br.U. 63,2, Kopfumfang 57,5 cm.

Somatische Morbidität: Gelenkrheumatismus, danach Herzfehler (kompensiert). Muskelrheumatismus. Neigung zu Ekzemen. Leistenbruch.

Präpsychotische Persönlichkeit: Auf der Schule nicht besonders gut gelernt. Sonst nichts bekannt.

Krankengeschichte: Wird 1907, 50jährig, mit der Angabe, daß er schon seit längerer Zeit geisteskrank sei, in die Anstalt gebracht. Hat in letzter Zeit mit seinem Bruder prozessiert und ist mit diesem heftig in Streit geraten. Sehr un gehalten über seine Einlieferung in die Anstalt, behauptet, er würde hier von den Ärzten belogen und gequält, ist sehr abweisend gegen die Ärzte. Kommt allmählich mit allerlei Dingen zum Vorschein. Verlangt die Beseitigung der gelben Bücher, durch die er bezaubert würde, spricht davon, daß er vergiftete Kartoffeln zu essen bekäme, zitiert oft religiöse Redensarten. Schimpft laut „Teufel“, will lieber tot hungern, als mit den Teufeln was zu tun haben. Abstinier zeitweise, weil die Teufel ihn vergifteten, der Arzt sei der Teufel, der ihn verzaubere. Spuckt nach den Ärzten. Beim Entmündigungstermin gibt er bereitwillig Auskunft über die zahlreichen Belästigungen, schimpft dann wieder gewaltig, daß er auf der Schlachtkbank liegen müsse, verzaubert und mißhandelt sei. Verlangt, daß Kranken und Wärtern der Bart abgenommen werde, da in denselben die Zauberei sitze. Liest

laut in monotoner Weise aus dem Gesangbuch, ohne auf Ansprache zu reagieren. Zeitweise sehr laut und störend, verkriecht sich unter die Decke, spricht nicht. Wird bei Neuaufnahmen besonders erregt, verlangt deren Entfernung, da er von ihnen ange zaubert werde, wird aggressiv. Zeigt Stellen an seinem Körper, welche angezaubert seien. Die Anzauberei gehe von den Kranken aus, wird deswegen immer unsozialer. Muß häufig isoliert werden, beschmutzt die Zelle stark. Abstinier häufig, tobt und sagt, es würde Gift ins Essen gezaubert. Schlägt Fensterscheiben ein, seine Beine seien verzaubert.

1908. Wirft, laut auf die Zauberer schimpfend, mit Steinen nach anderen Kranken. Prügelei mit einem Kranken, der ihn am Gemächte verzaubert habe. Hat

die neugestrichene Zelle ruiniert. Schimpft jetzt regelmäßig auf den Arzt los, und zwar in ganz konfuser Weise. Steigerung seiner Heftigkeiten. Bezieht alles mögliche auf sich, wurde drohend, schlug den Oberwärter ins Gesicht. Läuft laut schimpfend im Garten auf und ab. Schlägt Scheiben ein, wirft mit Steinen nach dem Arzt, schimpft: Schweinehunde, Köter. Wird sehr sexuell in seinen Reden. Beschimpft in unflätigen Ausdrücken vom Zellfenster aus Passanten, trommelt sich die Hände wund, mißhandelt Kranke.

1909. Auch in ruhigeren Zeiten ganz unsozial, hält sich von allen fern, weil sie Zauberer sind, muß häufig isoliert werden. Unterhält sich mit einer himmlischen Stimme. — Dauernd Prügeleien.

1910. Er sei der zweite Messias. Dauernd abweisend und schimpfend. Häufig erregt und isoliert. Prügeleien.

1911. Wandert zwischen Isolierzelle und Wachsaal hin und her. Unverändert.

1912. Wieder in einer ganz besonders heftigen Schimpfperiode.

1913. Dauernd laut schimpfend und störend, ganz unzugänglich.

1914. Prügeleien. Isoliert. Keine Veränderungen.

1915. Schimpfend, streitend, störend, abweisend.

1916. Zeitweise tobend, kreischend, schimpfend.



Abb. 6. Fis (Fall 5).

1917. Hat gelegentlich im Hause etwas mitgeholfen, aber nur von kurzer Dauer. Dann wieder der alte Zustand.

1918. Sehr lästig durch sein ewiges lautes Schimpfen. Keinerlei Kontakt mit Kranken oder Ärzten. Drängt auf Entlassung.

1919. Gänzlich zerfahren. Immer noch gleich produktiv im Schimpfen.

1920. Hört wieder die Stimme Gottes. Meist sehr störend, laut und zerfahren.

1921. Ganz gleichförmiges Bild.

1922. Zu nichts zu gebrauchen und ohne Interessen. Schimpft viel vor sich hin, bald mehr, bald weniger laut und heftig. Unzugänglich, geht dem Arzt aus dem Wege.

1923. Stets ablehnend gegen die Ärzte. In der letzten Zeit zunehmend unverträglich und störend, durch sein unablässiges Geschimpfe, wodurch er die anderen Kranken reizt.

1924. Versteckt sich bei den Visiten im Klosett. Zeitweise laut und störend. Zerfahrenes Geschimpfe. Nach wie vor abweisend.

Erblichkeit: Vater an Schlaganfall gestorben, sehr tätiger, besonders tüchtiger Mann. Mutter an Wassersucht gestorben. Ein Bruder „eigentümlich, kindisch“. Ein Bruder von jeher verdreht, wurde schon auf der Schule gehänselt, fiel äußerlich durch großen Unterkiefer und affenartiges Aussehen auf. Eine Schwester siehe folgende Krankengeschichte Engel.

Engel geb. Fis.

Körperlich: Mittelgroß, pastös, braune Haut- und Gesichtsfarbe, stark asymmetrisches Gesicht. Strabismus internus links. Ovarialtumor. Bis zum Klimakterium regelmäßige Menses.

Präpsychotisch: Bis gegen die 20er Jahre hin Bettlägerin gewesen. Im Alter von 24 Jahren fast $\frac{3}{4}$ Jahr lang schwermüdig gewesen, war sehr ängstlich und unruhig, aber in keiner Anstalt. Nachher wieder ganz gesund, besorgte ihren Hausstand gut, war aber vielleicht etwas stiller und in sich gekehrter als früher.

Krankengeschichte: 1882 (Mai), 47jährig, erkrankt: sie habe einen Teufel im Leibe, der sie pisacke. Zeitweise große Angst. Duldete ihre Kinder nicht um sich, sie könne dieselben anstecken. Kopfkongestionen. Schlaflosigkeit. Stuhl dauernd angehalten. Meinte bestimmt, daß sie sterben würde. Sie habe in sich einen bösen Geist, sie sei zu nichts nutze, sie habe die Seligkeit verscherzt. Am Tage vor der Aufnahme machte sie einen Suicidversuch, sprang ins Wasser, konnte nur mit Mühe gerettet werden. In der Anstalt schwer gehemmt, ängstlich, weinerlich. Wird durch Träume beunruhigt, sie werde lebendig aus der Welt geschafft.

Juni. Allerlei Beschwerden infolge ihres Unterleibsleidens. Meint, sie wäre daran schuld, daß sie etwas im Leib habe. Zeitweise Zustände von Angst, Herzschlägen und Kongestionen. Illusionäre Verkennungen. Glaubt gesehen zu haben, daß man ihre Kinder fortgeschafft habe, um sie umzubringen. Korrigiert sich, es sei nicht der Teufel in ihrem Leibe, sondern

(Juli) die Gedanken ihrer Kinder. Einen Teufel gäbe es nicht. Glaubt, sie könne nicht sterben, müsse ewig leben. Der Mann solle die Kinder nicht zu Besuch mitbringen, sonst würden sie auch hier behalten.

August. Wieder ängstlicher und unruhiger, hat nachts von ihren Kindern gesprochen. Der Teufel sei in ihrem Leib, sie müsse zu ihren Kindern.

September. Jammert vor sich hin, läuft zeitweise heulend und jammernd umher.

Oktober. Etwas ruhiger, jammert weniger.

November. Sie sei unsterblich, wenn man ihr den Kopf abhache, sei sie immer noch nicht tot.

Dezember. Sie wisse, daß sie überhaupt nicht sterben könne, es sei schrecklich. In großer Unruhe und Angst. Fürchtet, ihre Kinder sollen hierhergebracht und geschlachtet werden. Sie müsse ihre Kinder umbringen.

1893. Ruhiger geworden, drängt nach Hause.

Januar. Zeitweise sehr heiter, dann wieder ängstlich, spricht von ihren Kindern und vom Halsabschneiden. Ungeheilt entlassen.

Fis war auf keine Weise dazu zu bewegen, sich zum Photographieren zu entkleiden. Aber auch in bekleidetem Zustand — immer unter Hinweis auf unsere sonstigen Aufzeichnungen — wird man an unserer Körperbaudiagnose nicht zweifeln. Die somatische Morbidität kann wieder mit gutem Erfolg zur Klärung der vorliegenden Habitusform herangezogen werden.

Klinisch handelte es sich auch in diesem Falle um eine wahrscheinlich schlechende Erkrankung; erst im 50. Lebensjahr macht sich die Anstaltsaufnahme notwendig. Das vorwiegend paranoide Bild verschiebt

sich schon bald nach der katatonen Seite hin. Fis pendelt jahrelang zwischen Unruhigen-Wachsaal und Isolierzelle hin und her. Dort liegt er häufig abweisend unter seiner Decke, hier schmiert er mit Kot und Urin, zerreißt und zerschlägt. Erst beim Eintritt in das Senium wird er ruhiger. Gänzlich autistisch, zerfahren und interesselos sitzt er jahraus, jahrein auf demselben Fleck und bricht nur, wenn man sich ihm nähert, in ein wüstes und unverständliches Geschimpfe aus.

Fall 6. Fle. (Abb. 7).

Körperbau: Vorwiegend pyknisch.

Somatoscopisch: Pyknischer Flachkopf, pyknisches Profil, breite Schildform des Gesichts. Kurzer Hals. Kompakter Fettbauch. Beginnende Glatze. Bart: Bevorzugung von Kinn und Oberlippe. Terminalbehaarung gering. Leichte Gefäßinjektion an Nase, Wangen aus.

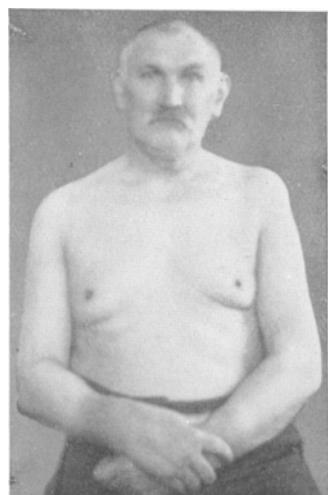


Abb. 7. Fle (Fall 6).

Somatometrisch: Kgr. 172 cm, Kgew. 88 kg, Brustumfang 106 cm, Bauchumfang 107 cm, Pignet: — 22,0, Rohrer: 1,72, Prop. Br.U. 62,25, Kopfumfang 57,5 cm.

Somatische Morbidität: Immer gesund gewesen.

Präpsychotisch: Mehrfach wegen Bettelns vorbestraft. Potus. Aktiv gedient. War von Beruf Schuhmacher.

Krankengeschichte: War bei einem Bauern beschäftigt. Erkrankt mit 36 J. (1896). Äußerte, es sei Gift ins Essen gemacht worden. Er solle erschossen werden, man wolle ihn aufhängen. Größenideen: eine Tante habe ihm 175 Millionen, eine andere 50 Millionen hinterlassen. Schilt, daß man ihm Menschenfleisch vorgesetzt und das Brot mit Menschenfett bestrichen habe. Vor dem Fenster seien Leute, die von seinem vielen Geld gesprochen hätten. Ein Herr v. P. lasse ihn verfolgen, er werde ihn verklagen. Reizbar, arbeitet nicht, drängt fort.

1897. Ins Arbeitshaus entlassen.

1908. *Wiederaufnahme*. Steht unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen, spricht verworrenes Zeug vor sich hin. Stumpf, ohne Initiative, fast mutistisch. Tut nichts. Inkohärente Wahnvorstellungen. Bizar und stereotyp in seinen Reden. Zerfahren, teilnahmslos. Ein Blechstück sei ihm ins Gehirn gedrungen, ein fingerdicke in den Rücken usw.

1915. Ins Arbeitshaus zurück.

1916. *3. Aufnahme* in die Klinik. Stellt sich mit Namen und Bezeichnung seiner alten Regimentsnummer vor, dabei militärisch grüßend, sagt dazu: „Man ist in Fahnen eingelebt“ oder „der Beruf des Soldaten befördert“. Als er ein Sprichwort nennen soll, sagt er: „An die Persönlichkeit der Obrigkeit gerichtet, die Schläge austreiben.“ Was der Reichstag sei? „Ist für jede Persönlichkeit, die haben sie in Akten, der so viel Zentner Reis in seinem Leben gegessen hat. Die Polizei notiert das Fleisch und Gemüse.“ Schilt häufig. Sehr einförmig. Tritt jeden Morgen mit der Bitte an den Arzt heran, Hoffmannstropfen zu bekommen. Arbeitet nicht. Prof. K. habe mit ihm zusammen gedient, heiße eigentlich Schultz. Begriffsverwirrungen. Verwechslungen, Personenverkennungen. Dauernd in einer gewissen Geschäftigkeit, redet jeden an, gestikuliert heftig, aber verrichtet nie eine nützliche Tätigkeit oder läßt sie sofort wieder liegen.

1919. In die Anstalt überführt.

Sieht hier lauter Bekannte, will früher schon hier gewesen sein (nicht zutreffend). Untätig. Täglich neue Behinderungsgründe.

1920. Sitzt müßig herum. Verkennt den Arzt, der mit ihm gedient hat, ist ein andermal wieder Staatsanwalt usw.

1921. Untätig, interesselos, bittelt um Tabak.

1922. Untätig. Zudringlich. Bettelt fortwährend um Tabak. Bei Anrede leere, die Sache umgehende Redensarten. Schlendert in nachlässiger Haltung, die Hände stets in den Hosentaschen, mit wurstig-leerer Miene herum, erwidert den Gruß nur salopp oder gar nicht.

1923. Immer das gleiche Bild absoluter Untätigkeit, Interesselosigkeit und Stumpfheit. Steht am Ofen herum, verlangt nur stereotyp nach Taback.

1924. Arbeit seit einiger Zeit im Hause mit, aber ganz mechanisch. Sobald sein Pensum erledigt ist, sitzt er untätig umher. Macht mit großem Wortschwall viel Aufhebens von seiner Tätigkeit.

1925/1926. Unverändert.

Erblichkeit: Nichts bekannt.

Bei Fle. wird man gerne zugeben können, daß die reichlich breiten Schultern und ein im ganzen etwas grober Knochenbau nicht zum Bilde des klassischen Pyknikers gehören. Immerhin bietet er im Vergleich mit Eyrichs sog. Pynikern noch genug pyknische Stigmata dar, die uns an unserer Zuteilung festhalten lassen.

Klinisch wohl auch hier ein schlechender Beginn. Mit 36 Jahren allerdings ziemlich akut einsetzende Psychose: halluzinatorisch-paranoides Bild. Macht von Anfang an schon einen ziemlich dementen Eindruck. Offenbar aus verwaltungstechnischen Gründen wird Fle. zweimal für mehrere Jahre ins Arbeitshaus geschickt. (Über diese Zeiten wissen wir leider nichts.) Seit seinem 50. Lebensjahr ist er nun dauernd in der Anstalt. Wurstig, leer und zerfahren, steht er jahrelang an seinem Ofenplatz. Erst mit zunehmendem Alter läßt er sich herbei, einer mechanischen Hausarbeit nachzugehen. Gemütlich ist er völlig abgestumpft.

Fall 7 (Abb. 8). Frei., jetzt 45 Jahre alt.

Körperbau: Pyknisch.

Somatoskopisch: Pyknischer Flachkopf, pyknisches Profil. Breite Schildform des Gesichts. Kurze, ziemlich dicke Extremitäten. Kompakter Fettbauch. Beginnende Glatze, starker, gleichmäßiger Bartwuchs. Kräftige Terminalbehaarung. Gut durchblutete Haut. Gesicht gerötet.

Somatometrisch: Kgr. 173 cm, Kgew. 82 kg, Brustumfang 102 cm, Bauchumfang 96 cm, Pignet: — 11,0, Rohrer: 1,58, Kopfumfang 60 cm, Prop. Br.U. 59,0.

Somatische Morbidität: Anginen, Bronchitis, Neigung zu Magen-Darmaffektionen, Hydrocele, Furunkulose.

Präpsychotisch: Auf der Schule immer der Erste. Auch im Beruf gut fortgekommen. Immer sehr gewissenhaft und tüchtig.

Krankengeschichte: Erkrankt 28jährig (1909). War damals verlobt. Es fing damit an, daß er bei seinen früheren Chefs anfragte, ob er sich schlecht betragen

habe, die Polizei wolle ihn verhaften, weil er anderen Bräuten das Wort nicht gehalten habe. Seine Mutter habe ihm Arsenik ins Essen getan, andere Menschen seien Raubmörder und wollten ihm etwas. Optische Halluzinationen. Seine Eltern hätten ihn ausgenutzt, ihm seine Ersparnisse abgenommen, um sich davon Möbel anzuschaffen. Wurde schließlich verschlossen und bei Anrede grob. Später: es sei im Zimmer alles elektrisch. Wurde auch gewalttätig gegen seine Angehörigen.

Bei der Aufnahme in die Kieler Klinik: Man habe ihn mit Arsenik vergiftet wollen, das Essen habe bitter geschmeckt, er habe gehört, wie man gesagt habe: „Gebt ihm mal ein Pulver ein.“ Er habe auch unverständliche Stimmen gehört, die ihn belästigten. Im Zimmer müsse wohl eine Art elektrischer „Übertragungsapparat“ sich befunden haben. Macht anfangs sehr depressiven Eindruck, aber ohne Krankheitseinsicht. Fragt, ob Strafantrag gegen ihn gestellt sei. Ein magnetischer Apparat wirke auf sein

Gehirn ein. Meist sehr verstimmt. Wird nach kurzer Zeit in eine Privatanstalt überführt. Dort abstiniert er, muß mit der Sonde gefüttert werden. Schreibt Briefe an den Kaiser. Wird nach kurzem Aufenthalt Dezember 1910 wieder abgeholt.

Hielt zu Hause fest an seinen Wahnsinnen, war zeitweise sehr aufgereggt, drohend gegen seine Angehörigen. Wird deshalb in die Anstalt gebracht.

Januar 1913. Sehr einsilbig. Antwortet nur vorübergehend auf dringende Fragen ja und nein, dann stumm, macht höchstens eine abweisende Grimasse. Meist nur abweisende Gebärden. Ganz selten ein paar Worte: er stehe von Kindheit an unter Elektrizität, er werde von einer Zentralstelle aus beeinflußt, er stehe schon lange in einem Dunstkreis, der nicht in allen Zimmern, aber in den meisten zu spüren sei. Schreit manchmal plötzlich auf, singt auch wohl vor sich hin. Meist aber stumm, nur stereotypes Husten. Bleibt dann tagelang ohne Grund zu Bett. Läßt seinen Urin direkt ins Zimmer. Zerreißt seinen Anzug, will sich nicht scheren lassen. Hat eine Kiste Kuchen bekommen, die er auf einmal außt.

1914. Spricht so zusammenhanglos, daß es nicht festzuhalten ist, wirft plötzlich mit Gegenständen nach imaginären Personen. Schlägt Scheiben ein.

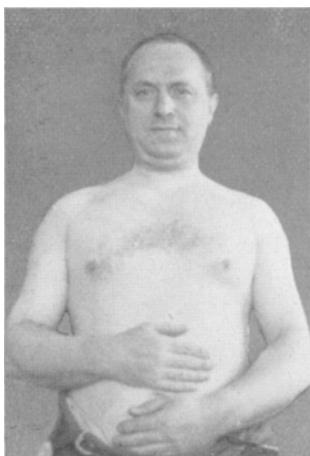


Abb. 8. Frei (Fall 7).

1915. Bleibt stumm. Nimmt wunderliche Haltungen im Bett ein. Weigert sich aufzustehen.

1916. Dauernd im Bett. Meist stumm. Bestellt im Amtsstil 200 Millionen neue Kriegsanleihe für sich. Wird nachts durch Elektrizität zum Onanieren getrieben. Liegt in katatonen Haltungen zu Bett.

Abbschrift eines handschriftlichen Zettels:

Sachsenberg Hauptgebäude.

Erbitte

2 } Nacht- aus Leinen
} Höschen

zwecks Unterlassung von Onanien eines Mannes.

Anmerkung:

5 cm lange Beinkleider.

Frei.

(Freitag, 23. XI. 16).

1917. Wird nachts durch elektrische und magnetische Ströme beeinflußt, wodurch er gegen seinen Willen gezwungen werde, zu onanieren. Bittet zum Schutze gegen Onanie um Nachthöschen und 5 cm lange Beinkleider. Wird beim Sprechen nach kurzer Zeit völlig zerfahren und inkohärent. Viel Belästigungen durch Stimmen und Ströme. Beklagt sich über die vielen Stimmen, er wisse nicht, wo die Gesellschaft sitzt, die ihn belästige. Auch werde er durch elektrischen Strom gequält, das müsse von einer Zentrale ausgehen.

1918. Verstockt, schimpft, äußert physikalische Verfolgungsideen, hat viel Gehörstäuschungen. Dazwischen impulsive Erregungen, zerschlägt alles mögliche. Wird nachts durch Bilder belästigt, sodomitische Akte zwischen nackten Frauen und Tieren darstellend. Beklagt sich, daß jede Nacht Sodomie mit ihm getrieben werde. Die Sache müsse von einer Gesellschaft ausgehen. Fühlt sich belästigt und sexuell verfolgt. Ärgerlich über verbrecherische Stimmen, die aus seinem Kopfkissen kämen. Verliert sich bei weiterem Nachfragen in unverständliches Gefasel.

1919. Schreibt Konfuse Postkarten, die von Kaiser Wilhelm, Prinz Eitel Friedrich, jungen Damen, die für ihn eintreten, und Missionaren handeln.

„Hohe Direktion!

Patient Eisenbahn-Diätar a. D. H. Frei. bittet die hohe Direktion ganz gehorsamst um geneigte Abhilfe. Selbiger wird fast immer in der Nacht zur Handfiggerei gezwungen, so daß er total schwach geworden ist und die Kessel für den heutigen Mittagstisch kaum tragen konnte. Mindestens 2—3000 Fälle Handfiggerei hat p. Frei. gehabt, so daß seine Kraft gebrochen und Arbeit unmöglich ist.“

1920. Allerlei Personen-Identifikationen, läßt sich bei körperlichen Erkrankungen nicht behandeln.

1921. Verdrießlich, wird in der Nacht wieder mehr durch Elektrizität gequält, es werden ihm dadurch Pollutionen gemacht!

1922. Hört auch wieder viel Stimmen.

1923. Unverändert. Äußert physikalische Beeinflussungen, zerfahren in seinen Reden.

1924. Sprunghaft und inkohärent. Folgende Stellen aus einem schriftlichen Erguß sind bezeichnend:

„Von Kind an werde ich fortgesetzt durch elektrische Strömungen (Medium) gequält. Meines Erachtens kommt die Elektrizität von einem Werk in Bant und ist der Lübecker Polizei unterstellt. Namhafte Mitglieder der Gesellschaft sind...“

— „Es ist gewiß wahr, daß ich oft die schmutzigsten Speisen und Getränke, insbesondere auch schwere Gifte (Arsenik und Chlor) genossen habe. Die unnatür-

lichen politischen Nebel, und Kino Bilderscheinungen (Sr. M. W. II., Kaiser Franz Jos., Dr. Rust, Dr. Schmidt in Rz, Millionen Mark Werte, Anstalten von Sachsenberg, Kiel, Kropp, viele Schriftstücke usw., einen Haufen Menschenschädel usw.) sind mir am allerschlechtesten bekommen. Es sind Vergewaltigung meiner Person und daher begreiflicherweise von mir nicht zu hindern, weil ich alsdann völlig gelähmt, ohne Willensbestimmung bin und meine schwachen Kräfte bei weitem nicht ausreichen. Störungen in betreff eines talentvollen Lebens zu unterlassen. Allgemein ist bekannt, daß die Lüb. Büch. Eisenb. Ges. schwere Sittenverbrecher beschäftigt (Kino v....)

7. Zum Beschlusse beantrage ich,

1. die Staatsanwaltschaft in Lübeck von meinem Leben wissen zu lassen,
2. Bestrafung der Schuldigen,
3. Einrückung eines Artikels in eine namhafte Zeitung,
4. Entlassung aus dem Medium,
5. Versetzung in die I. Klasse —

Hic Rhodus hic salta! —

In Hochachtung
H. Frei.“

1925. Arbeitet im Hause etwas mit. Bringt — ohne entsprechenden Affekt — immer wieder seine alten Beeinflussungsideen vor, zeigt in der Unterhaltung zunehmende sprachliche Inkohärenz und neuerdings auch zahlreiche Wortneubildungen.

Erblichkeit: Vater an Altersschwäche gestorben. Mutter lebt noch, gesund. Bruder der Mutter: Potator.

Daß Frei., trotz den ein wenig ausladenden Schultern, mit Recht als Pykniker gelten kann, steht wohl außer Zweifel.

Frei. erkrankt 28jährig ganz akut. Neben Wahnsinnen spielen optische und akustische Halluzinationen, sowie physikalische Beeinflussungen eine große Rolle. In affektiver Hinsicht macht er zeitweise einen depressiven Eindruck. Bald jedoch verfällt er in einen schweren katatonischen Stupor. Die Angehörigen, die ihn gern zu Hause haben wollen, müssen ihn aber bald wieder der Anstalt zuführen. Auch hier bietet er von Anfang an ein prognostisch ungünstig anmutendes Zustandsbild dar. Inkohärent und halluzinierend, liegt er grimassierend in bizarren Haltungen zu Bett. Die Beeinflussungen, von denen seine Schriftstücke bezeugt Zeugnis ablegen, betreffen in der Hauptsache die sexuelle Sphäre. Erst nach 16 jähriger Dauer der Psychose lassen die krankhaften Erscheinungen ihn soweit ihn Ruhe, daß er sich etwas im Hause beschäftigen kann.

Fall 8 (Abb. 9). Gei., jetzt 64 Jahre alt.

Körperbau: Pyknisch.

Somatoskopisch: Pyknisches Profil, breite Schildform des Gesichts, kompakter Fettbauch. Relativ zierliche Gliedmaßen. Beginnende Glatze. Starker, gleichmäßiger Bartwuchs. Mittelkräftige Terminalbehaarung. Rötlich-verbrannte Gesichtsfarbe.

Somatometrisch: Kgr. 162 cm, Kgew. 66 kg, Brustumfang 96 cm, Bauchumfang 93 cm, Prop. Br.U. 59,2, Pignet: + 0,5, Rohrer: 1,54, Kopfumfang 55,5 cm.

Somatische Morbidität: Leistenbruch, Furunkulose, Anginen, Ekzem.

Präpsychotisch: Hat viel getrunken, mehrfach wegen Hausfriedensbruch, Körperverletzung, Schlägereien bestraft. Ließ seine Frau einfach sitzen, lief davon.

Krankengeschichte: Erkrankt mit 44 Jahren (1906) ziemlich akut: die Leute auf der Straße sahen ihn verdächtig an und sprachen von Mörder und Räuber. Er kam dann für zwei Tage ins Krankenhaus. Dort habe man ihn elektrisiert, zwei Leute hätten vor seiner Tür gestanden, zwei hätten oben gestanden und ihn fortwährend beobachtet. Dabei habe er fortwährend Stimmen gehört, die ihm vorwarfen, er habe sein letztes Kind getötet. Auch jetzt noch brenne sein Kopf, und er höre andauernd dieselben Stimmen. Steht unter dem Einfluß zahlreicher Sinnestäuschungen, beteuert immer wieder, er habe das Kind nicht umgebracht. Behauptet, er werde auch hier verfolgt und belauscht, von anderen Kranken angefeindet, verspottet, ausgelacht. Wird daher ausfallend und erregt gegen diese. Viel Stimmen spöttenden Inhalts. Schilt auf die ganze Umgebung, die ihn verachte und „spiegeliere“.

1907. Verstimmt wegen zahlreicher Spottreden, er sei nicht krank, werde nur verhöhnt.

1908. Erzählt ganz verwirrte Sachen, sagt, es seien alles „Schiebungen“. Bald freundlicher und zu Unterhaltungen geneigt. Dann wieder abweisend und die Hand zum Gruß verweigernd.

1909. Ganz unverändert.

1910. Schimpft viel, spricht von Schiebungen, er werde „als Affe gestochen“, seine Mutter sei genotzüchtigt worden. Manchmal freundlich, manchmal ablehnend in seinem Verhalten.

1911. Nennt beim Entmündigungstermin den Richter „seinen Vetter Wokel“, meint, seine Söhne seien auch in der Anstalt, der Kaiser heiße „Tviska“, ebenso die hier befindlichen Verwandten. Stereotype Äußerungen: „alles Schwindel, alles Schiebung“.

1912. Sitzt Pfeife rauchend da, tut nichts, stumpf, abweisend. Gelegentlich zornig erregt.

1913. Autistisch. Halluziniert viel. Redet gänzlich zerfahren. „Gedanken trügen und wir kennen die Karten auch ... Rubin hat mit mir Schweinerei gemacht.“ Nähere Erklärungen gibt er nicht ab. Produziert ganz unzusammenhängendes Zeug.

1914. Erzählt völlig unverständliche Sachen, aus denen nur hervorgeht, daß er sich beeinträchtigt und verfolgt glaubt. Dauernd beeinflußt von Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, die er in inkohärenter Weise produziert. Zerfahren, euphorisch. Akustische Halluzinationen.

Unverändert. Beginnt bei Fragen nach seiner Krankheit und der Veranlassung zu seinem hiesigen Aufenthalt stark zu schimpfen, äußert Beeinträchtigungs-ideen, bringt alles in zerfahrener Verwirrtheit vor, von Sinnestäuschungen ist nichts zu erfahren.

Gibt zu, von Männern belästigt zu werden, schimpft auf seine Verfolger in Rostock, paranoid-dement, zerfahren, in der Stimmung wechselnd, manchmal gutmütig, dann auch wieder zornig gereizt. Beschimpft den Arzt, dieser wisse auch nicht, woher seine Krankheit komme, im Kopf habe er es nicht, wer das sage, sei selbst verrückt. Zu geordneter Unterhaltung nicht zu fixieren.

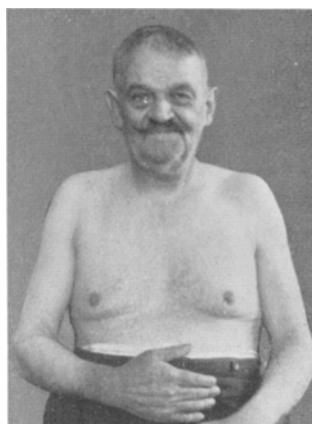


Abb. 9. Gei (Fall 8).

1915. Sitzt meist still umher, inkohärent, zerfahren. Still, ruhig, beschäftigt sich nicht, in den Reden zerfahren. Unverändert, zerfahren, zeitweilig stärker haluzinierend, meist still auf demselben Platze sitzend. Teilnahmslos, unbeschäftigt. Geht mit finsterem Gesicht umher.

1916. Steckt voll von Wahnideen. Verkennt die Personen seiner Umgebung. Will entlassen werden. Er sei gesund, der Arzt sei krank.

1917. Sitzt untätig herum, wird abweisend, wenn man ihm zumutet, zu arbeiten.

1918. Nur gelegentlich Handreichungen, sonst untätig. Lehnt unter unverständlichem Gefasel Arbeit ab. Steht tagelang an demselben Fleck am Ofen.

1919. Nie zu einer Arbeit zu bewegen. Bleibt plötzlich zu Bett, schimpft, bringt seine verworrenen Wahnideen vor.

1920. Nicht zum Aufstehen zu bewegen. Verkennt die Umgebung. Ganz unzugänglich.

1921. Antwortet bei Anrede mit einem sinnlosen Geschwätz. Personenverkennungen. Interesselos, untätig.

1922. Untätig, stumpf, zerfahren, reizbar. Sitzt absolut interesselos umher, völlig gleichgültig gegen seine gesamte Umgebung. Gibt nie eine geordnete, sinngemäße Antwort. Jegliche Betätigung lehnt er ab mit der stereotypen Begründung, er habe es „nicht nötig“, lässt sich aber auf nähere Erklärungen nicht ein.

1923. Unverändert, lehnt konsequent jede Beschäftigung ab.

1924. Wird sehr aufgeregt, als ihm der Vorschlag gemacht wird, sich bei der Versuchskolonne zu beschäftigen, schimpft laut, er habe in dieser Lumpenaustalt nichts zu suchen. Gestikuliert viel. Steht offensichtlich unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen.

1925/26. Unverändert stumpf, interesselos, untätig.

Erblichkeit: Nichts bekannt.

Gei. ist ein klassischer Pykniker.

Das, was wir über sein präpsychotisches Verhalten wissen, dürfte alles schon als der Ausdruck der Erkrankung aufzufassen sein. Seine Psychose manifestiert sich spät: halluzinatorisch-paranoides Zustandsbild. In der Anstalt lebt er für sich, tut nichts, bringt nur gelegentlich seine verworrenen Ideen vor, steht stark unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen. Allmählich tritt seine Psychose in ein torpideres Stadium ein; reizbar und verdrossen, steht er gestikulierend auf ein und demselben Fleck.

Fall 9 (Abb. 10 und 11). Goe., jetzt 53 Jahre alt.

Körperbau: Vorwiegend pyknisch.

Somatoskopisch: pyknischer Flachkopf, relativ zierliche Extremitäten, maskuline Genitalbehaarung, mittelstarkes Terminalkleid, ausgeprägter Schlafenwinkel.

Somatometrisch: Kgr. 169 cm, Kgew. 73 kg, Brustumfang 96 cm, Bauchumfang 93 cm, Pignet: ± 0, Rohrer: 1,51, Prop. Br.U. 56,7, Kopfumfang 56 cm.

Somatische Morbidität: Als Kind Masern und Diphtherie, mit 17 Jahren Influenza. Sonst stets gesund gewesen. In späteren Jahren Asthma.

Präpsychotische Persönlichkeit: Auf der Schule schwer gelernt. Mehrfach wegen Bettelns, Umherstreichens, zuletzt wegen Einbruchs und Diebstahls bestraft.

Krankengeschichte: Wird 1906 (33jährig) aus dem Zuchthaus, wo er eine dreijährige Haft zu verbüßen hatte (welche allerdings in 2 Monaten zu Ende gewesen wäre, in die Anstalt gebracht, weil er psychisch auffiel. War sehr wechselnder

Stimmung und äußerte Verfolgungsideen. Erzählte, daß die Getränke im Gefängnis immer übeln Geruch gehabt hätten. Verweigert hier das Frühstück, weil Gift darin sei. Nach ungefähr 10 Tagen treten die Vergiftungsideen zurück, nur gelegentlich spricht er noch von Giftmischern. Zu gleicher Zeit fordert er die Ärzte auf, ihn sofort zu töten, ohne ihn lange zu quälen. Seine Stimmung ist sehr wechselnd, bald freundlich, dann aber wieder äußerst gereizt: er verhöhnt und beschimpft Ärzte und Wartepersonal und versucht Fensterscheiben einzuschlagen. Nächts flüstert man ihm durch die Wand allerlei zu.

1907. Schimpft in wüsten Ausdrücken auf die Ärzte, schlägt Kranke. Kennt Ärzte und Kranke schon seit 50 Jahren, weiß auch mit den geheimen Gängen der Anstalt Bescheid. Seit September vollkommen abweisend, stumm, zeitweise erregt und abstinierend.

1908. Meist völlig abweisend und stumm, reagiert überhaupt nicht auf Anrede. Nur ein einziges Mal erzählt er etwas von verworrenen Wahnideen. Liegt meist unter seiner Bettdecke verkrochen.

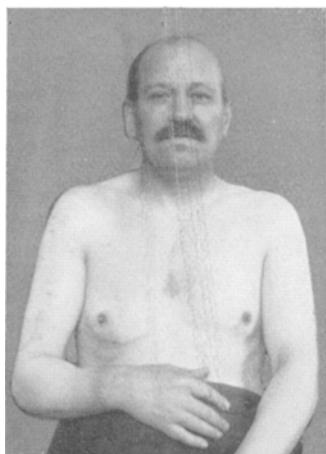


Abb. 10. Goe (Fall 9).

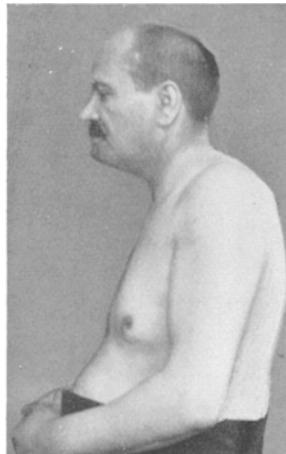


Abb. 11. Goe (Fall 9).

1909. Seit Monaten völlig stumm. Vorübergehend erregt und gewalttätig.

1910. Abgesehen von kurzdauernden impulsiven Erregungen völlig gleichgültig-stumpf. Lacht, ohne jemals ein Wort zu sprechen, vor sich hin.

1911. Gibt seit kurzem manchmal einsilbige Antworten, sonst unverändert teilnahmslos. Kümmert sich auch um die Mitkranke nicht. Läuft im Garten umher, lacht, murmelt vor sich hin. Vorübergehend erregt.

1912. Das ganze Jahr über wieder stumm. Häufiger gewalttätig: schlägt Fensterscheiben ein, zerreißt, wird aggressiv gegen Mitkranke.

1913. Abweisend, unzugänglich, läßt sich auf kein Gespräch ein, gelegentlich als Antwort eine unverständliche Wortneubildung.

1914. Unverändert. Wird plötzlich gewalttätig. Wird in die Landesanstalt verlegt. Gibt dort anfangs Auskunft: „Staatsmann 74... Bürgerbrief 54, aber was es sonst ist, weiß ich nicht.“ Weiter nicht zu fixieren. Wird auch dort bald gewalttätig. Dauernd abweisend.

1915. Gänzlich zerfahren. Dauernd Prügeleien, Gewalttätigkeiten. Muß fast immer isoliert werden.

1916. Triebhafte Erregungen mit großer Zerstörungswut. Häufig Nahrungsverweigerung. Ganz unzugänglich.
1917. Fast ständig erregt, zerreißt, beschädigt.
1918. In letzter Zeit ruhiger, spricht unverständliches Zeug vor sich hin.
1919. Wieder stärkere Neigung zu impulsiven Erregungen, liegt dauernd zu Bett. Nicht zum Aufstehen zu bewegen.
1920. Schimpfend, drohend, abweisend. Triebhafte Erregungen.
1921. Stereotypes Grinsen, kein In-Beziehung-Setzen zu ihm möglich. Sehr gefährlicher Kranker.
1922. Stets zu Bett. Ganz untätig, interesselos und stumpf. Leeres, blödes Lächeln. Bei jeder Anrede stets die gleiche, nichtssagende Miene. Niemals eine sinngemäße Antwort. Schwere fortgeschrittene affektive Verblödung.
1923. Unverändertes, gleichförmiges Bild. Führt Selbstgespräche. Stumpfsinnig gleichgültig.
1924. Liegt stumpf und blöde vor sich hin grinsend im Bett. Gelegentlich laut und störend oder aggressiv, schlägt planlos zu.
1925. Neigt zu stereotypen Bewegungen. Ohne jenes Interesse oder Teilnahme für die Vorgänge seiner Umgebung.

Erblichkeit: Nichts bekannt.

Die ziemlich lange Nase und die etwas breiten Schultern stören im Gesamtbilde: wir bezeichnen Goe. deshalb als vorwiegend pyknisch. Er ist von jeher intellektuell minderwertig gewesen und mehrfach vorbestraft worden. Seine Psychose bricht in der Haft aus. Daß es sich um einen schizophrenen Prozeß handelt, wird bald klar. Durch Jahrzehnte hindurch bietet er das Bild eines deletären Verblödungszustandes dar. Aus dem Bett kommt er nur selten heraus.

Fall 10 (Abb. 12). Jac. I., jetzt 52 Jahre alt.

Körperbau: Vorwiegend pyknisch.

Somatoskopisch: Klein, unersetzt, dicklich (hauptsächlich Stamm), kurzer Brustkorb, kurze Gliedmaßen, kräftige, maskuline Genitalbehaarung. Starke, gleichmäßiger Bartwuchs. Terminalbehaarung an Brust, Unterbauch und Extremitäten mittelstark. Gut durchblutete Haut. Rötliche Nase. Auf den Wangen Gefäßinjektion. Mittelgroßes Genitale, große Hoden.

Somatometrisch: Kgr. 160 cm, Kgew. 63 kg, Brustumfang 92 cm, Bauchumfang 86 cm, Pignet: + 5,0, Rohrer 1,54, Prop. Br.U. 57,4, Kopfumfang 58 cm.

Somatische Morbidität: Als Kind Meningitis. Rechts: Anophthalmus, links Buphthalmus-Opticusatrophie (Univ.-Augenklinik Rostock). Intolerant gegen Alkohol. Neigung zu Angina und Erkältungen. Plattfüße. Pyodermien.

Präpsychotische Persönlichkeit: Aufgeweckt, fleißig, geschickt, mäßig.

Krankengeschichte: Mit 27 Jahren (1901) bemerkten seine Angehörigen, daß er zuweilen nachts aufstand und nur mit einem Hemd bekleidet draußen umherwanderte. Zu einer Schwester, welche im Begriff stand, sich zu verheiraten, äußerte er etwas später, sie möchte sich vorsehen und keinen Mann nehmen, der „gehämmelt“ (kastriert) sei. Mit dieser Wahnvorstellung, daß es Menschen gäbe, die gehämmelt seien und daß wieder andere hämmelten, beschäftigte er sich immer häufiger. Er ging zu vielen Menschen und erzählte ihnen von den Gehämmelten, daß diese schlecht seien und warnte vor ihnen. Auch schrieb er viele Briefe darüber wie den folgenden:

Hiermit ersuche ich Sie? Folgendes amtlich bekannt zu lassen: —

Der Unterzeichnete? Ich? Ernst Jacob kann Hammel von also ausgeschnittene Menschen von Natürlichen unterscheiden! Gehämmelte Menschen wollen ver-

leiten zu Ungerechtigkeiten. Ein natürlicher Mensch soll ononiren lassen. Dabei wollen die Verleiter ausschneiden. — Ausgeschnittene fühlen sich unglücklich. Sie können nicht mehr weinen; die Tränen gehen verloren beim Ausschneiden! Ononiren lassen gilt nicht! Lieben kann ein Ausgeschnittener nicht mehr! — Wer mit Geschlechtsgift angriffen wird, muß selbst ononiren, nachdem er Butter gegessen hat. Frauensleuten gilt dasselbe! —

Das gemeinte Geschlechtsgift wirkt erschlaffend, es heißt Akribat! Es gilt nicht kalte Getränke, oder Gebeck mit Geschlechtrez- oder Erschlaffungsmittel zu vermischen!

Kommen besondere Kinder zur Welt, die Schuldigen sind die Ausgeschnittenen! Letztere lauschen, blamiren, ruiniren, Hämmel gern! Wer sich ausschneiden läßt ist nicht vorsichtig genug!“

Allmählich vernachlässigte er sein Geschäft. Wenn seine Angehörigen versuchten, ihm seine Wahnvorstellungen auszurenen oder wenn ihm widersprochen wurde, ist er gewalttätig geworden. Zauste seine Mutter an den Haaren und biß seinen Bruder in die Hand, bedrohte diesen auch mit dem Messer.

1906 versuchte er mehrmals, sich das Leben zu nehmen. 1908 wollte er dem Kaiser und Großherzog im Luftballon begegnet sein: er habe mit ihnen gesprochen und sie mit seinem Stock bedroht. Da er in letzter Zeit viel aufs Gericht ging, um gegen allerlei Personen Klage zu führen, bei dem Versuch, ihn davon abzuhalten, aber gewalttätig wurde, wird er 1909 in die Anstalt gebracht.

Er meint, daß die Gehämmelten an seinem Aufenthalt hier schuld seien. Die Gehämmelten spiegelten ihm Erscheinungen vor und hingen auch mit den heimlichen Lauschern zusammen, die mit den Armen schlügen und Wind machen. Erzählt dann weiter mit großer Zungenfertigkeit von Giftstoffen, welche die Geschlechtsteile ruinierten. Die Gehämmelten könnten auch durch Röntgen durch die Wände hindurch die Menschen beobachten.

Im ersten Jahr seines Aufenthaltes beschäftigt er sich etwas mit Stuhlflechten, bringt aber die meiste Zeit mit dem Aufschreiben seiner Wahnvorstellungen zu.

1910. Hat immer sexuellen Klatsch anzubringen. Beschäftigt sich nur ganz selten. Bezieht sich öfters eines Sittlichkeitsverbrechens. Ist meist energisch abweisend, wenn er zur Arbeit aufgefordert wird.

1911. Hört jetzt auch zahlreiche Stimmen, abstiniert öfter, tut wenig.

1912. Besserer Stimmung, beschäftigt sich mehr.

1913. Im allgemeinen ruhig und fleißig, nicht mehr so abweichend.

1914. Verweigert wieder jede Beschäftigung, kommt wieder mit seinen sexuellen Geschichten. Geht gestikulierend umher. Machte einmal einen Selbstmordversuch. Hört viele Stimmen, häufig Nahrungsverweigerung, wird verschiedentlich beim Aufessen des eigenen Kotes angetroffen.

1915. Sehr schweigsam geworden, störrisch, tut nichts.

1916. Viel Stimmen, spricht vor sich hin, schimpft, sagt, er werde durch die Gehörstäuschungen „analogisch aufgeregt“.

1917. Hört weiter viele Stimmen, schreibt wieder viel an den Kaiser (immer

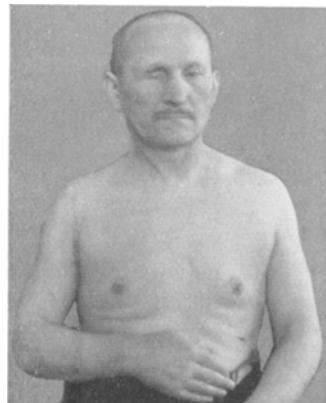


Abb. 12 Jac I (Fall 10).

sexuellen Inhalts, gänzlich verworren in der Form). Versuch, ihn zur Arbeit zu bewegen, scheitert.

1918. Lebt ruhig vor sich hin, tut aber nichts.

1919. Hatte zwar versprochen, wieder zu flechten, sobald Rohr da sei, verweigert jetzt aber die Arbeit, er habe nur mit Christus und Gott zu tun. Er habe Befehl bekommen, im Klosett Kot zu essen. Ist häufig seine Exkremeante, masturbiert, verschluckt das Ejaculat.

1920. Arbeitet nur vorübergehend. Halluziniert viel. Sagt flüsternd, er habe wieder Kot gegessen, weil er damit ein gutes Werk zu tun glaube. Schlägt plötzlich eine Scheibe ein.

1921. Sehr wechselnd. Hört viel Stimmen, spricht von Gespenstern, wird von elektrischen Strömen beeinflußt.

1922. Schimpft viel, bleibt oft ohne Grund zu Bett, wird durch einen Luftballon belästigt.

1923/24. Hört wieder viel Stimmen aus der Luft, die Stimme der Königin von Saba verbietet ihm zu arbeiten. Durch den Einfluß der Stimmen habe er sich mit Unrat abgeben müssen, habe Urin trinken, den Finger in den After und dann in den Mund stecken müssen. Beim Vorbringen seiner Ideen keine adäquate Gefühlsäußerung.

1925. Lehnt nach wie vor jede Beschäftigung ab, halluziniert dauernd lebhaft.

Erblichkeit: Ein Bruder in der Anstalt: Dementia praecox (s. Krankengeschichte Jac. II).

Ein Bruderssohn geisteskrank.

Vater an Pneumonie gestorben.

Eine Schwester des Vaters durch Suicid gestorben.

Vater des Vaters Potator.

Jac. II, 43 Jahre alt (Abb. 12a und 12b).

Körperbau: Athletisch? Dysplastischer Fettwuchs?

Somatometrisch: Kgr. 1,69 m, Kgew. 96 kg (1926), Brustumfang 115 cm, Bauchumfang 110 cm, Pignet: — 37,0, Rohrer: 1,99, Prop. Br.U. 68,2, Kopfumfang 58 cm.

Somatische Morbidität: Immer gesund.

Präpsychotisch: Immer fleißig und ordentlich gewesen.

Krankengeschichte: Pat. wurde 1911 der Anstalt mit folgendem wörtlich wiedergegebenen Attest des Arztes zugeführt: „Der 27jährige Arbeiter J. leidet seit ca. 4 Jahren an geistigen Störungen. Diese Krankheit kommt periodenweise, indem einige Wochen andauernde Perioden des Krankseins mit Zeiten von relativer Gesundheit abwechseln. Er reagiert oft gar nicht auf Zureden, spricht zuweilen zusammenhangslos, oftmals von seiner Militärzeit, trägt den Kopf im Nacken, zwirbelt seinen Schnurrbart, schreitet Strecken ab usw. Er arbeitet meistens sehr fleißig, läßt sich aber von dem Aufseher nichts sagen. Beim Bäumekräpfen z. B. haut er Bäume nieder nach seiner Wahl, auch wenn ihm gesagt wird, daß gerade diese stehenbleiben sollen. Nun haben sich in letzter Zeit Anzeichen von Gewalttätigkeit bei ihm gezeigt. Er trägt oft ein Beil bei sich, den Stiel durch den Gürtel gesteckt. Mit dem Beil ist er einem Fuhrwerk entgegengetreten in der Weise, als wenn er die Pferde vor den Kopf schlagen wollte. Als ihm ein Reiter begegnete, zog er ebenfalls das Beil hervor, als wenn er es gegen den Reiter gebrauchen wollte. In der letzten Nacht war er nicht zu bewegen, zu Bett zu gehen, bedrohte seine Mutter und Schwester mit hochgehobenen Fäusten, so daß diese durchs Fenster flüchten mußten.“

Bei der Aufnahme ist er ganz ruhig, gibt geordnet Auskunft, keine Krankheitseinsicht. Er sei hier unter der Aufsicht Seiner Kgl. Hoheit. Hat merkwürdige

Gesten und Grimassen beim Sprechen, legt die Stirn bald in vertikale, bald in horizontale Falten, reißt die Augen weit auf, zwirbelt krampfhaft an seinem Schnurrbart, wiederholt oft das schon einmal Gesagte. Ist stets sehr kurz angebunden und mürrisch. Sitzt bei der Visite im Bett, wendet sich zur Seite, blickt starr nach einer Stelle und dreht ostentativ an seinem Schnurrbart oder blickt den Arzt unausgesetzt starr an. Nimmt häufig die sonderbarsten Stellungen ein oder geht maniert mit militärischem Schritt im Saal auf und ab.

Gegen Ende des Aufnahmemonats unruhiger und lauter, singt, belästigt seine Nachbarn, erzählt confuse Geschichten von „Torpedo“ und „Pflügen an der Küste“. Spricht zeitweise laut zum Fenster hinaus unter fortwährenden Wiederholungen. Läßt sich in seinem Wortsalat durch nichts stören, liegt dabei meist

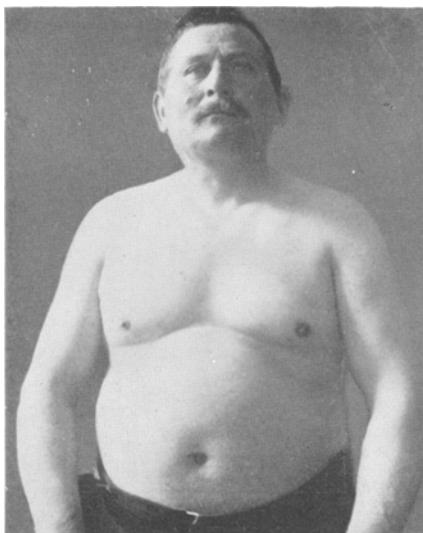


Abb. 12a. Jac II.



Abb. 12b. Jac II.

auf dem Bauch und sieht starr zum Fenster hinaus auf einen Punkt. Redet so fortgesetzt Tag und Nacht. Nach 1½ Monaten ruhiger, aber ohne Einsicht. Geht fleißig mit zur Hausarbeit. Nach vierwöchiger Ruhe wieder eine 14tägige Schwatzperiode. Nach weiteren 8 Wochen entlassen.

1915: 2. Aufnahme.

In der Zwischenzeit immer leicht erregbar gewesen, wurde jedoch niemals wieder aggressiv. War sonst verschlossen und für sich. Seit 2 Wochen wieder lebhafter, erzählt viel, fühlt sich als Feldherr, kommandiert, gewinnt Schlachten, „Na kommen Engländer und Franzosen, da steht Artillerie, da Infanterie... jetzt drauf, marsch marsch“. Kam gutwillig mit, weil man ihm gesagt hatte, er solle seinen kranken Bruder sehen.

Ist ausgesprochen gehobener Stimmung und ohne jegliches Krankheitsgefühl. Bietet genau dasselbe Zustandsbild dar wie bei der 1. Aufnahme. Nach 6 Wochen Beruhigung, geht mit zur Arbeit. Nach 3 Monaten entlassen.

1916—1926: 3. Aufnahme (1¼ Jahr nach der letzten Entlassung!). Beginnt wieder ziemlich akut, sprach viel, sang, war sehr störend.

Ist wieder in hypomanischer Stimmung. Großer Rede- und Bewegungsdrang. Nach 6 Wochen Beruhigung. Seither stets alle paar Wochen ein derartiger Erregungszustand, welcher manchmal nur Tage, dann aber auch 2—3 Wochen dauert. In diesen Zuständen ganz inkohärent, Wortsalat, stereotype manirierte Bewegungen, Händereiben, aggressiv, zerreißt und zerschlägt, läuft nackend umher, schmutzt mit Kot und Urin.

In den ruhigen Zwischenzeiten ein sehr brauchbarer Arbeiter. Sehr wortkarg und abweisend in seinem Wesen.

Auch Jac. I kennzeichnen wir — obschon die Abweichungen gering sind — nur als vorwiegend pyknisch. Präpsychotisch scheint er *kein „dystoner“ Mensch (Bostroem)* gewesen zu sein.

Seine Erkrankung beginnt mit 27 Jahren unter den Erscheinungen

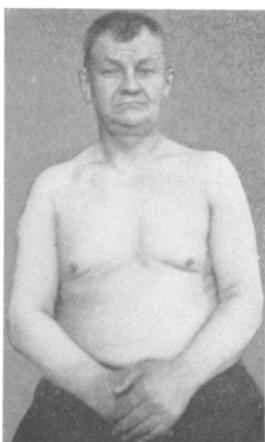


Abb. 13. Klü (Fall 11).



Abb. 14. Klü (Fall 11).

eines sexuellen Beziehungswahnes. 8 Jahre später wird er in die Anstalt eingeliefert. Physikalische Beeinflussungen, welche fast ausschließlich die sexuelle Sphäre betreffen, dominieren bis heute im klinischen Bild. Daneben aber auch bis in die letzte Zeit viele akustistische, aber bemerkenswerterweise (Jac. ist blind) auch optische Halluzinationen. Der Prozeß scheint bei ihm noch nicht zum Stillstand gekommen zu sein, denn er entfaltet noch viel Aktivität (imperatorische Phoneme, welche ihn heißen, Kot, Urin und Ejaculat zu verschlucken). Zu irgendeiner Tätigkeit war er in den letzten Jahren nicht mehr zu bewegen.

Fall 11 (Abb. 13 und 14). Klü., jetzt 58 Jahre alt.

Körperbau: Pyknisch (mit dysplastischen Einschlägen?).

Somatoskopisch: Klein, unersetzt, kurze Extremitäten, mittelstarke Bartbehaarung, Schambehaarung mittelkräftig, spärliches Terminalkleid. Kleine Hoden, kleines Genitale.

Somatometrisch: Kgr. 164 cm, Kgew. 73 kg, Brustumfang 95 cm, Bauchumfang 93 cm, Pignet: — 4,0, Rohrer: 1,66, Prop. Br.U. 57, Kopfumfang 57 cm.

Somatische Morbidität: Neigung zu Ekzemen, Furunkulose, Pneumonien, Conjunctivitis.

Präpsychotische Persönlichkeit: Nichts bekannt (einmal wegen Bettelns vorbestraft).

Krankengeschichte: 1902 (34 jährig) mit einer akuten „tobsüchtigen“ Erregung erkrankt.

Wird in großer motorischer Unruhe gebracht. Wühlt mit den Decken, rutscht auf dem Boden umher, spricht dabei fast unaufhörlich unverständlich vor sich hin. Scheint auf Stimmen zu antworten, droht auch. Keine brauchbaren Angaben von ihm zu erhalten. Schmutzt sich ein. Große Neigung zu Tätilichkeiten. Unzugänglich, drohend, erregt, gereizt. Zeitweise Nahrungsverweigerung. Liegt nackt im Bett. Bringt nur verwirrtes, sinnloses Zeug vor. Anscheinend auch Geschmackshalluzinationen. Andauernd unzugänglich.

1903. Verworfenes Geschimpfe. Spuckt viel. Triebhafte Erregungen, unverständliche Andeutungen, daß er in unangenehmer Weise beeinflußt werde. Zerreißt, spricht vor sich hin. Droht in die Luft. Liegt nackt zu Bett. Schimpft auf Strolche, die ihn schikanieren. Streitsüchtig, reizbar, halluziniert viel. Unsauber, schmiert. Verkennt Personen.

1904. Schimpft ohne Unterlaß auf die Umgebung: Mörder, Spitzbuben. Verläßt oft das Bett, läuft planlos umher. Zeitweise sehr erregt, laut, widerstrebend, aggressiv. Läuft, laut schimpfend, nackt umher.

1905. Nur vorübergehend ruhiger, meist lebhaft halluzinierend und schimpfend.

1906. Streitend und schimpfend, dazwischen impulsive Erregungen, laut brülend. Prügeleien.

1907. Fast andauernd tobend und erregt, schlägt Scheiben ein.

1908. Laut und störend. Weigert sich aufzustehen.

1909. Verhält sich jetzt ruhiger, brummt unverständliches Zeug vor sich hin.

1910. Meist ablehnend und drohend, zeitweise auch wieder hochgradig erregt.

1911. Meist abweisend und verstimmt. Zeitweise laut, unruhig, störend.

1912. Zweimal einen katatonischen Anfall gehabt. Schimpft in grössten Ausdrücken vor sich hin. Spricht in eigentümlich abgerissener Art vor sich hin, „Kaiser, König, Kaisermörder . . . hat den Schießorden gekriegt . . . arbeitet doch, ihr Strolche . . . ins Gefängnis . . . 3 Tage nur heimatlos . . . 2 Schlosser . . . 2 Jahre Bürgerrecht . . .“ Geht der Visite aus dem Wege, malt mit Ziegelstein bizarre Figuren auf die Treppenstufen, schimpft stereotyp vor sich hin. Nicht zur Arbeit zu bewegen.

1913. Gänzlich zerfahren, schimpft in alter Weise, nur unterbrochen durch plötzliche Erregungen.

1914. Läppisch-zerfahren. Stereotype Redensarten. Wird zornig, wenn man ihn zur Arbeit auffordert.

1915. Zerfahren. Spricht im Telegrammstil. Stereotype Redensarten und Bewegungen.

1916. Steht unbeschäftigt umher, produziert immer wieder seine alten Stereotypien.

1917. Unbeschäftigt. Spricht und gestikuliert vor sich hin. Manchmal plötzlich grob und heftig. Schimpft tagelang heftig, weil ihm die Haare geschnitten sind. Meidet den Arzt bei den Visiten, macht sich unsichtbar.

1918. Nicht zum Arbeiten zu bewegen, schimpft, wird sehr lästig. Beim Essen rücksichtslos, deshalb häufig Streit.

1919. Tut auch nicht die kleinste Handreichung.

1920. Keine Neigung zur Beschäftigung, steht und sitzt herum.

1921. Warf einem Kranken seinen Becher an den Kopf. Beschäftigt sich jetzt etwas im Garten.

1922. Beschäftigt sich mit leichter Gartenarbeit. Sonst unverändert.

1923. Immer dieselben stereotypen Redensarten, etwas albern, grüßt immer in derselben stereotypen militärischen Weise, bleibt oft stehen, gestikuliert, spricht vor sich hin.

1924/25. Beschäftigt sich etwas mit Hacken im Garten. Spricht, auch gefragt, nur wenig und leise seinen unverständlichen Salat.

Erblichkeit: Nichts bekannt.

Wegen des auffällig spärlichen Terminalhaarkleides haben wir, damit uns kein Vorwurf daraus erwachse, vorsichtshalber „dysplastische Einschläge“ hinzugefügt. Seinen äußeren Körperperformen nach, muß man Klü. ja als Pykniker ansprechen.



Abb. 15. Lem (Fall 12).

Beider Aufnahme in einer schweren psychomotorischen Erregung bleibt er in einer solchen, bis sich allmählich, nach etwa 10 Jahren, ein zerrahenes, schizophenes Zustandsbild herausbildet. Erst nach 20jähriger Dauer der Psychose ist der Um- und Abbau so weit gediehen, daß er in der Arbeitskolonne mit verwendet werden kann.

*Fall 12 (Abb. 15). Lem., jetzt 36 Jahre alt.
Körperbau: Pyknisch.*

Somatoskopisch: Pyknischer Flachkopf, breite Schildform des Gesichts. Relativ zierliche Extremitäten. Ausgesprochene Stammfettsucht, weiches Haupthaar, mittelstarker Bartwuchs. Mittelkräftige Terminalbehaarung. Gefäßinjektion an den Wangen.

Somatometrisch: Kgr. 174 cm, Kgew. 75 kg, Brustumfang 94 cm, Bauchumfang 89 cm, Pignet: + 5,0, Rohrer: 1,43, Prop. Br.U. 54,0, Kopfumfang 60 cm.

Somatische Morbidität: Darmkatarrh, Grippe, Furunkulose, Lues (Liquor o. B.).

Präpsychotisch: Auf der Schule gut gelernt. Das Einjährige absolviert. Im Kriege Offizier gewesen. Im Wesen schon früher selbstherrlich, hochmütig, dreist, reizbar, unerträglich, wenig pietätvoll gegen seine alte Mutter, sonderliche Lebensführung (laut Berichten seiner Kollegen aus dem Jahre 1911).

Krankengeschichte: Schleichender Beginn der Erkrankung mit 28 Jahren (1918). Wurde in der englischen Gefangenschaft auffallend still, gedrückt, sprach in Briefen von einem Zusammenbruch seiner Nerven, auch von der Befürchtung, geisteskrank zu werden. Seinen Kameraden gegenüber auffallend reizbar, bei kleinsten Anlässen aufbrausend. Versucht nach der Rückkehr vergeblich, eine Stelle zu finden, tritt schließlich in die Schutzpolizei ein. Wurde immer stiller, grübelte vor sich hin, äußerte Beziehungsideen: glaubte, er würde verhaftet, er müsse alles für die Sicherheitspolizei ausbaden, seine Frau habe ihn vergiftet wollen; hörte in der Wohnung Leute, die bohrten und ihn belauschten.

1920. Aufnahme in die Klinik: keine Krankheitseinsicht, macht ratlosen Eindruck. Verschrobene, sprunghafte Ausdrucksweise. Bringt seine Wahnideen vor. Nach 6 Wochen entlassen.

2 Monate später Aufnahme in die Anstalt: höre viel Stimmen, glaubte sich jetzt auch von Arbeitern verfolgt, trug sich mit Selbstmordgedanken.

Keine Krankheitseinsicht. Erzählt, daß er Stimmen gehört und Gestalten gesehen habe, die ihn verfolgt und auf der Straße verulklt hätten. Es sei dasselbe „Kins“ gewesen wie damals, als er nach Gehlsheim mußte, von der reaktionären Partei werde er verfolgt. Wenn die Leute an ihm vorübergingen, machten sie Bemerkungen über ihn, auch die Ärzte seien daran beteiligt gewesen. Sein Gedankengang ist deutlich zerfahren. Lacht zwischendurch unmotiviert. Ist sehr mißtrauisch, geht wenig aus sich heraus, meint, er stehe unter dem Einfluß der Elektrizität. Wird bei geringfügigen Anlässen aggressiv gegen das Personal. Wäscht sich tagelang nicht, angeblich, um gegen die Freiheitsberaubung zu protestieren.

1921. Beschimpft die Psychiater, das seien die größten Schweinehunde. Gegen die Ärzte abweisend und gereizt, zeitweise ausfällig. Meist sehr hochfahrend. Macht durch sinnloses Widerstreben gegen jede Anordnung und Hausordnung viel zu schaffen. Bringt gelegentlich auch etwas vor: seine Frau habe ihn mit einem Pulver vergiftet, das habe sich auf den Samenstrang gezogen. Hört öfters die Stimme seiner Frau. Beschwerte sich über die Unruhe, die durch die nächtliche Quälerei mit elektrischen und Röntgenapparaten entstünde. Schlägt Fensterscheiben ein. Hört dann wieder die Stimme seiner Frau über sich. Weiß jetzt auch, daß da oben die Apparate stehen, durch die er beeinflußt wird.

1922. Hört nachts die Stimmen von Menschenversammlungen zu sich dringen. Abweisend, mürrisch, läßt sich nicht behandeln, wird tätlich gegen das Personal, schimpft in gemeinsten Ausdrücken. Er bekäme auch hier Gift, seine Augen würden versengt, sein Rückenmark angegriffen usw. Zunehmende gemütliche und ethische Abstumpfung. Bringt in zerfahrener Weise Wünsche vor, wendet sich aber schon wieder ab, ehe ihm überhaupt Antwort erteilt ist. Bringt alles in gleichgültig-läppischer Weise vor: es ist ihm ganz egal, ob ihm willfahren wird oder nicht. Keinerlei Krankheitsgefühl oder Krankheitseinsicht. Masturbiert jeden Tag schamlos in seinem Bett, ohne sich um seine Umgebung zu kümmern. Äußert wieder Vergiftungs ideen. Geht dem Arzt aus dem Wege.

1923. Abweisend und drohend. Bringt allerlei Größenideen vor: er habe den pour le mérite am blauen Bande. Fährt den Arzt plötzlich an: „Sie Arschloch, ich übernehme jetzt die Abteilung als Johanniter, haben Sie verstanden, Sie Schweinehund?“ Wird in brutaler Weise tätlich gegen das Personal, schreibt zerfahrene Briefe an den Direktor: „Streng vertraulich. Zur sofortigen Erledigung innerhalb der Veteranen- Heil- und Erbschafts-Pflegeanstalt Sachsenberg. Sehr geehrter Herr Obersittenflicker . . . usw. (gez.) Laubke, Graf der Landwehr oha, oha!“

1924. Gegen die Ärzte abweisend, sitzt herum, ohne sich zu beschäftigen, lacht plötzlich unmotiviert auf, bringt nur dem Personal gegenüber seine alten Ideen vor.

1925. Etwas erregt, riecht an den Speisen, äußert, sie hätten einen schlechten Geruch und Geschmack. Hat auch einen ganzen Tag nichts gegessen, verlangt in gereizter, herrischer Weise nach Schwerin gehen zu dürfen. Hat allerlei absonderliche Zukunftspläne, will eine Büdnerei aufbauen, dann mal wieder ein großes Geschäft mit landwirtschaftlichen Maschinen eröffnen; in seinem Benehmen dem Arzt gegenüber für gewöhnlich ausgesprochen formlos und unhöflich, leicht ausfallend.

Äußert alle möglichen wahnhaften Vorstellungen, behauptet z. B., die Margarine, die er erhalte, sei aus australischem Gefrierfleisch und sei mit Schierling

gefährbt. Gerät in der Unterhaltung leicht in einen nicht verständlichen Affekt, schon bei dem leitesten Widerspruch und häufig ohne jede Veranlassung.

Erblichkeit: Mutter an Diabetes gestorben.

Die Körperbaudiagnose bedarf nicht der Erörterung. Klinisch eine nach kurzem Prodromalstadium einsetzende paranoide Form, deren Zugehörigkeit zum schizophrenen Kreis keinem Zweifel unterliegen kann. Ein unverkennbar im Fortschreiten begriffener Zerfall der Persönlichkeit nebst schweren Störungen der Affektivität charakterisieren heute das Zustandsbild Lem.s.

Fall 13 (Abb. 16). Ross, jetzt 71 Jahre alt.

Körperbau: Pyknisch.

Somatoskopisch: Pyknisches Profil, Fünfeckform des Gesichtsumrisses. Tiefer, breiter, kurzer Brustkorb. Kurze Extremitäten. Kompakter Fettbauch. Starker, gleichmäßiger Bartwuchs. Kräftige Terminalbehaarung. Hautgefäße leicht injiziert.

Somatometrisch: Kgr. 162 cm., Kgew. 71 kg, Brustumfang 100 cm, Bauchumfang 95 cm, Schulterbreite 35 cm, Pignet:— 9,0, Rohrer: 1,67, Prop. Br.U. 61,8. Kopfumfang 56 cm.

Somatische Morbidität: Varicen. Ekzeme.

Präpsychotisch: Auf der Schule gut gelernt. In seinem Wesen immer gleichmäßig und gesellig gewesen.

Krankengeschichte: Erkrankt, 21 jährig (1876), während der aktiven Dienstzeit mit einem katatonischen Stupor, durch impulsive Erregungen unterbrochen. Dieser hellt sich nach 5 Monaten wieder auf, und er wird 1877 aus dem Lazarett entlassen. Innerhalb eines Jahres wird der bis dahin Unbestrafte 12 mal militärisch bestraft (Vernachlässigung des Wachdienstes, Ge-



Abb. 16. Ross (Fall 13).

horsamsverletzungen, unerlaubte Entfernung von der Truppe).

1879 erkrankt er aufs neue mit einer schweren halluzinatorischen Erregung und kommt frei vom Militär. Es fehlen dann Angaben bis

1883, wo er aus dem Untersuchungsgefängnis zur Beobachtung in die Anstalt eingeliefert wird. Wieder katatonischer Stupor, welchem sich eine halluzinatorische Erregung anschließt: er zerreißt, schmiert mit Kot, hat göttliche Visionen. In den ruhigen Zeiten ist er entweder mutazistisch oder läppisch-albern oder auch reizbar-abweisend. Verkennt Personen, verlangt seine Freisprechung. Hat Schlägereien. Spricht von Kaiserlicher Hoheit, es riecht nach Menschenfleisch, abstiniert tagelang, nimmt sonderbare Stellungen an.

1884. Turnt und springt im Garten viel umher, ist zu einer Beschäftigung nicht zu gebrauchen, nimmt plötzlich starre und wunderliche Haltungen ein. Eine geordnete Unterhaltung läßt sich nicht mit ihm führen. In seinem Wesen schroff und abweisend. Schimpft zuweilen drohend auf den Arzt. Führt unzusammenhängende Reden. Saloppes Verhalten. Bleibt plötzlich zu Bett. Un-

beschäftigt. Manchmal stundenlang verworrene Schimpfreden. Einigemal aggressiv gegen den Arzt geworden. Entweicht, treibt sich herum, wird $\frac{1}{2}$ Jahr später wieder eingeliefert.

1885. Grob, schimpfend, drohend, zerfahren, sagt, „daß der Vertrauensanteil der Menschen mit Fleisch verbunden sei“. Eigentümliche kataleptische Zustände. Untätig, abweisend, Schlägereien brutalster Art. Abstiniert.

1886. Drohend, gewalttätig. Muß dauernd in der Zelle gehalten werden. Schmiert mit Kot und Urin.

1887. Widerspenstig, patzig, flegelhaft, zerfahren, gereizt, häufig drohend, aggressiv, brutale Gewalttätigkeiten, läuft auf allen vieren auf dem Hof umher, reißt Gras aus und sammelt Steine.

1888. Nur gelegentlich zum Arbeiten zu gebrauchen. Unverändert gereizt, drohend, aggressiv, laut. Wortneubildungen. Katatone Haltungen.

1889. Wieder mehr kataleptische Zustände, unverändert gereizt, drohend, aggressiv, laut. Wortneubildungen, katatone Haltungen.

1890. Läuft mit gefalteten Händen laut betend im Garten herum. Muß häufig wegen roher Gewaltakte isoliert werden.

1891. Dauernde Streitereien. Gereizt, drohend. In der Zelle.

1892. Spricht in selbstgebildeter Sprache. Impulsive Erregungen.

1893. Unverändert.

1894. Wüste Schlägereien.

1895. Spricht lange im Predigerton gehaltene Reden in seiner eigenen Sprache vor sich hin. Dann und wann zur Arbeit brauchbar. Häufige impulsive Erregungen.

1896. Brutale Prügeleien. In der Zelle.

1897. Gänzlich zerfahren, roh, brutal, gewalttätig. Bei vorübergehender Beschäftigung eigensinnig und verworren.

1898. Unlenksam, unselbstständig. Wäscht sich plötzlich mit Petroleum den Kopf.

1899. Zeitweise wieder bei der Arbeit, aber sehr ungleichmäßig. Unfähigsam.

1900. Fügt sich keiner Anordnung. Brutale Schlägereien. Deklamiert abrupte Sätze religiös gefärbten Inhalts vor sich hin.

1901. Untätig. Prügeleien.

1902. Triebhafte Erregungen, Schlägereien.

1903. Immer für sich, drohend, gereizt, laut schimpfend.

1904. Schlägereien, laut und störend.

1905. „Steht mit einem Gesicht herum wie ein Stier, der zustoßen will.“

1906. Zeitweise wieder ruhiger und zu beschäftigen. Viel häßliche Schlägereien, schimpft in gemeinsten Ausdrücken, brüllt zum Fenster hinaus. Laut und drohend.

1907. Schwere Mißhandlungen Mitkranker, Zerfahrenes, unverständliches Gefasel, unlenksam. Skandalierend.

1908. Immer dasselbe Bild.

1909. Schimpfend, streitend, meist isoliert.

1910. Gesprächiger: er lebe jetzt zum zweitenmal, sei früher in den Wolken verschwunden, dann furchtbar groß geworden, habe auf der Erde überhaupt kein Bett u. ä. m.

1911. Prügeleien, Streitigkeiten.

1912. Unverändert.

1913. Äußert die Idee, daß „zwischen den Beinen oben alles zu sei“, redet von Entlassung, will plötzlich an allerlei gar nicht existierende Leute Briefe schreiben (s. weiter unten). Vegetiert teilnahmslos dahin.

1914. Wieder friedfertiger geworden.
 1915. Schlägereien, sonst unverändert stumpf-gleichgültig.
 1916—1918. Laut und störend, Aggressivitäten. Widersetzlich.
 1919. Wieder häufiger Erregungszustände. Laut schimpfend. Gänzlich zerfahren.
 1920. Beschäftigt sich wieder etwas im Hause. Gelegentlich Gewalttätigkeiten.
 1921. Wieder lauter und störender. Verworrne, unsinnige Reden.
 1922. Stets für sich, lebt gleichgültig, wunschlos und ohne Interessen dahin. Beim Versuch einer ausgiebigeren Exploration gelassen und teilnahmslos, in seinen Antworten paralogistisch, sprunghaft, inkohärent, ohne jedes Krankheitsgefühl oder Krankheitseinsicht, er sei hier, „um Zähne auszureißen“.
 1923. Beschäftigt sich fast gar nicht mehr.
 1924. Arbeitet wieder etwas mechanisch auf der Station mit, redet unzusammenhängendes Zeug vor sich hin.
 1925. Redet in schimpfendem Tonfall in zerfahrener Weise vor sich hin. Neigt jetzt zu Stereotypien.

Briefproben:

1913.

19/13/19 Juni

Liebe Süße Selige Frau Froh.

Süßgeliebte Selige.

Frau Dein Stolst verbringe Ich Um Süsser Selige Antwort 20 Mark Reisegeld Zuschicken

Ernst Ross.

Dorf Sachsenberg

Mecklenburg-Schwerien

20/7. 05

Liebe Schwester (u. Schwager)

Umgehen derstehen die Mitfassung Erhöre ich Am Mitbrief Hurehalten Ann-zunäst Erfolgte ich die Schuldigung meines Wegenwiten Bewegt habe Entzagung meinen Aank

hochergeben Aachtungvol

Frau ((Schänfelt))

Geschwistliecher Bruder

Ernst Johann Friederich Ross.

Erblichkeit: Mutter litt an nervösen Kopfschmerzen.

Schwester Epilepsie.

Auch Ross ist in seinem Körperbau ausgesprochen pyknisch. [Da wir trotz des 5 Jahrzehnte zurückliegenden Krankheitsbeginnes über gute Angaben verfügen, können wir mit ziemlicher Sicherheit sagen, daß Ross weder schwachsinnig noch „schizoid“ gewesen ist.]

Klinisch gehört Ross der früh einsetzenden, rasch progredienten engeren Dementia praecox-Gruppe an. Durch 50 Jahre hindurch bietet er nun schon dasselbe katatone Zustandsbild dar. Nur daß mit dem Eintritt ins Senium seine brutalen Gewalttätigkeiten seltener geworden sind.

Fall 14. Schmi. I., mit 59 Jahren.*Körperbau:* Vorwiegend pyknisch.*Somatoskopisch:* Pyknisches Profil, klein, unersetzt. Kurze, relativ gracile Gliedmaßen. Kurzer, dicker Hals. Stammfettsucht. Graues, dichtes Haar. Mittel-

kräftiger Bartwuchs. Geringe Terminalbehaarung. Stark gebuchtete Schläfenwinkel. Gut durchblutete Haut. Gerötete Gesichtsfacbe. Gefäßinjektion.

Somatometrisch: Körpergröße 160 cm, Körpergewicht 64 kg, Brustumfang 92 cm, Bauchumfang 85 cm. Pignet: + 4,5, Rohrer: 1,55, Prop. Br.U. 57,5, Kopfumfang 57 cm.

Somatische Morbidität: Pneumonie, Furunkulose, Panaritien.

Präpsychotisch: Immer ordentlich, still, arbeitsam. Stets etwas sonderlich und für sich, unverheiratet.

Krankengeschichte: Erkrankt mit 39 Jahren (1904) im Anschluß an die Unterbringung seines kranken Bruders in die Anstalt mit Selbstanklagen, er habe die Krankheit seines Bruders verschuldet. Machte daraufhin mehrere ernsthafte Suicidversuche.

Bei der Aufnahme sehr ängstlich, steht mit gefalteten Händen da, spricht davon, daß er seinen Bruder verraten habe, es sei „ein großes Quälen“. Sagt mit verzweifeltem Gesichtsausdruck plötzlich: „die Welt ist untergegangen“. Ist hochgradig obstipiert. Springt plötzlich aus dem Bett und rennt mit dem Kopf ein Fenster ein. Ängstlich, depressiv, weinerlich. Nach 6 Wochen geheilt entlassen. Nachher ganz gesund bis zum Jahre 1909, wo er im Anschluß an eine Lungenentzündung wieder erkrankt. Nach Abklingen des Fiebers tat er Äußerungen wie: „es würde draußen mit Kanonen geschossen . . .“, „das Haus würde abbrennen . . .“, „er mache die ganze Welt unglücklich“. Die anderen sollten nicht mit ihm in Berührung kommen, weil sie auch unheilbar würden, er habe etwas verbrochen. Er wurde sehr still und in sich gekehrt, beteiligte sich nicht mehr an der Unterhaltung, war verschlossen und abweisend gegen Ärzte und Angehörige. Äußerte nur gelegentlich, er fühle sich von Gott verlassen und verstoßen, glaube an keine Möglichkeit der Errettung und Erlösung.

Bei der Aufnahme in die Anstalt ängstlich-gespannter Gesichtsausdruck. „Ich soll sterben, ich soll gemordet werden, ich habe meinen Bruder geschlagen“. Dauernd sehr ängstlich und bettflüchtig. Hochgradig obstipiert. Nach 2 Monaten geheilt entlassen.

1910. 3. Aufnahme.

Ängstlich-depressives Zustandsbild. Typische Versündigungsideen (wie früher), Obstipation usw. Nach 6 Wochen geheilt entlassen.

1921 (Mai). 4. Aufnahme.

Liegt unter seiner Bettdecke, hält die Augen geschlossen, ist etwas negativistisch und widerstrebend. Jammert unverständliche Dinge vor sich hin. Ganz unzügänglich. Zeitweise ängstlich erregt, jammert und weint laut. Ständig außer Bett in großer motorischer Unruhe. Nach 7 Wochen wieder vollständig gesund.

1921 (Dez.). 5. Aufnahme.

Ängstlich erregt, jammert und weint, bringt alle möglichen Versündigungs-ideen vor. Tag und Nacht in ängstlicher Unruhe, stößt wieder mit dem Kopf ein Fenster ein. Nach 8 Wochen zunehmende Beruhigung und Krankheitseinsicht.

1922 (Febr.). Beschäftigt sich.

1922 (Juni). Wieder stärker depressiv, macht sich Vorwürfe. Zunehmende psychomotorische Erregung, schlägt Fensterscheiben ein, plant Suicid. Bleibt bis Mitte August in diesem Zustand. Dann wieder Beruhigung, beschäftigt sich. Seit Oktober wieder ängstlich, weinerlich, schwerängstliche Erregung, welche bis Ende November dauert. Danach eine Zeitlang

1923 (bis etwa Februar) leicht hypomanisch, wird dann zunehmend stiller, einsilbiger, mürrisch, abweisend, läßt sich nichts sagen, nicht mehr recht zur Arbeit zu gebrauchen.

(August). Plötzlich einsetzende schwere halluzinatorische Erregung. Stereo-

types Jammern. Hält bis zum November an. Von da ab ruhiger, arbeitet etwas mit. Hält sich viel für sich.

1924. Seit Juni wieder verstimmter, ängstlich, zieht sich noch mehr zurück. Ende Juni gelingt es ihm, nachts durch ein Fenster zu entweichen. 5 Tage später wird er als Leiche im See gefunden.

Erbleichkeit: Mutter gilt als wunderlich, ist sehr fromm, geht jeden Sonntag zur Kirche, liest ebenso wie ihre beiden anderen Söhne viel in Bibel und Gesangbuch.

Ein Bruder (s. Krankengeschichte Schmi. II).

Schmi. ist ein ziemlich reiner Pykniker. Da er inzwischen durch Suicid geendet ist, können wir leider kein Bild von ihm wiedergeben. Er ist zugleich der einzige Proband, bei welchem wir unsere im Jahre 1923 gestellte Diagnose Schizophrenie nicht unter allen Umständen aufrechterhalten möchten. Jedenfalls gibt sie die Möglichkeit zu verschiedenen Deutungen. Die ersten 3 Erkrankungen wird man einwandfrei als endogene Melancholien aufzufassen haben: interessanterweise die erste psychisch provoziert, die zweite somatisch provoziert und nur die dritte „freischwebend“.

Bei der 4. Aufnahme tauchen Zweifel auf, verstummen aber wieder, als Schmi. bereits nach 7 Wochen entlassen werden kann, um sich berechtigter geltend zu machen, als er schon nach $\frac{1}{2}$ Jahr wiederkommt. Diesmal dauert seine Psychose 4 volle Jahre und wir wissen nicht, wie lange sie noch gedauert hätte, wäre sie nicht durch den Tod unterbrochen worden. Daß die letzte Erkrankung — nach Verlauf und Symptomatologie — nicht mehr in die engere Gruppe des zirkulären Formenkreises mit einbezogen werden kann, unterliegt keinem Zweifel. Denn auch, wenn Schmi. seine volle geistige Gesundheit wiedererlangt hätte, müßte man von einer exquisit atypischen Form des manisch-melancholischen Irreseins sprechen. Die endgültige Einordnung muß aber leider fraglich bleiben, weil wir nicht wissen, ob die Psychose nicht zu einem schizophrenen Endzustand sich ausgewachsen oder zum mindesten nicht einen psychischen Schwäche- oder Defektzustand zurückgelassen hätte.

Schmi. II.

Körperlich: Kräftiger Mann mit rotem Gesicht und rundem Kopf (Umfang 57 cm). Dichtes Haar. Asymmetrisches Gesicht. Starke Plattfüße. Furunkulose. Kgr. 148 cm, Kgew. 57 kg.

Präpsychotisch: Auf der Schule leicht gelernt. Von Charakter gutherzig. Immer sehr ordentlich. Soll allerdings immer etwas für sich gewesen sein.

Krankengeschichte: Erkrankt mit 34 Jahren kurz vor der Aufnahme mit Erregungszuständen. Sprang aus dem Bett, schrie laut, zerschlug Fensterscheiben.

Bei der Aufnahme ängstlich gespannt, sieht verzweifelt vor sich hin, antwortet nicht, kommt Aufforderungen nur teilweise nach. Drängt aus dem Bett, schläft nicht. Obstipation. Nach 2 Tagen zugänglicher, er habe große Angst gehabt, deutet an, daß er Gesichts- und Gehörstörungen gehabt habe. Berichtet dann, daß er immer alle 1—2 Jahre Anfälle habe (der Schilderung nach epileptische). Ist wieder voll orientiert. Nach einigen Monaten — ohne daß Auffälliges beobachtet worden wäre — entlassen. (Epileptischer? hysterischer? Dämmerzustand?)

Fall 15 (Abb. 17). Schwe., jetzt 60 Jahre alt.

Körperbau: Pyknisch.

Somatoskopisch: Pyknischer Flachkopf, Fünfeckumriß des Gesichts, relativ zarter Knochenbau, kurze, zierliche Extremitäten, kurzer, dicker Hals, Stammlokalisation des Fettes, kräftiger, gleichmäßiger Bartwuchs, sehr starke Terminalbehaarung. Stark ausgeprägte Schlafenwinkel. Gerötete Wangen.

Somatometrisch: Kgr. 160 cm, Kgew. 65 kg. Brustumfang 91 cm, Bauchumfang 86 cm. Pignet: + 3,5, Rohrer: 1,60, Prop. Br.U. 56,8, Kopfumfang 58 cm.

Somatische Morbidität: Diabetes, Bronchialkatarrhe.

Präpsychotische Persönlichkeit: Keine Auffälligkeiten gezeigt. Auf Bürgerschule gut gelernt, als Kaufmann gut fortgekommen.

Krankengeschichte: Krankheitsbeginn mit 27 Jahren, angeblich im Anschluß an vergebliche Liebeswerbung Verstimmungszustand mit Beeinträchtigungsideen: feindliche Einflüsse von seiten des Vaters der Geliebten und dieser selbst. Weitere Ausdehnung der Verfolgungsvorstellungen. Hintreten von Gesichts- und Gehörstäuschungen. Vernachlässigte allmählich die Arbeit, besuchte Lokale, trank, blieb Nächte weg. Ausgeprägter Verfolgungswahn schon Herbst 1899 (33 J.) zu konstatieren (aus dem Bericht des Anstaltsleiters). Als er sich zuletzt einen Revolver zu seinem Schutze anschaffte, wird er in die Anstalt gebracht. Hier zuerst sehr unruhig. Lebhafte Halluzinationen: Gespenster, Tiere, Lichterscheinungen, räsonierend, schelrend. Allmähliche Beruhigung. Überführung in andere Anstalt, dort Verfolgungsideen. Später immer unzufrieden, verweigert meist Beschäftigung, verlangt Zigarren. Will als Mensch und nicht tierisch behandelt sein. Schimpft, daß er festgehalten wird. In der vorigen Anstalt habe man Pulver um ihn gestreut, ihm Schädliches ins Essen gegeben usw. Bleibt auch fernerhin unruhig und interessilos. Macht einen blöden, albernen Eindruck, jede Einsicht fehlt ihm.

Wird versuchsweise entlassen, aber schon am selben Tage wiedergebracht. Fühlt Feuer im Leibe, seine Kräfte werden verbrannt. Kann sich nicht bewegen, will nicht arbeiten. Wird oft heftig und schilt viel. Öfters erregt, demoliert. Blättert sonst nur in Journalen, tut nichts. Meist abweisend und unfreundlich. Spricht faseliges Zeug vor sich hin (1900—1920)¹⁾.

1920. Keine Neigung zu Beschäftigung. Spricht faseliges, unverständliches Zeug vor sich hin. Gibt kanz verkehrte Antworten. Interessilos, mürrisch und unzufrieden, unbeschäftigt.

1921. Untätig und interessilos, schimpft ab und zu vor sich hin.

1922. Völlig interessilos. Beschäftigt sich nicht. Autistisch. Hält zerfahrenen, unverständlichen Selbstgespräche. Wendet sich bei Anrede ab. Sitzt stumpfsinnig herum. Gelegentliche Erregungen von oberflächlichem und flüchtigem Charakter.

1923. Nicht ansprechbar. Beantwortet alle Fragen nur mit einem stereotypen Lächeln. Völlig gleichgültig. Versuch zur Arbeit muß wieder aufgegeben werden.

1924. Geht jetzt mechanisch und stumpfsinnig zum Essenholen mit. Ohne jede Initiative.

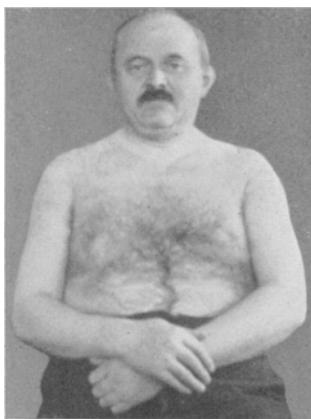


Abb. 17. Schwe (Fall 15).

¹⁾ Genauere Daten für die einzelnen Jahre damals nicht eingetragen.

1925. Tut nichts mehr. Sitzt stumpf und beschäftigungslos herum.

1926. Stereotype Haltungen. Zerfahrenes Zeug vor sich hinplappernd. Ohne jede Initiative. Beschäftigungslos.

Erblichkeit: Nichts bekannt.

Schwe. — Körperlich ziemlich rein pyknisch (abweichend: reichlich starke Stammbehaarung) — erkrankt gegen Ende der 20er Jahre an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie und befindet sich seit dieser Zeit dauernd in der Anstalt. Ein Gespräch kann man schon seit langen Jahren nicht mehr mit ihm führen: er antwortet nur mit einem blöden Lächeln, wendet sich mürrisch ab und setzt seine unverständlichen, zerfahrenen Selbstgespräche fort. Zu irgendeiner Arbeit, welche auch nur eine Spur von Initiative oder Interesse voraussetzt, ist er nicht zu gebrauchen.

Fall 16 (Abb. 18). Tem. I, jetzt 48 Jahre alt.

Körperbau: Vorwiegend pyknisch.

Somatoscopisch: Pyknischer Flachkopf, Fünfeckumriß des Gesichts, untersetzt, dick, rundlich, gleichmäßiger Bartwuchs, maskuline Genitalbehaarung, mittelstarke Terminalbehaarung, mittelgroßes Genitale, große Hoden.

Somatometrisch: Kgr. 160 cm, Kgew. 75 kg. Brustumfang 97 cm, Bauchumfang 94 cm. Pignet: — 12,0, Rohrer: 1,84, Prop. Br.U. 60,6, Kopfumfang 57 cm.

Somatische Morbidität: Neigung zu Furunkulose und Conjunctivitis.

Präpsychotische Persönlichkeit: Auf der Schule nicht allzu klug gewesen. Tüchtig in seiner Arbeit, ordentlich im Haushalt.

Krankengeschichte: 1914, April. Mit 36 Jahren akut an Angstzuständen und Vergiftungs-ideen erkrankt. In der Anstalt anfangs weinlich, ängstlich, depressiv. Eines Morgens: er

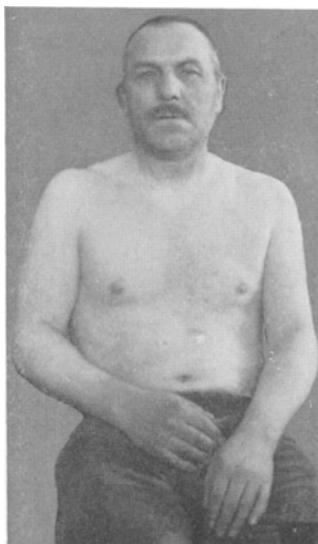


Abb. 18. Tem I (Fall 16).

habe geträumt, er habe einen Vogel im Kopf und infolgedessen habe er immer schmackende Bewegungen machen müssen. Später: er sei Christus, Gott werde ihm vergeben. Es komme ihm immer vor, als wenn er Christus sei, und er erlebe, wo jener gewandelt und gestanden habe.

Mai: Ohne jede Initiative, verlangt nicht nach Aufstehen oder Beschäftigung. Sitzt für sich herum, zeigt kein Interesse für die Umgebung.

Juni: Sehr schweigsam, lehnt jede Beschäftigung ab, er sei Christus, warte hier auf seine Bestimmung.

Juli: Stumpf, interesselos, lächelt vor sich hin, lässt sich gar nicht leiten.

August: Sehr wortkarg, hört Stimmen.

September: Lacht viel vor sich hin, verkennt Personen, sagt, er habe den Großherzog gesehen und sich mit ihm unterhalten, hört Stimmen.

November: Wortkarg, lacht nur blöde.

Dezember: Störend, muß wegen Gewalttätigkeit im Wachsaal gehalten werden, hat statt einer Antwort nur sein gewöhnliches grienendes Lachen.

1915. Zerstückelt das Fußbrett seiner Bettstelle, wirft Teller entzwei, wird immer störender, schlägt andere Kranke, hat sich die Barthare vollkommen ausgerissen, das ganze Jahr über störend, aggressiv, dazwischen blöde vor sich hin lachend.

1916. Schlägt Fensterscheiben ein, zerreißt, wird gegen Kranke und Personal aggressiv, masturbiert, liegt in sonderbaren Stellungen da, zeitweise motorisch stark erregt, wäscht sich wochenlang nicht.

1917. Widerstrebend und mürrisch oder laut und drohend. Wäscht sich nicht, muß häufig isoliert werden. Triebhafte Erregungen, halluziniert viel.

1918. Nur ganz vorübergehend ruhiger, meist laut, erregt, schimpfend.

1919. War vorübergehend bei der Arbeit, wurde aber wieder erregt, warf Scheiben ein, brüllte tagelang in seiner Zelle. Zeigt keine Neigung, sich zu beschäftigen, tanzt im Zimmer umher, laut und gereizt, halluziniert lebhaft, hört Stimmen, sieht Zirkusdamen.

1920. Unzugänglich, schimpft, halluziniert, impulsive Erregungen, steht nicht auf.

1921. Bleibt zu Bett, häufig erregt, unruhig, zerreißt usw.

1922. Liegt mit leerem, stumpfem Gesichtsausdruck zu Bett, absolut untätig, gleichgültig, „es liegt mir nichts daran, ob ich hier oder zu Hause bin“. Bleibt jedem Versuch einer Exploration gegenüber gleichgültig und affektlos. Es gelingt keinerlei gemütliche Regungen bei ihm auszulösen. Hat allerlei nichts-sagende Redensarten von zum Teil stereotypem Charakter.

1923. Stumpf-gleichgültig, absolut beschäftigungs- und interesselos. Hört noch Stimmen, lacht läppisch vor sich hin. Tut auf Aufforderung gelegentlich einige läppische Handreichungen.

1924/25. Zerfahren, zeigt keinerlei Initiative. Hilft etwas bei der Arbeit, muß aber zu allem angehalten werden, bedarf steter Beaufsichtigung, da er nichts allein machen kann. Spricht häufig leise und unverständlich vor sich hin.

Erblichkeit: Vater des Vaters: siehe Krankengeschichte Tem. II.

Schwester des Vaters: siehe Krankengeschichte Ries.

Mutter des Vaters: an Apoplexie †.

Bruder des Pat.: Potator.

Ries. ♀

Körperlich: Kräftig gebaut. Angewachsene Ohrläppchen. Körpergewicht 62 kg. Intern und neurologisch: o. B. In der Jugend bleichsüchtig, menstruiert noch regelmäßig.

Präpsychotisch: Bis zur Verheiratung mit 20 Jahren immer gesund. Nach dem ersten Wochenbett (mit 22 Jahren) unter heftigen Schmerzen und Haarausfall erkrankt. Spätere Geburten normal.

Krankengeschichte: Seit dem 28. Lebensjahr krank. Meinte, alle Leute hätten sie zum Narren. Hatte viel Streit mit den Nachbarn, besorgte aber noch immer ihre Wirtschaft. Wurde zunehmend stiller, saß in einer Ecke, lachte viel und ohne Grund, behauptete, ein Mann hätte von ihren Knochen, schimpfte viel auf ihren Mann, mit dem sie früher gut gelebt hatte. Vernachlässigte auch ihre Wirtschaft und wurde träger. Nach einem häuslichen Zwist lief sie weg und wurde auf dem Felde gefunden und in die Anstalt gebracht (41 jährig). Bei der Aufnahme mangelhaft orientiert. Erzählt, in ihren Knochen und in ihrem Kopfe säße ein Mann, der ihr sage, was sie tun müsse. Verweigert in der Anstalt öfter die Nahrungsaufnahme und wird schon nach kurzer Zeit wieder ungeheilt aus der Anstalt entlassen.

Tem. II.

Körperlich: Gut genährt. Starker Panniculus adiposus. Kgr. 161 cm, Schädel-form: dolichocephal. Rigide Arterien.

Präpsychotisch: Immer gesund. Sehr fleißig. Kein Trinker.

Krankengeschichte: Seit Anfang 1872 (57 jährig) äußerte er Verfolgungsideen, man wolle ihn töten, sprach von Hexerei. Lag viel zu Bett, hielt sich aber immer reinlich, wurde nur sehr heftig, wenn er die Wäsche wechseln sollte. Unlust zur Arbeit. Schließlich vollkommen untätig. Behauptete, ein böser Dämon halte ihn im Bette zurück und dulde es nicht, daß er aufstehe, sondern werfe ihn beim Versuch hierzu zurück. Seit einiger Zeit sei Zerstörungstrieb aufgetreten.

Anstaltsaufnahme 1875 (Dez.). Sagt, seine Kinder hätten ihn schlecht behandelt, ihm nichts zu essen gegeben. Sonst völlig zurückhaltend bezüglich seiner Wahnideen.

1876. Ist meist ziemlich verstimmt, unzufrieden und mürrisch. Erholt sich zusehends und wird entlassen (Juni).

Wiederaufnahme (Nov.).

Fing zu Hause bald wieder mit seinen alten Geschichten an: seine Kinder behandelten ihn schlecht, in seinem Bette sei Zaubererei. In der Anstalt ziemlich mürrisch, gibt Gehörstäuschungen zu.

1877. Gehörstäuschungen, Beziehungsdenken. Dabei relative Krankheitseinsicht. Hört wieder mehr Stimmen, die rufen: Du mußt fort von hier, mußt sterben. Glaubt, daß das vom Teufel komme. Meist sehr mürrisch gestimmt.

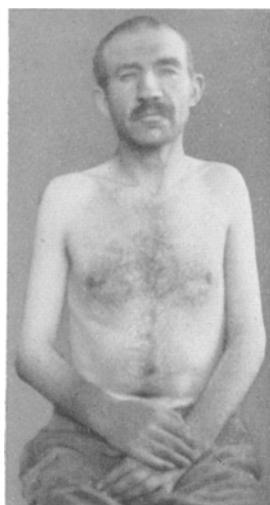
1878. Sehr wechselnde Stimmung. Arbeitet zeitweise in der Flechtstube mit. Hat alle möglichen körperlichen Sensationen.

1881. † an Pneumonie.

Wir bezeichnen Tem. I als vorwiegend pyknisch, weil die zu breiten Schultern fremdartig anmuten; daß er im übrigen alle Merkmale des Pyknikers aufweist, wird nicht bestritten werden.

Er ist sicher von Hause aus leicht schwachsinnig. Trotz späten Beginnes der Psychose ist sie von Anfang an durch einen deletären Charakter ausgezeichnet. In den ersten Jahren neigt er viel zu expansiven Entladungen, in späteren bietet er mehr das Bild einer hebephrenen Versandung dar.

Abb. 19. Web (Fall 17).



Fall 17 (Abb. 19). Web., jetzt 46 Jahre alt.

Körperbau: Pyknische Mischform.

Somatopskopisch: Pyknischer Flachkopf, pyknisches Profil. Starker, gleichmäßiger Bartwuchs. Starke Terminalbehaarung. Gut durchblutete Haut.

Somatometrisch: Kgr. 171 cm, Kgew. 69 kg, Brustumfang 89 cm, Bauchumfang: 83 cm, Pignet: + 13,0, Rohrer: 1,38, Prop. Br.U. 52,3, Kopfumfang: 58 cm, Kopflänge: 19 cm.

Somatische Morbidität: Gelenkrheumatismus, Angina, Ruhr, Furunkulose.

Präpsychotisch: Immer unstet und streitsüchtig gewesen. Mehrfach wegen Bettelns vorbestraft.

Krankengeschichte: Erkrankte 22 jährig (1902) im Korrektionshaus: wurde still und verdrossen, dann wieder plötzlich erregt, wanderte nachts umher. Schloß

sich von den anderen Insassen ab, sprach viel vor sich hin. Antwortete bei Anrede nicht mehr. Widersetzlichkeiten gegen die Hausordnung. Bei der Aufnahme in die Anstalt lächelt er unmotiviert vor sich hin, spricht nicht, gibt auf Fragen in eigentümlich zerfahrener, abgerissener Weise Antwort. Erzählt, daß man Schimpfreden gegen ihn geführt habe. Ein „Italiener“ habe ihn dadurch belästigt, daß er ihm mit einem magnetischen Gegenstande die Luft durch die Nase, Mund und Augen abgenommen und ihm dadurch seine Kraft geraubt habe. Der eigentliche Urheber dieser Machinationen sei ein „italienischer Priester“, welcher vom Staat dafür 30 000 Mark erhalten habe. Seine (des Pat.) Angehörigen seien sämtlich wegen ihrer Klugheit hingerichtet worden. Er sei irrtümlich hierher gebracht worden, sei nicht krank.

Lacht viel, spricht nicht, schimpft nur über die ständigen Belästigungen. Unzugänglich. Offenbar viele Gehörstäuschungen. Konfuse Reden. Häufig durch Umherwandern, lautes Reden und Singen sehr störend. Schimpft ins Blaue hinein, neigt auch zu Täglichkeiten. Gibt jetzt Gehörstäuschungen zu.

1903. Läuft laut schimpfend und gestikulierend im Saal herum, greift andere Kranke an, vernachlässigt seinen Körper sehr. Spricht manchmal in zerfahrener Weise von seiner Abstammung von König Salomo.

1904. Halluziniert viel, impulsive Erregungen mit Zerstörungstrieb. Gereizt, unzugänglich, vor sich hinsprechend und gestikulierend.

1905. Erregt, widerstrebend, halluzinierend, zerfahren, brutal aggressiv.

1906. Unzugänglich, widerstrebend, reizbar, aggressiv. Zerstörungstrieb.

1907. Dauernd erregt, gewalttätig, unzugänglich, störend, streitsüchtig.

1908. Fast ständig erregt und aggressiv.

1909. Entweder erregt oder stumpf-interesselos.

1910. Erregungszustände treten nicht mehr so häufig auf. Sonst unverändert stumpf dahinvegetierend.

1911. Sitzt meist in hockender Stellung im Garten, den Rockkragen bis über die Ohren gezogen, den Kopf auf die Knie gelegt, so daß sein Gesicht überhaupt nicht zu sehen ist. Gelegentlich erregt und gewalttätig.

1912. Im Anzug unsauber, vernachlässigt sich. Sitzt in seiner stereotypen Haltung im Garten an der Mauer. Stumpf und abweisend.

1913. Häufig zu Bett. Liegt unter der Decke. Gelegentlich brutal gewalttätig.

1914. Ganz für sich, stumpf, abweisend. Zuweilen triebhafte Gewalttätigkeiten.

1915. Liegt unter der Decke, brummt vor sich hin. Abweisend. Zeitweise gewalttätig.

1916—1918. Entweder unter seiner festen Decke (zerreißt fortgesetzt) oder im Garten in seiner hockenden Stellung an der Mauer.

1919. Unverändert. Gelegentlich eine sinnlose Antwort: „Kaiserliche Hoheit“. „Gänzlich verblödet“.

1920. Mutistisch, stumpf, abweisend. Konnte vorübergehend bei der Hausarbeit angestellt werden.

1921—1922. Beschäftigt sich jetzt öfter in der Kolonne. Sonst unverändert.

1923—1925. Das Bild schwerer katatoner Verblödung. Zeitweise in der Kolonne stumpfsinnig mitarbeitend.

Erblichkeit: Nichts bekannt.

Bei Web. müssen wir unsere 1923 gestellte Körperbaudiagnose insofern revidieren, als wir heute nur noch die Bezeichnung: pyknische Mischform dafür wählen.

Er ist schon präpsychotisch eine dystone Persönlichkeit gewesen. Klinisch können wir uns kurz fassen: Web. gehört zur engsten Kerngruppe der Kraepelinschen Dementia praecox.

Fall 18 (Abb. 20, 21). Wend, jetzt 32 Jahre alt.

Körperbau: Pyknisch.

Somatoskopisch: Pyknischer Flachkopf, breite Schildform des Gesichts, relativ zierliche Gliedmaßen, kräftiger, gleichmäßiger Bartwuchs, maskuline Genitalbehaarung, starke Terminalbehaarung, stark ausgebildete Schläfenwinkel, gut durchblutete Haut, gerötetes Gesicht, namentlich an Nase und Wangen Gefäßinjektion.

Somatometrisch: Kgr. 177 cm, Kgew. 81 kg, Brustumfang 102 cm, Bauchumfang: 99 cm, Pignet: — 6,0, Rohrer: 1,46, Prop. Br.U. 57,7, Kopfumfang: 58 cm.

Somatische Morbidität: Einmal Gelbsucht, Neigung zu Influenza.

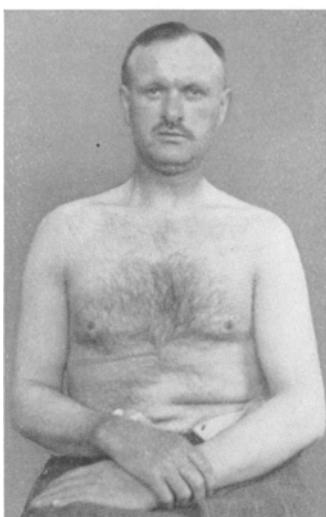


Abb. 20. Wend (Fall 18).

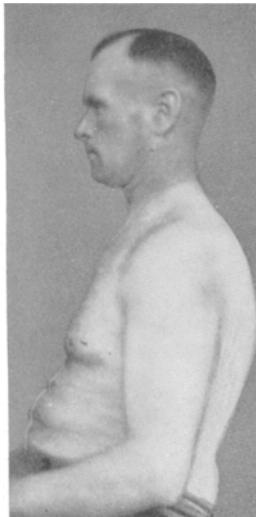


Abb. 21. Wend (Fall 18).

Präpsychotische Persönlichkeit: Hat auf der Schule nicht übermäßig gut gelernt. Während der aktiven Dienstzeit Führung „sehr gut“. Sonst nichts bekannt.

Krankengeschichte: 1917 mit 23 Jahren erkrankt: kam wegen Ungehorsam, Achtungsverletzung und Beleidigung eines Vorgesetzten nach der psychiatrischen Klinik zur Begutachtung. Bereits seit längerer Zeit war er seinem Kompanieführer durch Absonderlichkeiten seines Wesens aufgefallen. In der Klinik war er von Anfang an unmotiviert läppisch-heiterer Stimmung. „Eine Beeinflussung dieser Heiterkeit war auch durch Hinweis auf die Bestrafung nicht zu erzielen. Er antwortete auf solche Hinweise nur lächelnd: wenn er bestraft werde, sei es recht, wenn nicht, sei es auch recht“¹⁾. „Alles war ihm völlig gleichgültig. Er

¹⁾ Alles in Anführungszeichen Wiedergegebene ist wörtlich dem damals von Prof. Kleist erstatteten (in den Krankenakten enthaltenen) Gutachten entnommen.

machte sich keinerlei Gedanken über die Zukunft und lebte nur so in den Tag hinein. Bei der Untersuchung fiel häufig ein plötzliches Aufhorchen auf. Erkundigte man sich nach dem Grunde, so gab W., meist wiederum unter Lachen, an, er höre von weitem Stimmen, die ihm alles mögliche zuriefen, z. B. daß draußen der Kaiser auf ihn warte, daß er Kronprinz werden solle, daß er eine bestimmte Lage im Bett einnehmen solle usw.“ „Häufig kam er mit absonderlichen Forderungen: man möchte ihm doch die gnädigen Fräuleins, die draußen auf ihn warten, einlassen, oder ihm Briefpapier geben, damit er an den Kaiser schreiben könne. Eine eigentliche Zerfahrenheit des Gedankenablaufs war in der Unterhaltung kaum bemerkbar und trat nur in seinen Wahnideen hervor.“

W. wurde daraufhin exkulpirt und vom Militär entlassen. In der ersten Zeit arbeitete er nichts, verschwendete durch Zigarettenrauchen viel Geld und drohte seine Familie dadurch in Not zu bringen. Später arbeitete er bei einem Schneider bis zu seiner Einlieferung in die Anstalt (1918). Er hatte seine Frau mit Totschlagen bedroht, verweigerte ihr das Betreten der Wohnung mit den Kindern. Gibt selbst dazu an, daß schon seit längerer Zeit die Leute auf der Straße und bei der Arbeit sich hinter seinem Rücken über seine Frau unterhalten hätten. Morgens und nachts hätten Männer ans Fenster geklopft und seine Frau herausgerufen. Jetzt denke er immer an diese Geschichten, und wenn er darüber grüble, sei es zu Streit mit der Frau gekommen und er habe sie geschlagen. Sonst habe er an ihr nichts auszusetzen. Nur bei Tanzmusik habe er gemerkt, daß sie sich aus Geilheit gern rieb und scheuerste.

Ende 1918. Spricht sich noch in gleicher Weise aus, die Frau habe die Schweinerei schon Jahre betrieben und jetzt, wo er weg sei, erst recht. Wird roh und erregt.

1919. Bei der Arbeit sehr schweigsam und unselbständig. Arbeitet nicht mehr, liegtträumerisch zu Bett, berichtet erst auf vieles Fragen von seinen Wahnideen sexuellen Inhaltes. Wird jetzt häufig erregt, zerreißt und zerschlägt, greift Mitkranke an, arbeitet nur noch selten. Ende des Jahres völlig untätig, öfter auch gegen den Arzt gewalttätig.

1920. Keinerlei Neigung, sich zu beschäftigen, häufig erregt.

1921. Nur nicht die geringste Handreichung, bekommt Streit mit Mitkranken.

1922. Hilft öfter bei der Hausarbeit. Plötzliche triebhafte Erregungen.

1923. Wieder jede Beschäftigung aufgegeben. Sitzt untätig lächelnd herum, gerät in Streitigkeiten. Neuerdings öfters Nahrungsverweigerung. Zeitweise mutistisch und allerlei Stereotypien.

1924. Ausgesprochen gleichgültig und teilnahmslos, keinerlei Aktivität, verschlossen, stereotypes, ausdrucksloses Lächeln. Vorübergehender Versuch, ihn arbeiten zu lassen, scheitert. Scheint stärker unter dem Einfluß von Wahnideen und Stimmen zu stehen. Sitzt untätig in einem Sessel und sieht vor sich hin.

1925. Seit Monaten stumpf und beschäftigungslos, sitzt interesselos in seinem Sessel.

Erblichkeit: Mutter: Dementia praecox (siehe Krankengeschichte Minna Wend).

Zwei Schwestern der Mutter: geistig abnorm.

Vater: Potator.

Mutter der Mutter: an Ulcus ventriculi †.

Vater der Mutter: an Carcinom †.

Minna Wend.

Körperlich: Mittelgroß, gut genährt, blühende Gesichtsfarbe. Körpergewicht 62 kg. Obstipation. Furunkulose. Menstruation regelmäßig. Tod durch Pneumonie.

Präpsychotisch: Nichts bekannt.

Krankengeschichte: Beginn der Erkrankung mit 29 Jahren. Pat. wurde Männern gegenüber sehr aufdringlich, verfolgte auch Frauen und trieb sich nächtelang herum. Versuchte mehrfach ihren 9jährigen Sohn zum Beischlaf zu bewegen, während die ältere Tochter Schläge bekommt. Wurde wiederholt auch gegen Bekannte gewalttätig.

1892. 33jährig Klinikaufnahme. In der Anstalt von vornherein sehr unzähliglich, liegt still lächelnd da, schreibt verworrene und zerfahrene Briefe, wird plötzlich gewalttätig, schlägt Scheiben ein. Hört dauernd die Stimme ihres Mannes.

1893. Beim Besuch des Mannes ganz gleichgültig. Gehörstäuschungen. Geht manchmal zur Arbeit mit. Zeitweise laut, aggressiv, isoliert.

1894. Zeitweise unruhig, glaubt immer noch, daß ihr Mann in der Anstalt sei.

1895. Hört wieder viele Stimmen. Vorübergehend gewalttätig. Geht stumpfsinnig zur Gartenarbeit mit.

1896—1898. Unverändert.

1899. Hält sich sehr für sich, ißt nicht mit den andern am Tisch.

1900. Hat oft Streit mit anderen Kranken, schlägt diese.

1901—1903. Unverändert.

1904. Wieder häufiger erregt, sehr streitsüchtig.

1905—1918. Geht stumpfsinnig mit zur Arbeit. Hält sich stets für sich. Antwortet auf Anrede niemals. †

Wend ist ein typischer Pykniker.

Klinisch eine anfangs relativ mild verlaufende, vorwiegend paranoide Erkrankung, so daß er sogar ein Jahr lang außerhalb der Anstalt leben kann, wenn auch mit großen Schwierigkeiten. Der destruktive Charakter der Psychose tritt jedoch bald deutlicher in Erscheinung: triebhafte Erregungen, Stereotypien und Nahrungsverweigerung lassen im Verein mit der gemütlichen Abstumpfung erkennen, daß das Bild sich immer mehr von der paranoiden Seite nach der des schizophrenen Verfalls hin verschiebt.

Wir haben bisher absichtlich vermieden, in irgendeiner Weise zu unserem Material Stellung zu nehmen.

Bei der Verarbeitung unserer Befunde gehen wir streng empirisch vor. Wenn wir zunächst unsere Beobachtungen im Ganzen überblicken, so fällt der Unterschied zwischen unseren und den *Mauz-Eyrichschen* Fällen sofort auf. Gehört doch die überwiegende Mehrzahl unserer Probanden zu den prognostisch ungünstigen Verlaufsformen. Aber sehen wir zu, in welcher Weise wir unsere Einzelbefunde werten können.

Zuerst das Lebensalter. Entsprechend der eingangs bereits gewürdigten Tatsache, daß wir es fast durchwegs mit jahre- und jahrzentelang beobachteten Psychosen zu tun haben, befindet sich eine größere Anzahl unserer Kranken bereits im Senium. Setzen wir dieses einmal mit dem Eintritt in das siebente Dezennium fest, so verfügen wir über neun Beobachtungen, welche dieser Altersgruppe zuzuteilen wären. Von den bleibenden 9 Kranken stehen nur 2 unterhalb des 40. Lebensjahres.

Unser Material von 9 senilen Schizophrenen ist zwar zahlenmäßig klein, soll aber doch herangezogen werden zur Untersuchung der Frage, welchen Einfluß der hirninvolutiven Vorgänge auf den schizophrenen Krankheitsprozeß wir rein klinisch nachweisen können. Fehlt doch unseres Wissens in der Literatur eine derartige Untersuchung bisher. *Johannes Lange*¹⁾ hat das schon bedauert beim Studium der Einwirkungen des Seniums auf manische Krankheitszustände. Wir werden auf *Langes* Untersuchungen sogleich zurückzukommen haben.

Unsere Nachforschungen müssen sich naturgemäß in etwas anderer Richtung bewegen als diejenigen *Langes*. Bei Benutzung nicht ganz sorgfältig geführter Krankenblätter sind sie natürlich auch dadurch erschwert, daß eine ganze Reihe von Äußerungsformen des Irreseins nicht spezifisch für die Schizophrenie sind, sondern bei fast allen organischen Psychosen in Erscheinung treten können.

Wenn wir uns der Kleistschen Einteilung bedienen, so könnten wir zu der Formel gelangen, daß *Lange* am zirkulären Material sein Augenmerk in erster Linie auf die Verschiebung der Zustandsbilder von der homonomen nach der heteronomen Seite richten mußte, während wir — bei heteronomem Ausgangsmaterial — in entgegengesetzter Richtung vorzudringen hätten. Das ist jedenfalls ein Gesichtspunkt.

Bei der Besprechung der 9 hierher gehörigen Beobachtungen gehen wir so vor, daß wir von dem jüngsten Jahrgang zum ältesten fortschreiten.

Bei dem jetzt 60jährigen Schwe. finden wir außer der allgemeinen Verflachung nur, daß er in letzter Zeit zu stereotypen Haltungen neigt und Erregungszustände nicht mehr vorgekommen zu sein scheinen. Auch bei dem 64jährigen Gei. sehen wir keine irgendwie beachtlichen Veränderungen gegen früher.

Der 66jährige Fle. fängt, nachdem er ein Jahrzehnt lang als fauler Nichtstuer herumgestanden hat, auf seine alten Tage an, etwas mitzuarbeiten.

Die gleiche Beobachtung können wir bei dem ebenfalls 66jährigen Bre. machen.

Das Bild des 68jährigen Bor. zeigt mit Ausnahme des Nachlassens seiner früheren brutalen Gewalttätigkeiten keine erkennbare Änderung.

Auch bei dem 69jährigen Fis. ist die allgemeine Beruhigung bei sonst gleichbleibendem Zustandsbild deutlich zu erkennen.

Ganz anders hingegen gestaltet sich die Psychose des Bro. I, die wir einer gesonderten Erörterung unterwerfen werden.

Auch bei dem 71jährigen Ross bleibt außer dem Platzgreifen einer gewissen Friedfertigkeit alles beim Alten.

¹⁾ Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Berlin 1922.

Endlich der 83jährige Senior Bob. Bei ihm sehen wir am deutlichsten ausgeprägt den besänftigenden Einfluß des Alters. Nach einem apoplektischen Insult im Jahre 1924 wird er — bei körperlicher Rüstigkeit, wie unser Bild zeigt — noch stiller und stumpfer als zuvor.

Überblicken wir diese Aufzeichnungen, so können wir zunächst *Langes* an zirkulärem Material gewonnenen Ergebnisse auf das unseire übertragen: „Die Frische der Krankheitsbilder hat gelitten. — Alle Äußerungen werden einförmiger. — Die Affektivität läßt eine deutliche Einbuße erkennen“¹⁾.

Darüber hinaus können wir — unserer andersartigen Fragestellung angepaßt — feststellen, daß nirgends eine Steigerung des Krankheitsvorganges erkennbar ist und niemals — mit Ausnahme von Stereotypien — bisher nicht beobachtete Symptome neu aufgetreten sind.

In keinem Falle sind auch die von *Lange* in seinem zirkulärem Material relativ häufig beobachteten deliranten Erscheinungen aufgetreten. Es fehlen auch mit einer einzigen Ausnahme (Bob.) spezifische arteriosklerotische Störungen (apoplektische Insulte, Schwindelanfälle u. a. m.).

Zusammenfassend kann man also sagen, daß außer einer allgemeinen Abschwächung der Symptombilder keine erkennbare Änderung schizophrener Erkrankungen im Senium sich aufzeigen läßt. Wenn aus dem Vorstehenden ein Schluß zu ziehen erlaubt ist, so wäre es höchstens der, daß die Hirnapparate an Schizophrenie Erkrankter in geringerem Grade zu spezifisch senilen und arteriosklerotischen Störungen disponiert sind als die Gehirne nicht bereits „exogen“ geschädigter manisch-depressiv Kranker.

Das *Erkrankungsalter* liegt bei 4 Beobachtungen vor dem 25. Lebensjahr, bei 9 insgesamt vor dem 30. Jahr, die übrigen sind erst in späteren Jahren erkrankt (wobei zu berücksichtigen ist, daß wir bei dreien [Fall 2, 3, 5] über den Beginn gar nichts wissen). *Dauernd anstaltsbedürftig* wurden 2 Kranke vor dem 25. Lebensjahr, 3 insgesamt vor dem 30., 8 erst im 4. Dezennium, der Rest nach dem Beginn des 5., davon 2 erst im 6., und zwar die beiden diagnostisch unklaren Fälle 4 und 14.

Was die *Art des Krankheitsbeginnes* anlangt, so zeigen fünf einen *sicher schleichenden* und zehn einen *sicher akuten Beginn*, während wir bei zweien (Fall 2 und 3) mangels Angaben nur einen schleichenden Beginn vermuten können. Bei dem letzten schließlich kann man darüber streiten, ob wir ihn zur einen oder zur anderen Gruppe zählen sollen.

Fragen wir nach *periodischen Verlaufstypen*, so sind wieder nur die zwei noch näher zu erörternden Beobachtungen 4 und 14 zu nennen. Einen schubweisen Fortschritt der Erkrankung mit offenbar „treppenförmiger Senkung des Persönlichkeitsniveaus“ (*Mauz*) können wir nur

¹⁾ a. a. O.

einmal (Fall 13) feststellen, bei Fall 6, der mehrmals ins Arbeitshaus zurückkehrte, einen solchen vermuten, wohingegen es wiederum eine Sache des Geschmacks ist, ob man die (eigentlich aus äußersten Gründen erfolgte) Entlassung des Wend (Fall 18), der sich 1 Jahr lang draußen hielt, auch als schubweisen Verlauf buchen will.

Wir treten jetzt in eine kurze, *rein klinische Betrachtung der Verläufe* ein, wobei wir uns — zwecks Nachprüfung der von *Mauz-Eyrich* geäußerten Vermutungen — der von diesen Autoren als brauchbar empfundenen Einteilungen bedienen. Einmal der von *Eyrich* gut befundenen Zuordnung zu bestimmten Untergruppen, die sich aus praktisch-sozialen Kriterien herleiten. Danach gehört die überwiegende Mehrzahl unserer Kranken (10 Beobachtungen) zu den Insassen der „ruhigen Wachabteilung, die antriebslos und affektiv verblödet herumsitzen oder gereizt zu schimpfen anfangen, wenn wir mit ihnen zu reden versuchen“; von dreien (Fall 7, 10, 13) kann man sagen, daß sie denen zuzurechnen sind, „die wenigstens teilweise zu geringer Arbeit zu gebrauchen sind“, drei weitere sind jedenfalls nicht weit entfernt vom Zustande des vertierten Katatonikers und bei zweien, die wir gesondert besprechen müssen, kommen wir mit unserem Einteilungsprinzip überhaupt nicht weiter.

Es fehlen also unter unserem Material vollständig die „Dauerarbeiter“ (ob mit oder ohne „abstrusen Wahn im Kopf“ bleibe vorläufig außer Betracht), und es fehlen alle jene, „bei denen es oft mehr eine Frage der äußersten Verhältnisse ist, ob sie zu Hause gehalten werden oder anstaltsbedürftig sind“. Schwieriger gestaltet sich die Zuordnung unserer Probanden zu den drei von *Mauz* aufgestellten Gruppen, welche durch prognostische und symptomatologische Merkmale gekennzeichnet sind. Denn fast alle unsere Kranken weisen eine „stark destruktive Tendenz“ auf, zeichnen sich aber nur *in 50%* durch einen *frühzeitigen Beginn* aus.

Wir haben also in jenen *bleibenden 50%* eine Gruppe vor uns, welcher bei spätem Erkrankungsalter eine streng destruktive Verlaufsform zu eigen ist.

Soweit, ohne vorläufig auf Einzelheiten einzugehen, unsere Feststellungen.

Wenn wir uns nunmehr die Frage vorlegen, inwieweit das *körperbauliche Verhalten* unserer Kranken zur Klärung klinischer Probleme herangezogen werden kann, so müssen wir nochmals zusammenfassend kurz bei unseren Körperbaubefunden verweilen.

Wir glauben den Beweis erbracht zu haben, daß die Zuteilung unserer Probanden zur pyknischen Habitusform zu Recht geschah. Um aber noch von einer anderen — in unseren früheren Mitteilungen nicht berücksichtigten — Seite unsere Diagnostik zu stützen, wollen wir jetzt noch auf die *somatischen Morbiditätsbefunde* hinweisen. Diese sind nicht durch

anamnestische Erhebungen gewonnen, sondern es wurden vielmehr nur solche Erkrankungen verwertet, die ärztlich beobachtet worden sind. Die Zahl der Erkrankungen würde sich also wahrscheinlich bei den spät anstaltsbedürftig gewordenen noch vermehren.

So finden wir einmal Apoplexie, einmal Diabetes, zweimal Gelenkrheumatismus, einmal Ischias, dreimal Pneumonie, viermal Bronchitis (oder leichtere broncho-pneumonische Erscheinungen), dreimal Ein-geweidebrüche, je einmal Varizen und Plattfüße, siebenmal Neigung zu ekzematösen Hauterkrankungen und achtmal Furunculose (auf den letzten Befund möchten wir kein entscheidendes Gewicht legen, weil die Insassen unruhiger Abteilungen häufig davon befallen werden). Im ganzen sehen wir jedenfalls in unserem Material vorwiegend solche körperliche Erkrankungen, deren Zusammentreffen mit dem pyknischen Habitus rein empirisch bereits von den verschiedensten Seiten gefunden wurde, so von internistischer [Bauer¹⁾], von psychiatrischer [Kretschmer, Joh. Lange²⁾] und neuerdings auch von chirurgischer [Hueck³⁾], Vogeler⁴⁾].

Wir wollen aber noch von einer anderen Seite her objektive Bausteine zu unserer Beweisführung herbeitragen, daß unsere Probanden nicht nur somatoskopisch und somatometrisch, sondern auch — wie wir es an Hand der Morbiditätsbeziehungen bereits versuchten — „somatobiologisch“ Pykniker sind.

Wir wählen dazu einen von *Rohden-Gründler*⁵⁾ in etwas anderer Weise bereits beschrittenen Weg: die Darstellung der *Gewichtskurven*. Wir fassen dabei zuerst nicht die von *Rohden-Gründler* herangezogenen Gewichtsveränderungen innerhalb eines kurzen ($\frac{1}{2}$ jährigen) Zeitabschnittes ins Auge, sondern, wozu gerade unser Material Gelegenheit gibt, die Gewichtskurven einzelner Kranker durch Jahre und Jahrzehnte.

Wir geben im folgenden einige dieser Kurven graphisch wieder (Abb. 22—34).

Diese scheinbar sehr langweiligen Kurven können uns manchen Fingerzeig geben. Wir können daran nämlich in noch viel genauerer Weise, als es bei Berücksichtigung nur eines kurzen Zeitabschnittes geschehen kann, die Wirkung der exogenen Faktoren, in erster Linie der Ernährung, studieren.

Durchgehend sehen wir das tiefe Sinken der Gewichtskurve während der Unterernährungsperiode im Kriege, von der ja die Irrenanstalten

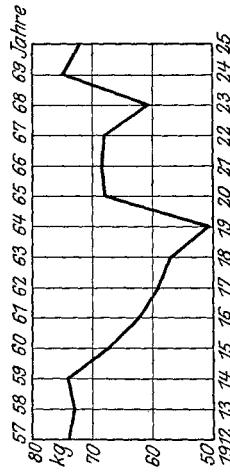
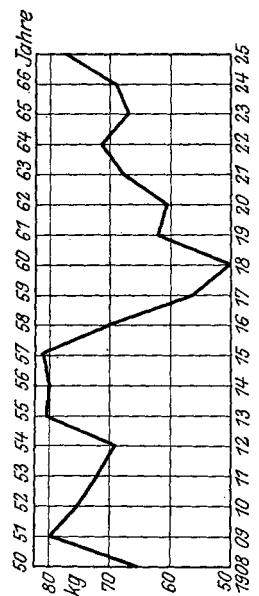
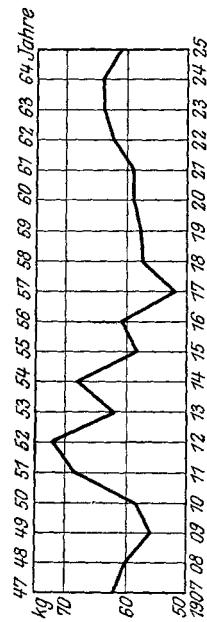
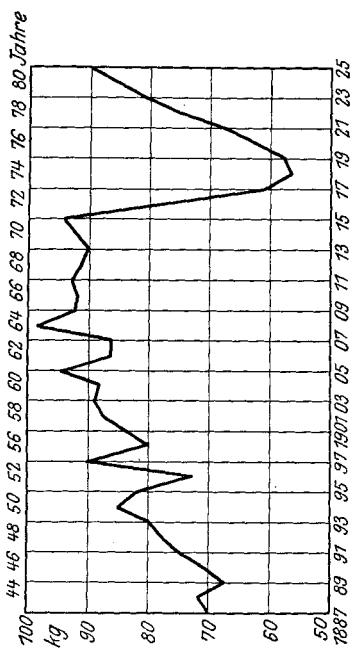
¹⁾ Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten.

²⁾ Über Melancholie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 101. 1926.

³⁾ Ist der „Status asthenicus adiposus“ ein neuer Konstitutionstyp? Münch. med. Wochenschr. 1926, S. 572.

⁴⁾ Münch. med. Wochenschr. 1926, Nr. 4.

⁵⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 95. 1925.



Anmerkung zu den Kurven: Es wurden jeweils verglichen und aufgeschrieben die Gewichte während desselben Monats in jedem Jahr. Nach einzelnen Stichproben, die wir gemacht, haben bekommt man auf diese Weise im Längsschnitt dieselben Ergebnisse, als wenn man von jedem Jahr das arithmetische Mittel nimmt.

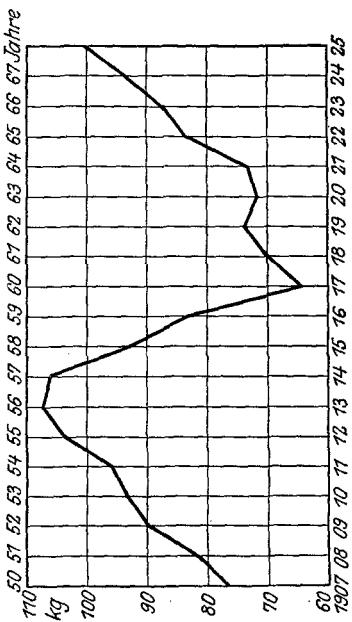


Abb. 26. Gewichtskurve Fis (Fall 5).

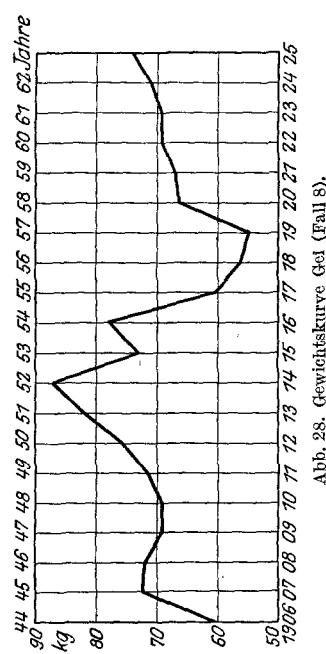


Abb. 28. Gewichtskurve Gei (Fall 8).

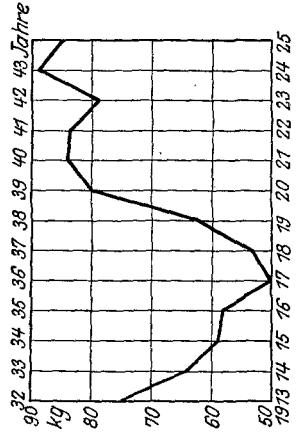


Abb. 27. Gewichtskurve Frei (Fall 7).

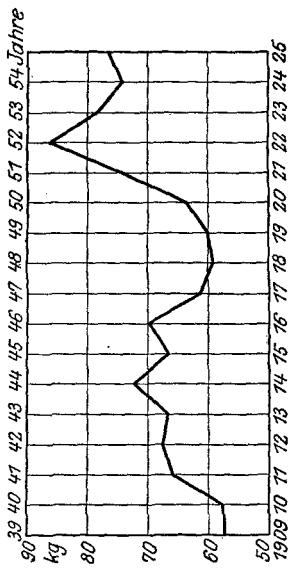


Abb. 29. Gewichtskurve Gö (Fall 9).

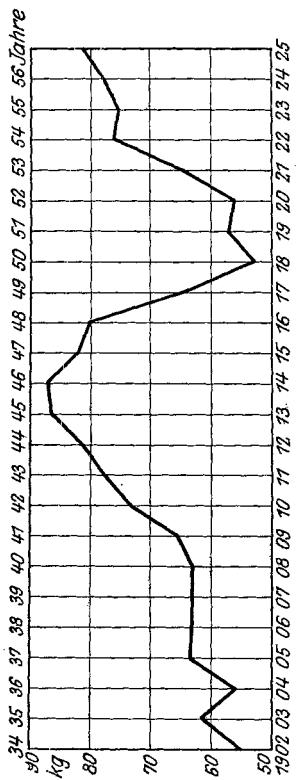
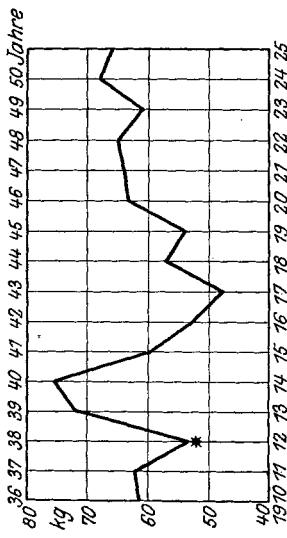
Abb. 30. Gewichtskurve Jac I (Fall 11),
* interkurrente Erkrankung.

Abb. 31. Gewichtskurve Klü (Fall 11).

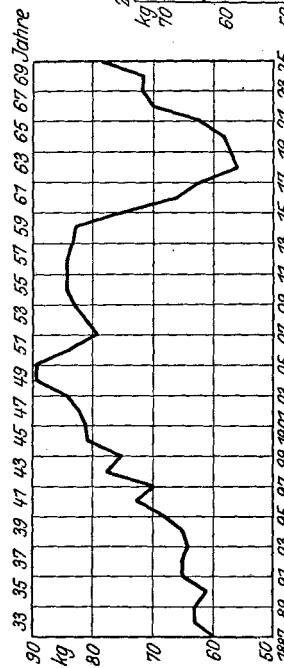


Abb. 32. Gewichtskurve Ross (Fall 13).

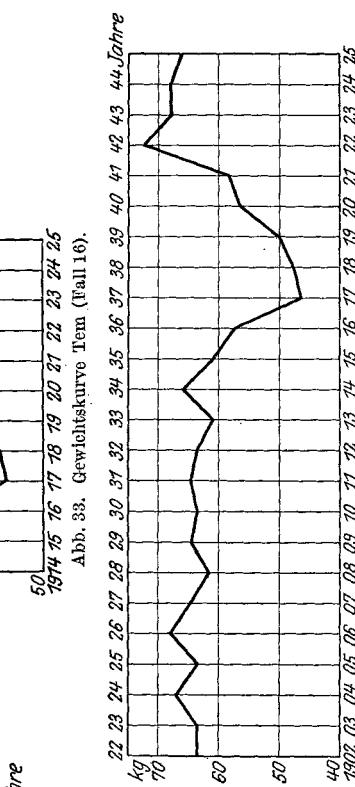


Abb. 34. Gewichtskurve Web (Fall 17).

ganz besonders schwer betroffen wurden. Man kann aus unseren Kurven geradezu ohne Kenntnis der Jahreszahl ablesen, wann die Kriegernährung eingesetzt hat, und wann sie sich wieder zu bessern begann.

Eine Frage, die hier aufzurollen natürlich müßig wäre, soll aber doch wenigstens gestreift werden: welche Körperbaudiagnosen man bei diesen hochgradig abgemagerten Individuen wohl gestellt hätte? Ob ihre Erkennung als pyknische Formen wirklich so unabhängig vom Ernährungszustand ist, wie es von einigen Autoren angenommen wird?

Analysieren wir die Gewichtskurven im einzelnen, so ergibt sich die sehr bemerkenswerte Tatsache, daß alle unsere Probanden — soweit wir ihren Lebenslauf zurückverfolgen können — ihr Höchstgewicht immer erst in höheren Lebensjahren erreichen, meist zwischen dem 40. und 50. Jahr, manchmal aber auch erst im 6. oder sogar 7. Dezennium.

Darin scheint beinahe eine Gesetzmäßigkeit zu liegen, und es verlohrte sich wohl, sich der Mühe zu unterziehen, an großem, langjährig in Anstalten beobachtetem Material diese Dinge zu überprüfen.

Soweit man aus diesen Tatsachen Schlüsse ziehen darf, könnten sie mit zur Prüfung unserer anderen Ortes näher begründeten These herangezogen werden, daß der pyknische Typ eine Erscheinungsform des höheren Lebensalters ist.

Die neuen Untersuchungen von Gruhle¹⁾ weisen in ganz die gleiche Richtung unter besonderer Unterstreichung der Annahme, „daß der pyknische Habitus nicht erst in mittleren Mannesjahren sozusagen von selbst herauskommt, sondern daß er durch Paramomente erst geschaffen wird“.

Als solche Paramomente werden wir im Bereich des Normalen einmal den ganzen Kreis der Umwelteinflüsse (äußere Lebensbedingungen, Wohnung, Klima, soziale Schicht, Beruf, Erziehung, Ernährung, Lebensgewohnheiten) und zweitens die Rasse zu betrachten haben. Bei körperlich Kranken hingegen (und die „endogenen“ Psychosen sind für uns „körperlich“ krank) kommt als wichtigstes Moment die Einwirkung der krankmachenden „Stoffe“ hinzu. Bringt man alle diese Faktoren in Abzug, so muß man den Begriff der „nicht verwischbaren, nur in einem begrenzten Rahmen variierbaren konstitutionellen Grundanlage²⁾“ [Kretschmer³⁾] dahin reduzieren, daß wir günstigsten Falles von einer pyknischen oder asthenischen Disposition²⁾ [Gruhle⁴⁾] sprechen dürfen.

¹⁾ a. a. O.

²⁾ Vom Ref. gesperrt.

³⁾ Lebensalter und Umwelt in ihrer Wirkung auf den Konstitutionstypus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 101. 1926.

⁴⁾ a. a. O.

Wir haben uns ja bereits früher an Erörterungen *Hellpachs* anknüpfend zu diesen Fragen geäußert und können darauf verweisen¹⁾.

Kehren wir zu unserem Material zurück, so können wir immerhin die Bedeutung einiger dieser Paramomente klar herausstellen: der Ernährung und der Lebensgewohnheiten. Unsere Kurven sind der Ausdruck dieser Paramomente.

Man hat weiterhin — wie bereits erwähnt — die Gewichtsverhältnisse einzelner Krankheitsgruppen innerhalb kurzer Zeitabschnitte miteinander verglichen, dabei gefunden, daß die manisch-depressive Gruppe relativ am meisten, die schizophrene am wenigsten zunahm, und daraus geschlossen, daß die „endogene, konstitutionell bedingte Verschiedenheit für die Differenz in der Gewichtszunahme verantwortlich zu machen ist“.

Sehen wir unsere Kranken daraufhin durch, so ergibt sich folgendes:

Gewichtsveränderung in der Zeit vom Januar-Dezember 1924²⁾) bei:

| | | | |
|------------------|----------|--------------------|----------|
| Bob | + 8,0 kg | Jac. I | + 8,5 kg |
| Bor. | + 13,5 „ | Klü. | + 7,0 „ |
| Bre. | - 1,5 „ | Lem. | + 13,0 „ |
| Bro. I | - 2,0 „ | Ross. | + 8,0 „ |
| Fis. | + 10,0 „ | Schmi. I | † |
| Fle. | + 9,0 „ | Schwe. | + 7,0 „ |
| Frei. | + 4,0 „ | Tem. I | + 3,0 „ |
| Gei. | + 6,0 „ | Web. | + 0,0 „ |
| Goe. | + 5,5 „ | Wend. | + 0,0 „ |

Da die gute Gewichtszunahme bei den manisch-depressiven Kranken mit dem großen Gehalt dieser Gruppe an pyknischen Formen in Zusammenhang gebracht wird³⁾), sind unsere nebenstehenden Daten als ein weiterer Wahrscheinlichkeitsbeweis dafür zu betrachten, daß unsere *Pykniker* mit denjenigen *Kretschmers* zu identifizieren sind.

Wozu unser Material nicht verwandt werden kann, das ist das Studium der *soziologischen Beziehungen*, einer Fragestellung, zu der *Gruhle*⁴⁾ wesentliche Hypothesen beigebracht hat; sie sind in der Tat bisher überhaupt nicht untersucht, kaum beachtet worden. Und doch genügt ein einziger Blick in das alltägliche Leben, um unsere Aufmerksamkeit diesem Problem zuzuwenden. Ist es ein Zufall, daß Bäcker, Schlächter, Bierbrauer, Gastwirte, Kommerzienräte und Großindustrielle in über-

¹⁾ Körperbauuntersuchungen an Schizophrenen II. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 75, 54ff. 1925.

²⁾ Wir wählen denselben Zeitpunkt wie *Rohden-Gründler*; es haben sich zu der damaligen Zeit auch in der Sachsenberger Anstalt die Ernährungsverhältnisse merkbar gebessert.

³⁾ *Rohden-Gründler*: „Pykniker und ihnen verwandte Konstitutionsgruppen assimilieren vortrefflich.“

⁴⁾ a. a. O.

wiegender Mehrzahl pyknisch gebaut sind? Kann es einem guten Beobachter entgehen, daß der Großteil der Insassen eines Speisewagens, der Mitglieder eines Kegelklubs und was da mehr zu nennen wäre, von gleicher körperlicher („euryssomer“) [Weidenreich¹]), („sthenischer“) [Neuer-Feldweg²] Beschaffenheit ist?

Man kann sich diesen Tatbeständen, die natürlich „unbequem“ sind, nicht dadurch entziehen, daß man von fettgewordenen Asthenikern spricht, daß man Unterschiede zwischen dem Fettbauch eines Asthenikers und Pyknikers konstruiert. Bei aller Kompliziertheit der Dinge muß man sich doch sehr hüten, die wenigen einfachen Sachverhalte zu verschleieren. Wenn ein sog. Astheniker (d. h. ein in jungen Jahren schlanker und hagerer Mensch) in vorgerückterem Alter auf Grund seines Berufs z. B. als Bäckermeister fett und wohlbeleibt wird, so ist er eben *kein* Astheniker mehr, so haben wir damit — wenn wir es an größeren Reihen empirisch nachweisen können — einen Beweis in Händen, daß die körperliche Gestalt des Menschen unter dem Einfluß von Paramomenten nicht nur „variierbar“, sondern *von Grund auf veränderbar* ist. Die heutigen Konstitutionsforscher pflegen sich in ihren Deduktionen aber auch durch solche unwiderlegbaren Tatsachen nicht irremachen zu lassen, sondern wenden in solchen Fällen den nichtssagenden Begriff „Erscheinungswechsel“ an, der doch lediglich einen Tatbestand umschreibt aber nicht erklärt. Item: unsere Ausführungen sollen nur durtun, daß, *solange die Soziologie der Habitustypen noch aussteht*, der vielleicht integrierendste Bestandteil einer systematischen Erfassung wesensmäßiger Beziehungen zwischen seelischer und körperlicher Veranlagung unberücksichtigt bleibt.

Damit schließen wir von uns aus vorläufig die Diskussion über die Körperbauprobleme, hoffen aber, in späteren Jahren — wenn die nötige „menschliche“ Distanz zu den Dingen gewonnen sein wird — nochmals darauf zurückkommen zu können.

Wir gehen nunmehr daran, in systematischer Weise unser Material unter jeweils bestimmten Gesichtspunkten zu untersuchen. Von solchen speziellen, der Fragestellung nach einfachen Ordnungsmöglichkeiten haben wir bereits abgehandelt — und stellen sie der Übersicht halber nochmals zusammen — die folgenden:

1. *Das Zusammentreffen von somatischem Habitus und somatischer Morbidität* und

2. *der Zusammenhang von Körperbau und psychischer Krankheitsform.*

¹⁾ siehe dazu Gruhle a. a. O.

²⁾ Über Beziehungen zwischen Körperbau und Phthise. Klin. Wochenschr. 1926, Nr. 21.

Es wäre jetzt noch von Wichtigkeit, unser Material empirisch zu befragen nach möglichen Korrelationen zwischen

- a) präpsychotischer Persönlichkeit und Körperbau und
- b) präpsychotischer Persönlichkeit und Psychose.

Beide Fragen sollen gar nicht versucht werden beantwortet zu werden, weil wir unsere Unterlagen hinsichtlich der prämorbiden Persönlichkeit als zu spärlich für derartige Untersuchungen erachten.

Wir wenden uns daher zunächst noch

3. den *Erblichkeitsbeziehungen* unserer Probanden zu. Wir verfügen da über 9 Fälle, bei denen unsere Nachforschungen erfolgreich waren; sechsmal können wir uns gar auf ausführliche Krankengeschichten der psychisch erkrankten Verwandten stützen.

Wir betrachten zuerst kurz die 3 Fälle, bei denen wir nur kurze Angaben haben.

Ein Muttersbruder von Frei. (Fall 7) war Potator; damit können wir nichts anfangen.

Die Mutter von Lem. (Fall 12) starb an Diabetes; das ist insofern wichtig, als es eine weitere Stütze für unsere Meinung ist, daß Lem. ein pyknisch disponierter Mensch ist.

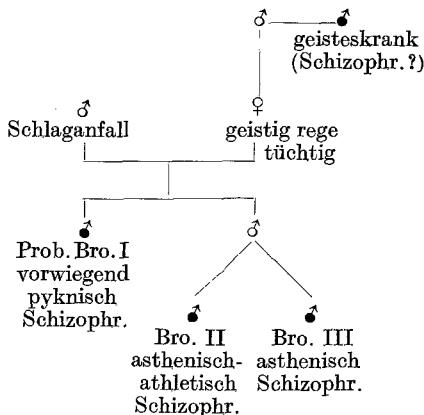
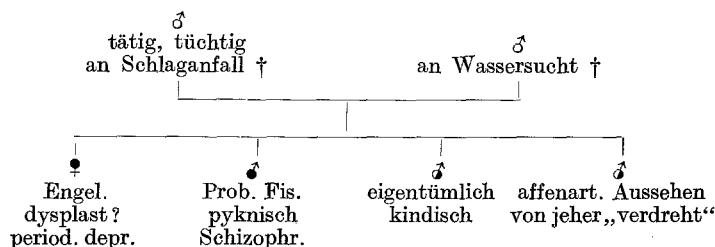
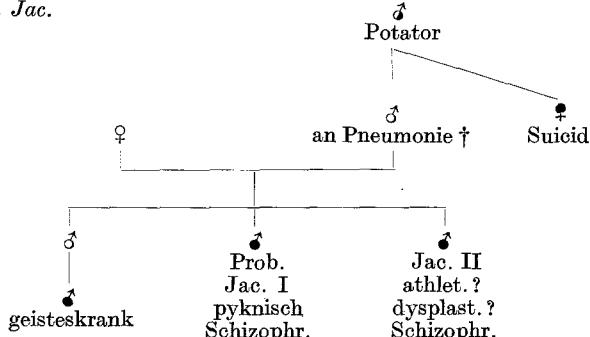
Bei Ross (Fall 13) endlich sehen wir bei der Schwester Epilepsie und bei der Mutter „nervöse Kopfschmerzen“ (Migräne?), also mit ziemlicher Sicherheit ganz fremdartige Erbelemente, die sich hier am Konstitutionsaufbau beteiligen. Schenken wir daraufhin seiner Psychose nochmals Aufmerksamkeit, so muß man einige interessante Feststellungen notieren. Finden wir doch tatsächlich in der Symptomatologie nicht wenige „epileptoide“ Züge: der dämmerzustandartige Charakter der frühesten akuten Psychosen, die eigenartigen kataleptischen Zustände in jüngeren Jahren und endlich die Reizbarkeit und Neigung zu brutalen Gewalttätigkeiten.

Und trotzdem *keine Mischpsychose* im Sinne der Tübinger Schule! Deswegen unseres Erachtens nicht als eine solche zu bezeichnen, weil die Verfolgung des Krankheitsverlaufes an der Zuordnung der Psychose zur engeren Kerngruppe der Schizophrenie keinen Zweifel aufkommen läßt.

Wir kommen nun zur Besprechung der 6 Probanden, bei denen wir über genauere Angaben verfügen. Der Übersichtlichkeit halber haben wir für diese 6 Fälle die *Erbtafeln* aufgestellt (s. dort).

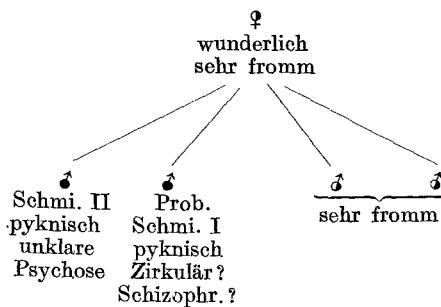
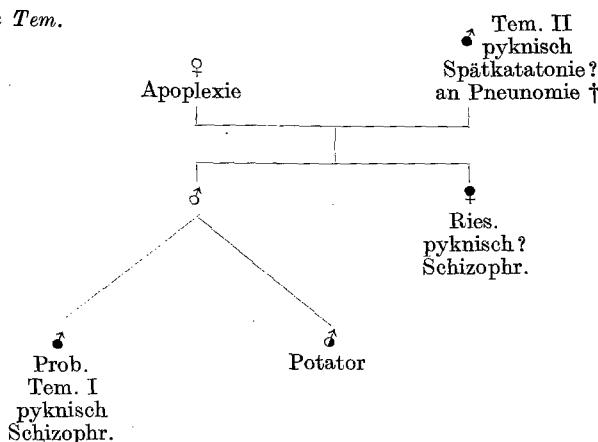
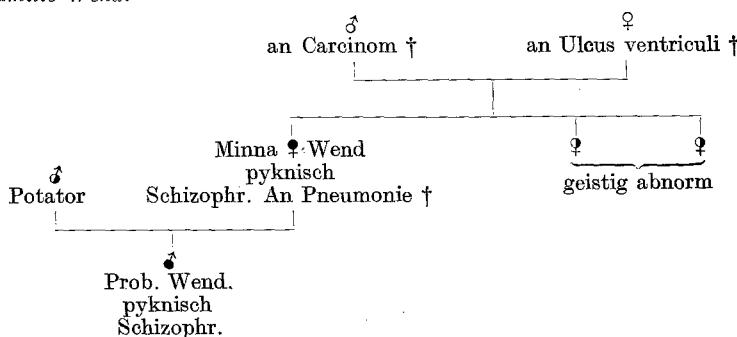
Die Familie Bro. (Fall 4).

Die Deutung unserer hierhergehörigen Fälle muß sich auf die Klärung nur einiger möglicher Zusammenhänge beschränken, weil wir bedauerlicherweise nicht alle, auch die nicht psychotisch erkrankten Verwandten erfassen konnten. Dadurch wird natürlich der Wert jeder erbwissenschaftlichen Untersuchung ganz erheblich herabgesetzt. Da

Erbtafeln.*Familie Bro.**Familie Fis.**Familie Jac.*

wir tatsächlich niemals wissen können, in welcher Weise alle unsere schönsten Überlegungen durch den einzigen unbekannten Erbfaktor¹⁾ durchkreuzt werden könnten, kann man hier gar nicht genug kritische

¹⁾ Wir werden demnächst einen — wie wir glauben — erschöpfend durchforschten Familienstammbaum vorlegen.

Familie Schmi.*Familie Tem.**Familie Wend.*

Vorsicht walten lassen — wir täuschen uns nun einmal gar zu gerne selbst!

Der Vater des Bro. I dürfte mutmaßlich im Alter pyknisch gebaut gewesen sein, die Mutter scheint eine syntone Persönlichkeit ge-

wesen zu sein. Leider wissen wir gar nichts über die Erkrankung des Onkels der Mutter.

Die Psychose des Bro. I — wir hatten ihre Erörterung bisher stets zurückgestellt — müssen wir einer genaueren Analyse unterziehen. Im

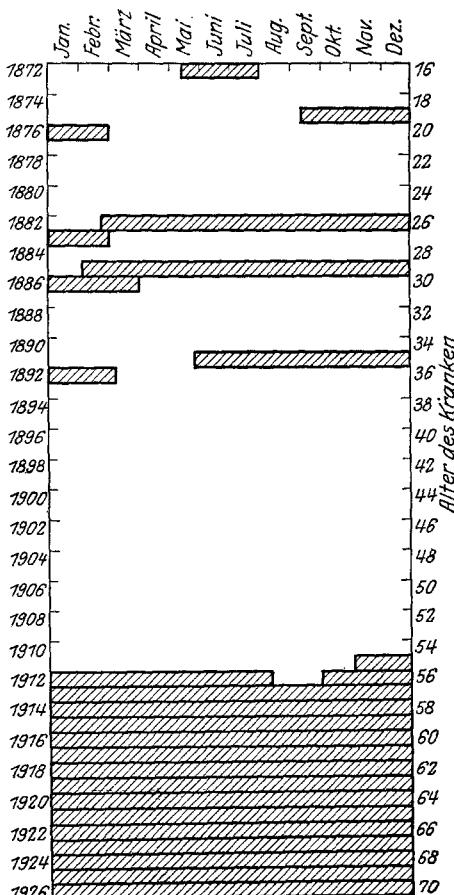


Abb. 35. Krankheitsverlauf des Bro I (Fall 4).

Laufe von genau 40 Jahren macht Bro. I 6 Psychosen durch, welche einander außerordentlich ähnlich sehen. Der moderne mehrdimensionale Diagnostiker hätte allerdings bei der Zuordnung der Krankheitsbilder zum manisch-melancholischen Kreis — trotz der manischen Grundstimmung, des ideenflüchtigen Rededranges und des einmal (bei der 4. Psychose) angedeuteten depressiven Nachstadiums — gestutzt, denn daneben sehen wir dem manischen Zustandsbild fremde Züge: schwerste psychomotorische Erregungen, Grimasieren, inkohärente Äußerungen, Neigung zu Wortneubildungen und Stereotypien u. a. m., kurz eine ganze Reihe von schizophrenieverdächtigen Gestaltungen.

Trotzdem wird Bro. I immer wieder gesund; die Remissionen dauern (s. dazu Abb. 35):

| | |
|------------------------|-----------|
| nach der 1. Erkrankung | 3 Jahre |
| " " | 2. |
| " " | 7 " |
| " " | 2 " |
| " " | 5 " |
| " " | 19 " |
| " " | 3 Monate. |

Auffallenderweise sehen wir nicht, daß die Remissionen — mit Ausnahme der letzten — mit den Jahren kürzer werden; eher das Gegenteil. Bis zum Jahre 1912 würde man also mit Fug und Recht daran festhalten müssen, daß es sich um manische Zustände gehandelt hat. Wir würden eben eine jener von *Joh. Lange*¹⁾ geschilderten Krankheitsformen mit starker Beimischung katatoner Symptome vor uns haben. Die letzte

¹⁾ Kataton. Erscheinungen usw.

„Phase“ jedoch, die nunmehr 14 Jahre anhält, läßt wohl keinen Zweifel darüber zu, daß Bro. I nicht wieder gesund werden wird, daß es sich um einen schizophrenen Dauerzustand handelt, nicht aber um eine chronisch gewordene Manie. Mit dem Eintritt ins Senium hat sich das Bild immer mehr nach der ungünstigen Seite hin verschoben.

Vergleichen wir nun damit die Psychose seines Neffen Bro. II, so wird unsere Aufmerksamkeit sogleich darauf hingelenkt, daß es sich auch hier um eine ausgesprochene remittierende Form handelt. Die Dauer der Stillstände beträgt (s. dazu Abb. 36):

| nach der 1. Erkrankung | | 2 Jahre | |
|------------------------|---|---------|-----|
| „ | „ | 2. | „ |
| „ | „ | 3. | „ |
| „ | „ | 4. | „ |
| „ | „ | 5. | „ |
| | | | 1 |
| | | | 1/2 |
| | | | 2 |
| | | | 2 |

Jetzt befindet sich Bro. II seit 11 Jahren in einem schizophrenen Zustand.

Ganz abweichend von der Psychose des Onkels ist sowohl der schleichende Beginn der ersten als auch die Symptomatologie dieser und aller folgenden „Schübe“. Denn er bietet von Anfang an immer dasselbe eindeutige katatonen Zustandsbild dar. In keiner seiner Psychosen sehen wir etwas von manischer oder etwa depressiver Färbung.

Und nun die dritte klinisch beobachtete Psychose: Bro. III. Zweifellos auch hier wieder eine zu Remissionen neigende Erkrankung, wenn wir auch leider über das weitere Schicksal nichts erfahren konnten. Da Proband sich aber zur Zeit in keiner der beiden Anstalten seines engeren Heimatlandes aufhält¹⁾, in diesen auch seit dem Jahre 1908 nicht wieder behandelt worden ist¹⁾, dürfen wir annehmen, daß er außerhalb einer Anstalt leben kann. Daß wir es auch hier mit einer schizophrenen Erkrankung zu tun haben, ist wohl — wenn auch nicht sicher — so doch sehr wahrscheinlich.

Überblicken wir diese Tatsachen, so können wir folgendes sagen: von sicher nichtschizophrenen Eltern abstammend (schizophrene Be-



Abb. 36. Krankheitsverlauf des Bro. II.

¹⁾ Nach Erkundigungen dortselbst.

lastung kommt mutmaßlich von mütterlicher Seite her), sehen wir in den folgenden Generationen drei einander hinsichtlich der Verlaufsform sehr ähnliche remittierende schizophrene Psychosen. Symptomatologisch handelt es sich bei einer von diesen um eine vorwiegend manisch gefärbte Erkrankung, bei den anderen beiden jedoch um einwandfrei katatone Syndrome ohne andersartige Beimischungen. In körperlicher Hinsicht weisen 2 Probanden (Bro. II u. III) leptosomen und einer (Bro. I) vorwiegend pyknischen Habitus auf.

Zieht man zur Klärung die eingangs erwähnten neueren erbbiologischen Ansichten heran, so lassen sich die komplizierten Aufbauverhältnisse keineswegs auf einen einheitlichen Nenner bringen. Zeigen doch von unseren drei Kranken mit ausgesprochen remittierenden Schizophrenien zwei einen nichtpyknischen, nur einer einen — nicht einmal einwandfreien — pyknischen Körperbau. Allerdings zeigt der letztere eine deutlich manische Färbung und würde insofern die Meinung der Tübinger Schule bestätigen. Was wir vermissen und was eigentlich von den neueren Forschungen hätte erwartet werden sollen, das sind durchgängige Gesetzmäßigkeiten. Machen wir uns aber die modernsten Theorien in prognostischer Hinsicht zu eigen, so ist es schlecht um uns bestellt: befinden sich doch zwei von unseren 3 remittierenden Probanden trotz pyknischer resp. syntoner Belastung seit mehr als 10 Jahren in schizophrenen Endzuständen!

Die Famile Fis. (Fall 5).

Von gesunden Eltern, welche anscheinend beide pyknisch gebaut sind, stammt Proband Fis. ab, welcher auch Pykniker ist. Seine wahrscheinlich schleichend begonnene Psychose zeichnet sich nur durch den späten Zeitpunkt der Anstaltsbedürftigkeit aus. Nichtschizophrene Symptome fehlen bei ihm völlig. Von seinen beiden Brüdern muß es offen bleiben, ob sie schwachsinnig sind oder früher eine prozeßhafte Erkrankung durchgemacht haben. Die Schwester, Engel, welche bis zum 20. Lebensjahr Bettlägerin war, bekommt mit 24 Jahren eine endogene Depression, wird aber wieder ganz gesund, um im Klimakterium (vielleicht auch somatisch provoziert durch die Eierstocksgeschwulst) wieder eine schwere langdauernde Melancholie durchzumachen. Mit Ausnahme des sehr protrahierten Verlaufes ist sonst nichts Atypisches, etwa Schizophrenes, bei ihr nachzuweisen. Körperbaulich dürfte es sich am ehesten um eine dysplastische Wuchsform gehandelt haben. *Die Erbanalyse wirft hier also nur Probleme auf, gibt uns keinerlei klärende Winke.*

Familie Jac. (Fall 10).

Auch hier finden wir sehr eigenartige und „regelwidrige“ Erbzusammenhänge. Väterlicherseits offenbar nicht schizophren gefährdet, haben beide Brüder Jac. typische Schizophrenien. Die Psychose des Jac. I. beginnt ziemlich früh, verläuft aber anscheinend sehr milde, denn erst mit 35 Jahren wird er anstaltsbedürftig. Von da ab schreitet der

Prozeß stetig fort. Nicht zum Bilde der Dementia praecox gehörige Krankheitserscheinungen bietet er nicht dar.

Die Erkrankung des Jac. II, der bestimmt kein Pykniker ist, verläuft bemerkenswerterweise ausgesprochen periodisch. Möglicherweise wäre dabei an ein Durchschlagen zirkulärer Erbkomponenten von Vaters Seite her zu denken. Aber auch diesmal: Keine gesetzmäßigen Beziehungen, möglicherweise bei der Unzulänglichkeit unseres Erbmaterials alles nur Zufallsbefunde.

Familie Schmi. (Fall 14).

Zuerst die Psychose des Schmi. I. Er war ein Sonderling wie seine Brüder; wir wollen sie nicht als schizoid abstempeln. Wir haben uns bereits oben dahin ausgesprochen, daß seine ersten Krankheitsanfälle wohl eindeutige Melancholien gewesen sind und sich erst bei der 4. Erkrankung, der sich nach kurzem Intervall die 5. anreihet, schizophrenieverdächtige Symptome gezeigt haben.

Da auch die Krankheit des Bruders Schmi. II eine exquisit atypische Form darstellt, muß es leider vollständig ungeklärt bleiben, welcher Gruppe von Erkrankungen wir die Familie Schmi. zuteilen wollen. Einfach wieder nur ein Gemisch aus zirkulären und schizophrenen Elementen annehmen zu wollen, wofür jede Grundlage fehlt, widerstrebt uns in so hohem Maße, daß wir auf einen solchen Versuch von vornherein verzichten.

Familie Tem. (Fall 16).

Tem. I, der selbst Pykniker ist, stammt anscheinend aus einer pyknischen Familie. Er selbst ist — wie früher bereits dargelegt — ein eindeutiger Schizophrener. Auch bei seiner Tante Ries scheint es sich ziemlich sicher um eine relativ milde Schizophrenie gehandelt zu haben, während die Psychose des Großvaters Tem. II nicht sicher einzuordnen ist. Immerhin könnte man sie auch als atypische Depression im Präsenium auffassen. Damit ist aber nicht über die großen nosologischen Schwierigkeiten hinweggeholfen.

Familie Wend (Fall 18).

Wends Mutter war eine deletär verlaufende Katatonie mit pyknischem Körperbau. Zwei Schwestern der Mutter scheinen auch in den schizophrenen Kreis hineinzugehören. In dieser Familie sehen wir also nur Widersprüche zu Kretschmers und Hoffmanns Theorien.

Nachdem wir klinischen Fragen in ausreichender Weise Raum gegeben haben, gehen wir dazu über, noch einige *psychopathologische Probleme* zu streifen.

Wir haben zu Anfang bereits darauf hingewiesen, daß die pyknischen Schizophrenen sich auch psychopathologisch von den übrigen Schizophrenen unterscheiden sollen.

Wir wollen so vorgehen, daß wir eine Reihe von Merkmalen, welche typisch für das Vorkommen bei Schizophrenie sind, einer anderen Reihe gegenüberstellen, welche die entsprechenden Gegenpole umfaßt und dann rein empirisch prüfen, welche Reihe in unserem Material am stärksten vertreten ist.

Stellen wir das affektive Verhalten in den Vordergrund, so sehen wir nur bei einem einzigen (Bro. I) die den pyknischen Schizophrenen angeblich kennzeichnende heitere, hypomanische Gemütslage. Natürliche, frische Affekte fehlen bei allen unseren Kranken ebenso ausnahmslos wie etwa Mitteilsamkeit, Zugänglichkeit, Ansprechbarkeit, Gutmütigkeit oder Bedürfnis zur Aussprache. Es charakterisiert sich unser Material vielmehr durch das Überwiegen von Autismus, Affektlosigkeit, Verschlossenheit, Reizbarkeit, abweisendem, widerstreitendem oder gesperrtem Verhalten. Dazu tritt das Heer der übrigen schizophrenen Assoziationsstörungen, Manieren, Automatismen, Grimassieren und Gestikulieren, und von „schweren“ Symptomen: impulsive Handlungen, Schmieren, Kotessen und Urintrinken.

Durchforschen wir die Symptomatologie unserer Probanden nach sonstigen prägnanten Erscheinungen, so zählen wir in einer ganzen Reihe von Fällen phantastische sexuelle Erlebnisse und Beeinflussungen der Sexualsphäre; von natürlicher, direkter Sinnlichkeit hören wir nichts.

Beschäftigen wir uns mit der Stellungnahme der Kranken zu dem für uns rätselhaften Geschehen, so bemerken wir, wie alle — soweit nicht tiefe „Verblödung“ jeden Zugang zu ihrem Innenleben versperrt — von dem Leibhaftigkeitscharakter ihrer Trugwahrnehmungen, der Realität ihrer Wahnideen überzeugt sind. Nirgendwo etwa eine „unsichere Einstellung dem Wahn gegenüber“, nirgendwo auch ein Bedürfnis nach Klärung ihrer Erlebnisse.

Damit sind wir am Ende. Wir waren bemüht, in streng empirischem Vorgehen auf möglichst breiter Grundlage aufzuzeigen, ob ein nach somatischen, und zwar morphologischen Gesichtspunkten ausgewähltes Material schizophren Erkrankter irgendwelche Besonderheiten darbietet, welche es rechtfertigen würden, bei der Typisierung Geisteskranker körperlichen Gestaltungsmerkmalen einen Vorrang gegenüber sonstigen klinischen Kriterien einzuräumen. Würde doch bei einem — immer offen zu lassenden — nachweisbaren Parallelismus körperlicher und seelischer Strukturverhältnisse unsere vorläufig ganz auf etwaige zukünftige Laboratoriumsergebnisse abgestellte klinische Systematik endlich ein, wenn auch kleines, Stück festen Bodens gewonnen haben.

Ließen auch theoretische Vorerwägungen die Möglichkeit einer so plausiblen Übereinstimmung, wie sie die neuere Lehre von den Zusammenhängen zwischen Charakter und Körperbau annimmt, als höchst unwahrscheinlich erscheinen, so war es angesichts der Bedeutung einer

solchen Umwälzung innerhalb des klinischen Betriebes geboten, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln in das durch die Tübinger Arbeiten neu aufgeschlossene Arbeitsgebiet vorzudringen. Wenn unsere Ergebnisse wieder zur Resignation mahnen, so scheint uns dies nicht zum Schaden, weil die allzu optimistisch gefärbten Darstellungen mancher Neuerer u. E. in eine verderbliche Sackgasse zu führen drohen.

Zusammenfassung.

1. Bei kritischer Würdigung der von Tübingen ausgegangenen Lehrmeinungen konnten wir an Hand des *Mauzschen Materials* (1923) zeigen, daß die später von *Eyrich* (1925) formulierten Thesen von dem häufigeren Vorkommen nichtschizoider Persönlichkeiten bei pyknisch gebauten Schizophrenen durch *Mauz'* eigene Fälle als widerlegt angesehen werden müssen.

2. Die von *Eyrich* seiner Auffassung von einer Sonderstellung der „pyknischen“ Schizophrenen in klinischer und psychopathologischer Hinsicht zugrunde gelegten Probanden sind — wie sich unschwer an seinen eigenen Befunden aufzeigen läßt — gar keine Pykniker; die wichtigste tatsächliche Unterlage einer am somatischen Habitus sich orientierenden Systematik und Prognostik ist damit erschüttert.

3. Demgegenüber tragen die früher (1924) von uns unter rein statistischen Gesichtspunkten veröffentlichten 18 schizophrenen Pykniker, die den Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung bilden, zu Recht ihre Körperbaudiagnose. Eingehende optische (Lichtbild) und metrische Beschreibung jedes einzelnen Probanden nebst Hinzuziehung von somatischen Morbiditätsbefunden und Aufzeichnung langjähriger Gewichtskurven sollen die Nachprüfung der von uns behaupteten Tatsachen jedem Fachgenossen erleichtern. Die Darstellung der Gewichtsverhältnisse bringt eine weitere Bestätigung unserer Auffassung, daß der pyknische Körperbau erst unter der Einwirkung von Paramomenten sich in höheren Lebensjahren ausbildet. Soziologische Streiflichter leisten der Auffassung Vorschub, daß der Begriff pyknische Anlage auf pyknische Disposition (*Gruhle*) einzuschränken ist.

4. Das Studium der *Einwirkung des Seniums* auf den schizophrenen Krankheitsvorgang (9 Beobachtungen) zeigt, daß außer einer allgemeinen Abschwächung der Symptombilder keine nennenswerte Änderung der Zustandsbilder eintritt.

5. Bei Anwendung der nach *K. Schneider*¹⁾ „brauchbarsten klinischen Methode, der *Erfassung aus dem Verlauf*“²⁾ ließ sich feststellen, daß von den 18 Pyknikern nur 2 nicht der engeren Kerngruppe der Schizophre-

¹⁾ Wesen und Erfassung des Schizophrenen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 99. 1925.

²⁾ Vom Ref. hervorgehoben.

nien angehören. Bei der einen dieser beiden Psychosen, die eine Ausnahmestellung einnehmen, handelt es sich um eine periodisch verlaufende, vorwiegend manische Erkrankung, welche erst bei der 7. Aufnahme im Präsenium in einen nunmehr schon 14 Jahre bestehenden schizophrenen Dauerzustand überging. Der zweite Fall stellt eine Erkrankung vom Typ periodischer Depressionszustände dar; erst bei dem 5. Krankheitsanfall entwickelt sich ein stark schizophrenieverdächtiges Bild, dessen endgültige Einordnung unklar bleiben muß, weil Proband nach 4 jähriger Dauer der Psychose durch Suicid endete.

Es muß hinzugefügt werden, daß die von uns in den Vordergrund gerückte Verlaufpsychiatrie es uns gestattete, den Krankheitsverlauf unserer Probanden über Jahrzehnte hinaus zurückzuverfolgen, nur bei zwei Kranken beträgt die Beobachtungszeit weniger als 10 Jahre, bei dreien überschreitet sie gar 50 Jahre.

6. Bei der Erforschung der *erbbedingten Zusammenhänge* verfügen wir dreimal über klärende Hinweise. In 6 Fällen waren unsere Bemühungen von besserem Erfolg gekrönt; wir können eine Reihe von Krankengeschichten als Belege vorweisen. Die vergleichende Untersuchung etwaiger gesetzmäßiger Beziehungen konnte jedoch wenig zur Klärung der aufgeworfenen Probleme beitragen.

7. Die rein *strukturelle Betrachtung* endlich der „Zustandsschizophrenie“ (*K. Schneider*) ergab keine Anhaltspunkte dafür, daß die pyknischen Schizophrenen sich in irgendeiner Weise — etwa durch Bevorzugung sonst nicht oder selten bei Hirnprozessen angetroffener psychopathologischer Mechanismen — von den nichtpyknischen schizophrenen Erkrankten unterscheiden.

Die vorliegende Arbeit bildet die Schlußmitteilung unserer mit Unterstützung der Notgemeinschaft der Deutschen Wissenschaft zu stande gekommenen Körperbaustudien (Mitteilung I, II, III, IV) und klinischen Untersuchungen (Mitteilung I u. II).
