

Die klinische Stellung der Degenerationspsychosen, zugleich ein Versuch ihrer Gliederung¹.

Von

Prof. Otto Binswanger-Jena.

(Eingegangen am 18. Januar 1928.)

Die Forschungsarbeit auf psychiatrischem Gebiete ist in den letzten vier Dezennien unter der Führung E. Kraepelins und E. Bleulers im wesentlichen gekennzeichnet durch das Bestreben, durch psychologisch-klinische Methodik tiefere Einblicke in die Entstehungsbedingungen und Verlaufsrichtungen geistiger, sog. funktioneller Erkrankungen zu gewinnen. Sie ist zweifellos fruchtbringend gewesen und gipfelte in der Schaffung zweier großer Formenkreise für diese anatomisch nicht faßbaren Geistesstörungen: das manisch-depressive Irresein und die Dementia praecox oder Schizophrenie.

Verhängnisvoll für diese Lehre von der ausschließlichen Herrschaft dieser beiden Einheitsgruppen wurde die allmählich durchdringende Erkenntnis, daß recht viele Krankheitsbilder, weder in ihrer Symptomatologie, noch in ihrem Verlaufe, sich zwangslässig in eine der beiden Formen einreihen ließen; ja, daß bei weiterer Entwicklung der einzelnen Krankheitsfälle sich Umstellungen in der ursprünglich gestellten Diagnose von der einen in die andere Gruppe notwendig machten. Die durch die Lehre von den beiden Einheitsgruppen geschaffene, geradezu verblüffende Vereinfachung der psychiatrischen Formenlehre mußte deshalb berechtigte Bedenken gegen ihre Allgemeingültigkeit wachrufen. Bei der weiteren Erforschung der als Schizophrenie im engeren Sinne zu bezeichnenden Krankheitsgruppe gewann außerdem die Auffassung immer festeren Boden, daß ihr ein *Krankheitsprozeß* zugrunde liegt, der mit bestimmten anatomischen Veränderungen einhergeht. Es liegt nahe, daß weitere pathologisch-anatomische Untersuchungen der einschlägigen Fälle dazu führen werden, die Schizophrenie aus dem Rahmen der funktionellen Geistesstörungen herauszuheben und sie den organischen Krankheiten zuzurechnen, daß also ihre Einordnung in die „funktionellen“ Psychosen kaum mehr angängig sei. Wir werden also gezwungen sein, außer der Schizophrenie ihr symptomatologisch-pathoplastisch gleichartige Krankheitszustände, als schizophrene Reaktionsformen abzutrennen und ihren besonderen Entstehungsbedingungen nachzugehen.

¹ Erweiterte Bearbeitung eines am 26. November 1927 auf der Jahresversammlung des schweiz. Vereins für Psychiatrie erstatteten Referates.

So ist es verständlich, daß das Bedürfnis nach einer Revision der vorherrschenden Ansicht über die Einheitspsychosen immer dringender wurde. Man bemühte sich, vornehmlich auf ätiologisch-klinischem Wege, unter Anwendung strengster individualisierender Betrachtungsweise, all die verschiedenartigen Krankheitsbilder, die sich dem oben erwähnten Zweitteilungsprinzip nicht unterordnen ließen, herauszuschälen und ihre Sonderstellung klinisch festzustellen. Es ergab sich, daß es unerlässlich war, auf eine ältere, fast in Vergessenheit geratene Begriffsbestimmung zurückzugreifen: auf die Degenerationspsychosen. Ich selbst habe in einer nahezu 40jährigen klinischen Lehrtätigkeit den Degenerationspsychosen immer eine Sonderstellung eingeräumt und mich bemüht, der Hochflut einer, nach meiner Überzeugung irreführenden klinischen Richtung einen Damm zu setzen. Mit meinem Schüler *Rohde* hatte ich im Jahre 1913 aus unseren Krankengeschichten die Materialien zusammengetragen und begonnen, eine Klinik der Degenerationspsychosen zu schreiben. Der Weltkrieg hat diese Absicht vereitelt. Inzwischen sind diese Fragen von anderer Seite aufgenommen worden. Ich nenne hier nur die Arbeiten von *Kleist* und *Schröder*.

An dieser Stelle werde ich ausschließlich meine eigenen Arbeiten, Beobachtungen und Schlußfolgerungen für meine folgenden Erörterungen verwenden. Es kann sich natürlich nicht darum handeln, eine neue, dritte, ebenfalls geschlossene Einheitsform zu schaffen, die zu den beiden obengenannten in Gegensatz zu stellen wäre. Es war von vornehmerein klar, daß eine grundsätzlich verschiedene methodologische Einstellung zu verschiedenenartigen Zielsetzungen führen mußte. Unsere Aufgabe besteht darin, eine Ergänzung zu dem klassifikatorischen System der *Kraepelin-Bleulerschen* Schulen zu bringen und so zu helfen, die klaffenden Lücken auszufüllen, die dort entstanden waren.

Jede klinische Bearbeitung der Degenerationspsychosen wird ausgehen müssen von der Konstitutionslehre; nirgends mehr wie hier ist die Erkennung des konstitutionellen Faktors, der neuro-psychopathologischen Beschaffenheit des Kranken die Voraussetzung zur Beurteilung der klinischen Eigenart eines Krankheitsfalles. Auf den wissenschaftlichen Aufbau der Konstitutionslehre kann hier nicht eingegangen werden; ihre erbbiologischen resp. pathologischen Grundlagen wird Herr Kollege *Rüdin* auf unserer Tagung zur Geltung bringen.

Die konstitutionelle neuro-psychopathologische Veranlagung entsteht entweder infolge *krankhafter*, schon in der Ascendenz wirksam gewesener, *Beschaffenheit* oder *unzweckmäßiger Zusammensetzung* der beim Befruchtungsvorgange mitwirkenden väterlichen oder mütterlichen oder beiden Erbanlagen („Gene“) (erblich-konstitutionelle psychopathologische Veranlagung) oder durch *Keimschädigung*, die einen der Erzeuger während seines Individuallebens betroffen haben oder drittens durch *Einwirkungen*, die *intrauterin*, vornehmlich in den *frühesten*

Entwicklungsstadien, den Foetus geschädigt haben. Auf diesen drei Wegen entstehen die mannigfachsten Entwicklungsstörungen: Die schweren Entwicklungshemmungen mit grob anatomischen Defekten — ich erwähne nur die Anencephalie — die zur Lebensunfähigkeit führen, die Mißbildungen und Verkümmерungen der Gehirnentwicklung (Mikrocephalie, Porencephalie, tuberöse Hirnsklerose u. a. m.), die heredodegenerativen Erkrankungen (z. B. familiäre amaurotische Idiotie, die *Friedreichsche Erkrankung*). Diese schweren, der Idiotie zugrundeliegenden Erkrankungen lassen wir bei den folgenden Betrachtungen unberücksichtigt. Wir beschäftigen uns hier nur mit morphologischen und funktionellen Abweichungen, die wohl zu krankhaften Anlagen und während der individuellen Entwicklung zu klinisch erkennbaren krankhaften Vorgängen auf seelischem Gebiete führen, die aber den Lebensprozeß — die somatische Existenz — direkt nicht gefährden.

Gleich eingangs unserer Betrachtungen stoßen wir auf die Schwierigkeit, den Begriff der Entartung, der Degeneration, eindeutig festzulegen und ihn scharf zu umgrenzen. Ich verweise auf die ausgezeichnete Bearbeitung der hierher gehörigen Fragen durch meinen früheren Jenenser Kollegen, den Pathologischen-Anatom Prof. *R. Roessle* in Basel. Dort sind vom Standpunkt der allgemeinen Pathologie diese Schwierigkeiten ins hellste Licht gerückt. Ich entnehme seinen Betrachtungen einige Schlußfolgerungen und stelle seine allgemein gehaltene Begriffsbestimmung voran: „Entartung ist zunehmende Schädigung und Einbuße spezifischer Eigenschaften eines Organismus, begleitet von verschlechterter Fähigkeit zur Entwicklung, Anpassung und Heilung“. Gehen wir auf den unmittelbaren Wortsinn zurück, so bedeutet Degeneration oder Entartung, daß ein Ding sich von seiner Art (*Genus*) entfernt und dabei verschlechtert; die Entartung bedeutet hiermit den Verlust hochwertiger Arteigentümlichkeiten, die Einbuße an spezifischen Werten.

Für unser spezielles Thema: *die psychischen Entartungen*, taucht an erster Stelle die Frage auf, ob wir überhaupt die Grenzen der Norm im Bereich des seelischen Geschehens beim Einzelwesen festlegen können. Diese Frage müssen wir verneinend beantworten. Jeder von uns weiß, daß die individuelle Anlage und die Ausreifung der Gesamtpersönlichkeit unendlich viele Spielarten des *Genus homo sapiens* zuläßt, daß unter vielen Spezialfällen kein einzelner als Normaltypus herausgegriffen werden kann. Nicht individuelle Schicksale und Artungen können uns hier weiter bringen; nur eine überindividuelle Betrachtungsweise, die aus der Gesamtheit wenigstens phänotypisch unter sich übereinstimmende Gruppen ausscheidet, *Konstitutionstypen* herausschält, wird uns in den Stand setzen, Abweichungen, verschlechterte Fähigkeiten zur „Entwicklung und Anpassung“ zu erkennen. Wenn ein innerhalb eines Konstitutionstypus stehendes Individuum — ich spreche hier

ausschließlich vom klinischen Standpunkt aus — sinnenfällige Merkmale einer krankhaften Abweichung vom typischen Aufbau und funktioneller Auswirkung darbietet, dann sind wir berechtigt, vorerst von einer psychopathologischen Konstitution zu sprechen. Ob diese auffindbaren konstitutionellen Abweichungen vom „durchschnittlichen Arotypus“ im Einzelfalle dem Begriff der degenerativen Beschaffenheit unterstellt werden darf, hängt von der genaueren Erforschung der Besonderheiten in ihrer Zusammensetzung, in ihrer Einordnung in das individuelle Gesamtbild und in der Bedeutung dieser Störungen für den individuellen Ablauf der seelischen Lebensvorgänge ab.

Die Versuche, aus der unendlichen Fülle der Einzelerscheinungen bestimmte, genauer faßbare Konstitutionstypen schon innerhalb der Breite der gesetzmäßigen Zusammenhänge der seelischen Geschehnisse und ihres zeitlichen Ablaufs herauszunehmen und auf dem Wege der charakterologischen Erforschung genauer zu umschreiben, sind nicht fruchtlos geblieben. Ihnen schließen sich folgerichtig die Bemühungen an, die krankhaften Abweichungen, die psychopathologischen Konstitutionstypen schärfer als bisher herauszuarbeiten.

Ich muß für unsere praktischen Bedürfnisse und Zwecke auf feinere Differenzierungen verzichten und kann nur eine vereinfachte, vergröberte Zusammenfassung der charakterologischen Ergebnisse einfügen. Eine allgemeine, schematische Unterscheidung in Gemüts-, Verstandes- und Willensmenschen bietet die Unterlage für ihre charakterologische Einordnung, die im wesentlichen bestimmt wird durch die Art und das Maß, in dem Affektivität mit stärkerer oder schwächerer Triebhaftigkeit, oder vielleicht richtiger ausgedrückt, vitaler Energie verbunden ist. Wir gelangen so zur Aufstellung von fünf Konstitutionstypen.

a) Die *aktiven*, nach außen wirkenden Naturen mit vorwiegend heiterem lebensbejahendem Temperament; ihre Achillesferse ist oft eine sprunghafte, unausgeglichene und ungenügend geistig durchgearbeitete Handlungstendenz.

b) Ihnen stehen gegenüber die *passiven*, mehr pessimistisch gestimmten Naturen mit mangelhafter Entschlußfähigkeit, erfüllt von ewigen Skrupeln; ihre Denkarbeit ist nach innen gerichtet, ihr Handeln zaghhaft, nicht zugreifend.

c) Die dritte Gruppe bilden die *gemütskalten*, ihr Ich in den Mittelpunkt stellenden Naturen, die, wenn willenskräftig, über Leichen gehend ihr Lebensziel verfolgen. Hierher gehören aber auch die eingeengten, an kleinlichen Zielen festhaftenden, starrköpfigen, sich innerlich überhebenden Menschen, die vielfach ein eigenbrödlerisches Dasein führen.

d) Ihnen gegenüberzustellen sind die *weichen, gemütvollen*, aber leicht verletzlichen Naturen, die ihrer Unsicherheit und Beeinflußbarkeit bewußt, den Stürmen des Daseins nur eine geringe Widerstandskraft entgegensezten können; sie führen ein gesteigertes Innenleben und

schließen sich ängstlich und scheu von der Außenwelt ab. Besitzen sie ein tieferes religiöses Grundgefühl, so suchen sie ihre Zuflucht im Glauben an die göttliche Fürsorge; die Mehrzahl der „Stündeler“ gehören diesem Typus an.

e) Einen fünften Typus finden wir verkörpert bei den Menschen mit einer *reizbaren Stimmungslage*, bei denen im Sinne der Wundtschen Einteilung des mehrdimensionalen Kontinuums die Spannungs- und Erregungsgefühle die Oberhand haben. Man kann auch hier zwei Unterarten unterscheiden: die *expansiven*, rechthaberischen, streitbaren Naturen, die alles besser wissen, unbelehrbar sind und ein querulatorisches Verhalten darbieten. Die andere Unterart *konzentriert ihre reizbare Verstimmung mit Vorliebe auf seelische und körperliche Vorgänge des eigenen Ichs* und wird mit der Bezeichnung *hypochondrisch-reizbare* Konstitution belegt. Beiden Kategorien ist die Neigung zu plötzlichen eruptiven Entladungen, zu Verzweiflungs- oder Zornausbrüchen eigen-tümlich. Eine aggressive Tendenz tritt vorwaltend bei der ersten Unterart hervor.

Innerhalb dieser weitgezogenen Grenzen konstitutioneller Typen gibt es naturgemäß eine kaum übersehbare Zahl von Spielarten. Sie werden verursacht bald durch besondere, den Milieueinwirkungen zuzuschreibenden Bedingtheiten, bald von dem Grade der Ausreifung der Gesamtpersönlichkeit, bald von dem Maße der Entwicklung der Verstandeskräfte, insbesondere der Urteilskraft.

Versuchen wir auf dieser Grundlage die psychopathischen Konstitutionstypen einer Betrachtung zu unterziehen. Wir unterscheiden unter ausschließlich klinischen Gesichtspunkten eine *einfache* und eine *degenerative psychopathische Konstitution*. Die Fragen, inwieweit wir berechtigt sind, von einer *erblich-degenerativen* Veranlagung zu sprechen, und wenn ja, unter welchen bestimmten Voraussetzungen sie zustande kommt, wird *Rüdin* behandeln.

Es ist von vornherein zuzugestehen, daß eine scharfe Trennung beider Formen großen Schwierigkeiten begegnet und daß bei der unendlichen Mannigfaltigkeit der individuellen Gestaltung der Krankheitsbilder und des Krankheitsverlaufs wir nur zu oft zu dem Geständnis gezwungen sind, die Frage der Zugehörigkeit zu dieser oder jener Form der Veranlagung nicht entscheiden zu können. Auch hier, wie bei allen Lebensvorgängen, gilt das Wort des Heraklit: alles fließt. Im allgemeinen kann nur gesagt werden, daß die *degenerative Veranlagung, neben der erbpathologischen Forschungsarbeit, erschlossen werden kann auf klinischem Wege durch den Nachweis degenerativer Kennzeichen im Verlaufe der individuellen Entwicklung der erkrankten Persönlichkeit und durch die besondere Art des Krankheitsbildes und des Krankheitsverlaufes*.

Bevor wir auf die Schilderung der einigermaßen sichergestellten degenerativen Merkmale und degenerativen Krankheitstypen eintreten,

muß die Vorfrage wenigstens gestreift werden, welche Erscheinungen den einfachen Psychopathien zukommen. Ich stelle hier den Satz voran, daß die degenerative Veranlagung nichts wesentlich Neues schafft, sie gruppiert gewissermaßen nur die Elementarstörungen der einfachen Veranlagung um, würfelt sie durcheinander und setzt sie in oft bizarer Weise zu mosaikartig andersgearteten Krankheitsbildern neu zusammen. Sucht man nach einer für beide gemeinsamen bio-pathologischen Grundformel, so kann man sagen: Es besteht ein Mißverhältnis zwischen der Reizstärke und dem Reizeffekt. Der Unterschied zwischen einfacher und degenerativer Reaktionsweise ist dann darin zu suchen, daß bei ersterer es sich nur um quantitative, bei letzterer um qualitative Störungen handelt. Wohlverstanden: diese grundsätzliche Trennung qualitativer und quantitativer Störungen kann nur eine Geltung beanspruchen für die funktionellen Psychosen. Wenn z. B. durch den schizophrenen Prozeß die Zertrümmerung der Persönlichkeit bewirkt wird und demgemäß eine weitgehend qualitative Abänderung der psychischen Leistungen herbeigeführt wird, so fallen diese aus dem oben gezogenen Rahmen heraus. Die Anstöße zu diesen pathologischen Reaktionen röhren bald her aus seelischen Vorgängen, Erlebnissen oder aus seelisch „latenten“, „unterbewußten“, d. h. auf unaufgeklärten konstellativen Vorgängen beruhenden Antrieben, bald liegen ihnen körperliche Ursachen zugrunde, die in krankhaften Veranlagungen (Dysplasien) oder akzidentellen Erkrankungen zu suchen sind. Die Begründung dieses Satzes soll durch die klinische Schilderung versucht werden. Die degenerativen Verschiebungen oder Umwandlungen der seelischen Vorgänge werden dem Verständnis nur näher gebracht, wenn die Einzelerscheinungen der psychopathischen Konstitutionen zur Unterlage verwandt werden.

Ich stelle deshalb, von den normalen Konstitutionstypen ausgehend, eine ganz summarisch gehaltene Betrachtung dieser *pathologischen Charakterbilder* voran. Wir gehen aus von den konstitutionellen Neuroasthenikern (die konstitutionelle Nervosität), deren Signatur durch die erhöhte Reizbarkeit und raschere Erschöpfbarkeit auf allen Gebieten des Lebens gegeben ist. Wenn man die in der Fachliteratur niedergelegten Schilderungen der krankhaften Einzelerscheinungen liest, so versteht man, daß in diesem Sammelbegriff alle mehr rudimentär oder episodisch auftretenden seelischen Anomalien untergebracht werden können. Elemente der in den ausgeprägteren Psychopathien maßgebenden seelischen Faktoren sind dort überall vorhanden.

Wie schwierig die klinische Erblichkeitsforschung ist, möge eine Remiszenz kurz dartun. Wir begnügten uns natürlich nicht mit den vagen Auskünften der Angehörigen, sondern stellten direkte Umfragen bei Geistlichen, Lehrern, Ärzten usw. an. Ein Pfarrer schrieb mir einmal (unsere Pat. zweimal psychisch erkrankt nach „Liebesachen“, im 25. und im 31. Jahre, beide Male depressiv mit paranoidischen Einschlägen) — in diesem Falle war jegliche Belastung und Behaftung negiert worden — folgendes: „... nach meiner persönlichen Überzeugung liegt entschieden

eine hereditäre Belastung vor. . . . Vater starb infolge von *Trunksucht* und Gelenkrheumatismus. Großmutter väterlicherseits war arbeitsscheu, unsauber, unordentlich, ohne Energie, Mutter und ihre Eltern geistig ganz normal.“ „Alle Familienglieder sind unter normalen Verhältnissen außergewöhnlich stille, ordentliche Leute, deren Widerstandsfähigkeit aber gegenüber schwierigen Situationen . . . zusammenbricht, so daß dann plötzlich die sonst durch musterhaften Lebenswandel zurückgedrängte abnorme Veranlagung durchbricht. . . . So ein älterer Bruder, unverheiratet, linkisch und ungewandt, viel verspottet als eine Art komische Figur; wegen „Geldschwierigkeiten“ verschwand er plötzlich, schrieb von auswärts, er ginge nach Afrika — verschollen. Ein jüngerer Bruder sehr still, fleißig.“ Unsere Pat. ist nach ihrer zweiten Erkrankung völlig gesund geblieben.

Hier sind in vorderste Linie zu stellen die pathologischen Stimmungs-menschen mit ihren *krankhaft gesteigerten gemütlichen Reaktionen* ver-schiedenartigster Färbung; die Menschen mit einseitig erhöhter Leb-haftigkeit der Lustreaktionen, die heiteren, lebhaften, optimistischen Virtuosen des Daseins, mit hypertrophischem Selbstgefühl und unge-zügeltem Tatendrang (geltungsbedürftiger, *hypomanisch-megalomani-scher* Grundtypus). Ihren Widerpart bilden die *depressiven* Naturen, mit trüber, pessimistischer Lebensauffassung; das Selbstvertrauen ist erniedrigt und die Entschlußfähigkeit durch ängstliche Gefühlszustände, nicht selten auch durch Zwangszustände, gestört (*depressiv-mikromaner Typus*). Eine dritte Gruppe bilden die *reizbaren, expansiven* Naturen: selbstbewußt, geltungsbedürftig, rechthaberisch, zum Angriff geneigt und maßlos in der Abwehr; sie werden nur zu oft zu unliebsamen, oft geradezu schädlichen Störenfrieden der Gesellschaft (*querulatorischer Typus*). In einer vierten Gruppe herrscht ebenfalls die reizbare Ver-stimmung vor, ist aber hier im Gegensatz zu der vorigen Gruppe mit einer *depressiven* Gefühlskomponente verquickt: es sind dies die *reizbar-verärgerten* Menschen, mit übertriebener Selbstbespiegelung und Selbst-quälereien, die ihre Kraft bei den nichtigsten Anlässen, z. B. bei gering-fügigen körperlichen Störungen oder in unvermeidlichen Reibereien mit der Umwelt verbrauchen. Sie sind zugleich von einem unbesieg-baren Mißtrauen gegen die Absichten und Handlungen ihrer Mitmenschen erfüllt, fühlen sich überall zurückgesetzt und beeinträchtigt. Nur zu oft werden sie durch ihre krankhafte Empfindlichkeit und ihre in Worten und Handlungen vollzogenen Affektentladungen zum Schrecken ihrer Umgebung (*hypochondrisch-paranoider Typus*). In den Krankheits-äußerungen dem mikromanischen Typus sehr nahestehend, aber in ihrer grundlegenden seelischen Struktur verschieden sind die *überempfindlichen* Naturen: die leicht verwundbaren und fast immer verwundeten Menschen, die ihrer eigenen Kraft mißtrauend sich von der Umwelt möglichst abschließen und bei hoher Intelligenz infolge ihrer grüblerischen Innen-arbeit ein unbefriedigtes Dasein führen. Ihre krankhafte Einstellung gegen äußere Einflüsse, vor allem das vorherrschende Gefühl, von anderen, und zwar von geachteten und geliebten Menschen ungern

gelitten zu werden (Der oder Jener mag mich nicht leiden, er hat mir dies bei unserm letzten geselligen Zusammensein deutlich gezeigt!“) nähert sie auch den paranoiden Naturen. Sehr oft sind sie weitgehenden pathologisch psychogenen Reaktionen auf körperlichem Gebiete unterworfen und bieten dann fließende Übergänge zu den hysteroiden Naturen dar. Gerade dieser Typus zeigt am klarsten, mit welchen Schwierigkeiten jeder Versuch zu kämpfen hat, der sich mit der Aufstellung solcher pathologischen Charaktertypen befaßt. Ich unterlasse es deshalb, hier auf Bestrebungen einzugehen, die eine schärfere Trennung, Gliederung oder Zerlegung der vorgeführten Typen bezwecken. Weitere Typenbildungen schließen sich an allgemein anerkannte Krankheitsformen an. Als *epileptoide Psychopathen* — übrigens eine Bezeichnung, die viel Verwirrung angestiftet hat — werden Persönlichkeiten bezeichnet, die, ohne Epileptiker in der strengerem Auffassung des Wortes zu sein, an dauernden oder periodischen reizbaren Verstimmungen leiden und dadurch gewissen epileptischen Äquivalenten symptomatologisch nahegerückt werden. Ob eine innere genetische Verwandtschaft mit der Epilepsie in solchen Fällen vorliegt, ist immerhin strittig. Sie wird dann wahrscheinlich werden, wenn wir diesen Naturen in ausgesprochenen Epileptikerfamilien begegnen und wenn außer den Verstimmungen noch Schwindel- oder Migräneattacken vorliegen. Die Mehrzahl der als epileptoide Naturen angesprochenen Psychopathen gehören dem expansiv-querulatorischen Formenkreise an.

Ebenso schwierig ist der Formenkreis der *hysteropathischen* oder hysteroiden Persönlichkeiten genau abzustecken. Wir finden in ihm die heterogensten Charakterzüge zu einem bunten widerspruchsvollen Gesamtbilde vereinigt. Nur zu oft wird der Fehler begangen, den seelischen Bestandteilen der Hysterie alle moralischen Schäden, die der Mensch nur haben kann, ganz allgemein aufzubürden. Man vergißt dabei, daß es unter den hysteropathischen Naturen ethisch hochstehende und unter gewissen Bedingungen willensstarke Menschen gibt. Nur infolge der Labilität ihrer krankhaft gesteigerten Affekte und der damit verbundenen Suggestibilität (einschließlich der auto- und fremdsuggestiv entstandenen körperlichen Veränderungen), ihrer erhöhten Eindrucksfähigkeit, ihrer körperlichen Affektentladungen, bieten sie eine mehr oder weniger große Zahl von Krankheitsäußerungen dar. Man wird diese Gruppe hysteropathischer Menschen der einfachen Hysterie zuteilen. Neben ihr steht die Gruppe der degenerativen Hysterie mit all ihren ethischen Mängeln, mit ihrem schauspielerischen Verhalten, ihrer Launenhaftigkeit und ihrem Starrsinn, ihrer Lügenhaftigkeit usw. Auch die von Jaspers gegebene Kennzeichnung des „Grundzuges des hysterischen Charakters: mehr zu scheinen, als man ist“, gilt für die degenerativen Fälle. Freilich wird man die Einschränkung hinzufügen müssen, daß auch hier, wie überall bei der Aufstellung seelischer Arten und Unterarten

die Übergänge der einen zur andern Gruppe zahllos sind. Daß es aber reine Vertreter der moralisch intakten und nicht auf den Schein eingestellten Hysterien gibt, habe ich in meiner doch recht ausgiebigen praktischen Tätigkeit genugsam erfahren.

So umstritten wie die weitere oder engere Fassung des Schizophreniebegriffes ist auch die Aufstellung des *schizoiden Konstitutionstypus*. Er umfaßt psychopathische Persönlichkeiten, von denen *Einzelzüge* auch bei den vorstehend skizzierten pathologischen Konstitutionen anzutreffen sind; im schizoiden Typus finden sie sich aber in einer eigenartigen Vereinigung. Wir finden hier die Zerfahrenheit im Denken, eine pathologische Zerstreutheit, die das Nächstliegende, von außen Zuströmende vernachläßigt und nur fernabliegende, mit dem wirklichen Erfahrungsmaterial nur locker zusammenhängende Denkkreise verarbeitet; ein der Wirklichkeit abgewandtes Innenleben vollzieht sich, dessen Gefühlswerte ebenfalls von den gemütlichen Reaktionen des Gesunden ganz verschieden sind. Diese Naturen sind im höchsten Grade nur auf sich selbst eingestellt, „autistisch“, hartnäckig im Festhalten ihrer oft verschrobenen Gedankenbildungen; in Zeiten affektiver Spannung und Entladungen finden sich dann in der sprachlichen Ausdrucksform und auch inhaltlich Gedankensprünge und Gedankensplitter, die einer kritischen Würdigung nicht standhalten. Ihr äußeres Gebaren ist bald eitel, selbstbewußt, sogar zudringlich in der Behauptung ihrer doch recht problematischen Persönlichkeit, bald kleiniüttig, unsicher sich abkapselnd, um ihre Blößen zu verbergen. Man sieht aus dieser durchaus nicht erschöpfenden Skizzierung, daß Elemente des mikromaniischen Typus und des querulatorischen Typus hier sich verflechten können. Auch ihre Betätigung nach außen hin kann sehr widersprüchsvoll sein: bald im engeren Rahmen einer eingebüßten Berufsarbeit tüchtig und gewissenhaft, bald verbohrt auf ihre logisch sehr anfechtbaren Schlußfolgerungen sich verstifend, unpraktisch, unsozial und dadurch in ihrer Lebenssphäre unbrauchbar. Sind sie ethisch minderwertig, so endigen sie in der Kategorie der Entgleisten. Die praktische Bedeutsamkeit der Aufstellung dieses psychopathischen Typus besteht darin, daß in ihm die Materie für die schizophrenieartigen Reaktionen innerhalb der degenerativen Psychosen gelegen ist.

Diese Reaktionen — Steigerungen oder Auswüchse des psychopathischen Besitzstandes — gleichen symptomatisch den seelischen Krankheitsäußerungen der Schizophrenieprozesse: Spaltungen und Zerreißungen des Denkinhaltes, die aus ihnen entspringenden illogischen Wahnbildungen, die autistischen Absperrungen, die inkohärenten Erregungszustände mit und ohne Bewußtseinstrübungen, Negativismus, Stereotypien, katatonieforme Bewegungsstörungen u. a. m. Wir werden auf dem Wege symptomatologischer Zergliederung der Krankheitsbilder nie zur Entscheidung gelangen, ob ein Prozeß oder nur eine funktionelle

Störung vorliegt. Darüber ist wohl die Mehrzahl der Psychiater einer Meinung, daß diese Krankheitsvorgänge von der Schizophrenie zu trennen sind, sobald uns durch die genaue Erfassung der prämorbiden Persönlichkeit und vor allem durch den Verlauf der Erkrankung klar wird, daß der Ausgang in die Zertrümmerung der Persönlichkeit — dieses durchaus eigenartigen schizophrenen Endbildes — nicht erfolgt ist. Wir werden diesen Erwägungen immer wieder bei der Schilderung der einzelnen Gruppen der degenerativen Psychose begegnen.

Bei allen psychopathischen Konstitutionstypen finden wir ein An- und Abschwellen ihrer krankhaften Vorgänge. Die Lebensschicksale der konstitutionellen Psychopathen gestalten sich ganz verschiedenartig. Diejenigen unter ihnen, die die notwendige Klarheit und Einsicht in ihre krankhafte Eigenart besitzen — dazu gehört ein hohes Maß von Verstand und Selbstkritik — beherrschen ihre krankhaften Stimmungen und Willensantriebe. Sie füllen ihre beruflichen und sozialen Pflichten in genügendem, ja in manchen Fällen in überragendem Maße aus. Freilich gelingt dies nur unter Aufwendung größter Kraftanstrengung. Andere sind diesem steten Bemühen zur Erhaltung ihrer Lebensarbeit nur in beschränktem Umfange gewachsen. In den Zeiten des Anschwelens ihrer krankhaften Eigenart unterliegen sie: sie flüchten sich dann sehr oft in offene Sanatorien, um unter verständnisvoller psychotherapeutischer Fürsorge den Anprall zu überwinden und ins werktätige Leben wieder zurückkehren zu können. Eine dritte Gruppe unterliegt; nach vergeblichen Versuchen, ihrer krankhaften Vorgänge Herr zu werden tauchen diese Menschen in der Zahl der gescheiterten Existenz unter.

Über das Maß dieser Gefährdung Berechnungen oder Voraussagen machen zu wollen, ist generell ganz unmöglich. In meiner, sich über vier Dezennien erstreckenden praktischen Betätigung habe ich genugsam Gelegenheit gehabt, die engeren oder weiteren Familienmitglieder von Patienten in ihrem Lebensgang zu verfolgen. Ich habe hier nur Familien im Auge, in denen ich eine gehäufte und in einzelnen Zweigen deutlich progressive Vererbung — im Sinne der Artverschlechterung — auffinden konnte. Hier wurde man gelegentlich überrascht von der weiteren Entwicklung gefährdet, mit psychopathischen Merkmalen behafteter Kinder. So z. B. verfolgte ich den Lebensgang eines schwer belasteten 8jährigen Knaben, der täglich auf dem Wege zur Schule, von ängstlicher Erwartung über den Erfolg seiner Schularbeiten gepeinigt, das Frühstück ausbrach. Es war ein intellektuell sehr gut veranlagter Junge, ängstlich, scheu, verschlossen, ohne Freunde und Kameraden. In der Pubertätsperiode schwand scheinbar alles Abnorme. Er wurde ein geweckter, tatkräftiger Jüngling, wenn auch immer ernst und zurückhaltend und von Phobien gepeinigt. Er hat im äußeren Leben einen glänzenden Aufstieg vollzogen und ist nie in die Krankheiten seiner

Mutter (manisch-depressives Mischbild mit maßlosen unsinnigen Phantasiewucherungen) und seines mütterlichen Großonkels (Paranoia chronica) verfallen.

Dieses Beispiel zeigt auch, daß mit der Ausreifung der Persönlichkeit, bei hoher ethischer Einstellung und streng geübter Selbsterziehung krankhafte Anlagen überwunden werden. Gelingt es uns, hinter den Vorhang solcher äußerlich selbstsicheren, zielbewußten und werktätigen Menschen einen Blick zu tun, so wird uns offenbar werden, daß sie einen steten Kampf mit eingeborenen krankhaften Regungen, z. B. mit zwangsaufgerufenen Phobien, führen müssen. In einer Rektoratsrede habe ich für diese Siegernaturen die Worte Goethes in Anspruch genommen: „Setzt auf meinen Leichenstein: Dieser ist ein Mensch gewesen und das heißt, ein Kämpfer sein“.

Es sind dies die *überwertigen* Psychopathen. Sie können infolge ihrer hervorragenden Leistungen auf künstlerischem, wissenschaftlichem oder wirtschaftlichem Gebiete eine hervorragende Stellung im Leben erringen und enthüllen ihre degenerativen Merkmale häufig nur dann, wenn sie periodischen Steigerungen ihrer krankhaften Vorgänge unterliegen. Im Gegensatz hiezu die viel häufigeren *minderwertigen*, bei denen die Ausreifung der ethischen Seite der Persönlichkeit gestört ist und die auch bei oft gut entwickelter Intelligenz den Mangel an zielbewußtem, einheitlichem Wollen, an Selbstdisziplin, infolge der Maßlosigkeit und Geringwertigkeit ihrer Willensimpulse leicht erkennen lassen. Wir werden diese haltlosen, allen Milieueinwirkungen widerstandslos verfallenden Naturen bei unsren später mitzuteilenden Krankenbeobachtungen degenerativer Fälle noch öfter begegnen.

Fall 1: Ein Beispiel: Ein Gelehrter, verheiratet, Familienvater, der auf seinem Gebiete eine autoritäre Stellung einnahm, zeigte typisch cyklisch-affektive Krankheitserscheinungen, die ihn an der Ausübung seiner Lehrertätigkeit niemals gehindert hatten. Aber einmal, als er sich zur Zeit eines historischen Geschehnisses gerade in der hyperthymischen Periode befand, verlor er das Gleichgewicht und mußte wegen auffälliger Handlungen für einige Wochen in eine Anstalt. Dort wurde entdeckt, daß er schon seit Jahren zur Zeit der hypomanischen Phasen an homosexuellen Tendenzen gelitten hatte, die ihn wegen dahin zielender Handlungen in Erpresserhände ausgeliefert hatten.

Ich habe den Mann späterhin noch ein Jahrzehnt aus der Ferne beobachten können; neue Entgleisungen sind nicht mehr vorgekommen. Er stammte aus einer mir genau bekannten, schwer belasteten Familie. Von seinen drei Kindern hat eine verheiratete, exzessiv phantastische, erotisch erregte Persönlichkeit Suicid begangen, eine andere Tochter ist cyklisch affektiv erkrankt. Sohn unsteter, aber nicht unbegabter Mensch.

Es erwächst uns jetzt die Aufgabe, die besonderen Merkmale aufzuzeigen, die uns erkennen lassen, daß im Einzelfalle der Rahmen einer auf einfacher psychopathischer Veranlagung beruhenden, charakterologisch bis zu gewissem Grade bestimmbarer seelischer Anomalie überschritten ist, indem neue eigenartige Züge dem Charakterbilde beigemengt

sind. Hier können uns noch heute die klassischen Schilderungen *Magnans* zum Ausgangspunkt dienen. Bei seiner Kennzeichnung der seelischen Beschaffenheit der Entarteten steht an der Spitze der Betrachtungen der Lehrsatz, daß trotz aller Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder eine allen gemeinsame Grundlage vorhanden ist, gewissermaßen ein Dauerzustand, den er als état mental des Dégénérés bezeichnet. Es sind bestimmte Kennzeichen auf körperlichem und seelischem Gebiete, die diesen Dauerzustand uns klinisch offenbar machen.

Während die *körperlichen Kennzeichen* („Indices“) zum Teil recht umstrittener Art sind und uns nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen als Wegweiser dienen können, erhellen die *seelischen Kennzeichen* oft blitzartig den dunkeln Untergrund, auf dem die krankhafte Persönlichkeit aufgebaut ist. Bei genauer Ergründung des individuellen Entwicklungsganges wird man sehr oft die degenerativen Symptome bis in die frühe Kindheit zurückverfolgen können.

Vorausschicken will ich noch, daß die vorstehend angeführten psychonervösen konstitutionellen Krankheitszustände auch bei Zumengung von degenerativen Merkmalen durchaus nicht ausgeprägte Geisteskrankheiten darstellen. Ihr Vorhandensein akzentuiert nur schärfer ihr krankhaftes Wesen und gibt nur einen Fingerzeig, daß diese Persönlichkeiten mehr gefährdet sind, früher oder später einer degenerativen Geistesstörung zu verfallen.

Die Lehre von den *körperlichen Indices* einer degenerativen Veranlagung hat eine Zeitlang eine weit über das Ziel hinausschießende Bedeutung besessen; sie soll hier nicht zu neuem Leben erweckt werden. Eine Aufzählung der „*Stigmata degenerationis*“ kann füglich übergegangen werden. Denn die früherhin als Entartungszeichen auf körperlichem Gebiete angeführten Störungen in der Entwicklung einzelner extracerebrospinaler Organe, Organsysteme oder Organteile haben keine direkten Beziehungen zur geistigen Entwicklung. Auch wenn sie häufiger und gehäuft bei konstitutionellen Psychopathen vorkommen, so zeigt doch die tägliche Erfahrung, daß gleiche Befunde bei seelisch ganz intakten Persönlichkeiten erhoben werden können. Nur wenn ich eigenartigen — isolierten — psychischen Krankheitszügen bei im übrigen normalem geistigen Zustande begegnet bin, so waren auffällige, besonders scharf ausgeprägte körperliche Abweichungen mir richtunggebend für meine weitere Erforschung der Familiengeschichte. In der später zu skizzierenden Beobachtung eines psychologisch völlig unmotivierbaren *Tedium vitae* mit Suicidaldrang erweckte in mir die ungleichartige Pigmentierung der Iris — ein Auge dunkelblau, das andere tiefbraun — den Verdacht auf die degenerative Natur des Krankheitsfalles. In solchen Fällen mag wohl die Annahme gestattet sein, daß erblich bedingte Anomalien der Anlage — im Sinne des Mendelismus — gewissermaßen koordiniert auf geistigem und körperlichem Gebiete zusammentreffen.

Freilich können mit dieser Feststellung irgendwelche Folgerungen über den Zusammenhang beider degenerativer Merkmale nicht gezogen werden. Gleiche Entwicklungsfehler können durch Keimeschädigungen verursacht sein. *Als beweiskräftige körperliche degenerative Zeichen können demgemäß nur Entwicklungsstörungen aufgefaßt werden, die entweder direkt das Gehirn betreffen oder indirekt seine Leistungsfähigkeit — seine funktionelle Entfaltung — beeinträchtigen.*

Die Mehrzahl der morphologisch nachweisbaren — entweder grob makroskopisch oder erst durch die histopathologische Untersuchung erkennbar — Abweichungen der Ausreifung des Gehirns, des Rückenmarks und der Hirngefäße sind erst post mortem auffindbar. Ich erinnere hier als Beispiele an die Aplasien, Agenesien, Heterotopien cerebrospinaler Gewebeteile, an die Hypo- und Hyperplasien der Hypophyse und Epiphyse. — Bei meinen Studien über die Hirngefäße waren mir die Hypoplasien der Elastica in ihrer Bedeutung als morphologischer Index degenerationis immer klarer geworden. Dieser leicht nachweisbare pathologische Befund ist nicht nur ein Kennzeichen der konstitutionellen familialen *prämaturen* Arteriosklerosis cerebri (ich fand sie u. a. während der Kriegszeit im Gehirne eines 32jährigen Landwehrmannes, der an einer Blutung in den 4. Ventrikel gestorben war); auch bei juvenilen Paralytikern, bei der prämaturen Demenz, bei Fällen der sog. Spätkatatonie war die gleiche Entwicklungsstörung an Hirnarterien auffindbar. Einen indirekten Zusammenhang — auf dem Umwege über die endokrinen Bedingtheiten — der Hirnentwicklung in anatomischem und funktionellem Sinne und degenerativer Veranlagung weisen z. B. die Fälle des Eunuchoidismus und Mongoloidismus auf.

Viel bedeutungsvoller für unsere klinische Arbeit sind die *psychischen* Indices degenerationis. Greifen wir zurück auf die eingangs aufgestellten Erwägungen über die Unterscheidung einfacher psychopathischer und degenerativer Veranlagung, so wird man folgerichtig einmal das allen konstitutionellen Psychopathien gemeinsame Mißverhältnis zwischen Reizstärke und Reizeffekt und sodann bei den degenerativen Naturen hinzukommend die *qualitativen* Änderungen der seelischen Vorgänge feststellen müssen. Diese Verschiebungen oder richtiger Umwandlungen auf affektivem, intellektuellem und Willensgebiete sind in ihren Ursprüngen sehr oft nicht erkennbar. Man spricht dann von endogenen Bedingtheiten oder auch von autochthon labilen Naturen. In anderen Fällen ist irgendein Erlebnis oder eine Reihe von Erlebnissen oder irgendeine körperliche Erkrankung als auslösendes Moment für die zutage tretende Störung nachzuweisen. Nicht nur der gesetzmäßige Ablauf, sondern auch der innere strukturelle Zusammenhang der seelischen Vorgänge und schließlich der psychomotorische Endeffekt (einschließlich der Ausdrucksbewegungen) sind geschädigt, sei es im Sinne der gesteigerten Entladung, sei es als Hemmungserscheinung. Wie

uns das Auftauchen überwertiger Ideen, oder das Zwangsdanken, oder die Phobien lehren, gehen die Anlagen für bestimmte Vorstellungsknüpfungen, die der normalen Denkleistung zu widersprechen scheinen, bis in die Gesundheitsbreite zurück. Wir alle sind mehr oder weniger häufig und auch mit wechselnder Intensität solchen seelischen Vorgängen unterworfen. Bei genauer Selbstprüfung werden wir dann aber erkennen, daß affekterfüllte Erlebnisse oder ihre Remineszenzen ihrem Auftreten zugrunde liegen. Deshalb ist es notwendig für die degenerativen Merkmale, noch nach anderen beweiskräftigen Kriterien zu forschen. Und da sind bei *affektiven* Äußerungen das Sprunghafte, plötzliche Auftauchen und ebenso plötzliche Verschwinden, das motivlose und schließlich in selteneren Fällen das grotesk Verkehrte der affektiven Entladung markante Erscheinungen. Ein Beispiel: Ein junger Künstler (Aquarellmaler und ausgezeichneter Radierer) bricht beim Anblick oder bei der Teilnahme an Begräbnissen in ein lautes, unbändiges Gelächter aus. Er ist ein scheuer, verschlossener Charakter, der hypochondrisch-paranoiden Gruppe zugehörig. Er endete durch Selbstmord.

Ebenfalls als ausgeprägt degenerativ müssen die Naturen — ich spreche hier immer von Menschen, die im sozialen Organismus ihre Aufgaben erfüllen und nach außen hin vielleicht als eigenartig, verschroben, aber nicht als psychotisch im strengen Sinne gelten — aufgefaßt werden, bei denen eine seltsame, bizarr anmutende Vermengung — ein Neben- und Durcheinander — der oben skizzierten affektiv verankerten charakterologischen Grundtypen vorliegt. Bald gewinnt dieser oder jener Grundtypus die Oberhand, führt für kürzere oder längere Zeit eine Sonderexistenz und bestimmt Denken und Tun. Die Sprunghaftigkeit tritt in folgendem Falle schön hervor: In meinen jungen Jahren ist mir eine Frauengestalt — von hoher Intelligenz — begegnet, die mir damals ganz rätselhaft erschien wegen des chamäleonartigen Wechsels ihrer Persönlichkeit. Aus altem städtischen Patriziat stammend, schritt sie streckenweise sittenstreng, gottesfürchtig, voll mystischer Schauer, geradlinig durchs Leben. Dann sah ich sie wieder im Kreise höchst zweifelhafter Gesellschaft, laut, ungezügelt, die gewagtesten erotisch-sexuellen Schwänke erzählend. Es war dabei unverkennbar, daß das jeweils vorhandene Milieu diese oder jene charakterologische Komponente zur Oberfläche brachte. Im engern Familienkreise, in der puritanisch gerichteten Vaterstadt war sie die tüchtige, treubesorgte Mutter, draußen in künstlerischen Kreisen — sie war eine viel gelesene Schriftstellerin — trat das hypomanische Grundelement in Erscheinung. Sie hatte auch dritte Phasen, in denen ihr Erzählertalent sich in maßlosesten Phantasiewucherungen äußerte. Sie konnte dann die tollsten Räubergeschichten als eigene erlebte Abenteuer kundgeben. Ein periodischer oder cyclischer Verlauf bestand nicht. Es handelte sich auch nicht um eine hysteroide schauspielerische Artung. Späterhin gewann ich ärztlichen

Einblick in ihre Familiengeschichte, da ich eine Schwester (periodische Melancholie) und einen Sohn dieser Schwester in meiner Klinik hatte. Seine Krankengeschichte ist auf S. 335 kurz wiedergegeben (Fall 13).

Wer wird nicht bei der Zeichnung dieser zusammengesetzten, widersprüchsvollen Naturen, die in ihrem Dasein ganz verschiedenartige seelische Lebensinhalte in buntem jähnen Wechsel in sich vereinigen, eines zeitgenössischen Dichters gedenken, der in seinen Büchern, in künstlerischer Verkleidung, fast ausschließlich Selbstschilderungen enthaltend, die verschiedenartigen Gestaltungen seiner Persönlichkeit in einzelne handelnde Personen zerlegt. Sie werden in Zwiegesprächen oder in wechselnden Situationen einander in plastischer Schärfe gegenübergestellt. Welche „Legierungen“ elterlicher und vorelterlicher seelischer Strukturen mögen hier wirksam gewesen sein!

Aber kehren wir zur Schilderung der besonderen Merkmale der degenerativen Veranlagung zurück. Die *intellektuelle* Veranlagung und Entwicklung kann die auffälligsten Grade einer disharmonischen Ausreifung der geistigen Fähigkeiten erreichen: Einseitige Talentierung für Sprachen oder Mathematik bei gleichzeitigem Zurückbleiben in allen andern Fächern. Einseitige künstlerische Begabung für Malerei, Musik, Architektur u. a. m. bei mühevollen und unzulänglichen Urteilsbildungen; sehr instruktiv sind junge Leute, die bei weitgehendsten Mängeln in der Beurteilung und Anforderungen der praktischen Bedürfnisse des Lebens verhältnismäßig hohe Verstandesleistungen auf wissenschaftlichen Arbeitsgebieten besitzen („Verhältnisblödsinn“, *Bleuler*). In anderen Fällen tritt bei mittlerer oder sogar guter Begabung ein oft sprunghafter Wechsel oder ein annähernd rhythmisches Schwanken der geistigen Leistungsfähigkeit hervor. Wir haben hier nur die Beobachtungen im Auge, bei denen diese Pendelbewegungen zwischen gesteigerter Kraftleistung und geistiger Aspannung nicht an gleichzeitige Stimmungsanomalien gebunden sind.

Am sinnenfälligsten und deshalb wohl auch allgemein als degenerativ anerkannt sind die Störungen auf *ästhetisch-ethischem und psychosexuellem* Gebiete in ihren fast zahllosen individuellen Variationen und Kombinationen: die geschlechtliche Frühreife, die sexuellen Perversions, die Mischung der Sexualgefühle mit Grausamkeit, die Umkehr der unlustbetonten Ekelerregung zu libidinösen Lustgefühlen. Hier sind anzureihen die *moralischen Defektmenschen*, beginnend mit den verlorenen Kunden der Landstraße, über die phantastisch-lügenhaften Abenteurer hinweg zu den Gewohnheitsverbrechern und zu den Lustmörtern. Der Begriff des moralischen Schwachsinnns ist auf diese Kategorie anwendbar auch in den Fällen, bei denen eine allgemeine intellektuelle Debilität nicht erkennbar ist. Wir werden ihnen bei unseren Krankenbeobachtungen nachstehend wieder begegnen.

Strittig ist die Zugehörigkeit der krankhaften körperlichen Affektreaktionen zu den degenerativen Merkmalen: Ohnmachten, Erbrechen, Schweißausbrüche, Diarrhöen bei geringfügigsten Anlässen finden sich zwar nur zu oft in der Kindheits- und Pubertätsperiode bei degenerativ veranlagten Personen, sie sind aber auch Begleiterscheinungen der einfachen konstitutionellen Nervosität (vgl. das oben gegebene Beispiel). Sie können demgemäß im Einzelfalle nur als degenerative Attribute verwertet werden, wenn andere untrügliche Kennzeichen für eine solche Annahme vorliegen. Das gleiche gilt von den allgemeinen Störungen der Stoffwechselvorgänge — extreme Abmagerungen ohne erkennbare somatische Allgemein- oder Lokalerkrankung.

Ebenso strittig ist die Frage, wie weit wir berechtigt sind, aus dem großen Gebiete der *psychischen Zwangszustände* einzelne Erscheinungen herauszugreifen und ihnen den Stempel der Degeneration aufzuprägen. Man wird hier den Boden der *Magnanschen* Anschauungen verlassen müssen, der alle Zwangszustände in der Domaine der Degeneration aufgehen ließ. Abortive Formen von Zwangsdanken und Zwangsbefürchtungen reichen, wie ich schon oben erwähnte, ins gesunde Geistesleben hinein, auch ohne daß sie immer von bestimmten Gefühlswerten bedingt sind. Das gilt vor allem für die Weiterentwicklung überwertiger Vorstellungen resp. Vorstellungskomplexe in Zuständen geistiger Abspannung zu quälendem Zwangsdanken. Es sei nur an die nächtliche Gedankenarbeit erinnert, die bei wissenschaftlicher Betätigung vollführt werden muß und die wir willensmäßig nicht unterdrücken können. Also: das Zwangssartige des Auftauchens irgendeines Komplexes, auch die Phobien werden in gleicher Weise bei den konstitutionellen Psychopathen und den degenerativen vorkommen. Subjektive Erkenntnis dieses Zwanges macht das Wesentliche der degenerativen Zwangsideen nicht aus; vielmehr sind sie dadurch gekennzeichnet, daß sie sich ohne jeden erkennbaren Zusammenhang, ohne logische Zwischenglieder in den Gedankengang hineinschieben, hineinzwängen und in voll entwickelten Fällen das gesetzmäßige Denken hemmen oder aufheben. Die Zwangsvorstellungen beherrschen den Kranken, sie bestimmen sein Handeln. Es sei hier nur an die Fälle mit Waschzwang erinnert. Weiterhin ist entscheidend für ihre Abgrenzung von wahnhaften Einfällen das Erhaltenbleiben des kritischen Urteils über das Krankhafte, Widersinnige der Zwangsvorstellung. Es ist aber sicher, daß diese pathologischen Zustände weit in die einfache konstitutionelle Veranlagung hineinreichen. Welche besonderen Fälle ins engere Gebiet der degenerativen Veranlagung einzureihen sind, läßt sich schwer in allgemeiner Formulierung festlegen. Man wird in jedem Einzelfalle außer dem Komplex der Zwangsvorstellungen nach andern Merkzeichen zu suchen haben, die zur Aufhellung der Pathogenese dienen können. *Im allgemeinen wird man sagen dürfen, daß die Zwangszustände mit*

psychosexuellen, perversen Inhalten, fetischistische Zwangsvorstellungen u. a. m., oder solche mit illogischen, widersinnigen Inhalten auf degenerativem Boden erwachsen sind (Fragezwang, Grübelsucht). Überhaupt werden die Fälle mit ausgeprägten *Triebhandlungen* — auch hier stehen die sexuellen Perversitäten in erster Linie — hierher zu rechnen sein (z. B. Leichenschänder, Zopfabschneider, Diebe von weiblichen Wäschestücken). Wir wollen uns mit dieser ganz lückenhaften Betrachtung der Zwangszustände begnügen und nur noch einen Blick auf die *impulsiven Akte* werfen. Soweit sie auf sexuellem Gebiete liegen, werden wohl immer affektive Momente innerhalb der Sexualsphäre mitwirken — es seien hier nur die Exhibitionisten erwähnt —; auch impulsive Akte mit begleitenden, oder vielleicht richtiger auslösenden Zorn- und Wutaffekten müssen gesondert betrachtet werden. Sie gehören dem epileptoiden Formenkreise an. Ein junger Schlosser, aus einer Epileptikerfamilie, aber selbst nicht epileptisch, bekam „aus heiterem Himmel“ z. B. beim Mittagessen die „Sucht“, alles zu zerschlagen, was auf dem Tische stand. Wurde ihm Widerstand geleistet, dann schlug er sinnlos auf seine Angehörigen ein. Er war sich des Krankhaften dieser „Anfälle“ völlig klar und besaß volle Erinnerung an sie.

Auch wenn wir von den impulsiven Akten bei Imbecillen oder Debilen absehen, so bleiben immer noch vereinzelte Beobachtungen übrig, in denen triebartig, motivlos Handlungen ausgelöst wurden. Die Pyromananen und Kleptomanen gehören zwar meist, aber nicht immer, dem epileptoiden oder hysteroiden Formenkreis an; fehlen Nachweise dieser Art, so wird man nur auf die degenerative Veranlagung zurückgreifen können. Aber auch dann nur, wenn andere Indices vorliegen. Nebenbei sei bemerkt, daß vom strafrechtlichen Standpunkt aus damit der Nachweis einer Geisteskrankheit im engeren Sinne nicht gegeben ist.

Weiterhin müssen der Merkzeichen gedacht werden, die dem paranoiden Formenkreise nahestehen. Hier, bei Erörterung der degenerativen Indices, kommen nur solche pathologische Vorgänge in Betracht, die die Grenzen der früher skizzierten Charaktertypen überschreiten, paroxysmisch oder intermittierend in das Charakterbild hineingeschoben sind. Auch sollen hier nur solche Erscheinungen herangezogen werden, bei denen affektive Störungen als Ausgangspunkt mit annähernder Sicherheit ausgeschlossen werden können. Es muß mit hinreichenden Gründen — aus der Analyse der Krankheitsfälle — erschlossen werden können, daß begleitende Gefühlserregungen nur Folgezustände dieser selbständigen krankhaften Geschehnisse sind. Hier sind zuerst zu nennen, die von Wernicke als autochthone Ideen benannten, zwangsartig auftauchenden Vorstellungen oder Vorstellungskomplexe, die sich von den Zwangsvorstellungen dadurch unterscheiden, daß diese „niemals als fremd, der Persönlichkeit nicht angehörig, empfunden werden und infolgedessen auch nicht die verhängnisvolle Bedeutung für das ganze Geistesleben

erlangen, wie die autochthonen Gedanken“¹. Wie mich meine Erfahrungen belehrt haben, tauchen solche, mit den *wahnhaften Einfällen* und halluzinatorischen (Phoneme) Vorgängen sich berührenden Zwangszustände als Vorläufererscheinungen bei degenerativen paranoischen Zuständen ganz unvermittelt mitten im geordneten normalen Gedankenablauf auf, beherrschen mit ihrem widersinnigen Inhalt das Tun und Lassen der betroffenen Individuen. Es konsultierte mich ein höchst intelligenter höherer Forstbeamter wegen solcher quälender, direkt halluzinatorisch wahrgenommener „Eingebungen“. Er war einmal auf einer Dienstreise mit einem Vorgesetzten. Beim Mittagsmahl hörte er plötzlich das Wort Lump. Das konnte niemand ausgestoßen haben wie der Oberforstmeister; „ich brauchte meine ganze Willenskraft, um ihn nicht niederzuschlagen“. Mutter chronisch geisteskrank in einer Anstalt, ebenso ein Bruder (Krankheitsform mir unbekannt). Patient selbst fünf Jahre später ebenfalls ausgeprägter Paranoiker, der wegen Gewalttätigkeiten interniert werden mußte. Wernicke erwähnt einen Krankheitsfall, in dem das Auftauchen autochthoner Gedanken das einzige psychotische Symptom war; sie klangen wieder ab, ohne daß sich Erklärungswahnideen daran knüpften.

In anderen Fällen sind leichte Bewußtseinstrübungen bei diesen episodisch auftretenden Krankheitserscheinungen unverkennbar und werden sie dann wohl am richtigsten in den epileptoiden Formenkreis eingereiht. Ich füge schon hier eine hierhergehörige Beobachtung an:

Fall 2: Ein 20jähriger Jüngling, Sohn eines schweren Trinkers (Gastgewerbe); angeblich ganz normale Entwicklung, wird auf einem Spaziergang plötzlich von der Wahnsvorstellung ergriffen, er sei Adam, der erste Mensch. Er entkleidet sich und läuft völlig nackt auf der Landstraße weiter, heftig gestikulierend und laut schreiend „Ich bin Adam“. Er wird aufgegriffen und der Jenenser Klinik zugeführt. Er verhält sich bei der Aufnahme ruhig, erscheint müde, träumerisch versunken, reagiert auf Anrufen nicht. Er wird zu Bett gebracht, verfällt in ruhigen Schlaf und wacht am folgenden Morgen ganz klar und geordnet auf. An die Vorgänge des letzten Tages hat er eine ganz summarische Erinnerung. Epileptische Antecedentien sind weder bei ihm, noch bei seinen Angehörigen trotz eingehender Nachforschungen auffindbar. Die weitere Gestaltung seines Lebensganges — er wurde nach wenigen Tagen entlassen, da er nichts Krankhaftes mehr darbot — konnte noch einige Jahre weiter verfolgt werden. Gleichartige Anfälle oder andersgeartete Krankheitszustände seelischer Natur traten in dieser Zeit nicht auf.

Vielelleicht gehören in die Gruppe der paranoiden Einfälle auch jene Beobachtungen, in denen ganz einseitig nur ein isolierter Komplex von eigentümlich verkehrter Lebensauffassung bei sonst erhaltener normaler Urteilsfindung vorzuliegen scheint. Man spricht dann von verschrobenen Naturen. Bumke berichtet über sehr instruktive Beispiele. Ein Irrenarzt verhandelt mit seinen Kranken nur aus $1\frac{1}{2}$ m Entfernung, die Wohnung bleibt stets verschlossen und wird nur nach einem strengen Zeremoniell geöffnet. Ich selbst kannte einen längst verstorbenen psychiatrischen

Kollegen, der in ähnlicher Weise — nur in gehöriger Distanz und mit Handschuhen angetan — mit den Kranken verkehrte. Ich reihte ihn in die Klasse der Zwangszustände ein und zieh den eigentümlich steifen, mit außerordentlicher, dandyhafter Eleganz gekleideten Herrn der Mysophobie resp. der Bacillophobie.

Merkwürdiger ist ein weiterer Fall *Bumkes*. Ein Arzt trägt im Sommer Pelzkappen, im Winter Strohhüte. Handelt es sich bei solchen verschrobenheiten um Fixierung obstruser Einfälle zu einer Lebensgewohnheit?

Wir beschließen diese kurSORISCHE RUNDschau über die degenerativen Indices mit jenen rätselhaften, oft in völliges Dunkel gehüllten Beobachtungen, mit *unvermittelt, triebartig auftauchenden Selbstmordtendenzen*, die nach Angabe der betroffenen Persönlichkeiten mit gänzlich motivlosen Ekelgefühlen gegenüber der eigenen Person und ihrem Lebensinhalt einhergehen.

Eine Studentin, Anfang der zwanziger Jahre, eine kräftige, körperlich wohlgebildete Erscheinung, hoch begabt, konsultierte mich, da „ich vor mir selbst Furcht empfinde“. Schon seit den Kinderjahren wurde sie plötzlich, bei der Arbeit oder bei Vergnügungen, von dem Drange überfallen, sich das Leben zu nehmen. „Ein unbeschreibliches Gefühl der Leere, der Überflüssigkeit oder Nichtigkeit des Daseins taucht auf, ich möchte fort von dieser Erde.“ Ein halbes Jahr später ertrankte sie sich. Meine Vermutung, daß bei dem bedauernswürdigen, sehr sympathischen, klaren und gesammelten Menschenkind — „Ich bin von Natur frohsinnig, allem Schönen in der Natur zugetan“ — im Untergrunde die Befürchtung mitwirkte, selbst geisteskrank werden zu müssen, wies sie zurück. Sie wiederholte: „Es ist ein mir selbst unerklärlicher Drang.“ Die Mutter der jungen Dame war „chronisch geisteskrank“ in einer Anstalt.

Noch unerklärlicher scheint mir folgender Fall: Ein Jurist, Mitte der zwanziger Jahre, der seine Examina glänzend bestanden hatte und in den Verwaltungsdienst getreten war, teilte seinem besten Freunde, der in einer benachbarten Stadt wohnte, brieflich mit, daß er sich mittags punkt 12 Uhr in seiner Wohnung erschießen werde. Als der Freund wenige Minuten nach 12 Uhr die Wohnung erreichte, fand er ihn tot vor. Er hatte sich ins Herz geschossen. Kein Wort der Erklärung — auch nicht für seinen alten Vater — hinterließ er. Weder aus den näheren Lebensumständen, noch aus irgendeinem erschütternden Erlebnis konnte eine Motivation des Selbstmordes entnommen werden. Ich kannte den jungen Mann persönlich; er war in seinem Freundeskreis ein beliebter und heiterer Gesellschafter, voll geistvollem Sarkasmus, gewesen. Gelegentlich spöttelte er über die „Nichtigkeiten“ des Daseins. Seine Mutter war in seiner Kindheit in einer Irrenanstalt verstorben.

Ich füge schon an dieser Stelle ein Beispiel gehäufter bunt zusammen gewürfelter degenerativer, psychischer Merkmale ein. Der Fall gehört in die letzte Gruppe, vgl. S. 356 u. ff.

Fall 3: 18 Jahre alt. Heredität: Vater Künstler, „mißgestimmt, nervös, hat viel Schweres im Leben mitgemacht“. Großvater väterlicherseits wegen

Wechselfälschung bestraft, leichtsinnig. Großmutter väterlicherseits „geisteskrank“ (Näheres nicht bekannt). *Mutter*, „nervös“. Großmutter mütterlicherseits „hysterisch“, hatte mehrfach Zustände von „Scheintod“. Ein Bruder der Mutter „sehr exaltiert, übertrieben lustig, leicht in Jähzorn umschlagend, ruheloser Geist“. Großtante der Mutter geisteskrank, verblödet. Schwester des Patienten stottert, Nachtwandlerin.

Vorgeschichte: Schon als Kind „nervös“, im 3. Lebensjahr sah er oft eine große schwarze Gestalt neben seinem Bett, er schrie dann auf. Noch im 10. Lebensjahr sah er im Wachen „Teufel und Fratzen“ über dem Bett. Protrahiertes Bett-nässen. Seit dem 10. Jahre Zwangszustände: „Wenn ich nach meiner Meinung den Kopf zu weit nach rechts gedreht hatte, mußte ich mir innerlich solche Vorwürfe machen, daß ich die ganze Nacht nicht schlafen konnte. . . . Es war schon damals eine solche gräßliche Spitzfindigkeit in mir.“ Seine Schulleistungen wechselten: bald war er Primus, bald saß er wieder ganz unten. „Zu Zeiten war ich ganz stumpfsinnig; ich vegetierte nur.“ Im 17. Jahre Stirnhöhlenoperation. „Darauf wurde ich ein neuer Mensch“: „Seelisch gehoben, ich war wie in einem Rauschzustand, alles riß mich fort.“ Dann war er wieder völlig „schlaff“, trübe, düster gestimmt. Diese Stimmungsumschläge erfolgten immer nach mehreren Monaten. Über seine *Vita sexualis* äußerte er sich folgendermaßen: Schon als dreijähriger Junge, als ich ein Stück Damenwäsche vom Boden aufhob, hatte ich eine sexuelle Erregung, wie man es beim Geschlechtsverkehr hat, später hatte ich dasselbe Gefühl mit Erektion und Ejakulation beim Anblick und Anfassen fein gewebter Damenwäsche. Vom 15. bis 17. Jahre starke Masturbation unter Zuhilfenahme sinnlicher Vorstellung von kleinen Knaben und Mädchen („schon mit 6 Jahren hatte ich eine zweifellos sexuelle Hinneigung zu Kindern“). „Seit dem 17. Jahre Zuneigung zu einzelnen hübschen Knaben, besonders wenn ich mich abgespannt fühlte. Ich habe dann das Bedürfnis, mit ihm zu verkehren, seinen Leib zu fühlen, wie den einer Frau . . . Ich möchte mit meinen Genitalien die des Knaben berühren. . . . Ich hatte dabei Erektionen und onanierte dann. In früheren Jahren hatte ich auch von „unbestimmten weiblichen Wesen“ geträumt. Erst im letzten Jahre litt er unter homosexuellen Träumen und Bedürfnissen.“

Bei der Aufnahme. Körperlich die Zeichen überstandener Rachitis, vergrößerte Schilddrüse, sehr erregbares Vasomotorium. Er fällt durch eine beständige Waschsucht auf, die nach seiner Angabe aus der Furcht entspringt, Samen an den Fingern infolge des Onanierens zu haben. Es werden bei ihm einige scharfe Messer aufgefunden. Er gesteht, daß ihm oft der Gedanke komme, welche Wollust es seine müsse, seine Zimmergenossen im Blute zu sehen. Er wird deshalb beständig von der Furcht geplagt, seine Zimmergenossen verletzen zu müssen und hat dadurch schlaflose Nächte. Die Intelligenz des Patienten ist intakt.

Epikrise: Schwere konvergierende erbliche Belastung. Seit früher Kindheit visionäre Vorgänge, mit 10 Jahren Zwangszustände, extremer Wechsel der intellektuellen Leistungen. Cycisch-affektive Stimmungsschwankungen, Fetischismus. Homosexuelle und sadistische Tendenzen. Körperlich Hyperthyreoidismus.

Der Fall war mir nur zur Feststellung seines geistigen Zustandes überwiesen, über seine weiteren Schicksale bin ich nicht unterrichtet.

Wie aus den vorstehenden Schilderungen der psychisch degenerativen Indices zur Genüge hervorgeht, können sie in Erscheinung treten als isolierte, zum Teil zusammengesetzte Merkmale, ohne daß eine Weiterentwicklung zu ausgeprägter Geistesstörung jemals stattfindet. In anderen Fällen sind sie nur *Vorläufererscheinungen* — ich habe sie Sturm vögel genannt — späterer Degenerationspsychosen. In einer dritten Reihe

treten im Beginn eines akuten Schubes eines oder mehrere Merkmale prägnant hervor und erlauben uns so einen Einblick in die Pathogenese des Krankheitsfalles. So bildeten sich bei einem 35jährigen gebildeten Manne (Diplomingenieur), mütterlicherseits belastet (Mutter war zweimal in einer psychiatrischen Klinik wegen „Schwermut“), im Beginne einer ganz akut einsetzenden maniakalischen Erregung ganz unsinnige illogische Wahnbildungen: *er behauptet, ein Verfahren entdeckt zu haben, um aus Sand und Dreck Gold zu machen*, versicherte den Ärzten, daß er Badewannen künftig aus Gold herstellen werde; jede Badewanne koste 3 Mark! Auch triebhafte Handlungen („er warf sein ganzes Geld in den See“) unsinnigster Art erweckten den Verdacht auf eine Paralyse, der aber bei genauer Untersuchung in der Anstalt nicht bestätigt werden konnte. Der Patient hatte schon 10 Jahre früher eine Depression durchgemacht, die seine Entlassung aus dem Heeresdienst notwendig machte. Während der Anstaltsbehandlung ging die maniakalische Erregung in eine depressive Hemmungsphase über.

In einer anderen Beobachtung wurde die degenerative Natur der psychischen Erkrankung (haltloser, ethisch defekter, zur Einfügung in soziale Anforderungen unfähiger junger Mann, der an cyclisch-affektiven Krankheitsvorgängen litt) offenbar durch eine seltsame Verkuppelung von Bulimie und extremster Nahrungseinschränkung; die Bulimie war in der Depression, das verringerte Nahrungsbedürfnis in der maniakalen Phase vorhanden! Es kamen so Gewichtsdifferenzen von 20 Kilo zustande!

Und noch ein drittes Beispiel, in dem das Vorkommen *gehäufter* Merkmale hervortritt: Ein 21jähriger Psychopath mit cyclothymen Affekt-schwankungen, nosophobischem Zwangsdanken sucht die Nervenpoliklinik auf. Mutter leidet an trüben Verstimmungen, viel Kopfschmerzen: Schwester der Mutter in unserer Klinik: unklares Bild mit schizophrenen und hysterischen Reaktionen; Schwester des Prob. typisch manisch-depressiv. Er selbst von *frühester* Kindheit an „nervös“: übertrieben weich und empfindlich, leicht befangen und gehemmt, grüblerisch, viel Kopfschmerzen; vor dem Einschlafen „schreckhafte Fratzen vor den Augen.“ Gewitterfurcht, Angstanfälle im Dunkeln. Schon als Schulkind Zwangsvorstellungen: die weggeworfenen Streichhölzer mußte er zählen und aufheben: „Ich stöberte ihnen nach, weil mich die Furcht beherrschte, daß sie nicht ausgelöscht seien.“ Enuresis nocturna bis in die Schulzeit. Körperlich thyreoidaler Typus. Hier ersehe ich weniger in den einzelnen psychopathischen Symptomen, als in ihrer Häufung und Gruppierung die degenerative Grundlage; der junge Mann war intellektuell gut entwickelt und suchte tapfer im Lebensstrome mitzuschwimmen, um dem Zusammenbruch zu entgehen.

Auf diesen Grundlagen bauen sich nun die klinisch erkennbaren einzelnen Typen der konstitutionellen degenerativen Psychosen auf. Wie

schon aus den vorstehenden Erörterungen über die psychischen Indices hervorgeht, wird, wenn wir erbbiologische Gesichtspunkte außer Betracht lassen, es nur zu häufig im Einzelfalle strittig sein, ob wir einen Krankheitsfall der degenerativen Kategorie zuweisen sollen. Gerade darin liegt der Wert der degenerativen Indices, daß sie, wenn bei der Erforschung der prämorbidien Persönlichkeit sie unzweideutig nachweisbar sind, uns die Zugehörigkeit zur degenerativen Kategorie sicher stellen. Aber außer der besonderen Art der Gruppierung der Symptome sind die Entstehungsbedingungen und der zeitliche Ablauf der Krankheitsfälle für die Feststellung der Diagnose „degenerative Psychose“ maßgebend.

Hinsichtlich der Entstehungsbedingungen wird wohl allgemein, von theoretischen Voraussetzungen ausgehend, mit der Unterscheidung der endogenen und der exogenen Faktoren operiert und daraus die Aufstellung „autochthoner“ und „reaktivlabiler“ Krankheitsfälle hergeleitet.

Ich habe mich nie ganz mit der strengen Unterscheidung von endogen und exogen bedingten Krankheiten befrieden können. Denn letzten Endes finden sich bei allen Krankheiten innere Bedingtheiten, die wir eben mit dem allgemeinen Begriff der Konstitution belegen. In gleicher Weise fehlt es in der Mehrzahl der Erkrankungsfälle nicht an äußeren Anstößen, die freilich nicht immer klar und eindeutig zu erkennen sind. Zu diesen äußeren Anstößen sind auf dem Gebiete der Psycho-Neurosen auch körperliche Erkrankungen zu rechnen. Unentschieden ist noch die Stellung der endokrinen Störungen; sind sie Teilerscheinungen der degenerativen Konstitution? Das relativ häufige Vorkommen von Dysplasien bei degenerativen Fällen läßt diese Annahme als berechtigt erscheinen. Bei den engen Wechselbeziehungen zwischen seelischen und endokrinen Vorgängen unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen wird man dann zum Schluß kommen, daß die endokrine Störung bald zu den exogenen Anlässen gezählt, bald als Glied der endogenen Veranlagung aufgefaßt werden kann. Man erinnere sich an die zahlreichen, akut einsetzenden und wieder schwindenden basedowartigen Erkrankungen bei den psycho-nervös zusammengebrochenen Soldaten des Weltkrieges, oder an die Tatsache, daß bei unseren degenerativen Psychosen analoge Thyreoidalsymptome im Verlaufe ihrer akuten und subakuten Schübe beobachtet wurden.

Da helfen uns auch die Ausdrücke „autochthon“ und „reaktiv labil“ nicht über die Schwierigkeiten hinweg. Die Labilität ist die Signatur der psychopathischen Konstitution überhaupt; die innere Bedingtheit ist für alle hierher gehörigen Fälle vorhanden; die Bezeichnung „autochthone Labilität“ trifft also nur eine allen gleichartig zukommende Grunderscheinung; „reakтив“ wird dann nur zur Hervorhebung des Umstandes zu verwerten sein, daß wir den äußeren Anstoß zum Manifestwerden einer Krankheitserscheinung (Erlebnisse und anderes) feststellen konnten.

Studieren wir unsere Krankengeschichten, so werden wir fast immer finden, daß auslösende exogene Vorkommnisse nicht ganz gefehlt haben. Nur bei den zirkulären Geistesstörungen, in der alten engeren Form Manie - Melancholie, mit ihrer regelmäßigen Wiederkehr, darf man vielleicht annehmen, daß sie ausschließlich endogenen Ursprungs sind. Ebenso müssen wir annehmen, daß bei gewissen isoliert auftauchenden krankhaften seelischen Vorgängen (ich verweise auf die Suicidtendenzen) vorwaltend triebhafter Natur die inneren Bedingtheiten allein wirksam sein können. Diese Einschränkungen ändern aber nichts an der Erfahrungstatsache, daß in der Mehrzahl der funktionellen Psychosen die Zerlegung in exogene und endogene Formen zu recht künstlichen Gebilden geführt hat. Folgende Überlegung mag zur Begründung dieser Schlußfolgerung dienen: Wie wir schon eingangs angeführt haben, ist die Disharmonie zwischen Reizstärke und Reizeffekt allen konstitutionellen Psychosen, einschließlich der Psychopathien, eigentlich. Schon *Magnan* hat diese Grundeigenschaft der konstitutionellen Minderwertigkeit hervorgehoben, die von der intellektuellen Ausreifung völlig unabhängig ist. Seine klinischen Ausführungen über die „dégénérés supérieurs“, die „déséquilibrés“, die „Instablen“ beruhen auf dieser Feststellung. Welche besondere Ausdrucksform: Vorwiegen von Erregungs- oder Hemmungserscheinungen oder ein oft verwirrender Wechsel beider, klinisch hervortritt, hängt letzten Grundes nicht nur von der Stärke der zufließenden Reize, sondern im gleichen Maße von dem Tätigkeitszustande des von den Reizen getroffenen funktionellen Zentrums oder vielleicht richtiger des funktionellen Systems und drittens von interferierend wirkenden andersgearteten Reizen ab. Diese biopsychischen Vorgänge besitzen in gesunden Tagen und bei gesunder Konstitution, bei „rüstigen Gehirnen“ (*Schüle*), höchst wahrscheinlich infolge der Mitwirkung von Regulationsvorrichtungen, einen gesetzmäßigen Ablauf: Stimmungslage, Gedankenarbeit, Handlungen befinden sich untereinander im Einklang. Die konstitutionell bedingten Störungen dieser biopsychischen Vorgänge können nun ausschließlich auf endogenen Faktoren, wie auf gewissermaßen strukturell begründeten Störungen in der Wirkungsweise, dem Endeffekt eines Reizes beruhen, sie können aber auch latent bleiben, bis exogene Faktoren (z. B. ein Trauma oder eine Infektionskrankheit) sie erweckt. Das Bild der Sensibilisierung bei der Anaphylaxie liegt sehr nahe. Nur zu häufig sind wir gar nicht in der Lage, die Anstöße aufzuhellen, die den pathologischen Endeffekt, die seelische Störung im Einzelfalle herbeigeführt haben. *Die Vorstellung, daß das konstitutionell bedingte Grundübel in der Instabilität von vorgebildeten funktionellen Regulationsmechanismen besteht und daß es immer irgendeines äußeren — seelischen oder körperlichen — Anlasses bedarf, um ihre regelwidrige Tätigkeit auszulösen, ist durchaus berechtigt.* Letzten Grundes ist also alles normale und pathologische Geschehen reaktiv? In praxi werden wir

zu dem Hilfswort autochthon greifen, wenn wir diese Anlässe nicht auffinden können. Die Instabilität kann individuell ganz verschiedenartig und verschiedengradig sein, so kann auch nur der Regulierungsmechanismus eines bestimmten funktionellen Systems, wie dies das Vasomotorium darstellt, betroffen sein. Wenn z. B. irgendein Erlebnis, oder auch nur eine Verdauungsstörung, die unter normalbiologischen Verhältnissen einen unterschweligen Reiz für das Vasomotorium darstellen, einen episodischen Verwirrtheitszustand auf Grund von Zirkulationsstörungen in cerebro hervorruft, werden wir dann von einer autochthonen oder reaktiven Entstehung sprechen ?

Diese Instabilität besteht nun bei allen konstitutionell bedingten Psychosen. Für die degenerativen Formenkreise werden aus den Entstehungsbedingungen dieser Art keine unterscheidenden Merkmale hergeleitet werden können.

Desto bedeutsamer ist der *zeitliche Ablauf*. Aber auch hier können wir nur bei genauer Erforschung der Vorgeschichte — ich beziehe mich auf die Darstellung der Indices degenerationis — zu einem bestimmten Schlusse gelangen. So wird, um an ein Beispiel anzuknüpfen, ein intermittierender oder cyclischer Verlauf nur dann für eine degenerative Psychose sprechen, wenn Vorgeschichte und, wie wir schon hier anfügen wollen, die Symptomgruppierung diese Entscheidung rechtfertigen. Ich teile nicht die Ansicht derjenigen Psychiater, die schlankweg alle intermittierend oder cyclisch verlaufenden Psychosen dem degenerativen Formenkreis zuteilen, da solche Verlaufsrichtungen auch den einfach konstitutionellen Psychosen eigentlich sein können. Wohl aber gibt es Kriterien der degenerativen Veranlagung, die aus dem zeitlichen Ablauf entnommen sind. Die Gruppe der episodischen Fälle, im Sinne kurzdauernder, transitorischer Attacken — die états épisodiques *Magnans* — gehören sicher zu den degenerativen Psychosen. Man kann sie als Exazerbationen degenerativ psychopathischer, ephemerer Krankheitsercheinungen bezeichnen, deren Anlässe meist unauffindbar sind.

Die *Symptomgruppierung* ist nach meinen Erfahrungen nur für einen — aber vielleicht größeren — Teil der degenerativen Psychosen in diagnostischer Hinsicht ausschlaggebend. Wir werden bei der epileptoiden und bei der schizoiden Gruppe Beobachtungen begegnen, die rein symptomatologisch in ihren Krankheitszuständen sich von anders gearteten oder anders begründeten Psychosen nicht unterscheiden lassen. Dann wird nur die Berücksichtigung aller nachweisbaren Veranlassungen und die Verlaufsrichtung ausschlaggebend für die Diagnose sein.

Unter Berücksichtigung dieser, unsere diagnostischen Bemühungen mehrfach einschränkenden Vorarbeiten gelangen wir zu folgender Gliederung der degenerativen Psychosen:

I. Die episodischen Krankheitszustände.

Magnan hat als erster ihre engen Beziehungen zu den degenerativen Psychosen erkannt. Wir können hier folgende Gruppen unterscheiden:

a) die *wahnhaften Einfälle*, die isoliert emporschießen, wieder verschwinden, gleichsam untertauchen. Sie erhellen uns bei gewissen Psycho-pathischen Konstitutionen — vor allem bei den gemischten Bildern, z. B. bei den hypochondrisch-paranoiden, sodann bei den originär-verschrobenen Persönlichkeiten — ihre degenerative Veranlagung. Im Einzelfalle ist die auslösende Ursache dieser episodischen Erscheinungen ganz unaufgeklärt. Ich erinnere an das früher skizzierte Beispiel: den Jüngling mit dem wahnhaften Einfall, er sei Adam. Hier fehlten halluzinatorische Reizerscheinungen. Ebenso in folgendem Falle, der mir durch Zufall bekannt geworden ist.

Fall 4: Ein Arzt, sehr begabt, mit einem Hang zu einsiedlerischer Abschließung von der Außenwelt, scheu, verschlossen, argwöhnisch auf die Wahrung seines ärztlichen Ansehens bedacht, berichtete mir auf einer gemeinsamen Eisenbahnfahrt nach einem wissenschaftlichen Kongreß, daß er während der Sitzungen plötzlich erkannt habe, daß er von einem Kongreßmitglied verspottet, als „Nichtskönner“ betrachtet worden sei; dieser Mann habe ihm dies deutlich durch sein Mienenspiel und seine Gebärden zu erkennen gegeben. Diese „Erkenntnis“ quäle ihn und beherrsche ihn seit dem letzten Sitzungstage — am Tage unserer Eisenbahnfahrt. Er frug mich um Rat, wie er gegen den Kollegen vorgehen könne, um seine Ehre wieder herzustellen. Am anderen Tage erhielt ich von ihm einen Brief, in dem er mich bat, seine Äußerungen als nicht getan zu betrachten. Er unterliege gelegentlich solchen krankhaften Anwandlungen, die er als Verrücktheiten nachträglich selbst beurteile. Deshalb zöge er sich auch von größeren geselligen Vereinigungen möglichst zurück. „Ihnen als Psychiater sind solche Dinge ja nicht fremd.“

Später erfuhr ich, daß er mütterlicherseits stark belastet sei.

In zwei anderen Beobachtungen waren deutlich isolierte halluzinatorische Vorgänge vorhanden.

Fall 5. Ein hochstehender Jurist, rechthaberisch, unbeliebter Debatter, mißtrauisch, selbstbewußt, belästigte seine Frau vielfach mit ganz unbegründeten Eifersuchtsideen. Eines Abends ging er wutentbrannt auf seine Frau mit einem Dolche in der Hand los; die Frau rettete, rief um Hilfe. Die Nachbarn kamen, fanden den Mann ganz verstört; er behauptete, die Stimme des Mannes gehört zu haben, der in ehebrecherischem Verhältnis mit seiner Frau stehe. Er wurde sofort in eine im Ort gelegene Anstalt verbracht. Bei der Aufnahme war er zornig erregt, völlig orientiert. Er protestierte gegen die „rechtswidrige Aufnahme“, da kein Physikatszeugnis vorliege, sagte, daß es sich nur um einen häuslichen Streit gehandelt habe. Er lehnte auch am anderen Tage jegliches Eingehen auf seine seelischen Vorgänge ab, „das geht niemanden etwas an“. Einige Tage später gestand er, daß er an „inneren Erregungen“ leide, die ihn plötzlich überfielen und seine seelische Widerstandskraft gegen „krankhafte Anwandlungen“ lähmten. Er höre dann auch Stimmen, die ihn „aufstacheln“. Nach 5 Tagen wird er entlassen. Seine erste Handlung war die Abfassung einer geharnischten, übrigens erfolglos gebliebenen Beschwerde an den Justizminister, in der er in scharfsinniger, juristisch vollendeter Weise gegen seine Internierung protestierte und Bestrafung des Anstaltsleiters verlangte. Spätere episodische Zustände gleicher Art sind mir

nicht bekannt geworden. Auch hier ergaben Nachforschungen, daß der Mann aus einer schwer belasteten Familie stammte.

Aus meinen Erfahrungen geht hervor, daß psychische Reizvorgänge verschiedenster Herkunft: emotionelle Quellen, besondere ungünstige seelische Konstellationen das Hervorbrechen dieser psychotischen Erscheinungen bedingen. Wir haben hier Beispiele angeführt, bei denen eine Bewußtseinsveränderung nicht nachweisbar war. Hier möge ein weiteres Beispiel angereiht werden, bei dem der Entwicklung des wahnhaften Einfalls ein Zustand dämmlicher inkohärenter Erregung vorausgegangen war. Ich nehme diese Beobachtung aus meiner allgemeinen Psychiatrie heraus:

Fall 6: Junger Offizier, Jagdunfall, Schrottschußverletzung des Auges, Behandlung im Dunkelzimmer, rasch vorübergehender Zustand völliger Inkohärenz mit mäßiger motorischer Agitation und Bewußtseinsstörung. Nachfolgend — nach völliger Klärung des Bewußtseins — plötzlich wie der Blitz aus heiterem Himmel ein wahnhafter Einfall, er sei Friedrich der Große. Nach Ablauf mehrerer Wochen ebenso plötzliches Schwinden der Wahnidee. Aus der Familiengeschichte: Mutter eigenartig, zeitweilig deprimiert und entschlüpfenfähig; eine Schwester begabt, energisch, eine zweite Schwester typisch degenerativ hysterisch.

Es ist unverkennbar, daß hier eine Sejunktion im Sinne *Wernickes* (unsere Inkohärenz) der Ausgangspunkt der Wahnbildung war. Auch die konstellative Wurzel ist nachweisbar. Der Patient hatte sich in den letzten Wochen vor dem Unfall sehr intensiv mit den Werken und der Persönlichkeit Friedrichs des Großen beschäftigt.

Ich hatte Gelegenheit, den weiteren Lebensgang des begabten jungen Offiziers während vieler Jahre weiter verfolgen zu können. Eine neue psychische Störung ist in der Folge nicht eingetreten.

Diese episodisch auftretenden wahnhaften Einfälle können auch als Vorläufer oder im Anfange länger dauernder Psychosen verschiedenster Symptomgruppierung zu wiederholten Malen einsetzen.

Fall 7: Bei einer 21jährigen, gut begabten — Examen als Säuglingspflegerin mit sehr gut bestanden — Mädchen zeigte sich nach anstrengender Tätigkeit und manigfachen seelischen Kümmernissen ein plötzliches Auftauchen des Vorstellungskomplexes: man spiele mit ihr Komödie. Nach 2 Stunden war sie wieder ganz klar — Desorientierung bestand nicht —, sie wunderte sich, was sie „für dummes Zeug“ gedacht und gesagt habe. In einer zweiten Attacke äußerte sie: „man solle ihr Gift geben, sie sei eine Dirne, ihre Angehörigen wollten sie ins Zuchthaus bringen“. Am nächsten Tage korrigierte sie alles. Einige Tage später schnitt sie sich nach einem Spaziergang mit dem Bruder die Beugesehnen des linken Unterarmes durch. Als Motiv gab sie tags darauf an: „Als wir bei dem Spaziergang oben auf den Berg kamen, ist mir plötzlich der Gedanke mit unbewältigbarer Gewalt gekommen, ich sei eine Hexe, der Bruder habe mich auf den Berg geführt, um mich in die Tiefe herabzustoßen. Dieser Gedanke hat mehrere Stunden angehalten, mit furchtbarer Angst; aus dem Gefühl heraus, ich dürfe als Hexe um meiner Angehörigen willen nicht leben, habe ich den Selbstmordversuch gemacht.“ In den nächsten Wochen wechselnde Stimmungsanomalien, halluzinatorische Dämmerzustände (prämenstruell, mit dem Einsetzen der Menstruation), stuporöse Hemmungen in regelloser Folge, immer von völlig klaren, geordneten Intervallen unterbrochen. Aber auch in der Zwischenzeit affektiv sehr labil — nach Angaben der Mutter soll sie von jeher von jähnen Stimmungswechseln

beherrscht worden sein, „zeitweilig war sie überempfindlich, ganz wie die Mutter meines Mannes“. In der Folgezeit ausgeprägte Depressionen mit dazwischen-tretenden Heiterkeitsausbrüchen, besonders zur Zeit der Menses. Bei der Entlassung aus der Klinik — nach zweimonatlichem Aufenthalt — gab sie noch retrospektiv an: „Als ich das Nahen eines neuen verdrehten Zustandes merkte, ging ich in das Schlafzimmer meines Bruders und schnitt mich. . . Ich tat es nicht gerne, ich widerstrebe, aber ich mußte. Ich halte den Selbstmord für unmoralisch, für verwerflich und feige. Weiß selbst nicht, warum ich es getan habe.“

Ein Jahr später neues Auftauchen von Suicidgedanken, in andauernd depressiver Stimmung. Erneute Aufnahme. Körperlicher Verfall und geistiger Rückgang, starke Fieberbewegungen (tuberkulöse Prozesse in beiden Lungen). Schlußbild vor dem Exitus letalis: Stuporös-negativistisches Verhalten. Diagnostisch zusammenfassend: Degenerativ konstitutionelle Veranlagung; hysteropathisch-sensitiv Persönlichkeit; prodromale wahnhaften Einfälle. Schizophrener Schlußbild.

Im Anschluß an diese Beobachtungen will ich nochmals kurz die Frage streifen, ob es beim Versagen der genealogischen Klarstellung eines Krankheitsfalles — infolge der Unmöglichkeit, genauere Daten der Familien geschichte zu erlangen — statthaft ist, mit annähernder Sicherheit seine Zugehörigkeit zum degenerativen Formenkreis auf Grund der klinischen Erfahrungen zu behaupten. Ich glaube, daß diese Frage bejaht werden darf. Finden sich in der Vorgeschichte deutliche Indices degenerationis, zeigen sich in der Verkuppelung der psychotischen Symptome eigenartige, regelwidrige Krankheitsbilder, so daß die einfachen Gestaltungen — wir können im Sinne *Hoches* von gesetzmäßigen Syndromen sprechen — durch andersgeartete, verschiedensten Syndromen zugehörigen psychotischen Erscheinungen durchbrochen werden, so halte ich die Diagnose degenerative Geistesstörung für gerechtfertigt. Ebenso, wenn im Krankheitsverlaufe — wir werden später bei der polymorphen degenerativen Psychose diese Bilder kennen lernen — die mannigfachsten Syndrome in mehr oder weniger geschlossener Reihenfolge hintereinander auftauchen. Betrachten wir epikritisch unter diesen Gesichtspunkten den vorstehenden Fall, so finden wir: unbestimmte Angaben über gleichartige konstitutionelle Veranlagungen bei Großmutter väterlicherseits und der Probandin. Gesteigerte affektive Labilität, sensitiver Charakter. Jähes Auftauchen wahnhafter Einfälle mit Suiciddrang. Gemischte, unklare Depressionen. Relative Erholung. Rückfall. Die tuberkulöse Erkrankung führte einen frühzeitigen Abschluß herbei. Mit dem körperlichen Verfall ging gleichzeitig ein geistiger Rückgang einher, der von schizophrenen Zügen begleitet war. Betrachtet man nur das Schlußbild, so werden manche Psychiater von einer schulgerechten Schizophrenie sprechen. Ich verwehre ihnen dies nicht, wenn beigefügt wird: Schizophrenie auf degenerativer Grundlage. Ich komme auf diese bedeutungsvolle Beziehung der degenerativen Veranlagung zur Schizophrenie im Abschnitt „Verlauf und Ausgang“ zurück.

Die engen Beziehungen, die zwischen konstitutioneller paranoider Veranlagung und dem Auftauchen wahnhafter Einfälle bestehen, zeigt

die nachstehende Beobachtung. Hier ist auch die Weiterentwicklung zu wochen- und monatelang andauernden Krankheitszuständen erkennbar, die unter dem Begriff der akuten, rezidivierenden Paranoia — mit oder ohne halluzinatorische Zutaten — zusammengefaßt werden. Da ein Intelligenzverfall oder ein Zerfall der Persönlichkeit im Verlaufe von 12 Jahren nicht eingetreten ist, so wird wohl bei diesem und gleichartigen Krankheitsfällen der Einwand nicht erhoben werden, daß eine Schizophrenie vorliegt.

Fall 8: W., Bei der ersten Aufnahme (1906) 24 Jahre alt, Optiker. Bruder „nervenleidend“ (nähere Angaben nicht erhältlich). Guter Schüler, leichtes Stottern bis zum 14. Lebensjahr. War er erregt, so konnte er kein Wort herausbringen. Tüchtiger strebsamer Präzisionsmechaniker. Immer mehr in sich gekehrt, mißtrauisch, im Elternhaus unverträglich.

Beginn der Krankheit Frühling 1906: zeitweise Schlaflosigkeit. August 1906 erneute Schlaflosigkeit, starke nächtliche Schweißausbrüche, größere Reizbarkeit. Fing plötzlich im Geschäft ohne Anlaß zu schimpfen an, er werde von seinem Nebenmann „geärgert“, man wolle ihn zu einem unsoliden Lebenswandel verführen. Er werde auf Schritt und Tritt beobachtet. Auch ein Hausgenosse wurde in den Kreis wahnhafter Beziehungsvorstellungen hineingezogen. Seine Frau beschuldigte er des Geschlechtsverkehrs mit ihrem leiblichen Bruder. Er nächtigte bei Bekannten, zerschlug dort eine Fensterscheibe, schrie um Hilfe. Bei der *Aufnahme in die Klinik* äußerte er zahlreiche Persektionsideen, die er zum Teil weit in die Vergangenheit zurückverlegte. Gab zu, in der Nacht Stimmen gehört zu haben. Vergiftungsideen, Geschmacksillusionen. Personenverkennung. Zeitlich-örtlich orientiert. In der nächsten Zeit sehr wechselnder Zustand, oft klar und geordnet, dann wieder halluzinierend, oft mutistisch. Nach 4 Wochen: andauernd klar, ruhig, geordnet, mit Krankheitseinsicht. Leicht gereizt, zu Zornausbrüchen geneigt. Nach Rückkehr zu seiner Arbeit äußerte sich sein Meister, daß er gut, wie früher, arbeite.

2. Anfall und Aufnahme 12. 4. 1911: Beginn mit Kopfschmerzen und Kopfkonstriktionen: „Mir wurde plötzlich so unheimlich, alle sahen auf mich.“ Mannigfachste wahnhaftes Beziehungsvorstellungen. Zornige Erregung, lautes Schimpfen. Intelligenzprüfung ergibt früheren guten Besitzstand; auch schwere Fragen werden ohne geringste Mühe richtig beantwortet. Öfters auffällig, zieht das Hemd aus, spricht vor sich hin, sichtlich halluzinierend; streitsüchtig. *Nach 18 Tagen alle Krankheitsscheinungen abgeklungen.*

3. Aufnahme 13. 5. 1913: Wiederum plötzlicher Ausbruch. Bleibt von der Arbeit weg. Vergiftungsideen. Krankheitsgefühl. Wünscht selbst Aufnahme in die Klinik. Sehr wechselseitig: bald ängstlich oder zornig erregt, massenhaft halluzinierend, bald ruhig, klar, geordnet. Dann wieder nach Tagen plötzlich sehr erregt, aggressiv gegen Mitkranken. Sehr wechselndes affektives Verhalten. Ganz vorübergehend heiter, ideenflüchtig. Seit 20. 8. 1913 normaler Zustand.

4. Aufnahme 21. 6. 1917: Hat bis Februar 1915 bei Zeiß gearbeitet, dann zur Fußartillerie eingezogen. Ende April ins Feld; sehr gut geführt, nie bestraft. Februar 1916 zum Obergefreiten befördert. Kam am 6. 6. 1916 „verändert“ auf Urlaub nach Hause, war unruhig erregt, schoß mit seinem Revolver zum Fenster heraus. Bei der Aufnahme ruhig, verschlossen, sichtlich dissimulierend. Intelligenzprüfung wie früher. Orientiert. Erklärt das Schießen als harmlosen Spaß, „ich habe kerzengerade in die Luft geschossen, so daß ich niemanden treffen konnte“. In den nächsten Tagen schreibt er einen Brief an seinen 14jährigen Sohn, in dem er ihn bittet, ihm eine neue Uniform und die Abzeichen als Offizierstellvertreter

zu besorgen, damit seine Familie sich seiner nicht zu schämen brauche. Er habe ja draußen Offiziersdienst getan.

Aus der weiteren Krankengeschichte: „Immer mehr Entwicklung zu rabiatem paranoischen Menschen.“ In der Erregung läßt er alle Zurückhaltung fahren. „Auf der Straße sprechen die Kinder über mich; im Felde hatten es die Kameraden immer auf mich abgesehen.“ Sonst mißtrauisch, zurückhaltend; dabei gesteigertes Selbstgefühl. Nach 8 Wochen Remission, die aber nur 8 Tage andauert. Dann erneut gereizt, weiß alles besser, großsprecherisch, gesteigerter Rededrang, gelegentlich ganz sinnlose inkohärente Aufregungen. Dann wieder plötzliches Abklingen, ruhiges geordnetes Verhalten ohne paranoische Ideen. Zu anderen Zeiten streitsüchtig, fühlt sich überall beeinträchtigt. Entlassung nach neunmonatlicher Anstaltsbehandlung. Andauernde Remission.

Wiederaufnahme 28. 5. 1918: Wurde erregter, als er — seit der Entlassung hat er nur leichte landwirtschaftliche Arbeiten verrichtet — versuchte, wieder bei Zeiß zu arbeiten. Er war jetzt depressiv, äußerte Versündigungs- und Unwürdigkeitsgedanken. In den nächsten Tagen gehemmt, scheu, einsilbig. Bietet ein reines Bild depressiver Hemmung. Keine Wahnbildung nachweisbar. Seit Mitte Juli frei; Wiederkehr der Spontaneität. Gartenarbeit. 4 Wochen später Rückfall: deprimiert, weint viel vor sich hin, depressive Ideen. Verzweifelt, Angstattacken, Suicidgedanken. Seit September 1919 wieder frei; kein geistiger Defekt.

Schlüßdiagnose: Konstitutioneller paranoider Psychopath, intermittierend auftretende paranoische Erregungszustände, dazwischen depressive Phasen (degeneratives Mischbild).

b) *Die episodischen Dämmerzustände.* Ihre pathogenetische und systematische Gliederung, ebenso die Feststellung, noch mehr die Deutung der Bewußtseinsveränderungen — diesem gemeinsamen Merkmal der Dämmerzustände — begegnet gelegentlich fast unüberwindbaren Schwierigkeiten. Das liegt vornehmlich in dem Umstand begründet, daß uns die psychobiologischen Vorgänge innerhalb der Bewußtseinstörung verborgen bleiben und auch durch das Studium der begleitenden Krankheitsäußerungen (mimisch-pantomimische oder sprachliche Äußerungen), durch das körperliche Verhalten (z. B. Fieber, vasomotorische Störungen) oder endlich durch Erforschung der Patienten nach Abklingen des Dämmerzustandes nur ganz unvollkommen aufgedeckt werden können. Ihre rein symptomatologische Einteilung nach dem Vorhandensein dieser oder jener Komponente des Krankheitsbildes, nach dem Auftreten halluzinatorischer Erregungen oder psychomotorischer Hemmungen oder triebartiger Handlungen ist nur ein ungenügender Notbehelf. Auch darf nie vergessen werden, daß überall fließende Übergänge zwischen Dämmerzuständen, Delirien (z. B. Infektionsdelirien) und Amentia (z. B. die Puerperalamentia) bestehen. Für unsere hier in Frage stehenden Krankheitszustände haben diese Vorbemerkungen insofern Bedeutung, als sie uns darüber belehren sollen, daß aus dem Symptombild allein ein Rückschluß auf die klinisch-pathogenetische Stellung des Krankheitsfalles nicht gezogen werden kann.

Außer den Schwierigkeiten in der Abgrenzung der Dämmerzustände, fällt die Tatsache ins Gewicht, daß die episodisch auftretenden Anfälle

dieser Kategorie auf den verschiedensten psychischen Konstitutionsanomalien beruhen können. Am bedeutungsvollsten sind die hysteroiden, epileptoiden und schizoiden Psychopathien. Wir wiederholen, daß darunter pathologische Charakteranlagen zu verstehen sind, die mit den Formenkreisen der Hysterie, der Epilepsie und der Schizophrenie symptomatologisch und vielleicht auch erbbiologisch nahe Berührung haben, jedoch nicht mit ihnen zusammenfallen. Für die Schizophrenie ist diese Trennung leicht verständlich, wenn daran festgehalten wird, daß die Schizophrenie einen organisch bedingten Krankheitsprozeß darstellt, der vielleicht zu seiner Entstehung einer bestimmten Anlage bedarf, ähnlich, wie für die Tuberculosis die Grundlage in bestimmten konstitutionellen Momenten zu suchen ist. Dort wie hier wird dieser konstitutionelle Faktor nur bedeutungslos, wenn die schädigenden Einflüsse — dort die Möglichkeit der bacillären Invasion, hier tiefgreifende, endokrin bedingte, toxische Einwirkungen — über groß werden und einen an sich gesunden und widerstandsfähigen Organismus befallen. Ganz ähnlich habe ich in meiner letzten Arbeit zur Pathogenese der Epilepsie dem konstitutionellen Faktor eine entscheidende Bedeutung zuerkannt. Für die konstitutionelle Hysterie¹ sind ganz gleiche Erwägungen maßgebend, ganz gleichgültig, ob wir hier von einem geschlossenen, einheitlichen Krankheitsbegriff oder nur von hysterischen Reaktionen reden. In diesen Veranlagungen sind nun die Ursachen dieser episodischen Dämmerzustände zu suchen, deren auslösende psychische oder somatische Momente uns entweder verborgen bleiben — wir sprechen dann gerne von autochthonen Dämmerzuständen — oder nachweisbar sind. Im letzteren Falle werden pathogenetisch die Dämmerzustände den reaktiven, auf einer krankhaften Labilität beruhenden Formen zugeteilt.

Wir sind also von einem ganzen Gehege pathogenetischer Schwierigkeiten eingeengt. Und da auch, wie schon erwähnt, rein symptomatisch eine scharfe Abgrenzung von nahestehenden Krankheitsäußerungen nicht möglich ist, so ist es einleuchtend, daß vornehmlich praktisch-klinische Gründe den Begriff der Dämmerzustände stützen. Den Hauptgrund sehe ich in der eigenartigen Bewußtseinsveränderung, die in der Tat den Vergleich mit der Morgendämmerung, besonders mit einem nebelerfüllten Herbstmorgen, am Rande einer Waldwiese (auf dem Anstand sitzend), uns nahebringt. Das wogt und wallt; bald lockern sich die das Tagesgestirn verhüllenden Massen, einzelne Strahlen erhellen die Landschaft, die Baumstämme werden vereinzelt sichtbar, bald ballen die Nebel sich wieder zusammen und verdunkeln wieder alles, bis das Licht schließlich die trüben Nebel endgültig siegreich durchbricht und

¹ Der Weltkrieg hat uns die „akuten“ Hysterien, die nicht konstitutionell bedingt waren, deutlicher zu erkennen gelehrt (vgl. meine Bearbeitung der Hysterie im Handbuche der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege, herausgegeben von Otto von Schjerning 1922).

in voller Klarheit die Landschaft vor unseren Augen auftaucht. In dem dämmerhaften Halbdunkel erscheinen uns alle Gegenstände unscharf, verzerrt. Man verzeihe dem alten Jäger diese Bildersprache, die den allgemeinen Eindruck wiedergeben soll, den der Beschauer beim Studium der Dämmerzustände gewinnt. Die Symptomgruppierung bei den episodischen Dämmerzuständen stimmt mit den Erfahrungen überein, die an epileptischen, hysterischen oder auch toxisch bedingten Krankheitsfällen gesammelt worden sind. Der Weltkrieg hat uns diese Bilder genugsam vor Augen geführt, so daß eine summarische Aufzählung genügt: die zeitliche und örtliche Desorientierung, die phantastische Verwandlung der Persönlichkeit, die Lockerung oder auch Verschiebung der assoziativen Zusammenhänge, das Auftauchen ungeordneter, disperater oder phantastisch veränderter und illogisch zusammengekuppelter Erinnerungsbilder, illusionäre Umdeutungen und halluzinatorische Einschreibungen sind die Hauptmerkmale, die während der Anfälle nur aus Mienen- und Gebärdenspiel, aus vereinzelten sprachlichen Äußerungen, aus triebartigen Affekthandlungen oder aus scheinbar zweckvollen Bewegungskombinationen erschließbar sind. Dieses dämmerhafte Halbdunkel der Bewußtheit überfällt durchaus nicht immer ganz unvermittelt den Patienten; es gehen ihm kürzere oder längere Vorstädte: Stimmungsanomalien, geistige Erschöpfung, Schlafstörungen, migräneartige Kopfschmerzen, syncopale Zustände, dyspeptische Erscheinungen u. dgl. vorauf. In einer Beobachtung waren neuralgiforme (topalgische) Schmerzen im Oberschenkel vor dem Dämmerzustand, ihn gewissermaßen ankündigend, vorhanden. Man kann so von Inkubationsphasen der Dämmerzustände sprechen. Auch das kennzeichnendste Merkmal, die Desorientierung, vollzieht sich nur zu oft ganz allmählich und stufenweise; die zeitliche Orientierung geht nach meinen Erfahrungen zuerst verloren, dann folgt der Verlust der Bewußtheit der eigenen Persönlichkeit und die örtliche Desorientierung. Man wird aber nur selten in die Lage versetzt, über diese Anfänge der Bewußtseinsveränderung durch Befragung der Kranken eine genügende Antwort zu erhalten; die postparoxystische Amnesie erstreckt sich meist auch auf den Beginn der Attacke. Die nachstehende Beobachtung gibt uns eine annähernd vollständige Eigenschilderung des initialen Vorgangs.

Fall 9: 26jähriger Kandidat der Jurisprudenz. Vater und Großvater von melancholisch-depressiven „Anfällen“ heimgesucht. Pat. intellektuell gut veranlagt; öfters — seit der Kindheit — grundlos verstimmt, sprach dann stundenlang gar nicht. Mit 19 Jahren (nach dem Abiturium) ein mehrwöchentlicher Depressionszustand mit Angst- und Insuffizienzgefühlen. „Niemand hat mich für krank gehalten.“ Flotter Student, viele Mensuren. Fiel durch das Referendarexamen trotz fleißiger Vorarbeit. Seitdem verstimmt, reizbar, grüblerisch, doch fleißig gearbeitet. Kurz vor der Wiederholung des Examens machte er seinen Kommilitonen eines Abends einen „konfusen“ Eindruck. Er starnte meist auf einen Punkt, sprach auch von Philosophie und ganz fernliegenden Dingen zusammenhanglos. Seine Freunde ließen ihn, da er geistig nicht mehr normal erschien (kein

Alkoholexzess!), nicht mehr allein. In der Nacht in der Wohnung des Freundes ein heftiger „Tobsuchtsanfall“, „er zertrümmerte alles, würgte seinen Freund, warf mit Bibelsprüchen um sich“. Wird zur Klinik gebracht. Hier bei der Aufnahme angstvoll erregt, desorientiert, halluzinierte, äußerte Verfolgungsideen, war aggressiv. Bald tiefer Schlaf. Am Nachmittag des folgenden Tages völlig klar, zeitlich und örtlich orientiert, ganz vereinzelte Erinnerungen an die Anfänge des Dämmerzustandes (Aufenthalt auf seiner Verbindungskneipe). Er fragt, ob er seinen Freund erwürgt habe, er habe es tun müssen „aus einem Zwange“; *er habe dessen Zimmer plötzlich als einen heiligen Raum ansehen müssen*: er fühlte sich verwandelt, er habe das Gefühl gehabt, sein Freund entweiche diesem heiligen Raum. Er sah dann drohende Männer in Kutten, „der Höllen Hund hat draußen immer gebellt“. Aus dem Gedanken heraus, sein Freund sei ein Schänder des Heiligtums, seien alle seine Handlungen entstanden.

Diese Berichterstattung regte ihn sehr auf, er verfällt in konvulsive Schlußzen, umklammert verzweifelt den Arzt. In den nächsten Tagen noch ängstlich, illusionäre Umdeutungen (als eine Glocke im Korridor ertönt, sagt er, das sei die Glocke des Jüngsten Gerichts). Er ist aber klar, völlig orientiert, und gibt an, daß solche Gedanken plötzlich noch „hochschießen und ebenso plötzlich verschwinden“. Dann wenige Tage später für einige Stunden heiter, möchte ausgehen, bittet aber, ihm einen muskelstarken Mann mitzugeben, da es doch sein könnte, daß er wieder einen solchen Anfall bekäme, in dem er nicht wisse, was er mache. Er wurde zur Nachkur in ein Sanatorium entlassen, da er noch, wenn auch rasch vorübergehende Verstimmungen mit Insuffizienzgefühlen, Mattigkeit und Selbstvorwürfen darbot. Er stellte sich mir später völlig genesen wieder vor; er machte seine Examina und ist, soweit ich seine Lebensschicksale verfolgen konnte, gesund geblieben. Doch blieb er ein schwerblütiger Mensch, der gegen „Verstimmungen“ ankämpfen mußte. Er war nie exzessiv in „Alcoholicus“ — auch nicht in der Studienzeit — gewesen, es wurde aber nachträglich bekannt, daß er auch „ausgelassene, heitere Stunden“ hatte, in denen er gereizt war und leicht Rempeleien mit andern Studenten hatte. Epilepsie weder in der Familie noch bei dem Pat.

Epikrise. Die konstitutionelle Veranlagung ist depressiv, vielleicht mit vereinzelten abortiven cyclothymen Einschlägen. Der Dämmerzustand ist im wesentlichen durch psychische Ursachen (Durchfall durchs Examen und Furcht vor der Wiederholung) und durch Erschöpfung nach anstrengendem Studium verursacht; es war ihm *ein wochenlang bestehender Zustand einer reizbaren Verstimmung vorausgegangen*.

Die nachstehende Beobachtung bietet ein eigenartiges Mischbild traumhafter Trübungen des Bewußtseins mit paranoiden Einschlägen. Bemerkenswert ist, daß die Erinnerungen an die wahnhaften Erlebnisse im Dämmerzustande auffallend gut, wenn auch lückenhaft erhalten waren. Die wahnhaften Eigenbeziehungen wurden nach völliger Aufhellung des Bewußtseins nur eine kurze Zeit festgehalten.

Fall 10: L., 34 Jahre alt. Ein Bruder der Kranken seit 4 Jahren in einer Irrenanstalt, ein anderer Bruder „sehr nervös“. Vater ein starrer, unlenksamer Charakter.

Vorgesichte: Mittlere Schülerin, immer eigenartig, unstet, wechselte oft ihre Stellungen, wohnte dann für sich und nahm nur noch Aufwartungen an. Im 34. Jahre fühlte sie sich sehr angegriffen. Der Arzt verschrieb ihr wegen Blutarmut Eisen. In diese Zeit fällt die Bekanntschaft mit einem Herrn ohne sexuellen Verkehr. Plötzlich, an einem Sonntag, fühlte sie sich am Kaffeetisch von dem Herrn beeinflußt. „Es kam mir alles so komisch vor, es war ein innerer Zwang, ich kam mir plötzlich so fremd vor, ich mußte willens Handlungen ausführen, z. B. meinen Stuhl neben den seiningen stellen; beim Abendessen mußte ich weglassen und in der Küche weinen . . .“ Sie mußte diesen Freund für 8 Tage in ihre Wohnung mitnehmen: „zum Verkehr kam es nicht, von meiner Seite nicht. . . Ich war so schwach, es war mir zumute, als ob man mir etwas eingegeben habe.“ „. . . Er muß mich wohl hypnotisiert haben.“ Sie geriet dann „in eine Art Schlafzustand, in dem ich nichts mehr gemerkt habe. . .“ „. . . Wie aus dem Schlafe heraus habe ich plötzlich ein Lied, ein bekanntes Couplet singen müssen, das der Herr mir früher einmal vorgesungen hat. Dann schlief ich wieder so halb ein, wachte durch einen Stoß auf, der Herr ist dann so komisch um mich herumgegangen. Seit diesen Ereignissen war ich ganz ohne Gedanken, ich kam mir behext vor. Ich bezog alle Äußerungen meiner Freundin und meiner Wirtin auf mich. Ich wurde ruhelos, träumte viel, hörte im Traume Stimmen und wurde auch aus der Ferne von der Freundin beeinflußt. Ich hatte keinen eigenen Willen mehr.“

Wegen ihres ruhelosen Wesens wurde sie in eine Irrenanstalt gebracht, dort von ihrem Vater nach wenigen Tagen abgeholt und kam in unsere Klinik. Hier erklärte sie schon am ersten Tage — die Krankheitsepisode hat 4 Wochen gedauert —, daß sie „von Rechts wegen“ nicht mehr glaube, daß sie hypnotisiert sei . . . „ich will nicht mehr glauben“. Auch in den folgenden Tagen war sie ruhig, klar, verständig, sah das Krankhafte ihrer Ideen völlig ein, „was ich früher nicht gekonnt habe“. Sie wurde nach kurzer Beobachtungszeit entlassen. Aus dem Status: Psychisch infantiler Eindruck, angeborene Versteifung der Kleinfinger in Beugestellung an beiden Händen. Allgemeine Überempfindlichkeit gegen Hautreize, Lidflattern, statischer Tremor, ungeschädigte Intelligenz.

Epikrise: Eigenartige traumhafte Trübungen des Bewußtseins, mit paranoidem Erlebnisinhalt.

Wir wiederholen, daß besondere klinische Merkmale nicht vorhanden sind, die diese episodischen Dämmerzustände von den ausgeprägt epileptischen oder hysterischen paroxysmalen Äußerungen dieser Art unterscheiden lassen. Rein symptomatologisch: Affektlage, traumhafte Verworenheit, illusionäre oder halluzinatorische Vorgänge, intra- und extra-psychische motorische Entladungen, körperliche, auf die Mitbeteiligung des autonomen Nervensystems hinweisende Begleiterscheinungen, ist ein Urteil über die klinische Stellung der Dämmerzustände nicht zu gewinnen. Vielleicht kann im Einzelfalle — bei geistig regsamem und intellektuell höher entwickelten Persönlichkeiten — aus der reichereren Gestaltung der Dämmererlebnisse, aus dem bunten, ewig springenden Wechsel der Erinnerungsbilder, oder aus den bizarren, abgerissenen, sprachlichen Äußerungen und den kontrastvollen, zum Teil unsinnig erscheinenden Handlungsantrieben, also aus der Zusammensetzung auf den degenerativen Charakter des Krankheitsfalles ein Rückschluß gewagt werden. Dabei muß man sich aber immer vergegenwärtigen,

daß degenerative Veranlagung auch den Fällen der Hysterie und Epilepsie eigentlich sein kann (z. B. ethische Defekte mit oder ohne Imbezillität) und dann die kompliziertesten Krankheitsbilder auch dort zustandekommen. Die nicht degenerativen Formen der Epilepsie zeigen ein-tönigere, ich möchte sagen, gradlinigere Dämmerzustände, die Bewußtseinsstörungen sind tiefergreifend; die Paroxysmen der einfachen Hysterie sind annähernd gleich bunt ausstaffiert, aber in ihren motorischen Entladungen weniger brusk, mehr theatralisch inszeniert und ohne die bedrohlichen Gewalthandlungen der Degenerierten. Außer den hysteroiden und epileptoiden Konstitutionstypen mit degenerativem Einschlag finden sich auch Fälle mit episodischen Dämmerzuständen, bei denen sich in der Vorgeschichte ein eigenartiges *Gemisch* reizbarer, hypochondrischer oder depressiver Grundstimmung, auffällige affektive Labilität, plötzlicher Umschlag von depressiven zu expansiven (heitere und zornige Erregung) Erregungen von kurzer Dauer nachweisen läßt. Die Angehörigen klagen über das von Jugend auf bestehende scheue, verschlossene, unzufriedene Verhalten dieser Patienten, „als sie noch ganz gesund waren“. Ohne erkennbare äußere Anlässe kommt es zu schweren Zornausbrüchen mit sinnlosen Handlungen (ein junges Mädchen, das späterhin an einer polymorphen degenerativen Psychose mit eingestreuten Dämmerzuständen erkrankte, zertrümmerte einmal in zorniger Aufwallung das ganze Eßgeschirr). In diesen Vorstadien ausgeprägter Krankheit fehlen auch paranoide Anwandlungen nicht: man wird zurückgesetzt, mißachtet, die Nachbarn tuscheln; wenn sie über die Straße gehen, werden ihnen verächtliche Blicke zugeworfen u. dgl. Hier sind die Merkmale der degenerativen Buntscheckigkeit der Symptomgruppierungen unverkennbar, die sich sehr häufig mit einer auffälligen Labilität des Vasomotoriums mit deutlicher Vergrößerung der Thyreoidea verbindet (Basedowoider Typus).

Auch die *Verlaufsrichtungen* des einzelnen Dämmerzustandes lassen einen bestimmten Schluß auf ihre Zugehörigkeit zu diesem oder jenem Formenkreise nicht zu. Hier wie dort finden wir Inkubationsstadien, plötzliches Einsetzen oder allmähliche Entwicklung der Bewußtseinsstörung, raschen Abfall oder protrahierte Verlauf, Abschluß mit tiefem Schlaf und einem Nachstadium mit den Symptomen der Erschöpfung auf intellektuellem und affektivem Gebiete. Also nur Vorgeschichte und Kenntnis der Gesamtpersönlichkeit und die Gestaltung des weiteren Lebensganges werden uns die pathogenetische Stellung des Einzelfalles aufklären.

II. Unfertige, fragmentarische, akut einsetzende und subakut verlaufende Krankheitsbilder.

Auch hier wird die degenerative Eigenart erkennbar durch den Nachweis degenerativer, klinischer Merkmale in der Vorgeschichte, und außerdem durch die Verlaufsrichtung.

A. Die akut einsetzenden Zustände primärer Inkohärenz mit Erregung.

Auf diese eigenartige Kombination zweier Elementarsymptome zu einem geschlossenen Symptomenkomplex habe ich im Jahre 1904 auf der Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen aufmerksam gemacht. Mein Schüler, *R. Fels*, hat dann drei hierher gehörige Beobachtungen im Jahre 1906 veröffentlicht. Inkohärenz und Erregung sind durchaus nicht als gleichwertige, einander gegenseitig bedingende Kardinalsymptome miteinander verbunden, sondern gewinnen in einzelnen Phasen des Krankheitsverlaufes eine größere oder geringere Selbständigkeit. In der, an meinen Vortrag sich anschließenden Diskussion bemerkte *Wernicke*: solche Krankheitsbilder treten nicht selten selbstständig auf; sie haben eine ausgesprochene Neigung zur Periodizität. Die akute Anfangsphase bedeutet gewöhnlich schon eine Kumulation vorangegangener leichterer Störungen. Die Wahnbildung knüpft häufig als Erklärungswahnidee an die Motilitätsstörungen an. *A. Kramer* hatte einen entsprechenden Fall beobachtet, der vor drei Jahren mit akuter Inkohärenz begonnen und dann tageweise zwischen Ruhe und Erregung abgewechselt hatte. Trotz der langen Dauer war kein Zeichen eintretender Verblödung zu bemerken. — Ich habe diese Diskussionsbemerkungen hier angefügt, weil sie zeigen sollen, daß dieses Zustandsbild von zwei so kompetenten Klinikern in seiner relativen Selbständigkeit anerkannt wurde. Merkwürdigerweise habe ich weitere Veröffentlichungen nicht gefunden, die sich mit diesem Syndrom beschäftigen. Der Grund hierfür liegt darin, daß es völlig in der Symptomatologie der Schizophrenie aufgegangen ist.

Ich füge zur Illustrierung Auszüge aus hierher gehörigen Krankenbeobachtungen ein.

Fall 11: 40jähriger Mann, Vater „eigenartig“, Bruder des Vaters starb in einer Irrenanstalt, Mutter gesund. Ihr Vater Säuerl. Ein Bruder der Mutter endete durch Selbstmord nach einem nur teilweise geglückten Versuche, seine Kinder zu vergiften. Patient hat 7 Kinder; das älteste (ein Sohn), zur Zeit 14 Jahre alt, ist schon sehr reizbar und „nervenschwach“. Intellektuelle Entwicklung des Patienten gut. Mit 19 Jahren machte er eine psychische Erkrankung durch, die ärztlicherseits als Manie bezeichnet wurde. Von Seiten der Angehörigen wird er als ein eigensinniger herrschsüchtiger Charakter geschildert. *Plötzlicher* Ausbruch der jetzigen Erkrankung nachts: Patient halluzinierte, wurde aggressiv, zerschlug alles, war aber *örtlich und zeitlich orientiert*.

Bei der Aufnahme in die Klinik: Völlige Orientierung, deutliches Krankheitsgefühl und relative Krankheitseinsicht. Leicht ängstliche Stimmung. Hyperprosexie. Die sprachlichen Äußerungen zusammenhängend. Intelligenzprüfung ergibt vielseitige Kenntnisse. Keine Sinnestäuschungen. Am folgenden Tage: Enorme motorische Unruhe, zahlreiche Furchtvorstellungen; in der Folge zahlreiche kinästhetische und Geruchshalluzinationen, dabei *völlig orientiert*. Sprachliche Äußerungen jetzt durchweg inkohärent. Grimassieren; bald heiterer, bald zornig erregter Gesichtsausdruck. Vermehrte Speichelabsonderung. Während dieser inkohärenten motorischen Erregung völlige Schlaflosigkeit. Dieser Erregungszustand dauert mehrere Wochen fast ununterbrochen an, dann kurz dauernde

Beruhigung. Erneuter Erregungszustand mit vorwiegend heiterer Stimmung, dann aber auch mit unvermittelt einsetzenden und kurz dauernden Depressionen vermischt. Patient weint dann, jammert, ringt die Hände und antwortet auf Befragen: „Mir geht es nicht gut“. Dabei andauernd orientiert; alle Gegenstände, denen seine die Richtung oft wechselnde Aufmerksamkeit sich zuwandte, werden richtig aufgefaßt und sprachlich verwertet. Merkfähigkeit und das Gedächtnis sind nicht gestört. Dabei ist die inhaltliche Zusammenhanglosigkeit der geäußerten Gedankensplitter unverkennbar. Ein Beispiel seines inkohärenten Rededranges: „Warst du schon einmal in der Wüste? bei Jehova, die Achillesferse, willst du Gibraltar zuschanden machen?“ Zahlreiche Wortneubildungen und Verbigerationen: Kaninchenfettfresser, Vielileilileilibitz. Prüfung der Intelligenz in ruhigen Intervallen ergibt keinerlei Defekte. Auch beim Abklingen dieses Erregungszustandes noch häufige Stimmungsschwankungen, die Affektäußerungen noch sehr flüchtig und widerspruchsvoll.

Maßgebend für die Beurteilung dieses Symptomenkomplexes ist, daß die Inkohärenz auch in Zeiten relativer Ruhe sowohl bei heiterer, als auch bei deprimierter Gemütslage fortbesteht; und auch dann, wenn die ideenflüchtige Erregung vorübergehend geschwunden war. Das Wiedererkennen wies niemals Störungen auf. Inmitten der inkohärenten Erregung tauchen gelegentlich logisch ganz scharfe Urteilsassoziationen auf. Von besonderer Bedeutung ist auch die Feststellung, daß lange Erregungsphasen vorkamen, in denen eine ausgesprochene Affektsteigerung nicht vorhanden war; auffällig war auch, daß trotz ausgeprägter Inkohärenz in diesem Falle wahnhafte Einfälle nicht beobachtet werden konnten.

Fall 12: Aus einer anderen Beobachtung (38jähriger Mann) sei folgendes hervorgehoben: Es lag ebenfalls konvergente erbliche Belastung vor. Der geistig rüstige Mann, der niemals Zeichen einer geistigen Störung früher dargeboten hatte, erkrankte ein halbes Jahr vor dem Ausbruch der Psychose an „rheumatischen“ Beschwerden, die jetzt noch andauerten. *Ganz plötzlicher Ausbruch der psychischen Erkrankung.* Bei einem Besuch in der Nachbarschaft wurde er „unklar“, wußte nicht mehr wo er war. Er kehrte noch selbstständig nach Hause zurück, fand sich aber in der Wohnung nicht mehr zurecht. Deutliche Krankheitsinsicht; er fürchtete, in eine Irrenanstalt zu kommen. Völlige Schlaflosigkeit. Erst 4 Wochen später wurde er in die Klinik verbracht, da heftige Erregungszustände sich eingestellt hatten. Bei der Aufnahme völlig desorientiert, motorisch stark erregt, iterative Wisch- und Wippbewegungen; sinnlose Verbigeration; Phoneme, illusionäre Umdeutungen der Gesichtseindrücke. Allmähliches Abklingen der motorischen Erregung; die Inkohärenz trotz Rückkehr der örtlichen Orientierung noch längere Zeit andauernd. In den inhaltlich abgerissenen Teilstücken der sprachlichen Äußerungen spielen Erinnerungsbilder aus seiner Militärzeit die Hauptrolle. Diese Inkohärenz bestand monatlang unverändert, dann völlige Beruhigung und Klärung, kein Intelligenzdefekt. Ganz gleichartige Krankheitsphasen kehrten in den folgenden Jahren wieder. Bei der erstmaligen Aufnahme mußte aus dem Zustandsbild als vorläufige Diagnose auf eine amentiaartige Erkrankung geschlossen werden, die vielleicht infektiösen Ursprunges war. Erst nach der Aufhellung des Bewußtseins trat das Bild der inkohärenten Erregung deutlicher hervor. Auffallend ist, daß bei diesem Manne keinerlei Anhaltspunkte für die Annahme einer erblichen Behaftung im Sinne einer besonderen psychopathischen Konstitutionsanomalie vorhanden war. Freilich waren die Angaben über den individuellen Entwicklungs-gang ganz unzureichend.

Ich bin dieser eigenartigen Kombination von primärer Inkohärenz mit Erregung als initiale Krankheitsphase oder im Verlaufe verschiedenartiger degenerativer Psychosen mehrfach begegnet; dagegen ist sie als mehr oder weniger selbständige Krankheitsscheinung selten. Sie kann, wie mich in Übereinstimmung mit *Wernicke* Beobachtungen gelehrt haben, mehrfach rezidivieren, ohne daß ein Intelligenzdefekt eintritt. Bemühungen, diese Gruppe in das Prokrustesbett einer der wohlbekannten klinischen Formenkreise hineinzuzwängen, sind erfolglos: Den manischen Erkrankungen kann man die motorische Erregung, dem schizophrenen oder hier richtiger dem schizoiden Formenkreis die Zertrümmerung des assoziativen Geschehens zuweisen. Findet sich diese regelwidrige Vereinigung zweier heterogener Kardinalsymptome, als ein in sich abgeschlossener, stationär gewordener Krankheitszustand von kürzerer oder längerer Dauer, so ist man versucht, von einer in Fragmenten stecken gebliebenen, unvollendeten Krankheitsform zu sprechen, die in ihrer Gestaltung, ihrer Entwicklung und ihrem Verlauf den degenerativen Ursprung dokumentiert.

Ich füge hier den Auszug aus einer Krankengeschichte bei, der ein treffliches Beispiel für die illogischen Wahnbildungen bei inkohärenter Erregung gibt. Es handelt sich um den Kranken, der auf S. 313 erwähnt worden ist.

Fall 13: 30jähriger Offizier. Akut erkrankt, große Erregung, inkohärenter Rededrang, sinnlose Depersonalisation, „er ist der Kaiser, seine eigene Großmutter, seine Großtante“. Völlig unorientiert. Aggressiv. Selbstbeschädigungen. Zeitweise völlig frei, klar, einsichtig. Dann stumpf, apathisch, dann wieder motorisch erregt. Erneute Personenverwechslung (sieht in dem Arzte den Armeekommandeur, macht militärische Meldungen, redet ihn mit Exzellenz an). Stereotypien, Mutismus.

Unsinnige Wahnbildungen: „Die Sonne wird sich in einigen Tagen in entgegengesetzter Richtung um ihre Achse drehen.“ Jena ist Festung, der Arzt Kommandant, die eiserne Brigade ist hier untergebracht. Korrigiert nach Tagen alles wieder.

Nach dreijähriger Anstaltsbehandlung mit stetem Wechsel der Zustandsbilder *völlige Erholung, kein Intelligenzdefekt*.

Tritt in eine kaufmännische Tätigkeit über; bewährt sich ausgezeichnet, wird in verantwortlichsten Stellungen im Großhandel verwendet. Eines Tages erschießt er sich! Aus hinterlassenen Aufzeichnungen geht hervor, daß er die Entwicklung einer neuen Geisteserkrankung fühlte und deshalb den Tod suchte.

Es mögen noch einige hierher gehörigen Beobachtungen folgen:

Fall 14: Bei der ersten Aufnahme 40 Jahre alt. Erbliche Faktoren: Mutter an Melancholie erkrankt, 3 Schwestern der Patientin leiden an Verstimmungen.

Vorgesichte: Schon als Kind affektiv-labil, angeblich schon mit 12 Jahren eine Depression von kurzer Dauer, dann leidlich gesund, mit gutem Verstande begabt, in der Ehe pflichtgetreue Hausfrau und Mutter. *Frühzeitige klimakterische Beschwerden*, irreguläre Menses im 40. Jahre. Sie wurde verstimmt, tageweise verwirrt, äußerte unsinnige Ideen, z. B. sie sei neugeboren und erst wieder 2 Tage alt. Sie spricht dann näseldnd mit schwerer Zunge. Erst Aufenthalt in

einem offenen Sanatorium. Nach einem mißglückten Suicidversuch (sie sprang in einen hochgehenden Fluß) Aufnahme in die Klinik.

In der Klinik: Ganz wechselnde Affekte, von launenhaftem Charakter, hält sich von Gott erleuchtet, macht Gedichte, witzelt, Beschäftigungsdrang, heitere Erregung wiegt vor. Abklingen nach 2 Monaten.

Zweiter Schub schon nach 9 Monaten. Anfänglich gleiches Bild wie früher, doch wiegen Zornaffekte vor. *Dann ein Zustandsbild inkohärenter Erregung:* Die gebildete Patientin berichtet klagend, daß sie die Folge und den Zusammenhang der Dinge nicht mehr finden könne. „Meine Gedanken sind wie ein Rangierbahnhof . . . Alles geht so kunterbunt in meinem Gehirn umher. Inwendig ist alles schwarz . . . Ich werde immer verrückter.“ Sie äußert oft Beeinflussungs-ideen: „Die Ärzte hemmen meinen Körper, um den Geist besser beeinflussen zu können.“

Die völlige Erholung trat erst im eigenen Heim ein. Sie schildert retrospektiv in einem Briefe ihre ihr selbst unerklärliche Zerfahrenheit in der Krankheit. Spätere Krankheitsphasen sind trotz mancher schwerer Schicksalsschläge (Tod des Mannes, Kriegszeit) nicht aufgetreten. Kein Intelligenzdefekt.

Epikrise: Depressive Konstitution. *Beginn des Klimakteriums;* zwei akute Schübe, degenerative Mischzustände.

Im zweiten Schube eigenartiges Bild von Inkohärenz mit trefflicher Selbst-schilderung der gedanklichen Zerrissenheit.

Die vorstehende Beobachtung zeigt uns, daß selbst bei schwersten Krankheitsäußerungen keine Einbuße an vitaler Energie erfolgen muß. Sie ist auch ein weiteres Beispiel für die auslösende Ursache des Klimakteriums. Der Fall ist fernerhin ein treffendes Beispiel der progressiven degenerativen Veranlagung, die sich in dem Schicksal der Tochter der Patientin kund gibt. Diese kam 6 Jahre nach der Genesung der Mutter in unsere Behandlung. Sie war von Kind auf eigentümlich, schwer erziehbar, krankhaft eigensinnig. Die geistige Entwicklung langsam; intellektuell sehr mäßig begabt. *Niemals Menses.* Die gynäkologische Untersuchung ergab eine *Hypoplasie des Uterus und der Ovarien.* Sie erkrankte im 21. Jahre akut mit Erregungszuständen, äußerte unsinnige Wahnideen, war in der Folge mit kurzen Unterbrechungen in verschiedenen Anstalten. Schwere katatonen Krankheitszustände, schizophrene Schlußbild.

Fall 15: Bei der Aufnahme 43 Jahre alt, Erblichkeit wird negiert.

Vorgesichte: Gute Schülerin, immer weich, sehr religiös, „schwerblütig“. Glücklich verheiratet, 6 Kinder geboren, früher immer gesund. Im 33. Jahre nach schwerer Feldarbeit ein 14tägiger Zustand von geistiger und körperlicher Aspannung, mißgestimmt, schlechter Schlaf. Im 36. Jahre ohne alle Vorboten nach einem aufregenden Vorfall (eines ihrer Kinder war von einem Hund angefallen und die Kleider übel zugerichtet worden) Schimpfparoxysmus. „Sie erkannte uns alle, wußte, wo sie war, aber alles, was sie sagte, war ganz durcheinander, unzusammenhängend.“ Rasche Steigerung der psychomotorischen Erregung: Sie schrie, äußerte religiöse und sexuelle Wahnideen und andere „Verrücktheiten“: Ihr Herz solle ihr herausgeholt werden. Aufnahme in eine auswärtige Anstalt. Aus dem dortigen Krankenblatt geht hervor, daß sie vor der Aufnahme einen Selbstmordversuch gemacht hat. „Sie war zeitlich und örtlich völlig orientiert, gab Personalien richtig an, war dauernd in motorischer Erregung, inkohärente Satzreihen und illogische Wahnbilder, weinerliche Grundstimmung, die aber oft

ins Gegenteil umschlägt.“ Sie wird in ungeheiltem Zustand, in dem sie noch zeitweilig erregt und verwirrt war, nach Hause geholt und war dort bald völlig gesund geworden. *Dann 7 Jahre ganz normal.* Nach pfarramtlichem Berichte: „Ganz akut, aus vollster Gesundheit heraus, nach einem heftigen Zank mit dem groben Hauswirt, ein gleicher Zustand wie vor 7 Jahren, nur tritt jetzt die Verwirrtheit mit absurdem Wahnsinn in den Vordergrund (sie glaubt, eine Schlange im Leibe zu haben), deutliche Sinnestäuschungen, sie erkennt aber alle Personen ihrer Umgebung, läßt sich leicht aus der Verwirrtheit zurückführen und ist dann für ganz kurze Zeit zeitlich und örtlich orientiert.

Aufnahme in die Klinik: Hier läßt sich ebenfalls feststellen, daß trotz heftigster motorischer Erregung und inkohärenter Sprechweise die Patientin vorübergehend zu fixieren ist und dann ganz korrekte Angaben über ihre Personalien, Wohnsitz, über ihren jetzigen Aufenthalt in der Klinik u. dgl. macht.

Stenogramm: „Ich bin ein armes Mutterschwein und er hat mich so beschimpft und ich hab es nicht getan. . . Ach Gott, sie wollen Hochzeit machen, von Herzen, das macht Schmerzen. . . Wenn man ein Liebchen hat und kann es nicht herzen. . . Im Namen des Gesetzes will ich euch Menschen scheuchen mit euren Bäuchen. . . Wenn ich so schwer gelitten habe, so bitte ich nichts weiter als gib mir den Tod, dann hab ich Brot und Jesus hat mich verflucht.“ Sehr labile Stimmung, heftigste Ausdrucksbewegungen, dabei *dauernd orientiert*, weiß stets, daß sie im Irrenhause sei. Zeitweise superös gehemmt, dann wieder heiter erregt, lärmend, sehr erotisch, wird vom Manne abgeholt. Zu Hause wurde sie plötzlich ruhig und verständig. Nach Mitteilung des Pfarramtes (5 Jahre später) ist sie in der Folge nicht wieder erkrankt.

Epikrise: Nach äußersten gemütlichen Anstößen zweimalige akut einsetzende inkohärente Erregungszustände mit wechselvollen Stimmungsanomalien und superösen Zwischenphasen. Vereinzelte sinnlose Wahnbildungen und Visionen. Die vorstehende Beobachtung habe ich trotz Mangels aller Unterlagen hinsichtlich einer erblichen Belastung und Behaftung unter die fragmentarischen und abortiven degenerativen Psychosen eingerechnet, da einmal die Krankheitsbilder, vor allem das unvermittelte Einsetzen und der akute Verlauf, sowie die plötzliche Heilung hierzu berechtigen. Pathogenetisch und symptomatologisch sind dieser Gruppe anzureihen eigenartige Fälle von *akuter Halluzinose* im Wernickeschen Sinne. Ich verweise hier auf die Arbeit von *P. Schröder* (Monatsschr. f. Psych. Bd. 49. 1921), in der er hervorhebt, daß dieser Symptomenkomplex auch ohne üble prognostische Bedeutung als heilbares Zustandsbild bei degenerativen Psychosen vorkommt. Er teilt 2 instruktive, hierher gehörige Krankheitsfälle mit. Auch ein großer Teil der unter der Bezeichnung *Haftpsychosen* zusammengefaßten transitorischen psychotischen Zustände — ich verweise vor allem auf die Arbeiten von *Birnbaum* und *Bonhoeffer* — gehören zu diesen fragmentarischen degenerativen Psychosen.

B. Unfertige paranoide Erkrankungen. Wir begegnen ihnen nur seltener in den psychiatrischen Anstalten. Unser hierher gehöriges Material stammt größtenteils aus der Nervenklinik und aus der poliklinischen Sprechstunde.

Fall 16: K., 34 Jahre alt. Er war während des Krieges mehrfach in Lazarettbehandlung wegen eitriger Stirnhöhlenerkrankung. Erst in poliklinischer Behandlung, dann im Nervenlazarett; erbliche Verhältnisse nicht bekannt.

Vorgeschichte: Von jeher empfindlich, „feines Ehrgefühl“, sehr ehrgeizig, „alles ging mir sehr nahe, wirkte nach“; grüblerisch, mißtrauisch. In allen Arbeiten gründlich. Im 27. Jahre vorübergehend krank: „Ich habe es mit dem Gemüt gehabt.“ Erst nach 4 Wochen völlige Erholung. Bei Ende des Krieges viel Kopfdruck, „Herzbeschwerden mit Angstgefühl“. *Plötzliches Auftauchen* krankhafter Vorstellungen: Er glaubt, daß seine Braut sträfliche Beziehungen zum Stiefvater habe, daß er von Schwiegereltern und Braut vergiftet werden solle. In den Angstanfällen mit Herzklöpfen tauchen diese Gedanken verstärkt auf. Nach einem Kuß der Braut bekam er auf Ober- und Unterlippe starkes Brennen; er glaubte, daß die Braut durch den Kuß ihm habe Gift beibringen wollen; sie habe sich zu diesem Zwecke Gift auf die Lippen gebracht. Nach dem Essen verspürte er Übelkeit, hat Salivation, also deutliche Zeichen, daß den Speisen Gift zugefügt worden sei. Er grübelte viel und war in einer sehr deprimierten Stimmung. Schlechter Schlaf, Verdauungsbeschwerden. Er schwankte hin und her, ob alle diese Ideen krankhaft seien. Er begibt sich deshalb in die Nervenklinik. Er korrigiert größtenteils die Ideen: „Ich weiß selbst nicht, wie ich mir dies alles habe ausmalen können.“ Bei seinem ganz kurzen Klinikaufenthalt werden migräneartige Zustände beobachtet. Auffällig sind auch raptusartig auftauchende nosophobische Anwandlungen.

Schlußbemerkung im Krankenblatt: ruhig und klar.

Epikrise: Hypochondrisch-paranoide Konstitution; mehrmonatlicher Depressionszustand. 7 Jahre später eine mehrwöchentliche paranoische Erkrankung.

Nach neueren Mitteilungen lebt er in seinem Heimatorte und betreibt ein Handelsgeschäft. Seinen ursprünglichen Beruf als Friseur hat er nicht wieder aufgenommen. Er äußert, daß er seit der Behandlung in der Klinik unter einem hypnotischen Zwange stehe, die ihn hindere, sein erlerntes Handwerk wieder auszuüben. Der Gemeindevorstand schreibt dazu, „wir halten ihn nicht für ganz normal, doch ist seine Sprache klar.“

Fall 17: Frau W., Vater stiller vereinsamter Mann, jäh aufbrausend. Eine Stiefschwester schwer hysterisch, weitere 5 Stiegeschwister angeblich gesund. Pat. intellektuell sehr gut entwickelt. Dabei übertrieben gründlich, ängstlich mit sich und den Kindern. Im ganzen verschlossene Natur, leicht ärgerlich gereizt. „Hatte allerhand kleine Angewohnheiten und Eigenheiten.“ 3 gesunde Kinder. Im 26. Jahre einen mehrere Monate dauernden Zustand von Platzangst, der völlig ausheilte. Sie hatte, wenn das Angstgefühl beim Betreten der Straße einsetzte, „das Gefühl“, jeder fixiere sie.

Im 41. Jahre einen bald wieder verschwindenden Zustand paranoischer Natur: ihr Hausarzt stelle ihr geschlechtlich nach; sie verfolgte ihn mit Briefen, schickte ihm ihr Bild. Diese Ideen sind dann plötzlich fort gewesen, sie hat selbst darüber gelacht. Im 42. Jahre wurden die Menses unregelmäßig. Akut psychisch erkrankt. Sie wurde wortkarg, unruhig, halluzinierte stark, wahnhaft Einfälle, lachte viel. *Bei der Aufnahme in die Klinik:* Sie hörte viele Stimmen, war gemischt manisch-depressiv. Wiederum erotische Wahnvorstellungen; der Hausarzt wäre ihr Bräutigam, glaubte, daß er vor dem Fenster stünde. „Sie stünde mit ihm in dauern dem Gedankenrapport.“ Abklingen der psychotischen Erscheinungen nach

7 Wochen. Kein Intelligenzdefekt. Völlige Krankheitseinsicht. Epikrise: Sensitiv-reizbare Konstitution. *Beim Klimakterium* halluzinatorisch-paranoische Erkrankung von mehrwöchentlicher Dauer. Heilung.

Eine erneute psychische Erkrankung ist, wie der Hausarzt mitteilt, nicht wieder beobachtet worden, dagegen ist ihr Verhalten immer etwas eigentümlich geblieben, mißtrauisch, verschlossen, „sonderbar“.

Fall 18: 40jährige ledige Person. Erblichkeitsverhältnisse unbekannt, wird von ihrem Bruder zur Feststellung ihres Geisteszustandes uns vorgestellt. Sie ist Wirtschafterin bei diesem unverheirateten Bruder, der folgendes mitteilt: „Meine Schwester war stets verschlossen, eigenartig, mißtrauisch, menschenscheu; sie hat wenig geistige Interessen; während der Kinderzeit bis in die späteren Jugendjahre Bettlägerin. Eine tüchtige Arbeiterin. Plötzlich tauchte in jüngster Zeit, ohne jeden äußeren Grund, die Wahnsinn auf, ich wolle sie erstechen. Sie glaubt, daß ich einen Dolch in meinem Anzug versteckt habe. Diese Idee haftet trotz aller Gegenvorstellungen bei ihr fest. Trotzdem verkehrt sie freundschaftlich mit mir, ist aber ängstlich um ihre Sicherheit besorgt.“ Die Patientin macht einen harmlosen, geistig etwas stumpfen Eindruck; sie ist völlig orientiert. Sie gibt zur Erklärung an: Seit einem 3 Jahre zurückliegenden Gelenkrheumatismus sei sie wirtschaftlich nicht mehr so leistungsfähig wie früher, ihre Arbeit könne dem Bruder nicht mehr genügen, der doch iherwegen unverheiratet geblieben sei. „Er will mich jetzt los sein.“ Sie bringt diese Anschuldigung völlig affektlos vor. Sie will nicht anerkennen, daß ihr Verdacht grundlos sei. Sie geht aber ruhig mit dem Bruder wieder zurück und lebt friedlich mit ihm weiter. Der Bruder bemerkt: „Ich darf an ihre verrückte Idee nicht röhren.“

Die engen Beziehungen, die in dieser Beobachtung zu den wahnhaften Einfällen stehen, sind unverkennbar; ihre kritiklose Fixierung ist wohl der bestehenden Urteilsschwäche zuzumessen. Ob späterhin eine Korrektur stattgefunden hat, ist mir nicht bekannt geworden.

Fall 19: Bei der Aufnahme 39 Jahre. Erblichkeit: Vater Trinker, sehr jähzornig. Eine Schwester der Pat. taubstumm, ein Bruder Idiot, zweite Schwester an akuter Psychose (Amentia?) nach „Schreck“ gestorben.

Vorgesichte: Gute Schülerin, mit 21 Jahren Heirat, ein gesundes Kind geboren. Sie war „von frühestem Kindheit“ an stets übertrieben peinlich, machte sich das Leben schwer, weichmütig, leicht ärgerlich erregt. In ihrem Wesen stets hastig. In den Tagen vor Einsetzen der Menses „verstimmter und verschlossener; hatte kein Leben in sich“. Schon mit 38 Jahren irreguläre Menses. Ganz akut, nach einem heftigen Ärger, den sie sich verbiß, wurde sie kreideweiß, bekam Angst, schrie für Minuten intensiv. In der Nacht darauf unruhig, schrie viel, halluzinierte (Visionen, Phoneme) und äußerte ganz abgerissene, zusammenhanglose Wahnbildungen, war dabei orientiert. Am nächsten Tage Aufnahme in die Klinik. Hier ganz geordnet, klar, fühlte sich abgespannt, hatte volle Krankheitseinsicht und Erinnerung für die letzten Tage; intellektuell ganz unbeschädigt. Nach 3 Wochen (bei Gewitterneigung) plötzlich akute Erregung: Angstattacke, sie müsse sterben, der Teufel wolle sie holen. Starrt in die Ecke: „da, da“. Konvulsivisches Angstschrütteln des ganzen Körpers, Phoneme und Visionen. Dauer 2 Tage. Dieser Anfall trat 2 Tage vor dem Einsetzen der Menses auf, baldige Entlassung. Nach späteren Berichten ist sie gesund geblieben.

Epikrise: Gemischt depressive und sensitive Konstitution mit prämenstruellen Verstimmungszuständen, im beginnenden Klimakterium perakute Schübe einer halluzinatorisch-paranoischen Erregung, keine späteren Rezidive.

Fall 20: H., bei der Aufnahme 33 Jahre alt.

Heredität: Vater seit 26 Jahren unheilbar geisteskrank in einer Irrenanstalt, dessen Mutter Säuerin. Mehrere Geschwister des Vaters waren ebenfalls in Irrenanstalten gewesen. Von mütterlicher Seite nicht belastet. Von ihren Geschwistern sind mehrere früh gestorben. Eine Schwester hat sich mit ihren 2 Kindern ertränkt. Die letzte noch lebende Schwester ist „nervös“.

Vorgesichte: Als Kind sehr gesund. In der Dorfschule saß sie stets obenan. Mit 15 Jahren Menses, in der Folge irregulär. Heirat im 22. Jahre. War mißtrauisch, sehr eifersüchtig. Nach Überanstrengung im Haushalt heftigste zornige Erregung, die in grundlosen Eifersuchtsszenen gipfelte. Sie bekam dann Blutandrang nach dem Kopfe und kalte Füße. Seit einigen Jahren vor dem Ausbruch der Psychose neigt sie dazu, alles, was die Leute sprechen, auf sich zu beziehen; diese wahnhaften Eigenbeziehungen treten nur prämenstruell auf: sie wird dann erregt, gereizt, „schlägt dann in förmlichen Wutanfällen Töpfe entzwei“. Ist geschlechtlich sehr begehrlich. Seit dem Suicid der Schwester (ein Jahr vor der Aufnahme) Steigerung dieser krankhaften Vorgänge. Sie schoß einmal mit dem Revolver aus dem Fenster. „Es ist alles so ruhig, ich will Lärm.“ Zwischendurch ist sie zwar reizbar, aber äußerlich beherrscht, sehr verständig und fleißig. In ihren „bösen“ (prämenstruellen) Tagen ist sie grundlos mißtrauisch, „sie gelte nichts im Dorfe“, „alle verlachen mich“. Sie ist dann auch rechthaberisch, macht allen Leuten Vorschriften. Sie kann kein Dienstmädchen mehr bekommen, weil sie jede ohne Grund fortjagt aus geschlechtlicher Eifersucht. Wegen Schlaflosigkeit, Blutandrang nach dem Kopf und Herzklöpfen suchte sie 2 Monate vor der Einlieferung ein Sanatorium auf, verließ es bald wieder. Einen Arzt wollte sie zu Hause nicht befragen, „der schickt mich doch wie meinen Vater in die Irrenanstalt“.

Plötzlich — antemenstruell — warf sie die Arbeit fort, sagte: „mit mir ists aus“; sie lief nachts ruhelos umher, beschimpfte vorübergehende Leute, schüttete ihr Nachtgeschirr zum Fenster hinaus; beschimpfende Phoneme. In der nächsten Nacht lief sie im Dorfe umher, schüttete das gefüllte Nachtgeschirr vor der Türe einer „Feindin“ aus. „Sprach ganz dummes Zeug.“ Wird in die Klinik verbracht.

Bei der Aufnahme: Zornig erregt, gesteigerter Rededrang, stets abschweifend; faßt dabei alle Fragen sachgemäß auf. Erzählt allerhand Eifersuchtsideen, berichtet über ihre Feinde im Dorf. Will sich scheiden lassen, Dienstmädchen werden. Mit dem Eintreten der Menses (4 Tage nach der Aufnahme) wird sie ruhiger; während der nächsten 14 Tage besteht noch eine enorme Affektlabilität; sie überschüttet bei geringfügigen Anlässen die Wärterinnen mit den gröbsten Schimpfreden. Dann völlige Beruhigung; arbeitet fleißig, hat volle Krankheitseinsicht; kein Intelligenzdefekt. Entlassung. In den nächsten 4 Jahren „dauerndes Wohlbefinden“.

Neue Aufnahme im 4. Kriegsjahre, als der Mann im Felde war. Viele gemütliche Aufregungen (Tod des Vaters, Erbteilungsstreit). 4 Wochen vor der Aufnahme: Sie fühlt sich angegriffen, ist weinerlich, ängstlich geworden. Bei der Aufnahme: völlig geordnet, klar, ruhig. Stimmung ohne deutliche positive oder negative Schwankungen, Gesichtsausdruck gleichmütig. Thyreoidea füllt das Jugulum aus, leichtes systolisches Geräusch über der Mitralis. Linksseitige Druckpunkte, übertriebene Schmerzäußerungen bei leichten Nadelstichen. Sie bietet auch in den nächsten Wochen nichts Abnormes. Nur im Anschluß an die Menses reizbar, nimmt alles übel, wird ausfallend, schimpft rücksichtslos, ist streitsüchtig. Nach 8 Tagen wieder ruhig und freundlich.

Nach zwei Monaten Entlassung. Neue „Anfälle“ sind nicht bekannt geworden.

Epikrise: Schwere erbliche Belastung. Paranoide Konstitutions- typus mit menstruellen zum Teil schweren Zornaffekten. Akutes paranoisches Zustandsbild. Später hysterische Beimengungen zum menstruellen Erregungszustand. Somatisch: Thyreoidal Typus.

Die folgende Beobachtung zeigt uns, daß solche abortiven, passageren, paranoiden Erscheinungen in den ersten Entwicklungsstadien eines schizophrenen Prozesses vorkommen können und sie lehrt uns, daß nur die genaue Kenntnis des weiteren Verlaufes die Diagnose auf eine degenerative paranoide Erkrankung sicherstellen kann; die Unterscheidung schizophrener Reaktionen im Bilde degenerativer Psychosen von der Prozeßpsychose Schizophrenie kann auf anderem Wege kaum gewonnen werden. Auf diese Schizophrenien mit degenerativen Merkmalen werde ich im Abschnitt über den Verlauf und Ausgänge zurückkommen.

Fall 21: Bei der Aufnahme 34 Jahre alt. Hereditäre Verhältnisse nicht bekannt.

Vorgeschichte: Sehr gute Schülerin. Mit 8 Jahren „Gehirnentzündung mit hohem Fieber und Darmkrankheit“ (Typhus?). Nachher immer gesund, berufstüchtig. 4 Jahre vor der Aufnahme „magenkrank“, hat 2 Monate zu Bett gelegen. 9 Monate vor der Aufnahme hypochondrische Verstimmung, mißtrauisch, menschenscheu, Angstzustände. *Plötzlich* — 14 Tage vor der Aufnahme — *ängstliche Erregung, wahnartige Eigenbeziehungen*: „Gott, hilf doch, die Leute müssen doch meinetwegen sterben. Hört Ihr nicht das Glöcklein läuten? Jetzt sprechen sie über mich.“ Suchte von zu Hause fortzulaufen, rasche Beruhigung. Korrigiert nachträglich ihre Einfälle, sieht ein, daß alles krankhaft gewesen sei. Verlangt selbst in die Klinik zu kommen, da sie sich krank fühlte. Noch vor der Aufnahme erneute Erregung, schreibt an den Logenvorstand, sie glaubte, von der Loge verfolgt zu werden. „Gnade für alle, für mich den Tod.“ *Bei der Aufnahme* völlig klar orientiert, kein Intelligenzdefekt. Somatisch: gesteigerte Reflexe, einseitige Druckpunkte, herabgesetzte Würgreflexe, feinschlägiger Tremor, Lidflattern. Sie hat deutliche Krankheitseinsicht, es seien so plötzliche Zustände, die sie sich gar nicht erklären könne. Sie höre dann auch Stimmen, die ihr alles mögliche zuriessen („gehe in die Kirche“). Sie sei von dem Gedanken beherrscht gewesen, daß sie in der Freimaurerloge Unheil angerichtet habe; sie sei zum Tode verurteilt. 12 Tage nach der Aufnahme: 2 Tage lang ängstlich erregt, klagt über eigentümliche Gedanken. Sie bittet den Arzt um Hilfe, „es werde ihr von der Loge wie einem christlichen Verein nachgestellt“. Dann völlige Beruhigung und Klärung; sieht ein, daß alles törichte Gedanken waren. Solche Zustände von kürzerer und längerer Dauer mit gleichen wahnhaften und halluzinatorischen Vorgängen wiederholen sich in der Folge mit unregelmäßigen Intervallen; sie gerät dann in heftigste ängstliche Erregung, läuft ratlos umher, ringt die Hände, holt tief und schnell Atem, rollt die Augen, stößt Klageschreie aus. Sprechweise abgerissen, stoßweise.

Krankhafte ängstliche Erregung wird andauernd, nur noch kurze geordnete Intervalle, z. B. beim Besuch der Eltern. Nahrungsverweigerung, Sondenfütterung. Unsinnige Handlungen, Kotschmieren. In ruhigen klaren Tagen macht sie Handarbeit, drängt fort, „sie könne sich nicht einleben“. In der Erregung glaubt sie sich verspottet und verfolgt.

Nach dreimonatlichem Aufenthalt wird sie abgeholt und in die heimische Anstalt gebracht. Aus der Berichterstattung über den weiteren Verlauf geht

hervor, daß allmählich ein geistiger Verfall mit Zertrümmerung der Persönlichkeit sich vollzogen hat.

Epikrise: Neurasthenisch-hypochondrische Konstitution. Akutes Einsetzen von Angstzuständen mit wahnhaften Einfällen und Halluzinationen. Remittierender Verlauf. Übergang in chronischen schizophrenen Krankheitszustand.

C. Die nachfolgende Krankengeschichte bringt ein **katatoniformes Krankheitsbild**, das anfänglich zu der Fehldiagnose Katatonie verleitete. Erst die genauere Erfassung der Vorgeschichte und der Verlauf gab uns den Schlüssel zum richtigen Verständnis.

Fall 22: Bei der Aufnahme 31 Jahre alt. Mutter hat eine „Erschöpfungspsychose durchgemacht. Näheres nicht bekannt. 5 angeblich gesunde Geschwister.

Vorgeschichte: Sehr begabter Schüler, im 10. Jahre „Anfälle“, in denen er zusammenfuhr und rief: „halt mich fest“. Bei Packungen beruhigte er sich. Seminaristische Ausbildung; als Volksschullehrer 5 Jahre im Ausland, dann Sprachstudien auf der Hochschule, nachträgliches Abiturium. Intensive geistige Arbeit. Steigende psychische Erregbarkeit. Gehobenes Selbstgefühl, er glaubte, wichtige Entdeckungen auf dem Gebiete der vergleichenden Sprachwissenschaften gemacht zu haben. *Plötzlicher Ausbruch der Psychose:* Er lief in unordentlicher Kleidung in seinem Zimmer umher, deklamierte laut und demolierte Gegenstände. *Aufnahme in die Klinik:* Völlig orientiert, macht genaue Angaben über seinen Entwicklungsgang, spricht lebhaft, mit gesteigerten mimischen und pantomimischen Ausdrucksbewegungen. Zornaffekte wiegen vor. In der Folge eigenartiger Bewegungsdrang: Er streckt mit verzerrtem Gesicht die Fäuste gegen den Himmel, schreit monoton 20–30mal wiederholend „nein, nein“. Dann stereotypische Schlagbewegungen. In den folgenden Tagen ausgesprochene Zustände von Negativismus und Mutismus, Sondenfütterung. Anfälle allgemeiner katatoner Spannungen. Dazwischen Zeiten, wo erträumerisch versunken ist und auf Anrufen wie aus tiefem Schlaf emporschreckt; dann wieder inkohärent erregt. Lebhafte Halluzinationen und impulsive Handlungen. Nach 4 Wochen Abfall der Krankheitserscheinungen. Anfänglich verständig, geordnet. Dann steht auf dem Krankenblatt vermerkt: „Sein ganzes Wesen erscheint läppisch, enorme Gefräßigkeit, sagt stets, es gehe ihm gut.“

Es lag nahe, die Krankheit als Katatonie aufzufassen und einen rasch sich vollziehenden geistigen Verfall anzunehmen, aber nach weiteren 4 Wochen trat eine völlige Erholung ein. Er war geistig geweckt, völlig klar und verfaßte einen sehr eingehenden kritischen Rückblick über seine Krankheit. Er schreibt u. a.: „Mir kommt meine Krankheit jetzt vor wie ein märchenhafter Traum.“ Nach der Entlassung stellt er sich einige Monate später uns wieder vor und klagte über neurasthenische Beschwerden, vor allem über Herzklopfen und eigentümliche Anwandlungen von „Krankheitsfurcht“. Er hatte inzwischen seine Doktorarbeit vollendet und mit Auszeichnung promoviert. Bei der körperlichen Untersuchung fand sich eine sehr labile Herzaktivität, starke Schwankungen der Pulsfrequenz, statischer Tremor der oberen Extremitäten, Vergrößerung der Schilddrüse. In seiner Autobiographie schildert er sich als einen überempfindlichen Menschen, der stets unmäßig war, in Freud und Leid, in der Arbeit und in der Pflege der Künste und Wissenschaften. Dabei leidenschaftlich und erotisch sehr erregbar. „Meine vielseitigen Interessen nahmen mich gänzlich in Anspruch, so daß ich meinen Körper stets völlig vernachlässigt habe.“

Epikrise: Die Krankheitsepisode entstand auf hysteropathischer Grundlage. Sie kann auch als protrahierter, hysterischer Dämmerzustand

mit stets wechselnden Graden der Bewußtseinstrübung und klaren Intervallen aufgefaßt werden. Über die Flut der sich jagenden, spekulativ-philosophischen und religiösen Gedankenreihen und die Situationsfälschungen gibt er in seiner Niederschrift eine packende Schilderung. Inwieweit die Psychose von endokrinen Störungen (tyreoidaler Typus) verursacht oder nur mit solchen vergesellschaftet war, muß unentschieden bleiben, doch neige ich der letzteren Auffassung zu. Die Fehldiagnose fand eine wesentliche Stütze in dem pseudodementen Schlußstadium der fragmentarischen Erkrankung.

III. Die polymorphen degenerativen Psychosen.

Hier begegnen wir einer solch verwirrenden Fülle verschiedenartiger Krankheitsbilder, daß ihre systematische Gliederung schwierig und nur unter großen Vorbehalten möglich ist. Schon in den bislang behandelten Abschnitten begegneten wir Krankheitsfällen, die wohl das zu schildernde Zustandsbild veranschaulichen konnten, daneben aber in ihren verschiedenen Krankheitsphasen auch andersgeartete psychotische Formen erkennen ließen. Wir haben sie trotzdem an den ihnen zugewiesenen Stellen eingereiht, weil es darauf ankam, bestimmte Typen degenerativer, abortiver und fragmentarischer Psychosen zu illustrieren. Nur bei isolierten, einmaligen Krankheitsfällen ist die bisher durchgeführte Einteilung unseres Materials einwandfrei gerechtfertigt; alle rezidivierenden — und sie bilden ja die überwiegende Mehrheit — Krankheitsfälle gehören streng genommen in diesen Abschnitt, da ja eine völlig gleichgeartete Wiederholung der einzelnen Phasen kaum vorkommt. Je mehr ich mich bei den Vorarbeiten zu diesem Referate in meine Krankengeschichten vertieft habe, desto klarer kam mir zum Bewußtsein, daß alle Systematik nur Stückwerk sein kann; ein unentbehrlicher Notbehelf, um ein gewisses Maß von Ordnung in die Erscheinungswelt zu bringen. Diese Erkenntnis drängt sich nun in ganz besonderem Maße bei den polymorphen Psychosen auf: *In der Erscheinungen Flucht, in der bunten, mosaikartigen Zusammenstellung und Verflechtung der psychotischen Elementarstörungen, in dem unvermittelten Wechsel zwischen Erregung und Hemmung, bei der stetig wechselnden Affektlage (heiterer, zornig expansiver oder depressiver Stimmung oder affektlosem Stupor) ist auf der Höhe der Krankheitsphasen vielfach der leitende Faden zu einer Klassifikation der Zustandsbilder gar nicht zu finden.* Zu welchem Syndrom soll im Einzelfall — im Verlaufe einer Krankheitsperiode — die Vermischung oder jähre Folge von inkohärenter Erregung mit eingestreuten illogischen Wahnbildungen — oder halluzinatorischen Einmengungen oder von mutistisch-negativistischen Einschlägen gerechnet werden? Hier kann nur eine ätiologisch-klinische Beurteilung eine einigermaßen befriedigende Antwort geben. Schon die bizarre Symptomgruppierung wird uns einen Fingerzeig geben, in welcher Richtung wir Aufklärung erlangen können.

Wir werden dann meistens aus der Erforschung der Familiengeschichte, der prämorbidien Persönlichkeit, aus der Kenntnisnahme früherer Krankheitsperioden und endlich aus den Feststellungen über den intervallären seelischen Zustand zu dem Schluß gelangen können: Die Krankheitsphase, in der der Patient sich jetzt befindet, ist nur ein Teilstück, ein Abschnitt einer polymorphen degenerativen Psychose. Es ist in diesem Zusammenhange lehrreich, einen Blick zu werfen auf die Diagnosen, die in unseren Beobachtungen vor Aufnahme in die Klinik — draußen oder in anderen Anstalten — gestellt worden waren. Am häufigsten begegnete man in den ersten Dezennien meiner Wirksamkeit den Bezeichnungen: Manie, Melancholie, akute halluzinatorische Paranoia; später, bei den jüngeren Ärztegenerationen begnügte man sich mit den Begriffsbestimmungen des manisch-depressiven Irreseins oder der Dementia praecox (Schizophrenie).

Ich will versuchen, an der Hand von kürzer zusammengefaßten Krankengeschichten die verschiedenartigen Bilder zu zeichnen. Wie bisher werde ich vielfach nur Stichworte zur Kennzeichnung allgemein geläufiger Symptombezeichnungen verwenden.

Man kann eine Zweiteilung des Materials vornehmen; in der ersten Reihe stellt man die *Mischbilder* zusammen, die in vereinzelt auftretenden, oder durch mehr oder weniger lange gesunde Intervalle getrennten Krankheitsphasen vorkommen; in der zweiten Reihe sind zusammengefaßt Krankheitsfälle, bei denen wir über lange Zeiträume den ganzen Krankheitsverlauf verfolgen konnten. Sind die einzelnen Krankheitsphasen symptomatologisch ganz verschieden geartet, so ist es gestattet, von polymorphen kombinierten Erkrankungen zu sprechen. Nur muß man sich darüber im Klaren sein, daß auch innerhalb dieser zweiten Reihe in den einzelnen Krankheitsanfällen keine reinen — unseren Schulfällen einfacher Psychosen entsprechenden — Typen uns entgegentreten; die degenerative Mischung heterogenster Elementarstörungen ist überall erkennbar.

Fall 23: Bei der Aufnahme 35 Jahre alt. Hereditäre Verhältnisse ungeklärt. Näherte Verwandte fehlten. Doch wird bekannt, daß in der väterlichen Familie mehrere Fälle von Geistesstörung vorhanden waren, und daß in der weiteren Verwandtschaft mehrere, sehr „exzentrische“, dabei aber hochbegabte Familienmitglieder vorkamen.

Vorgeschichte: Immer auffallender Charakter, leicht erregbar, eigensinnig. Seinen Kameraden (er war Offizier) fielen periodische Steigerungen der nervösen Erregbarkeit und die Tendenz zu impulsiven Handlungen auf. Die erste Psychose im 30. Lebensjahr spielte sich im Ausland ab; sie ging rasch vorüber ohne Anstaltsbehandlung. Ebenso eine zweite Psychose 1 Jahr später. Dritte Psychose 3 Jahre später. Er war erst „exaltiert“, dann heftigster Ausbruch. Er schlug nachts Fensterscheiben ein, hielt Reden an Passanten, wollte alle in Ketten legen lassen. Es ist ausdrücklich bemerkt, daß keine Alkoholexzesse vorlagen.

Aufnahme in unsere Klinik: Heftigste motorische Erregung. Inkohärenter Rededrang, mangelhafte Orientierung, Visionen, Vergiftungsideen. Auch fühlt er

sich beständig elektrisiert, dazwischen plötzliche Wutausbrüche, unsinnige Größenideen. In der Folge ein steter Wechsel: bald heiter, bald ängstlich, bald inkohärent erregt, bald paranoische Ideen, Phoneme und Visionen. Zeitweilig ganz albern und taktlos, geradezu pueril. Unsauber. *Nach 3 Monaten plötzlicher Abfall aller Krankheitsscheinungen.* Krankheitseinsicht. Unklare Erinnerung. Nach fünfmonatlichem Aufenthalt „gehellt“ entlassen. Klinische Diagnose: Periodisches degeneratives Irresein. *3 Jahre später ganz akut*, ohne Vorboten erst manisches Zustandsbild; bei völliger Orientierung und ungestörttem Wiedererkennen heftigste motorische Erregung. Daran anschließend ein Stadium von inkohärenter Erregung, dann ängstlich depressiv gehemmt, schließlich negativistisch (Kotschmierer). Alle Symptome klangen nach 2 Monaten ab. Er war äußerlich geordnet und klar; auffallend war, daß er plötzlich mitten in scheinbarer geistiger Klarheit religiöspphantastisch wird, illogische Ideengänge äußerte, ebenso Vergiftungswahnideen. Er war auch in diesem Stadium außerordentlich gefährlich, da er auf Grund plötzlich emporschießender Halluzinationen aggressive Handlungen ausführte. Er ist dann von uns abgeholt und in eine Anstalt verbracht worden. Über seine späteren Schicksale ist nur bekannt, daß er noch zu wiederholten Malen in gleicher Weise erkrankte.

Epikrise: Auch diese periodisch verlaufende Psychose darf wohl ohne Bedenken, trotz Fehlens genauer Angaben über die Abstammung, den degenerativen Geistesstörungen eingereiht werden. Hierzu berechtigt das ganz gemischte Krankheitsbild. Auf die nahen Beziehungen, welche dergestaltete Krankheitsfälle zu den von *Wernicke* als verworrene Manie bezeichneten Zustandsbildern aufweist, soll hier nur hingewiesen werden.

Fall 24: Frau St., bei der Aufnahme 26 Jahre alt. Über beide Eltern wird berichtet, daß sie leicht erregbare Menschen seien.

Vorgesichte: Als zweijähriges Kind nach einem Schrecken wochenlang Angstzustände. Sehr gute Schülerin. Sehr feinfühlig und weich. Öfter Kopfschmerzen. Mit 17½ Jahren ein Ohnmachtsanfall, sie war 1—1½ Stunden bewußtlos. Irreguläre Menses seit dem 14. Jahre, während der Periode stets mißgestimmt. Wurde Gesellschafterin. Mit 19 Jahren in Ostindien plötzlicher Ausbruch einer Psychose sofort nach der Ankunft. Sie wurde mit dem nächsten Dampfer nach Hause befördert. Keine Anstaltsbehandlung. Die Menses waren nicht eingetreten; nach 6 Monaten mit Einsetzen der Menses wieder gesund. Nach der Schilderung der Eltern bestand damals ein depressiver Zustand; völlig orientiert. Versündigungs- und Verfolgungsideen, Visionen. Heirat mit 24 Jahren. Gute Ehe, aber Familienärger mit den Angehörigen des Mannes. Überanstrengung im 2. Jahre der Ehe bei der Pflege einer Wöchnerin. Sie wurde schlaflos, kurzes Stadium der Erregung, gefolgt von depressiver weinerlicher Stimmung mit Lebensüberdruß. Von Anfang an Sinnestäuschungen. Der Hausarzt, der sie noch 3 Tage lang zu Hause behandelte, berichtete: Starke Aufregung, Schlaflosigkeit, nächtliche Unruhe, inkohärenter Rededrang, plötzlich lustig, dann wieder verzweifelt, „weinte zum Herzbrechen“. Personenverwechslung. Visionen, Verfolgungsideen, Akoasmen, „Tobsuchtsanfälle von kurzer Dauer“.

Bei der Aufnahme: Inkohärente Erregung wechselnd mit negativistischem Verhalten, Nahrungsverweigerung, auch unsauber. Plötzlicher Umschlag in ängstliche Erregung mit Vergiftungs- und Versündigungsideen, nur wenige Tage dauernd. Dann für kurze Zeit klar, geordnet. In der Folge steter Wechsel der Zustandsbilder: bald ängstlich, weinerlich, ratlos, bald heiter, dann wieder für Tage desorientiert; glaubt in einer Zahnklinik zu sein, der Arzt ist Zahnarzt, dann wieder, sie sei auf

der Wartburg. Amentiaartige Erregungszustände; Abklingen der Krankheitserscheinungen nach 4 Wochen; es bestand noch für einige Zeit ein Bild depressiver Stimmungsanomalie, bei völliger Bewußtseinsklärung, mit Selbstanklagen. Entlassung nach sechsmonatlicher Behandlung. Sie ist andauernd ruhig, gleichmäßiger Stimmung, volle Krankheitseinsicht, keine Intelligenzschädigung. Auffallend war, daß während der Psychose eine deutliche Vergrößerung der Thyreoidea sich einstellte. *Abderhaldensche Reaktion* ergab alleinigen Abbau der Schilddrüse. Keine sonstigen Basedowsymptome.

Epikrise: Heredität unklar. Sensitive Konstitution, menstruale Stimmungsschwankungen. Erstmaliger psychotischer Zustand (depressive Phase durchsetzt mit Visionen und paranoischen Bestandteilen) im neunzehnten Jahr. Mit 24 Jahren schwere Erkrankung, subakut einsetzend; ausgeprägtes Mischbild mit stetig wechselnder Symptomgruppierung. Völlige Heilung.

Diese Beobachtung ist mir deshalb wertvoll geworden, weil ich durch den damaligen Hausarzt in den Stand gesetzt wurde, über die weiteren Schicksale der Frau S. genauere Kenntnis zu erlangen. Ein Jahr nach der Psychose machte sie ohne jede psychische Schädigung ein Wochenbett durch, fast zu gleicher Zeit brach der Weltkrieg aus, der Mann zog ins Feld. Im dritten Jahr kehrte der Mann todkrank (*Brightzsche Erkrankung*) nach Hause zurück und starb nach einem halben Jahr. Dem Tode folgten unerquickliche Vermögensauseinandersetzungen, Wechsel des Wohnortes. Sie blieb trotz dieser seelischen Erschütterungen gesund, verheiratete sich zwei Jahre später, gebar in der zweiten Ehe ein Kind. *Sie ist bis heute, etwa 14 Jahre nach der letzten Erkrankung ohne Rückfall geblieben.*

Fall 25: W. Ein gutes Beispiel stetig wechselnder Symptomgruppierung in den einzelnen Krankheitsschüben bietet folgende Beobachtung:

Bei der ersten Aufnahme 33 Jahre alt, einzige Schwester „nervös“. Die Kranke zeigt noch Reste einer im 2. Lebensjahr überstandenen spinalen Kinderlähmung.

Vorgeschichte: Bis zum 32. Jahre stets gesund. Seit dieser Zeit litt sie an periodisch wiederkehrenden kurzdauernden Depressionszuständen, in denen sie schlecht schlief, appetitlos war, „unlustig und zu allem müde“. Sie kam ein Jahr später zum ersten Male in klinische Behandlung.

Bei der Aufnahme: Sie klagt über Denkerschwerung und ein Gefühl, als ob sie im Traume wäre. Äußerlich ruhig und geordnet; nach 4 Wochen plötzliche Änderung des Zustandsbildes: weinerlich, gereizt. Sie behauptet, nachts hypnotisiert oder operiert worden zu sein; sie kommt sich ganz verändert vor, ihr Schwager wolle ihr übel, die Speisen seien vergiftet u. dgl. Sie bezieht alle Äußerungen von Mitkranken auf sich; die Ärzte seien auch ihre Widersacher. . . . Später treten Versündigungsideen in den Vordergrund: Sie sei zu schlecht für ihre Umgebung. Sie äußert zahlreiche hypochondrische Klagen: „Ich leide an einer ekelhaften und unheilbaren Krankheit.“ 9 Wochen nach der Aufnahme plötzlicher Stimmungsumschlag für wenige Tage. Sie wird anspruchsvoll, gesteigertes Selbstgefühl, beklagt sich über mangelnde Rücksichtnahme auf ihre Person. Diese expansive Stimmung dauert nur wenige Tage. Dann treten wieder hypochondrische und paranoische Vorstellungen in den Vordergrund: „Meine Briefe werden gefälscht.“

Entlassung nach 6 Monaten in ruhigem geordnetem Zustande. Die Wahndeiden werden korrigiert. Sie kehrt nach 2 Monaten freiwillig zurück, klagt über Entschlußunfähigkeit, über Ratlosigkeit mit dem subjektiven Gefühl der Hemmung. Dabei sehr wechselnde Affektlage: bald heiter und zufrieden, bald mißmutig und gedrückt. Rasche Erholung. Sodann psychisch frei und anscheinend gesund, *10 Jahre lang*. Da die Dame in Jena ihren Wohnsitz genommen hatte und mich öfters besuchte, so war ich dauernd über ihr Befinden auf dem Laufenden. Stimmungsschwankungen wurden nicht beobachtet; sie erinnerte sich ihrer alten Wahnbildungen und verlacht sie als krankhaft. Dann entwickelte sich in wenigen Wochen wiederum ein paranoides Zustandsbild: „Meine Wertpapiere sind gefälscht, ich werde bestohlen, ich muß ins Gefängnis.“ Sie äußerte außerdem Verarmungsdenken und verlangte selbst, in die Klinik gebracht zu werden. Bei der Aufnahme ängstlich erregt, rasche Sprechweise, sie sei müde, hoffnungslos krank, sie habe eine Magenerweiterung, fürchte bald sterben zu müssen. Daneben äußert sie Vergiftungsdenken und gibt an, einige Male Stimmen gehört zu haben, die ihr Vorwürfe über ihre Handlungen machten. Steigende Ratlosigkeit, ängstlich unruhig, sie weint viel, klagt über wirren Kopf, dabei völlig orientiert und intellektuell ungeschädigt. Dann ändert sich plötzlich das Krankheitsbild: Sie istträumerisch benommen, verkennt ihre Umgebung, äußert mit singender Stimme allerlei Krankheitsideen in weitschweifiger und abschweifender Weise. Hartnäckigkeit, wässrige Diarrhoe (bakteriologische Untersuchung negativ), kein Fieber. Während dieses 14 Tage andauernden dämmerhaften Zustandes traten vereinzelte Attacken von Astasie und Abasie auf, dann schwand er plötzlich. Sie war völlig klar, bot aber auch in der Folge noch deutlich hysterische Züge: Zitter- und Schüttelparoxysmen, in denen sie ihre alten Wahnideen reproduzierte. Sehr suggestibel: Bei Druck auf die Bulbi sah sie einen drohenden Mann, sie hörte ihn rufen: „ins Gefängnis“. Alle diese Krankheitsercheinungen schwinden allmählich mit völliger Korrektur der Wahnideen.

Epikrise: Hysteropathische Konstitution, depressive Zustände, traumhafte Denkhemmungen, paranoidische Zustandsbilder, manisch-depressive Mischzustände, hysterische Zustandsbilder: Dämmerzustände Abasie — Astasie, paroxystische Schüttel- und Zitterkrämpfe mit affektiver Erregung, experimentell erzeugte Visionen und Phoneme. Lang dauernder remittierender Verlauf, kein Intelligenzverfall.

Fall 26: Bei der ersten Aufnahme 22 Jahre alt. Heredität: *Vater* im ganzen gutmütig, weich, aber jähzornig (würgte einmal bei geringfügigem Anlaß unsere Patientin). Ein Vatersbruder verschollen, ein anderer im „Krampfanfall“ ertrunken. 2 Schwestern des Vaters sollen gesund sein.

Mutter: Seit 20 Jahren in einer Irrenanstalt, hat im Beginn ihrer Krankheit unsinnige Handlungen begangen, hat ein Kind auf den heißen Ofen gesetzt, ein anderes Kind erstickt. *Geschwister* der Patientin (aus der ersten Ehe des Vaters mit der geisteskranken Frau): Eine jetzt 32jährige Schwester ist eine sehr energische Frau, die aber seit Jahren alle 4 Wochen (menstrualer Typus) nachts „Krämpfe“ hat. Ein Bruder, jetzt 28 Jahre alt, hatte bis zum 5. Lebensjahr „Krämpfe“, später „nervös“, viel Kopfschmerzen. 6 Kinder aus der zweiten Ehe des Vaters sollen alle gesund sein.

Vorgeschichte: In der Schule „nicht sehr gut“ gelernt, litt an Blutandrang zum Kopf, sie war schwerblütig, überpeinlich; von jeher bei trübem Wetter gedrückt: „es lag oft wie eine Zentnerlast auf mir“. Schon als Kind überfiel sie oft grundlose Angst, auch pyrophobische Anwandlungen. Immer sehr empfindlich und weich: „Alles geht mir sehr nahe“. Seit dem 12. Jahre etwa alle 8 Tage Migräneanfälle mit Erbrechen, welche sich aber später verloren und nur nach

Aufregungen gelegentlich auftraten. Mit 18 Jahren erste Periode; im gleichen Jahre erster Depressionszustand, anknüpfend an einen „Krampfanfall“. Sie mußte immer weinen, war merschenscheu, hatte „grundlose“ Selbstmordgedanken. Nach einem halben Jahr war alles wieder gut. Mit 20 Jahren erneuter Anfall von Depression von 6—7wöchentlicher Dauer. Veranlassung war eine außereheliche Schwangerung. Sie geba ein faulotes Kind (Hydrocephalie). Auch in der Folge prämenstruelle ängstliche Erregungen, die mit dem Einsetzen der Menses schwanden. Heirat im 23. Jahre. Seit Beginn der Ehe vielfach häusliche Szenen, die durch ihr aufgeregtes Wesen, ihre Streitsucht erzeugt wurden (Angabe des Ehemannes). Dabei sind auch „Krämpfe“ aufgetreten. In einem solchen Erregungszustand — bei völliger Besinnung — schrie sie laut, drohte, hinzukommende Nachbarn mit dem Feuerhaken zu erschlagen, wollte ihr erstgeborenes Kind zum Fenster hinauswerfen.

Erste Aufnahme in die Klinik: Psychischer Status: Heiter erregt, ideenflüchtiger Rededrang, Reminiszenzenflucht, lebhafte Gestikulationen, theatralische Posen, bestreitet die häuslichen letzten Vorkommnisse (Erinnerungsdefekt?). In der Folgezeit stundenweiser Umschlag, sie ist traurig, will sterben. Dann wieder heftige Zornaffekte, aggressiv. Sie ist auch in den manischen Erregungen leicht zu fixieren, völlig orientiert. Intelligenzprüfungen ergeben keine Defekte. Gegen unseren Rat ungeheilt abgeholt.

Zweite Aufnahme nach 4 Monaten: In der Zwischenzeit meist heiter erregt, äußerte aber auch Verfolgungs- und Vergiftungsideen, gab zu, Männerstimmen zu hören, die von Blut und Feuer sprachen. In der Klinik: Ausgesprochene manische Erregung mit unvermittelten Stimmungsumschlägen, Suicidalgedanken, da sie ja mehr krank als gesund sei und ihr Heim verloren habe. Visionäre Zustände. In einem Wutausbruch demoliert sie ihr Bett, wird aggressiv. Nach 2 Monaten Abfall aller Krankheitserscheinungen, völlig klar, geordnet, arbeitet fleißig auf der Abteilung. Entlassung. Sie geba ihr zweites Kind nach 9 Monaten, stillte 4 Wochen, wurde depressiv, keinen Lebensmut, Todesgedanken, „Krampfanfall“ von zweistündiger Dauer nach der Schilderung hystero-kataleptischer Art. 2 Tage später erneuter Anfall mit nachfolgendem mehrstündigem Dämmerzustand, in dem sie ihre Angehörigen nicht erkannte und „irre redete“. Postparoxystische Amnesie.

Neuaufnahme (2 Jahre nach der zweiten Entlassung). Psychischer Status: Völlig klar orientiert; deprimiert, glaubt, daß sie jeden Tag sterben müsse. Am zweiten Tage nach der Aufnahme kurzdauernder, deutlich hysterischer konvulsiver Anfall. Einige weitere in den folgenden Tagen. Stimmungslabilität, Erholung, Entlassung. Erneute Gravidität und Partus. 2 Monate nach der Entbindung ein „Krampfanfall“ mit Bewußtlosigkeit und ruckartigen Stößen in den Extremitäten. Mehrstündiger Dämmerzustand, Amnesie. Wiederholung der Anfälle in den nächsten Tagen, deshalb

Vierte Aufnahme: Gleiches Bild mit depressiven Phasen, Suicidgedanken, hysterischen konvulsiven Anfällen. Versuche der Heimkehr in die Familie mißlangen. Endgültige Erholung erst nach 1½ Jahren. Dann 4 Jahre „leidliches“ Befinden (hie und da wieder hysterische Anfälle). Sie hat zwei Graviditäten gut überstanden. In der Gravidität fühlte sie sich besonders gut. Während des Stillgeschäftes gehäufte hysterische Anfälle, deshalb

Fünfte Aufnahme: Sie bot ein depressiv-träumerisches Verhalten, geistige Müdigkeit, Interesselosigkeit, äußerlich klar und geordnet.

„Mir war, als ob alles um mich tot wäre, als ob ich gar nicht mehr ich selbst sei“. Stundenlang währende „Traumzustände“, in denen sie Stimmen hört. Migräneartige Kopfschmerzen mit Schwindelempfindungen treten anfallsweise auf, besonders postmenstrual, mit intensiven Gesichtsrötungen und psychischer

Erregung verbunden. Gänzlich freie Intervalle. Sie klagt, daß ihr Zustand stundenweise wechsle. Sie kann auch „recht fidel“ sein und sich munter unterhalten. Nach mehrmonatlichem Aufenthalt gänzliche Erholung und Entlassung. Sie übersteht den Tod ihres Mannes, der an Leberkrebs lange krank darniederlag, und den sie aufopfernd pflegte, ohne Rückschlag. Sie hält sich trotz der Aufregungen des Krieges und einer 5. Geburt tapfer, besorgte Haushalt und Kinder. Ver einzelter hysterische Anfälle. Erst im 3. Kriegsjahr stärkere depressive Stimmungen, meist im Anschluß an hysterische Anfälle. Einmal ein mehrstündiger Dämmerzustand, schlug sich, ohne es zu wissen, das Bügeleisen auf den Kopf.

Sechste Aufnahme (kam freiwillig in die Klinik): 10 Jahre nach der ersten Aufnahme. Ist psychisch unauffällig, viel Kopfschmerzen, leicht deprimiert mit Angstgefühlen unbestimpter Art („Heimweh“) und Insuffizienzgefühlen. Bleibt nur zur „Erholung“ einige Wochen. Zu Hause angestrengte Arbeit in Munitionsfabrik, Lungenspitzenkatarrh.

Siebente Aufnahme: Sie kam nach 2 Jahren wieder zu uns um „auszuruhen“. Keine psychischen Krankheiterscheinungen. Kehrt nach 5 Wochen heim, ist frisch, arbeitet im Hause. Über ihr späteres Schicksal ist nur bekannt, daß sie sich tapfer durch ein mit Mühsalen beladenes Dasein schleppt.

Epikrise: Erbliche konvergierende Belastung, gemischte, hysteroide und epileptoide Konstitution, manisch depressive Zustände, hysterische Paroxysmen, Dämmerzustände, paranoide Einmengungen, längere relativ gesunde Intervalle, Beobachtungszeit über 12 Jahre, allmähliche Besserung, kein Intelligenzverfall. Die Beobachtung bestätigt meine früheren Erfahrungen, daß die paroxystische Hysterie, wenn sie längere, anfallsfreie Stadien aufweist, eine relativ gute Prognose gibt. Ich habe das Schicksal solcher Kranken mit schwersten hystero-kataleptischen undhystero-somnambulen Anfällen während Jahrzehnten verfolgen können und dabei die Erfahrung gemacht, daß die Paroxysmen jenseits des vierzigsten Lebensjahres sich gänzlich verlieren können. Gerade bei dieser Kategorie kann man die Beobachtung machen, daß die Erkrankung ohne jeden ethischen Defekt vorhanden sein kann.

Da auch in vielen gemischten Zustandsbildern die hysterische Komponente stark in den Vordergrund tritt, so liegt es nahe, diese und ähnlich gestaltete Beobachtungen zu einer eigenen Gruppe, den hysterischen Geistesstörungen, zu vereinigen. Ich kann diesen, von manchen Autoren eingenommenen Standpunkt, nicht teilen; eine geschlossene, durch besondere Symptomengruppierungen ausgezeichnete Krankheitsform kommt auf dem Boden der hysteropathischen Konstitution nicht zustande. Will man die paroxystische Hysterie mit ihren verschiedenartigen Anfällen und transitorischen Dämmerzuständen zu einer besonderen hysterischen Psychose stempeln, so übersieht man, daß die Patienten außerhalb ihrer Anfälle das seelische Gleichgewicht ungestört besitzen können und dann nicht als psychisch krank im strengerem Sinne des Wortes erklärt werden können. Die hier mitgeteilten Beobachtungen gehen weit über den Rahmen dieser einfachen hysterischen Erkrankungen hinaus, indem cyclisch-affektive und

paranoide Beimengungen in mehr weniger selbständiger Form — außerhalb der Paroxysmen — die Krankheitsbilder komplizieren. Es ist deshalb gerechtfertigt, sie den degenerativen Mischformen zuzurechnen.

Fall 27: Musiklehrerin. Erste Aufnahme mit 29 Jahren. *Erblichkeit:* Vater chronisch geisteskrank, in fremder Anstalt gestorben. Schwester des Vaters litt an „Paranoia-Wallzinatoria“, Mutter an Apoplexie verstorben. Bruder der Mutter „beschränkt“. Die 4 Geschwister der Patientin sind „nervös“, darunter ein Bruder „stark absonderlich“.

Vorgesichte: Patientin als Kind „skrofulös“, mäßige Schülerin, immer „nervös“, viel Kopfschmerzen, besonders zur Zeit der Menstruation. Im 27. Jahre im Anschluß an den Tod der Mutter einen kurzdauernden hysterokataleptischen Anfall. 2 Jahre später — nach leichter „Influenza“ — plötzlicher Ausbruch der Geistesstörung: „Nach einer Theatervorstellung vermischte sie alle gesehenen Eindrücke mit den Personen ihrer Umgebung; am anderen Tage nach dem Besuch der sonntäglichen Predigt sehr erregt; die sonst zurückhaltende Dame redete jetzt unaufhörlich, schrieb an alle möglichen unverheirateten Bekannten, drängte sich unaufgefordert in eine fremde Gesellschaft, war hochfahrend, unverschämmt, erotisch erregt und religiös-mystisch beglückt: „ich bin ja im Paradies“.

Bei der Aufnahme: Hysterischer Tremor, gesteigertes Hautnachröteln, halbseitige Schmerzdruckpunkte. Pat. ist orientiert, bietet 3 Tage lang ein manisches Zustandsbild, blieb dann „zur Erholung“ freiwillig noch einige Wochen in der Klinik, weil sie sich „überarbeitet“ fühlte. Sie war ganz geordnet, orientiert und hilfreich bei der Pflege anderer Kranken. In den nächsten 7 Jahren in ihrem Beruf tätig; nach Mitteilung des Hausarztes bestand einmal ein kurzdauernder „halluzinatorischer Erregungszustand“. Sie suchte 7 Jahre nach dem ersten klinischen Aufenthalt ein Sanatorium auf wegen „gesteigerter Nervosität“. Dort eine explosive Steigerung einer „hysterischen“ Erregung: sie sprach und sang viel, bekam Lach- und Weinkrämpfe, dazwischen kataleptiforme Zustände; wegen heftiger Affektausbrüche (sie würgte eine Wärterin) und wegen halluzinatorischer Erregung (Visionen) wurde sie nach wenigen Tagen in unsere Klinik überführt. Hier war sie am 1. Tage völlig ruhig und orientiert, dann eine rasch sich steigernde motorische Unruhe, Angstzustände, erotisch, sexuell erregt; dann wieder heiter, ideenflüchtig, mit erhaltenner Orientierung; dann verwirrt, äußert absurde zusammenhanglose Gedanken. Zwischendurch für Tage Pseudoschlaf, unreinlich. Abklingen aller Krankheitsscheinungen nach 6 Wochen. Rasche Erholung und Entlassung nach achtwöchentlichem Aufenthalt. In den nächsten 6 Jahren „geistig gesund“, in ihrem Berufe tätig, doch wegen „nervöser Erregung“ öfters vorübergehend in offenen Sanatorien, dann wieder plötzlicher Ausbruch: Verwirrtheit, unsinnige Handlungen (warf Sachen zum Fenster hinaus).

Dritter klinischer Aufenthalt: Ganz ähnliche, stetig wechselnde Zustandsbilder, wie in der vorherigen Attacke. Abklingen der Krankheitsscheinungen nach 3 Monaten; sie war äußerlich geordnet, verständig, doch traten noch für Stunden und Tage affektive Erregungen ein. Sie war dann reizbar, „unausstehlich“, „herausfordernd“, „kriegerisch“, auch „erotischer Koller“. Auch diese Erregungen klingen ab, sie wird nach 5 Monaten geheilt entlassen.

Vierte Aufnahme 3 Jahre später: In der Zwischenzeit war sie gesund und leitete eine Musikschule selbständig. Sie überanstrengte sich bei dem Einstudieren eines Weihnachtsspieles. Plötzlicher Ausbruch der Psychose am Vorabend der Aufführung. Sie sprach verwirrt, unverständlich, war dann plötzlich wieder klar, einsichtig, verlangt selbst in die Klinik aufgenommen zu werden. Bei der Aufnahme ganz klar und geordnet; sie sei nur ruhebedürftig und leide an Schlaflosigkeit. Dann plötzlich erregt, unklare Sprechweise: „das ganze alte Testament muß abgeschafft werden“. Heftige Gestikulationen. Eine Stunde später sitzt sie

ruhig im Bett und häkelt. Auch in den nächsten Tagen kurzdauernde Erregungszustände; in den sprachlichen Äußerungen finden sich eigentümliche Gedankenverbindungen: „Einer muß am Weltkrieg schuld sein. . . . Der Geheimerat ist der Schatzwächter aller Schätze der Unterwelt. . . .“ Es tauchen ganz unklare verworrene Gedanken über den „Glaubenskrieg“ auf; erotische Erinnerungsbilder werden phantastisch aufgeputzt. Sie spricht in Tiraden über Menses, Sündenfall, Blutreinigung . . . , Man muß auch in seidenen Hemden beten.“

In dem inkohärenten Rededrang sind auch wahnhafte Vorstellungsverbindungen erkennbar vom Charakter der Größen- und Verfolgungsideen. Dabei ist sie immer sehr gut orientiert und zeigt ein normales Wiedererkennen. Nach Sinnestäuschungen befragt, äußert sie: „Das nicht, ich habe nur lebhaft gedacht und wohl auch mit meinen Vorstellungen geredet.“ Diese Erscheinungen schwinden nach wenigen Wochen. Sie zeigt noch ein sehr wechselndes affektives Verhalten, ist für Stunden depressiv gehemmt, dann wieder zornig erregt, zudringlich, vorlaut, witzelnd. Nach Abklingen dieser affektiven Schwankungen Entlassung.

Fünfte Aufnahme: 9 Monate später. Hypomanisches Zustandsbild, rasches Abklingen nach 5 Wochen. Von späteren Krankheitsphasen nach neueren Erkundigungen nichts bekannt geworden. *Beobachtungsdauer 26 Jahre.*

Epikrise: Konvergierende erbliche Belastung, die erbliche Behaftung tritt in der nervös-hysteropathischen Veranlagung zutage. In der Vorgeschichte ein hystero-kataleptischer Anfall. Erste ausgeprägte Psychose im 29. Jahr, mit sehr gemischten Krankheitsbildern. In den folgenden Jahren ganz abortive halluzinatorische Erregungszustände. Die zweite Psychose wurde von schärfer ausgesprogenen hysterischen Krankheitserscheinungen eingeleitet und bot dann vorwaltend ein gemischt manisch-depressives Krankheitsbild, das aber mit halluzinatorischen Erregungen und hysterischem Pseudoschlaf durchsetzt war. Mit zum Teil langjährigen Stillständen wiederholten sich diese subakut verlaufenden Psychosen noch mehrfach, ohne eine Abschwächung der intellektuellen Leistung zu hinterlassen. Auch dieser Krankheitsfall ist den degenerativ-polymorphen Psychosen zuzuteilen; für ihn gelten die gleichen Erwägungen wie in der voranstehenden Beobachtung.

Fall 28: Bei der ersten Aufnahme 38 Jahre alt. *Heredität:* Vater starb in einer Irrenanstalt (Paralyse ?), schwere Belastung von mütterlicher Seite: Schwester der Großmutter starb durch Suicid, Mutter als junge Frau „geisteskrafft“, der Sohn eines Bruders der Mutter starb durch Suicid. Von den 3 Geschwistern der Pat. ist eine Schwester gesund, ein Bruder starb durch Suicid, Ursache „unaufgeklärt“, ein zweiter Bruder chronisch geisteskrank in auswärtiger Anstalt. Die dortige Diagnose lautet; Dementia praecox.

Pat. geistig gut entwickelt, über Durchschnitt intelligent, immer „blutarm“, heiteres sorgloses Mädchen, gelegentlich überschäumend lustig, seltener, bei geringfügigen Anlässen, reizbar, zornmütig, streitbar. Mit 20 Jahren (nach einem „Schreck“) war zum ersten Male eine krankhafte Erregung bemerkbar, sie war in gesteigertem Maße empfindlich, verblieb im Bett liegen und verfiel in einen 3 Tage andauernden Schlaf. Seit dieser Zeit wiederholten sich anfallsweise „nervöse“ Zustände, sie war dann leicht ermüdbar, abgespannt, schlaf- und appetitlos, hatte „Zufälle“ mit Schmerzen in der Herzgegend und lebhaftem Herzklopfen. In ihren guten Zeiten war sie geistig rege, verständig, mit einem klaren Urteil begabt. Sie wurde mehrfach wegen dieser Krankheitszustände in Sanatorien behandelt. Die Diagnosen lauteten immer auf Neurasthenie oder

hochgradige Nervosität. Sie klagte dann über geistige Aspannung, Verdauungsbeschwerden, innere Ruhelosigkeit, „viel Sorge und Angst“ und hatte Furcht, den Verstand zu verlieren. *Plötzlicher Ausbruch der Psychose*. Sie war nachts unruhig, ängstlich erregt, entkleidete sich öfters, bat um Entschuldigung wegen ihres Verhaltens; dann wieder eigentümliche, ruckweise Zwangsbewegungen des ganzen Körpers bei gespanneter Muskulatur (katatoniforme Anfälle). Iterative Ruderbewegungen mit den Armen, dann plötzliche muskuläre Erschlaffung. Sie war in ein Krankenhaus gebracht worden und wurde uns mit der Diagnose „manikaliache Zufälle“ überwiesen.

Bei der Aufnahme in die Klinik: Orientiert, gibt an, wegen Erregtheit hergebracht zu sein. Sehr gereizt und kindlich, lacht zuweilen ganz motivlos, dann wieder ärgerlich, unzugänglich, antwortet nicht. Auch in den nächsten Tagen außerordentlich launenhaft, gegen Geräusche überempfindlich, nachts läuft sie viel herum, „aus Angst vor sich selbst“ . . . „ich kann mich nicht so recht zurechtfinden“. Plötzlicher Stimmungsumschlag, heiter, vergnügt, übermütiig. Körperlich: graziler Körperbau, beschleunigte Herzaktivität, kleiner, leicht unterdrückbarer Puls, Klagen über Herzschmerzen, linksseitig zahlreiche Schmerzdruckpunkte. Steter Wechsel der Stimmungen in den nächsten Wochen: reizbar, grob, ausfallend, schimpfend, gegen den Arzt ungezogen, verbittet sich seinen Besuch; dann wieder ruhig, freundlich, zufrieden. Krankhafte Eigenbeziehungen: man mißtraue ihr, sie fühlt sich verletzt und beeinträchtigt; sie schreibt an den Chefarzt einen Brief, gefüllt mit paranoidischen Vorstellungen. Bei einem Ausgang mit der Pflegerin beschwert sie sich, daß die Verkäuferin in einem Laden sie so höhnisch angesehen habe. Zu anderen Zeiten fällt ein albernes, läppisches, übertrieben heiteres Verhalten auf. Abklingen aller Krankheitserscheinungen; sie wird mit voller Krankheitseinsicht nach 2 Monaten entlassen, kehrt aber nach wenigen Wochen zurück. 4 Tage vor der Neuaufnahme war sie in einen inkohärenten Erregungszustand verfallen; sie schreibt Briefe und Postkarten: „Findelhäuser sind unentbehrlich im 19. Jahrhundert nach der Geburt unseres Herrn und Heilandes.“ . . . „Jean Jacques Rousseau ließ seine fünf unehelichen Kinder ins Findelhaus bringen“. . . „Hat Ihre Majestät die Kaiserin von Deutschland in Bethlehem auch ein Findelhaus besucht?“ . . . „Ist sie vom Patriarchen empfangen worden?“

Bei der zweiten Aufnahme: Spricht und lacht laut, legt ihren Hut auf die Steinfliesen des Korridors, kniet vor einem kleinen Hunde nieder, begrüßt die Ärzte in emphatischer vertraulicher Weise.

Diese manische Phase klingt nach 12 Tagen völlig ab. Völlige Krankheits einsicht. Übersiedlung in ein offenes Sanatorium.

In den folgenden 16 Jahren kein erneuter Schub. Der Hausarzt berichtet, daß zeitweise „leichtere Erregungen“ auftraten. „Im übrigen ist sie launisch, von hysterischem Charakter.“ Kein Intelligenzverfall. Dann erneuter stärkerer Erregungszustand. Überführung in eine Privatanstalt. Dort bot sie, nach Mitteilung des Arztes, ein ausgesprochenes *katatonisches* Verhalten (sie war psychisch gehemmt, mutistisch, negativistisch), das nach 2 Monaten plötzlich schwand. Sie gab dann an, unter Beeinträchtigungsidenen gelitten zu haben. Im Rekonvaleszenzstadium bot sie das Bild einer launhaften Persönlichkeit, die zwischen Antipathien und übertriebenen Sympathien hin und her schwankte. Stetig wechselnde „hysterogene“ Schmerzen. Nach der Entlassung lebt sie mit ihrer Schwester zusammen. Sie war nie wieder erheblich krank. Sie schreibt, daß es ihr leidlich gut gehe, trotz der überstandenen Mühseligkeiten der Kriegszeit und ihrer jetzt gedrückten materiellen Lage.

Epikrise: Schwere erbliche Belastung, neurasthenisch-hystero pathische Persönlichkeit, intermittierender Verlauf, sehr wechselvolle

Krankheitsbilder, mit manisch-depressiven Stadien, paranoischen Einfällen, inkohärenten Erregungen, katatoniformen Schüben. Völlige Erholung, keine neuen Rückschläge. *Beobachtungsdauer: über 30 Jahre.*

Wir schließen für die zweite Gruppe der polymorphen Psychosen eine charakteristische Beobachtung ausführlicher an.

Fall 29: Bei der ersten Aufnahme 23 Jahre alt, Techniker. Vater schüchtern, ehrgeizig, leicht erregbar, *Mutter:* rot-grün-blind (ebenso der Pat.!), leidet an anfallweise auftretenden Kopfschmerzen. Vaters Bruder endigte in „geistiger Umnachtung“ durch Selbstmord. Die Geschwister des Pat. sollen gesund sein.

Vorgeschichte: Er war körperlich nie ernstlich krank, vorzüglicher Schüler. Nach Mitteilung von früheren Mitschülern war er von jeher „etwas verschroben“. Nach eigener Angabe onanierte er schon als Junge sehr stark; mit 18 Jahren Abiturium mit Auszeichnung. „Ich war von jeher ein Phantast, baute immer Luftschlösser. Ich trug längere Zeit Gummischuhe, ich bekam dann Erektionen und Ejakulationen. Es war Fetischismus dabei.“ Schüchternheit und Hang zur Einsamkeit, dabei übertrieben ehrgeizig. Seit dem 16. Jahre zeitweise Gemütsverstimmungen, die er durch vieles Rauchen und Alkoholgenuss zu vertreiben suchte. „Es ist mir aber nie gelungen, höchstens für einen Abend.“ „Zu anderen Zeiten war meine Stimmung heiter.“ Im 21. Jahre ein Erregungszustand mit manischer Färbung: Trunksucht, Gehorsamsverweigerung, liederlicher Lebenswandel, trieb sich mit Dirnen umher, bedrohte einen Kellner mit der Pistole und wurde polizeilich in Gewahrsam genommen. Rascher Abfall der manischen Phase. Er vollendete sein Studium auf einem Technikum und bestand die Prüfungen mit Auszeichnung. Im 23. Jahre erneuter Ausbruch. Er war ruhelos, machte unsinnige Geldausgaben. Hypomanischer Tatendrang, belästigt die Behörden, renommierte, er sei Diplomingieur, stellte Wechsel aus. Dazwischen wurde er von Verfolgungsängsten geplagt und hatte Visionen. Deshalb *Aufnahme in unsere Klinik*. Er bietet ein ganz unklares gemischtes Krankheitsbild. Er ist örtlich unorientiert (glaubt in einer benachbarten Stadt zu sein), inkohärenter Rededrang, absurde Größenideen, confuse Gedankenverbindungen: „Ich befindet mich in der Minus-tangentialität, deren Ende der Tod ist.“ Den Arzt bezeichnet er als Fürsten von Sondershausen. Jahreszahl nennt er mit 2000. Massenhafte Phoneme, physikalische Beeinflussung. *Klärung nach 9 Tagen.* Er gab retrospektiv an: „Ich habe eine Zeitlang nicht gewußt, was ich mache, sehe jetzt ein, daß es Unsinn war.“

Er war dann 3 Jahre mit Ausnahme flüchtiger Verstimmungen gesund. In geordneter regelmäßiger Tätigkeit. Er verließ dann seine Stellung, wurde 7 Wochen lang wegen „Nervosität“ ärztlich behandelt. Im Elternhaus zeigte er sich sehr deprimiert und hatte Selbstmordgedanken. Im 28. Jahre kam er

zum zweiten Male in unsere Klinik. Psychischer Status: ruhig, geordnet, orientiert, intellektuell ungeschädigt, Krankheitseinsicht, dabei eigentlich apathisch-stumpfes interesseloses Verhalten. Nach 3 Wochen plötzlicher Erregungszustand, vorwaltend mit Zornaffekten. Beeinträchtigungsseite: „Man hat mir Äther eingegeben, man stellt mir nach.“ Er spürt Gift im Essen. Er wird magnetisiert, elektrisiert. Er äußert wie früher ganz unsinnige Wahnbildungen. Ganz unvermittelt für Stunden katatoniforme Haltungsstereotypien, Abklingen dieser Krankheitserscheinungen nach wenigen Wochen: Klar, doch gereizt, wechselnd mit völlig ruhigen einsichtigen Zeiten. Hypochondrische Selbstbeobachtung. Verläßt die Klinik nach viermonatlichem Aufenthalt.

Dritte Aufnahme 2 Jahre später. Er suchte freiwillig die Klinik auf. In der Zwischenzeit war er ruhig und geordnet. Gab Privatunterricht mit gutem Erfolge, litt gelegentlich unter „mißmutiger“ Stimmung und wurde dann streitsüchtig.

Er war völlig klar und zeigte eine gute Selbstkritik. Er gab an, daß die vorübergehenden Verstimmungen, die durchschnittlich 8 Tage dauerten, von Zeiten gehobener Stimmung abgelöst wurden, „in denen ich mich überschätze und alle möglichen Interessen habe“. Er schildert dann anschaulich zwangsläufig auftauchende „Grübeleien“, zum Teil über seine Kurzsichtigkeit, die angeboren sei und deshalb den Eltern zur Last gelegt werden müsse, oder folgende Grübelei: Eine Schwester falle aus dem Familientypus heraus, folglich müsse die Mutter einmal einen Fehlritt begangen haben; dabei sei sie luetisch geworden und daher stamme seine Kurzsichtigkeit. Solche Grübeleien sind in drei „Anfällen“ von achttägiger Dauer aufgetreten und waren dann wieder „wie fortgeblasen“.

Wenige Tage nach der Aufnahme bricht ein heftiger Erregungszustand mit aggressiv zorniger Stimmung aus; dabei sexuell sehr erregt, dann Umschlag in eine gehobene „weltumarmende“ Stimmung. Steter Wechsel der Affekterregungen während der nächsten Wochen, dann Beruhigung. Er war gleichmäßig, arbeitete fleißig als Stenograph. Diese Erregungszustände kehrten immer wieder mit sehr wechselnden Affekten und unsinnigen, phantastischen, zum Teil ganz konfusen schriftlichen Ergüssen, in denen ein innerer Zusammenhang nicht mehr erkennbar war. Zwischendurch ganz stumpf apathisch, läppisch lächelnd. In guten Zeiten ist er aber immer ein tüchtiger Arbeiter.

Nach der Entlassung nahm er seine Tätigkeit (mathematische Privatstunden) wieder auf.

Vierte Aufnahme 16 Monate später. Die Kriegsergebnisse hatten ihn umgeworfen, er war bei einer öffentlichen Behörde beschäftigt, die ihm ein gutes Zeugnis ausstellte, unter anderem betont sie seine sehr guten geistigen Anlagen. Er verfiel in eine trübselige Stimmung, die Arbeit ging ihm nicht mehr so von der Hand. „Es wäre das beste, der liebe Gott nähme mich zu sich, denn es wird ja doch nichts wieder mit mir.“ Kurz vor der Einlieferung zeigt er ein ganz auffälliges Gebahren, z. B. zerriß er alle seine erstklassigen Zeugnisse. Psychischer Status: Gereizt, gibt an, es habe ihn plötzlich eine Wut über unsere politische Lage im Weltkriege ergriffen. Schweden habe dies verschuldet. Er habe zu Hause zum Fenster hinausgerufen: „Im Namen des allerdurchlauchtigsten Landesvaters erkläre ich den König von Schweden für verhaftet. Ich bin der Doktor Calmus.“ Er wurde deshalb festgenommen und in die Klinik gebracht. Er erzählt dies alles lachend und erklärt sein Verhalten für einen schlechten Scherz. Er ist heiterer Stimmung, völlig orientiert, schlagfertig, Gedächtnis und Intelligenzprüfungen ergeben normale Befunde. Dabei listiger „diabolischer“ Gesichtsausdruck, lebhafte mimische Bewegungen. Er äußert manchmal ganz alberne Anliegen: „Herr Doktor, darf ich mit beiden Beinen zugleich auf den Tisch springen?“ Über andere Patienten witzelt er: „Den Z. schicken Sie zu Hagenbeck.“ . . . „Herr F. wird als Dampfwalze auf den östlichen Kriegsschauplatz geschickt.“ Bei einer klinischen Vorstellung erzählt er genau alle Einzelheiten seiner früheren Anstaltsaufenthalte: „Ich bin nur zeitweise psychisch gesund.“ Er macht für die Klinik ausgezeichnete, zum Teil stenographische schriftliche Arbeiten. Er wird nach kurzer Zeit wieder entlassen.

Fünfte Aufnahme: 1 Jahr später. Plötzliche „tobsüchtige Erregung“, kommt manisch, ideenflüchtig an, bewitzelt alles, ist arrogant, querulierend, reizbar, jähzornig, zerschlägt einen Stuhl, spricht geschraubt, schwülstig, liebt Wortspiele, verwendet sinnlos Fremdwörter, nachts unruhig, beruhigt sich nach kurzer Zeit. Nach wenigen Wochen nach Hause entlassen.

Sechste Aufnahme: 1 Jahr später. Macht einen „verschrobenen“ Eindruck. lächelt geheimnisvoll, grimassiert viel. Sprachliche Äußerungen gespreizt, phrasenhaft, stellt seinen Lebensgang in unverständlichen Gleichungen auf, läßt sich leicht fixieren und antwortet dann ganz zutreffend. Glänzendes Gedächtnis. In

der Folge äußerlich ruhig, arbeitet; nach 4 Wochen depressiv gehemmt, liegt mit starrem Gesichtsausdruck zu Bett, hypochondrische Klagen. Dann Umschlag der Stimmung, ausgelassen heiter, schwülstige, aber kohärente Redeweise. Er muß wegen andauernden Schwatzens auf eine unruhige Abteilung gelegt werden. Unsinnige Gedankenverbindungen: Er bietet dem Arzt an, er wolle ihm das eiserne Kreuz I. Klasse besorgen. Das affektive Zustandsbild wechselt stunden- und tagweise. Viel hypochondrische Klagen über Kopfschmerzen, gehäufte Pollutionen. Abklingen aller Krankheitserscheinungen nach 3 Monaten.

Siebente Aufnahme: Nach 15 Monaten. Plötzlicher Ausbruch. Trieb sich nachts auf der Straße herum, belästigt weibliche Personen mit ungehörigen Redensarten. In der Klinik völlig orientiert. Zustand wie früher, ist über die Tagesereignisse vollkommen unterrichtet, weiß, daß der Kaiser abgedankt habe und daß Revolution in Deutschland sei. Erholt sich bald, ist aber einverstanden, daß er in eine Pflegeanstalt versetzt wird, da er wohl unter steter ärztlicher Kontrolle stehen müsse; er werde im Leben draußen immer wieder Schiffbruch leiden.

Epikrise: Erbliche Belastung und Behaftung. Von Jugend auf bei sehr guter intellektueller Entwicklung verschroben, phantastisch, seit der Pubertät manisch-depressive Stimmungsanomalien, erste ausgeprägte Psychose im 21. Lebensjahr. Seither in unregelmäßiger Folge mit jahrelangen Stillständen ganz gemischte Krankheitszustände, in denen die manisch-depressive Grundstörung durch vielgestaltete Zutaten vermehrt wird. Am hervorstechendsten sind: unsinnig-phantastische und illogische Wahnbildungen und vereinzelt halluzinatorische Vorgänge.

Beim Abschluß dieses Abschnittes sei nochmals darauf hingewiesen, daß bei den degenerativen Psychosen als Grundlage all die pathologischen Konstitutionstypen vorliegen können, die im ersten Teile dieser Abhandlung kurz gezeichnet worden sind. Am häufigsten sind die hysteropathischen und die manisch-depressiven Veranlagungen. Aber auch sensitive und paranoide Konstitutionstypen sind aus den Krankengeschichten zu entnehmen; am häufigsten findet sich eine ganz regelwidrige Vermengung der verschiedenartigen psychopathischen Konstitutionsmerkmale. In der Regel ergibt sich aus der Vorgeschichte, daß schon frühzeitig — vor der Pubertätsentwicklung — die Grundzüge der späteren Erkrankung festlagen. Auffällig ist, daß ich nur ganz vereinzelt eine epileptoide Veranlagung in meinem Material auffinden konnte. Wo eine solche aus den bekannt gewordenen Erblichkeitsfaktoren oder aus der Vorgeschichte anfänglich angenommen wurde, mußte späterhin sehr oft eine Korrektur erfolgen, indem die Krampfanfälle sich als hysterisch erwiesen. Auch dort, wo die Paroxysmen der Affektepilepsie zugeteilt werden konnten, war die hysteropathische konstitutionelle Veranlagung offenkundig. Es entspricht dies auch meinen klinischen Erfahrungen, daß die als Affektepilepsie bezeichneten Krankheitsvorgänge dem Gebiete der Hysterie zugehören.

IV. Die Dégénéres superieurs (Magnan) einschließlich des moralischen Schwachsinns; die Triebmenschen einschließlich der Süchtigen; die sexuellen Perversionen; die Phantasten und Abenteurer, die degenerativen Tie-Erkrankungen.

Ich habe alle diese verschiedenartigen Krankheitsbilder zu einer Gruppe zusammengefaßt, weil in den hierher gehörigen Krankheitsfällen, wenn man den Entwicklungsgang und den Lebenslauf während langer Zeiträume verfolgen kann, nur zu häufig in den einzelnen Krankheitsphasen bald diese, bald jene Komponente — bald ethische Defekte, bald sexuelle Perversionen, bald Zwangszustände, bald Triebhandlungen, bald Trunksucht, Morphinismus und Cocainismus — im Vordergrund steht.

Die Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder, ihre graduellen Abstufungen und die individuellen Ausgestaltungen verbieten, im Rahmen dieser Arbeit, eine erschöpfende Darstellung. Es mag nur darauf hingewiesen werden, daß bei dieser Gruppe die klinische Erblichkeitsforschung zuerst eingesetzt und deren Zusammengehörigkeit erwiesen hat.

Wir Psychiater müssen uns genugsam mit diesen unverbesserlichen Defektmenschen, diesen Schädlingen der menschlichen Gesellschaft abquälen, die begabt, aber haltlos und aller sittlichen Gefühlsreaktionen bar, lange Zeit auf der Grenzlinie zwischen strafrechtlicher Verantwortlichkeit und Strafunmündigkeit sich bewegen. Sie stranden entweder in Straf- oder in Irrenanstalten. Letzteres ist unzweifelhaft der Fall, wenn Alkoholismus, Morphinismus und Cocainismus, mit deren Krankheitsfolgen das Bild verunreinigen und den weiteren Verfall beschleunigen.

Ich eröffne den Reigen mit einer Krankenbeobachtung, die zur Rechtfertigung der vorstehenden Auffassung dienen kann und zugleich ein treffliches Beispiel für den Typus der höheren Degenerierten ist.

Fall 30: Bei der ersten Aufnahme 27 Jahre alt. Heredität: *Mutter* übertrieben empfindsam und „nervös“, ihr *Vater* an Dementia senilis in einer Irrenanstalt verstorben, ein *Mutters Bruder-Sohn*, ein „eigenartiger Mensch“, der in seinen Kreisen „eine etwas komische Rolle“ spielt.

Vorgesichte: Normale Entwicklung. Sehr guter Schüler. Abiturium. Schon als Schüler in unregelmäßigen Intervallen starke Alkoholexzesse. Sobald er auf eigenen Füßen stehen sollte, entgleiste er. Während seiner Studienzeit arbeitete er gar nicht, ließ sich nicht immer immatrikulieren, vertrank sein Geld oder gab es in leichtsinniger Gesellschaft aus. Mit 25 Jahren sechsmonatlicher Sanatoriumsaufenthalt, ohne Erfolg. Mit 26 Jahren ein Jahr lang in einer Trinkerheilstätte. Er wurde nach 2 Monaten wieder rückfällig und war dann vom 27. bis 30. Jahre in unserer Klinik. Alle Versuche, ihn außerhalb der Klinik wohnen zu lassen, scheiterten. In der Klinik ist er außerordentlich tüchtig und fleißig.

Er wird mit schriftlichen Arbeiten beschäftigt. Als im 30. Jahre der Versuch gewagt wurde, ihn zu entlassen, war er trotz seiner guten Gaben außerstande, irgendeine Tätigkeit ordnungsmäßig auszufüllen. Eine Kette leichtsinniger, direkt krimineller Handlungen kam in den nächsten 3 Jahren vor. Zum Beispiel: er läßt sich von einem Händler 7 goldene Ketten und 2 Brillantringe geben, versetzt sie oder hinterläßt sie im Wirtshaus als Pfand. Er fälscht Schneiderrechnungen.

Auffällig ist seine Kritiklosigkeit. Er muß sich doch selbst sagen, daß derartige Streiche bald ans Tageslicht kommen. Er versucht sich dann erst herauszulügen, gibt dann den Tatbestand ohne jede Scham und Reue zu. Im 33. Jahre Wiederaufnahme. Er war inzwischen entmündigt worden. Er ist der gleich tüchtige, gewandte und zuverlässige Arbeiter wie beim ersten Aufenthalt. Sein Vormund macht den letzten Versuch. Er nimmt ihn zu sich aufs Bureau. Dort beginnt der Patient bald wieder stark zu trinken. Die Mittel verschafft er sich in altgewohnter Weise. Erst versetzt er oder verkauft er zu Schleuderpreisen seine Anzüge, ebenso alte Erbstücke und Möbel. Dann fälscht er in raffinierter Weise Schecks und erhebt die Beträge bei der Bank. Er lag tagelang zu Bett, meldete sich beim Vormund krank, hatte dabei immer Kognak, Rum u. dgl. unter seinem Bette stehen. Er stahl auch die Kleider seines Vormundes, nachdem er dessen Kleiderschrank erbrochen hatte. Er verkaufte ein fremdes Klavier u. a. m. Er mußte deshalb wieder aufgenommen werden; führt sich tadellos in der Klinik. Jeder Versuch, ihm Freiheiten zu gewähren, in Form von Ausgängen, mißlingt; um Geld für Trinkexzesse zu erhalten, versucht er einen Einbruchsdiebstahl im Anstaltsbureau.

Epkrise: Belastung von Mutters Seite sehr wahrscheinlich, nicht genügend geklärt. Bei dem intellektuell über Mittelmaß gut veranlagten Menschen treten in der Pubertät (periodisch ?) auftretende Trinkexzesse in den Vordergrund, verbummelter, ethisch verkommener Trinker. Völliger sittlicher Zusammenbruch: Dieb, Fälscher.

Der vorstehenden Beobachtung reihe ich eine andere an, bei welcher der Mißbrauch narkotischer Mittel zeitweilig die ethisch defekte Grundlage überdeckt hat.

Fall 31: Bei der ersten Aufnahme 28 Jahre alt. Erblichkeit: Vater Säufer, liederlich. *Mutter:* auffallender Charakter, unverträglich, menschenscheu. Eine Schwester der Mutter Morphinistin, war 7 Jahre in einer Irrenanstalt, endete durch Suicid. Ein Bruder der Mutter arteriosklerotische Psychose. 7 Geschwister des Patienten in den ersten Lebensjahren verstorben. Ein Stiefbruder (von gleicher Mutter) „verunglückt“, ein Bruder „nervös“.

Vorgeschichte: Angeblich bis 1½ Jahre Krämpfe, guter Schüler mit leichter Auffassungsgabe, aber schon als Knabe leichtsinnig, verlogen. Wurde wegen Diebstahl und schlechter Streiche aus der Oberteria relegiert. Er lernte dann als Koch, öfterer Stellenwechsel, trank, verschleuderte sein Geld mit liederlichen Frauenzimmern, kam aus seinen Stellungen völlig abgerissen, von allen Mitteln entblößt dann nach Hause. Schon mit 15 Jahren Gonorrhöe, wahrscheinlich auch Lues. Später wurde Zucker im Urin gefunden. Er ging als Schiffskoch ins Ausland; angeblich nach Sonnenstich Morphingebrauch. Im Morphinrausch ein erster „psychischer Aufregungszustand“ und Beobachtung in einer Irrenanstalt. Unsinniges Schuldenmachen. Mit 20 Jahren Soldat. Damals ein als Epilepsie aufgefaßter Anfall. Er brach zusammen, wurde bewußtlos aufgefunden und ins Lazarett gebracht. 14 Tage später erneuter Krampfanfall, wurde wegen Epilepsie vom Militär entlassen. 1½ Jahre später: „Wutanfall“ mit nachfolgendem epileptischem Anfall. Später nie mehr solche Anfälle. Er war inzwischen regelrechter Morphinist und Cocainist geworden. Die Mittel bekam er von einer Krankenschwester, die er schwängerte und später heiratete. Er war verschiedene Male in Krankenhäusern wegen Morphinismus.

In unserer Klinik war er zwölftmal. Zwischen der ersten und der zweiten Aufnahme liegt ein Zwischenraum von fast 6 Jahren. Bei der ersten Aufnahme überreicht er dem Arzt gefälschte Rezepte. Er war ein hochfahrender lügenhafter

Mann, sehr reizbar, ohne jede Selbstkritik. Er versuchte sich in verschiedenen Berufen und wurde immer zu uns in die Klinik zurückgebracht wegen Alkohol-, Morphium- und Cocainmißbrauch. Er verfiel in delirante Zustände mit Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen. Er erholte sich immer auffallend rasch. Solange er nicht trank und spritzte, war er ein vorzüglicher Arbeiter. Einmal, im Kognak- und Cocainrausch auf dem Marktplatz ein „Tobsuchtsanfall“ und daran anschließend ein Selbstmordversuch (Öffnen der Pulsadern). Ein anderes Mal wurde er eingeliefert in halluzinatorisch-ängstlicher Erregung. Seit dem 32. Jahre war er 4 Jahre bei uns interniert. Er war technisch sehr begabt, wurde im histologischen Laboratorium beschäftigt, beherrschte bald alle Färbungsmethoden und brachte sehr brauchbare Verbesserungen an mehreren Methoden an. Er arbeitete aber nur gut und zuverlässig, solange er unter strengster Kontrolle stand. Im übrigen ein Gesinnungslump, verlogen. Er stahl auch in der Klinik in raffiniertester Weise Opiumpulver und geriet bei ihrem Gebrauche in einen halluzinatorischen Erregungszustand, der nach Entdeckung der Ursache rasch abklang. In der Folge erlangte er wegen seiner technischen Fertigkeiten eine glänzende Stellung auswärts. 3 Jahre hielt er sich, kam dann aber wieder in elendem verfallenem Zustande zu uns; er mußte aber immer wieder nach kurzer Zeit entlassen werden, wenn er sich nach Entziehungskuren erholt hatte. Er war unter anderem auswärts Anatomiediener und Oberwärter in einem Privatsanatorium! Dort hatte er die Hausapotheke unter sich, die er in ausgiebigster Weise für sich verwandte. Schwerer halluzinatorischer Erregungszustand war die Folge. Als er in unsere Klinik wieder eingeliefert wurde, stellte es sich heraus, daß er eine unglaubliche Schuldenmasse kontrahiert hatte; in seiner moralischen Verkommenheit hatte er Kassen bestohlen. Er war längere Zeit eifrigstes Mitglied eines Abstinenzvereins gewesen, genoß dort eine Vertrauensstellung, hielt öffentliche Vorträge über Volksgesundheitsfragen!

Es stellte sich dann heraus, daß er Urkunden gefälscht und Unterschlagungen begangen hatte. Er sank immer tiefer. Im ersten Kriegsjahr betrank er sich einmal unmäßig mit Schnaps, der als Liebesgabe ins Feld gehen sollte. Er wurde entmündigt. In der Anstalt fielen sein Zynismus, seine phantastische Renommiersucht und seine schwindelhaften Manöver, um sich Geld zu verschaffen, unlösbar auf. Seine Entmündigung begrüßte er, da sie ihn von seinen Gläubigern befreie! Auffallenderweise ist er trotz seiner liederlichen Lebensführung und des jahrelangen Mißbrauchs narkotischer Mittel geistig ganz intakt geblieben. Er ist auch musikalisch begabt, hatte mehrere Liederkompositionen verfaßt, die veröffentlicht sind. Trefflicher Photograph. Im Entmündigungsgutachten ist ausdrücklich hervorgehoben, daß er ein über Durchschnitt begabter Mensch sei: „er verfügt neben einem scharfen Verstand über eine sehr rasche Auffassungsgabe, die ihm gestattet, sich in die mannigfachsten Berufe und Lebensstellungen einzuarbeiten; auf einzelnen technischen Gebieten hat er sogar Entdeckungen gemacht. . . . Seine sittlichen Mängel, die seit der frühen Kindheit hervorgetreten waren, sind durch den chronischen Mißbrauch narkotischer Substanzen zu voller Entwicklung gebracht. . . . Es liegt ein psychischer Defektzustand vor, der im Sinne des Gesetzes als Geistesschwäche zu bezeichnen ist.“

Epikrise: Erbliche Belastung und Behaftung, ethisch degenerative Persönlichkeit; Mißverhältnis zwischen hoher intellektueller Veranlagung und Entwicklung einerseits und völliger Verkümmерung aller altruistisch sittlichen Gefühlsreaktionen andererseits. Intoxikationspsychosen durch Alkohol-Morphium-Cocain-Abusus. Vereinzelte epileptische (zum Teil affekt-epileptische) Anfälle. Völlige Verkommenheit. Nach neueren Mitteilungen ist der Patient schließlich an Lungentuberkulose zugrunde gegangen.

Eine dritte Beobachtung gibt uns ein gutes Bild einer Vielfältigkeit der zugrunde liegenden konstitutionellen Anomalien, eine eigentümliche Mischung hysteropathischer, vielleicht auch epileptoider und sensitiv-paranoider Elemente mit Zwangszuständen und Triebhandlungen. Es entsteht dadurch ein schwer zu enträtselndes Krankheitsbild, das bei der kurzen Beobachtungsdauer und bei der zweifelhaften Glaubwürdigkeit des Patienten nicht restlos geklärt werden konnte. Seine Angaben über den Reisedrang wurden durch Erhebungen nachgeprüft und als den Tatsachen entsprechend nachgewiesen.

Fall 32: Bei der Aufnahme 29 Jahre alt. Heredität: Ein Bruder Epileptiker, „die ganze Familie ist hochgradig nervös“. als Kind körperlich und geistig gut entwickelt. Bettnässen bis zum 12. Lebensjahr. Weiche Natur „bei Aufregungen stockte das Herz, ich zitterte am ganzen Körper“. Las er über Krankheiten, so fühlte er sie selbst. Vom 17. bis 20. Jahre stark getrunken. Später sehr wenig, „da ich nichts vertrug“. Mit 22 Jahren Soldat, unverträglich, arrogant, unbeliebt. Sehr wechselnde Stimmung, einmal ausgelassen heiter, dann wieder deprimiert. Suicidgedanken („ich wollte mich erschießen“). Einmal auf der Wachtstube ein theatralischer Versuch, sich mit dem Seitengewehr zu erstechen; er kam damals zur Beobachtung auf eine psychiatrische Station. Dortige Diagnose: „Hysteropathische Konstitution, Aggravationen, fast beständige Tachykardie. Aus dem dortigen Krankenblatt: Unzufriedener, anmaßender Mensch mit höchst labiler Stimmung ... machte einen Selbstmordversuch (Erhängen: er wurde noch rechtzeitig abgeschnitten). Körperlich bot er ausgesprochene halbseitige Störungen der Berührungs- und Schmerzempfindungen.“ Vom Militär entlassen arbeitete er als Techniker; öfterer Stellenwechsel, litt an Schwindelanfällen und Migränezuständen von halb- bis zweistündiger Dauer. Er stand oft „unter einem Zwang“, machte dann „wie im Traum Reisen“. Aus seinem von ihm verfaßten Lebenslauf: „Sehr gute Stellungen habe ich bekleidet, trotzdem wechselte tagelanges Hungern mit wahnsinnigsten Geldverschwendungen ab. Nicht daß ich am flotten Leben Freude fand. Ich mußte, und wenn ich mich noch so dagegen sträubte. . . . Kaum war ich 3—4 Wochen in Stellung, dann mußte ich nach Hause reisen, um wenigstens den Heimatort zu sehen. . . . Ich kam ans Elternhaus, lief wie ein Dieb um das Haus, um dann elend und zerschlagen mit dem nächsten Zuge nach meinem Wohnort zurückzufahren. . . . Ich war tatsächlich bald mehr auf der Bahn wie in meiner Wohnung. . . . Streckenlänge spielte keine Rolle. . . . War oft für Bekannte verschollen.“ Zeitweilig arbeitete er ordentlich, war aber innerlich ruhelos. „Nur immer arbeiten, nicht zur Ruhe kommen, nicht grübeln.“ „Sobald mein Elternhaus mir in den Sinn kam, war es um mich geschehen.“ Seine planlosen Reisen führten ihn kreuz und quer durch Deutschland und bis nach Holland. . . . „Ich hatte einmal einen nie zuvor bekannten Trieb nach Blutverlust und zerschnitt mir in kurzer Zeit meine beiden Unterarme“ (Narben vorhanden!). Auf einer seiner Irrfahrten wurde er festgenommen, von seinen Eltern abgeholt und in eine Diakonissenanstalt verbracht. Dort Erholung und für ziemlich lange Zeit Ruhe. Dann wieder Rückschlag: Heftigste Kopfschmerzen, starke innere Unruhe, Unlust zu allem, Reisedrang. Kam deshalb freiwillig in unsere Nervenklinik. Bei der Aufnahme gab er in Ergänzung der schriftlichen Anamnese noch an: „Von Jugend auf bin ich von Zwangsgedanken gequält, ich mußte nachsehen, ob ein Streichholz aus sei; als ich eine Nadel fallen ließ, mußte ich nachts wiederholt aufstehen und sie suchen, weil ich mir Gedanken machte, die ich selbst für grundlos erkannte, es könne jemand über sie fallen.“ Körperlich bot er die gleichen Zeichen, die in dem oben erwähnten Krankenblatt angegeben

wurden. Tachykardie, halbseitige Hyperalgesien und Hyperästhesien, dazu aber ein starker Tic in beiden Musculi orbicularis und im linken Mundwinkel. Psychisch reizbar, dauernde Selbstbeobachtung, belästigte mit seinen Krankheitsklagen die Mitkranke, lief, als ihm dies untersagt wurde, beleidigt weg; er kam reumütig wieder, verließ aber die Klinik nach 8 Tagen, da er sonst seine Stelle verliere. 3 Monate später kehrte er zu uns zurück. Er will in der Zwischenzeit ständig Kopfschmerzen gehabt haben, die einmal nach Nasenbluten besser gewesen seien; „ich brütete viel vor mich hin, hatte keine Lust zur Arbeit, ich wußte oft gar nicht, was ich tat.“ . . . „Ich war heftig, konfus. Ich verkehrte mit keinem meiner Mitarbeiter, ich bin nicht für geistlose Witze und das können die nicht vertragen.“ Einmal während des klinischen Aufenthaltes ein Ohnmachtsanfall beim Husten. Bei Gemütsbewegungen (Besuch seiner Frau) Schluchzen und Schütteln des ganzen Körpers. Öfters auch theatralisch anmutende Affektentladungen. Anfrage der Staatsanwaltschaft, wann der Mann eine dreiwöchentliche Haftstrafe antreten könne. Als ihm dies mitgeteilt wird, gerät er in heftige Erregung, kramphaftes Schluchzen, „hysterisches Gebahren extremster Art“. Will nicht durch die „Verbrecherbrille“ angesehen werden. Entfernte sich heimlich aus der Nervenklinik. Weitere Schicksale unbekannt.

Epikrise: Degenerative hysteropathische Konstitution, Zwangsnervotiker, poriomanische Zustände, zum Teil traumhafter Art, zum Teil zwangsmäßig bei vollem Bewußtsein.

Die nachstehende Krankenbeobachtung zeigt ein ganz anderes Bild.

Fall 33: Bei der Aufnahme 19 Jahre alt. Über erbliche Belastung ist in dem Einweisungsbericht nur angegeben: „stark erblich belastet“.

Vorgeschichte: Von Kind auf sehr zart, geistig gut veranlagt, dabei wenig fleißig und nicht konsequent in seinen Arbeiten. Von früher Jugend an dichterische Neigungen, sehr eitel, putzsüchtig, großsprecherisch. Von frühesten Jahren an fiel seine überwiegende Phantasietätigkeit auf, die ihn zu lügenhaften Angaben verleitete. Seit dem 13. Jahre Steigerung seiner „überschwänglichen“ Phantasie. Er vernachlässigte seine Schularbeiten, musizierte stundenlang, improvisierte mit großem Geschick Erzählungen. Er war sehr fröhlich, dichtete viel, träumte vor sich hin und schwärzte in den Wäldern herum. Er fiel dann im Beginn des 19. Jahres durch unsinnige Geldausgaben auf, kaufte Diamantring und Diamantnadel, Odeurs, Schminken, Dutzende von Kragen und Wäschearikel. „Seine Putzsucht kannte keine Grenzen mehr.“ Zunehmende Reizbarkeit und Heftigkeit. Er fing an, fingierte Korrespondenzen zu führen, z. B. einen Briefwechsel mit einer „Gräfin“. Sie nannte ihn, in den von *ihm* verfaßten Briefen, Liebling, Günstling. Er bestellte sich Kartons voller Briefbogen und Kuverts mit der Grafenkrone. Er schickte sich selbst Telegramme aus verschiedensten Städten, die von fingierten Regisseuren an ihn gerichtet waren und Glückwünsche für Theatererfolge enthielten. Die Dramen, zu denen er beglückwünscht wurde, hat er nie geschrieben! Ein andermal bestellte er zwei Lorbeerkränze, über die er seinen Freunden angab, daß er sie für seine Erfolge erhalten habe. Er bewahrte einzelne leere Blätter in Kuverts verschlossen sorgfältig auf, „als Andenken für alle an seinen ersten Ruhm“. Man fand später unter seinen zahllosen Schreibereien Stöße von Papier mit allen möglichen Kritzeleien, unter anderem ein Blatt, welches mit drei Namen bedeckt war: Goethe, Schiller und seinem Namen. Er gab in Geschäften Pakete ab mit der Bitte „wegen des bedeutenden Inhaltes“ sie sorgfältig aufzubewahren. Ein indiskreter Mann öffnete ein Paket und fand ein Butterbrot darin! Er dedizierte sich das Bild einer Fürstlichkeit und schrieb sich selbst eine Widmung mit dem fürstlichen Namenszug darunter. Dies alles verschlang viel Geld, besonders da er freigebig Soupers veranstaltete, in denen er

sich als berühmten Dramaturgen huldigen ließ. Er borgte erhebliche Summen, was ihm dadurch gelang, daß er auf seine großen Einnahmen aus seinen Dramen und dichterischen Werken hinwies. Wegen dieser Schwindleien kam er zur Beobachtung in unsere Klinik. Bei der körperlichen Untersuchung: einseitige Schmerzdruckpunkte mit ausgesprochenen hysterischen, motorischen Reaktionen. Psychisch bot er das Bild eines komödiantenhaften Phantasten. Er schrieb eine Autobiographie, in der Wahrheit und Dichtung kaum zu unterscheiden waren. Er klagt darin über ein schweres Krankheitsbewußtsein, das ihm erst in den letzten Tagen klar geworden sei, sowie über eine allgemeine körperliche und geistige Aspannung. Er klagte über große Willensschwäche; die oben nur im Auszug geschilderten Vorgänge führt er auf ein Stadium „geistiger Übererregbarkeit“ zurück, deren krankhafte Natur er erst jetzt erkannt habe. „Schon vor etwa einem halben Jahre muß es gewesen sein, daß ich anfing, meinen eigenen Gedanken nachzuhängen, sie flossen mir in einer Weise zu, wie ich es vorher nie gekannt habe. . . . Meine Phantasie führte mich in Gebiete, die mir früher ganz verschlossen waren, und ich begann damals fieberhaft zu dichten. Es entwickelte sich bei mir ein eigentliches traumhaftes Innenleben, in dem meine eigene Person stets in verklärter und erhöhter Gestalt im Mittelpunkt bedeutender Menschen stand, als deren Günstling ich mich bewegte. . . . Ich träumte mich in ganz phantastische, oft direkt absurde und mit der Wirklichkeit in krassem Kontraste stehende Situationen hinein. . . . Das, was ich erst nur gedacht und gehofft hatte, wurde mir im Traume zur Wirklichkeit. . . . Solche Träume umfingen mich oft mehrere Male am Tage. . . . Jede hemmende Kontrastvorstellung hatte ihre Kraft verloren; es tauchte wohl hin und wieder der Gedanke auf, daß das alles nur Traum sei, aber ich konnte oder vielmehr ich wollte den Gedanken nicht fassen und festhalten und er verflog im Nu. . . . Schließlich war ich so der Sklave meiner Phantasie geworden, daß ich Traum und Wirklichkeit verwob, daß ich meine Träume für Wirklichkeit hielt. . . . Daraus muß ich die unsinnigen Handlungen ableiten, die mir erst in den letzten Tagen, seitdem man mich gewaltsam aus meiner Verwirrung herausgerissen hat, alle bewußt geworden sind.“ Tatsächlich war nur, daß vor dem Einsetzen des krankhaften Zustandes ein Märchenstück von ihm verfaßt worden war; er hatte sich mit dem Gedanken getragen, das Stück an eine große Theateragentur zu schicken. Während der ersten Tage seines Aufenthaltes in der Klinik schlief er schwer ein, er fiel dann aber in einen lethargischen tiefen Schlaf, aus dem er früh kaum zu erwecken war. Auch am Tage machte er manchmal einen leicht somnolenten Eindruck, klagte im übrigen über Kopfdruck, Abgeschlagenheit; seine Stimmung war gedrückt, fast verzweifelt. In der 4. Nacht erging er sich wieder in ähnlichen Traumbildern wie früher, glaubte wieder, sein Stück wäre an einem großen Hotheater aufgeführt worden. Am 8. Tage Umschlag der Stimmung: heiter, selbstbewußt; bei der Visite fragte er den Arzt, ob er wirklich schon vorher bei ihm gewesen sei und ihm die Entlassung angesagt habe. Als dies verneint wurde, sagte er entschuldigend: „Es war ein plötzlicher Einfall.“ 2 Tage darauf wieder Umschlag der Stimmung: Depression, Angstgefühle, Gedankenleere. Aus späteren Aufzeichnungen: einmal klagt er über merkwürdige Lichterscheinungen bei geschlossenen Augen (Schneeflockenfall, Sternenregen), schwarze Schatten, die in der Ferne größer werden; aber auch im Wachen erscheinen alle Gegenstände ihm wie verkleinert, oder: es tauchen im Gesichtsfelde einzelne Zahlenreihen mit sinnlicher Lebhaftigkeit auf. Nach dem Mittagsschlaf ist er noch einige Zeit in einer traumhaften Befangenheit: er will einen Brief von einer Tante mit bestimmten Aufforderungen erhalten haben; als der Brief nicht gefunden wird, erkennt er diese Vorstellung als Phantasieprodukt. Einmal nachts: Er steht aus dem Bette auf, schaut vergeistert nach der Zimmerdecke, läuft an die Türe, reagiert nicht auf Anrufe, wird zu Bett gebracht. Am Morgen absolute Amnesie.

Allmähliche Erholung; er beschäftigte sich mit dichterischen Arbeiten. Auch nach dem Nachlassen der hystero-somnambulen Episoden machte er den Eindruck eines haltlosen Menschen und neigte zu kleinen Lügen. Ließ man ihm mehr Bewegungsfreiheit, so wurde er lässig in seiner Arbeit; er war sehr anspruchsvoll und großsprecherisch. Er neigte zu größeren, seine Verhältnisse übersteigenden Geldausgaben. Nach der Entlassung vollendete er unter strenger Aufsicht sein Schulstudium. Er ist immer ein „nervöser“ affekt-labiler Phantastiker geblieben mit der Neigung zu impulsiven Handlungen, er füllt aber seinen Beruf gut aus und ist bis heute — nach 20 Jahren — nie wieder in einen ausgeprägt krankhaften Zustand verfallen.

Epikrise: Erbliche Belastung, hysteropathische Konstitution, exzessive Phantasiewucherungen, die zu phantastisch erlebten und wohl auch geglaubten Situationsfälschungen führten, in denen Hoffnungen und Wünsche sich erfüllten und zu sinnlosen Handlungen, zum Teil kriminellen Charakters, führten. Hystero-somnambule Episoden, manisch-depressive Zwischenglieder von kurzer Dauer. Relative Heilung. Keine Rückfälle.

Diese vierte Beobachtung gewinnt dadurch ein besonderes Interesse, daß mit Ausreifung der Persönlichkeit ein jugendliches Satyrspiel ein gutes Ende nimmt. Ein lebensuntüchtiger Phantast wird ein nützliches Mitglied der menschlichen Gesellschaft.

Auf dieses Ausreifen von in der Jugend schwer gefährdeter und auch ethisch entgleister Psychopathen hatte *Th. Meynert* in seinen klinischen Demonstrationen eindringlich hingewiesen. Er warnte uns Anfänger immer davor, dumme Jungenstreiche, die selbst in kriminellen Handlungen gipfelten, sofort als Kennzeichen eines Dauerdefektes auf ethischem Gebiete zu erklären. Als ich aushilfsweise auf seiner Klinik eine Assistenstellenstelle vertrat, hörte ich von ihm bei der Beurteilung eines hierher gehörigen Krankheitsfalles: „Dieses Lämpchen kann noch ganz gut werden; man darf nicht voreilig über ihn den Stab brechen, warten wir seine weitere Entwicklung ab, die Hauptsache ist, daß er ein ganz begabter Junge ist.“ Meine eigenen Erfahrungen bewegen sich in gleicher Richtung. Ich erwähne hier nur einen frühreifen Großstadtengel (Gymnasiast von 16 Jahren), der neben anderen bösen Streichen ein Perlenhalsband seiner Mutter entwendet und versetzt hatte. Er stammte aus einer erblich belasteten Familie mütterlicherseits, ein Bruder von ihm war schwachsinnig, er selbst intellektuell sehr begabt.

Er war zur Feststellung seines Geisteszustandes einer Privatanstalt überwiesen, wo ich als Sachverständiger zugezogen wurde. Es war ein eigentlich ethisch stumpfer, trotziger Junge, der hinsichtlich seiner Kenntnisse und geistigen Fähigkeiten nichts Auffälliges darbot. In den Kinderjahren hatte er an Zwangszuständen gelitten, zur Zeit bestand noch ein pathologischer Waschdrang. Nach Jahren bin ich ihm als gereiftem Manne wieder begegnet, er war in geachteter Stellung und sprach sich mir gegenüber ganz rückhaltlos über seine damaligen „Eseleien“ aus.

Für das weite Gebiet der sexuellen Verirrungen halte ich die Mitteilung von weiteren Krankenbeobachtungen in dieser Abhandlung für überflüssig; denn die reiche — fast überreiche — Literatur über die Sexualprobleme hat eine Fülle von hierher gehörigen „Krankengeschichten“ beigebracht. Fast überall in der neuerlichen Behandlung dieser Fragen tritt der Grundgedanke hervor, daß die konträre und perverse Sexualbetätigung durchweg auf einer krankhaften Veranlagung beruhe. Diese Annahme ist aber nur für einen Teil der Fälle zutreffend, zu denen die kongenital-homosexuell veranlagten („Urninge“) und wohl auch die Mehrzahl der Sadisten, Masochisten und Fetischisten gehören. Bei der Kategorie der Lustmörder handelt es sich ebenfalls in der Mehrzahl der Fälle um ethisch und intellektuell defekte Individuen. Hinsichtlich der Urninge soll noch darauf hingewiesen werden, daß die hyperästhetische Gruppe die Annahme einer krankhaften Veranlagung meist aufs heftigste bestreitet. In der Autobiographie eines von mir gerichtsärztlich begutachteten Falles rühmt sich der Verfasser, einer feineren, höher stehenden Menschenspezies anzugehören, die die niedrigen Sexualinstinkte des gewöhnlichen Menschen in die „sublimierte“ Form der Paidophilie emporgehoben hätte. Diese Fragen haben für uns Psychiater solange nur ein naturhistorisches Interesse, als wir nicht durch das Strafgesetz gezwungen sind, ein Urteil über die strafrechtliche Verantwortlichkeit eines Angeschuldigten abzugeben. Überall dort, wo uns der Nachweis gelingt, daß die sexuellen Aberrationen nur Teilerscheinungen schwerer, auch durch andere Merkmale erkennbarer konstitutioneller, degenerativer Psychopathien sind, wird der Arzt zum mindesten auf die krankhafte Genese dieser Handlungen aufmerksam machen müssen. Freilich wird dem Richter, unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit, das Endurteil über die Strafbarkeit im Einzelfalle zufallen. Daß all die Fälle von Fetischismus, Exhibitionismus und dergleichen, bei denen ausgesprochene Psychosen — es sei hier nur an die epileptischen und hysterischen Dämmerzustände und die Imbezilität erinnert — vorliegen, unter den Schutz des § 51 St. GB. fallen, bedarf keiner weiteren Ausführungen. Viel schwieriger werden die Fälle — ich habe vor allem den Exhibitionismus im Auge — bei denen irgendwelche erkennbaren Zeichen eines seelisch krankhaften Zustandes nicht auffindbar sind. Hier wird man den Standpunkt festhalten müssen, daß die sexuelle Handlung an sich — sie mag noch so widersinnig erscheinen — den Schluß auf eine geistige Erkrankung des Täters nicht gestattet. Es gilt dies vor allem für jene Leute, die sich bisexuell betätigen. Jeder erfahrene Arzt, zumal wenn er in der Völkerpsychologie Umschau gehalten hat, kennt die Wirrnisse, die erhöhter Reizhunger, Jugend-erlebnisse, Verführungen und Gewohnungen im Sexualleben herbeiführen können, ohne daß an der geistigen Integrität des Trägers einer abnormen Sexualbetätigung ein Zweifel erhoben werden kann. Soweit

ich „Bisexuelle“ zu beurteilen in der Lage war, habe ich in ihnen nur sexuell hoch- oder überzüchtete Menschen erblicken können und dies besonders dann, wenn die geschlechtliche Betätigung nach beiden Seiten hin erst im reiferen Mannesalter aufgetreten war. Es sind mir hier Familienväter mit zahlreichen Kindern begegnet. Alle Bemängelungen ihrer geschlechtlichen Verirrungen, die aus dem biologisch-anthropologischen Rüstzeug von ihren übereifigen Verteidigern hergeholt werden, können der nüchternen Tatsache nicht standhalten, daß sinkende physische Leistungsfähigkeit, bei gleichbleibender psycho-sexueller Erregbarkeit den Antrieb zu ihren Handlungen gegeben haben. Treten sexuelle Delikte dem Gerichtsarzt bei Individuen entgegen, die erst im Greisenalter solche begangen haben, so wird unschwer zu erweisen sein, daß eine senile Demenz vorliegt.

Es erübrigt noch, einen Blick auf die *Triebmenschen* zu werfen. Der Poriomanie sind wir als Teilerscheinung schon in der Beobachtung Nr. 32 begegnet. Aus diesem viel bearbeiteten Gebiete sollen nur zwei Fälle, die ein besonderes Interesse erwecken können, hier in Kürze angeführt werden:

Fall 34: 40jähriger Mann. Feinsinnige Gelehrtennatur, hoch, wenn auch einseitig begabt, immer empfindlich und empfindsam, scheu zurückgezogen. Erblichkeitsfaktoren nicht genau bekannt, da der Patient Auskünfte verweigerte. Seit den Studentenjahren — jährlich in unregelmäßigen Zwischenräumen 2—3mal wiederkehrend — plötzlicher Drang, wegzulaufen, alles im Stiche zu lassen. „Nur, ohne sich zu besinnen, fort.“ Er lief dann meist abends weg, die Nacht hindurch, landete in irgendeinem Dorfwirtshaus, aß und trank dort und „weiter ging es“. So irrte er 3—5 Tage herum, trank dabei sehr viel und alles durcheinander. „Eigentlich war mir Schnaps ekelhaft, ich mußte aber trinken.“ Er strandete mittellos in irgendeiner Spelunke. Er war dann niedergeschlagen, trostlos, daß er wieder seinem Dämon verfallen gewesen sei und half sich nach Hause. Zu anderen Malen wurde er wegen Zechprellerei verhaftet; ich habe ihn wiederholt durch mein persönliches Eingreifen aus dem Polizeigefängnis befreit. Patient hatte volle Erinnerung an alle Vorgänge während seiner Attacken. Ich habe ihn 10 Jahre lang ärztlich beraten, gelegentlich gelang es, die Anfälle zu coupieren; seine sehr vernünftige Frau bemerkte, daß der stille sanfte Mann reizbar, mißmutig wurde, viel in seinem Arbeitszimmer auf und ab lief und keine Sammlung zur Arbeit mehr hatte. Sie benachrichtigte mich; ich ließ den Patienten Betttruhe für 2—3 Tage halten und ihm Pantopon in kleinen Dosen injizieren. Sobald er wieder schlafen konnte, war die Tendenz, wegzulaufen, geschwunden. Zu anderen Malen brannte er uns durch und das Unheil vollzog sich. Er beging Selbstmord, als er irrtümlich glaubte, daß er wegen Zechprellerei und Hausfriedensbruch gerichtlich bestraft werde und damit seine „soziale Ächtung“ vollzogen sei. Ich habe oft mit dem Patienten retrospektiv nach den Anfällen gesprochen und nach den psychischen Quellen geforscht. Er gab immer an: „Ich werde unruhig, meine geistige Konzentration erlahmt, mich beherrscht nur der Gedanke: fort.“

Epikrise: Sensitive Charakterveranlagung, seit der Pubertät poriomanisch-dipsomanische Anfälle, ohne Bewußtseinsstörungen. Keine epileptischen Antesedenzien.

Ich füge hier zum Schluß im Auszug die Krankengeschichte eines Brüderpaars noch an, bei welchen die Gleichartigkeit des degenerativ-konstitutionellen Typus — gesteigertes Triebleben — beim Vater und zwei Söhnen vorliegt. Während beim Vater außer einer krankhaften Affekterregbarkeit (gemischt zornig-depressive Zustände) und Migräne, die den Verdacht auf eine epileptoide Konstitution erwecken müssen, sich nur die poriomanischen Zustände vorfinden, liegt beim älteren Sohne ein komplizierteres Krankheitsbild vor: In der Kindheit Anfälle, die wohl als affekt-epileptische zu deuten sind, sodann ethische Defekte, bei guter Intelligenz, später, nach Einsetzen der Pubertät cyclisch manisch-depressive Zustände und die Poriomanie. Der ethisch gleichgeartete jüngere Sohn ist debil. Ein dritter Sohn (noch in der Kindheit stehend) ist ebenfalls in seiner geistigen Entwicklung zum mindesten retardiert und mit ticartigen Zuständen behaftet. Sehr lehrreich ist, daß bei dem Vater im reifen Mannesalter die poriomanischen Zustände vollständig verschwunden sind.

Fall 35: Erblichkeit: *Vater* außerordentlich jähzornig, als Schuhmacherlehrling erstmals Neigung zum Fortlaufen. Er war tagelang verschwunden, legte zu Fuß weite Strecken zurück, bei dem dritten poriomanischen Schube lief er zu Fuß bis Hamburg, fuhr zu Schiff nach England, von dort als blinder Passagier nach Belgien, wird polizeilich aufgegriffen und nach Hause abgeschoben. War oft verstimmt, machte einmal einen mißglückten Versuch, sich zu erhängen. Auch später ruhelos, abenteuerlustig, wurde Fremdenlegionär, war als solcher in Nordafrika und Tonking. Nach 7 Jahren desertierte er und kam glücklich nach Deutschland zurück. Er war ein ruhiger, ordentlicher Mensch geworden, der redlich als Schuhmacher seinen Lebensunterhalt erworb; er leidet öfters an Migräneanfällen und Verstimmungszuständen, die er durch das traurige Schicksal seiner Söhne erklärt. Er muß gegen Lebensüberdruß ankämpfen.

Mutter gesund, deren Vater an Gehirnerweichung in auswärtiger Anstalt verstorben. Von den 5 Kindern sind 2 Schwestern gesund, der jüngste Bruder kann mit 2½ Jahren weder sprechen noch gehen, hat „Zuckungen“ im Gesicht und in den Gliedern.

Der ältere Junge bei der ersten Aufnahme 13 Jahre alt.

Vorgesichte: Mit 3 Jahren Nervenfieber (hohes Fieber, Erbrechen, Durchfälle), aber schon vorher, seit dem 2. Lebensjahr bei Gemütsaufregungen Anfälle: Er fiel um, sah weiß aus „wie eine Wand“, „streckte Arme und Beine“. Dauer einige Minuten, dann kam er wieder zu sich, kein Zungenbiß, kein Einnässen, kein nachfolgender Schlaf. Anfälle verloren sich mit 6 Jahren. Guter Schüler, sehr leicht gelernt. Schon mit 6 Jahren kleine Diebstähle, lief tagelang grundlos fort, strolchte herum; stahl gemeinsam mit einem Vetter (von Mutters Seite) Geld, schwänzte die Schule. Im 11. Jahre sprang er auf der Flucht vor dem Schuldienst in die Hochwasser führende Saale und schwamm hindurch. Sonst war er gutmütig, kein Tierquäler, keine Bosheiten. Er führte sich dann 2 Jahre ordentlich; dann neue Strolchfahrten, Diebstähle, Einbrüche. Wird zur Beobachtung der Klinik überwiesen. Körperlich bot er, außer sehr lebhaften Reflexen, nichts Bemerkenswertes. Intelligenz und Kenntnisse gut, völlig geordnetes Verhalten. Über das Weglaufen gibt er an: „Es kommt plötzlich über mich, wenn mir ein Gedanke kommt, so führe ich ihn aus, das ist aber nur an einzelnen Tagen so.“ Zuletzt wollte er von Hamburg aus zur See. „Das Geld habe ich genommen, weil ich es zur Reise brauchte.“ In der Klinik bei monatelangem Aufenthalt

ruhig, bescheiden, aber plötzlich, ohne Vorboten, eine Triebhandlung: Klettert im Hemd vom Dachboden aus aufs Dach und kann nur mit vieler Mühe heruntergeholt werden. Ein zweiter, gleichartiger Fluchtversuch wenige Wochen später. Er war dann kurze Zeit zu Hause, wurde aber wieder gebracht; er war als Gärtnerlehrling eingestellt, war sehr geschickt, unterschlug aber schon nach 8 Tagen Geld und trieb sich tagelang herum, bis er aufgegriffen und zu den Eltern gebracht wurde. Bald darauf unter Mitnahme der Uhr seines Vaters wieder durchgebrannt, vagabundierte, versetzte die Uhr, nächtete im Freien. Als er aufgegriffen wurde, fand man bei ihm reichliche Indianerlektüre. Er blieb dann zu Hause eingesperrt, bis er wieder der Klinik überwiesen wurde. Anfangs ruhig und brav. Nach 20 Tagen plötzlicher Ausbruch eines typisch-maniakalischen Erregungszustandes: Lachte, sang den ganzen Tag, steckte voller Torheiten und Neckereien. Dauer 12 Tage, dann plötzlich ruhig, auffallend still, in sich gekehrt, saß müde umher, allmähliche Erholung. Ein zweiter, gleichartiger maniakalischer Zustand von dreiwöchentlicher Dauer erfolgte kurz darauf wieder. Dann hatte er eine gute Periode von 2 Monaten. Er entwich nachher, ohne daß ein Erregungszustand bemerkbar geworden war, vagabundierte, schlief in einem Möbelwagen und wurde uns von der Polizei wieder zugeführt. In der Klinik neuer maniakalischer Zustand mit heftiger tobsüchtiger Erregung und Zerstörungsdrang, ihm nachfolgend depressiv. Diese manisch-depressiven Zustände, unterbrochen von ruhigen Zeiten und von poriomanischen Attacken wiederholten sich in der Folge unaufhörlich. Er wurde in eine Pflegeanstalt überführt und von dort später entlassen, da er sich gut gehalten hatte. Er ging mit Einwilligung des Vaters zur See, führte sich als Schiffsjunge sehr gut, schrieb nette Briefe nach Hause. Bei einem Besuch im Elternhause begeht er einen Einbruchsdiebstahl: „Es sei wieder so über ihn gekommen.“ Sonst völlig klar, geordnet, manierlich.

Der 2 Jahre jüngere Bruder war sein Ebenbild, soweit die poriomanischen Antriebe, das Herumstrolchen und die Diebereien in Frage stehen, nur war er intellektuell geringer begabt, faul, teilnahmslos in der Schule. Bei der Aufnahme in die Klinik im 11. Jahre war bei eingehender und wiederholter Intelligenzprüfung kein ausgesprochener Defekt erkennbar. Im Anfang war er freundlich, zutraulich, half bei der Hausarbeit mit. Einmal, nach einem Konflikt mit dem Pfleger, heftigste, zornige Erregung, drohte, diesen mit einem Stein zu erschlagen, war kaum zu bändigen. Öfters kleine Unarten und Rüpeleien. Alle Versuche, ihn draußen zu lassen und erzieherisch zu beeinflussen, schlugen fehl; Weglaufen, Diebstähle, Unterschlagungen wiederholten sich stets. Er wurde immer wieder zu uns zurückgebracht. Manisch-depressive Zustände traten bei monatelangen Aufenthalten in der Klinik niemals auf. Die Eltern, des ewigen Kummers und der Schande müde, zogen aus Jena fort und nahmen den Jungen mit. Über die weiteren Schicksale dieses Bruderpaars bin ich nicht unterrichtet.

V. Verlaufsrichtungen und Ausgänge.

Aus den mitgeteilten Krankenbeobachtungen geht zur Genüge hervor, daß bei den polymorphen Krankheitsfällen eine intermittierende, zum Teil direkt cyclische Verlaufsrichtung die Regel bildet; auch bei den abortiven und fragmentarischen Krankheitsbildern zeigte es sich, daß eine Wiederkehr gleichartiger Krankheitsschübe nicht ausgeschlossen ist. Nur die akuten paranoischen Zustände bieten eine bessere Prognose. Sie können, wie die Beobachtung Nr. 24 zeigt, restlos ausheilen. In anderen Fällen ist diese „Heilung“ freilich nur eine relative; sie ist nämlich nur insoweit erreicht, daß die Lebenstüchtigkeit wieder

hergestellt, die Erfüllung der gestellten Lebensaufgaben wieder möglich geworden war, daß aber — die Beobachtung Nr. 17 kann als Beispiel dienen — nicht nur die charakterologische, psychopathische Eigenart fortbesteht, sondern daß auch krankhafte paranoide Elemente trotz aller geordneten äußeren Lebensführung aus der Krankheitsperiode herübergenommen und festgehalten werden. Auch auf eine weitere Verlaufsmöglichkeit muß hier hingewiesen werden. In Beobachtung Nr. 25 sahen wir, daß zwar ein Intelligenzdefekt im engeren Sinne, trotz jahrelang bestehender remittierend verlaufender Erkrankung, nicht eingetreten war, daß aber sich ein allmähliches Nachlassen der geistigen Energie vollzogen hatte. Es trat ein Zustand von Lebensuntüchtigkeit, von sozialer Unsicherheit und Unselbständigkeit ein, der die Patientin zwang, sich dauernd einer fremden geistigen Führung anzuvertrauen; dabei besaß sie ein ganz klares Urteil über ihre eigene „Schwachheit“. Ich bin gleichartigen Ausgängen mehrfach begegnet; gehören solche Patienten den gebildeten und besitzenden Klassen an und stehen sie im Leben allein, so flüchten sie sich in Privatpensionen oder offene Sanatorien, wo sie sich geborgen fühlen. Das Maß ihrer Betätigung ist gar nicht selten verhältnismäßig groß; sie arbeiten im Betriebe mit oder üben sich in schönen Künsten; ich kannte eine solche gebrochene Säule, die sich ihren Lebensunterhalt durch ausgezeichnete Übersetzung englischer Romane verdiente. Viel schlimmer aber sind die Patienten aus den tieferen sozialen Schichten daran; bei dem Unvermögen, sich selbst weiter zu helfen, stranden sie in Armen- und Pflegeanstalten. Fälle dieser letztgenannten Art stehen auf der Grenzlinie zu den Ausgängen im Defekt; es wird sicher Psychiater geben, die diese Fälle mit Herabsinken der geistigen Energieen schon zu den Defektpsychosen rechnen und von Heilungen mit geistigem Defekt sprechen. Ich möchte aber daran festhalten, daß der Intelligenzverfall zur Kennzeichnung der Defektpsychosen notwendig ist. *Man darf also den Schluß ziehen, daß den degenerativen Psychosen im engeren Sinne des Wortes das gemeinsame Kennzeichen zukommt: ein geistiger Defekt vollzieht sich nicht.* Übrigens wird man in Fällen, die nach Jahrzehntelangem Bestand ihrer degenerativen, intermittierend verlaufenden Krankheitszustände schließlich wie der Fall Nr. 25 ein Nachlassen ihrer Widerstandskraft aufweisen, die Frage aufwerfen dürfen, ob es sich nicht um Anzeichen einer beginnenden senilen Involution handelt.

Aber damit sind nicht alle Schwierigkeiten hinsichtlich ihrer Einordnung in die psychiatrische Systematik überwunden. Es gibt unzweifelhaft Fälle, die nur in früheren Krankheitsphasen, unter besonderer Berücksichtigung ihrer Abstammung und der Kenntnis der prämorbidien Persönlichkeit wegen der Symptomgruppierung ursprünglich, in den ersten Krankheitsphasen als degenerative Psychosen erscheinen. Der spätere Krankheitsverlauf läßt dann unzweideutig erkennen, daß eine

368 Otto Binswanger: Die klinische Stellung der Degenerationspsychosen,

Schizophrenie vorliegt. Eine einschlägige Beobachtung ist Fall Nr. 21. Hier möge ein weiteres Beispiel genügen:

Fall 36: Bei der Aufnahme 21 Jahre. Tante des Vaters chronisch geistig krank, Schwester des Vaters „nervös“, Vater ist ein eigenartiger, verschlossener, ungeselliger Charakter, aber tüchtiger Geschäftsmann. Eine Schwester bleichsüchtig, „nervös“, mit 18 Jahren Chorea. Eine andere Schwester deutlich zirkulär, machte in der Depression einen Selbstmordversuch.

Vorgeschichte: Patientin soll sich normal entwickelt haben, mittlere Begabung. Seit dem 18. Jahre gemischt manisch-depressive, kurzdauernde „Anfälle“. Mit 19 Jahren Schlaflosigkeit, Angstzustände mit unsinnigen Einfällen: eine Leiche liege unter ihrem Bett, ein schwarzer Hund sei im Zimmer. Menses zessierten 4 Monate lang. Auftauchen von Vergiftungsideen; sie müsse verhungern. Schwere Angstanfälle. Aufenthalt in verschiedenen Sanatorien, relative Besserung; es bestand aber eine prämenstruelle Reizbarkeit fort. Kurz vor der Aufnahme plötzlicher Ausbruch heftigster affektiver Erregung; lautes Schreien, aggressive Handlungen gegen ihre Angehörigen.

Bei der Aufnahme: Fast völlig regungslos, alle Glieder schlaff, müder Gesichtsausdruck, leise Sprache, wortkarg. Nachmittags jäher Umschlag; sie lacht, schreit, ist inkohärent erregt, äußert sinnlose Wortreihen mit sentimental theatralischem Tonfall. Abends mutistisch, in den nächsten Tagen katatonie Erscheinungen, unreinlich. Nach 3 Wochen völlige Erholung, orientiert, erinnert sich an die Vorgänge der letzten Wochen: „Mir war nicht gut, es kamen mir plötzlich Gedanken, es finde eine Schlacht statt.“ In den nächsten Wochen trat einmal nachts ein einstündiger Schreianfall, angeblich infolge von Kopfschmerzen ein. Symmetrische Druckpunkte; bei Druck auf die linke Mamilla Zurückwerfen des Kopfes, Schluchzen, tiefe stoßweise Inspirationen, klagt über Schmerzen im ganzen Körper, vorwiegend links lokalisiert. Viele Phoneme, daran anschließend ein hysterischer konvulsivischer Anfall: Augen weit offen, parallel gestellt, Schlagbewegungen der Extremitäten, dann tonische Starre des ganzen Körpers. Dauer 5 Minuten. In den nächsten Tagen beständige Klagen über Kopfschmerzen; Schimpfparoxysmen, einmal ist Echolalie verzeichnet. Nach 2 Monaten völlige Beruhigung und Klärung, labile Stimmung, volles Krankheitsbewußtsein, klagt über vereinzelte „Stimmen“. Nach achtmonatlichem klinischen Aufenthalt Entlassung.

Patientin war im Zeitraum von 19 Jahren 10mal kürzere oder längere Zeit in der Klinik. Immer ganz gemischte Zustandsbilder: manisch-depressive Stimmungsanomalien, massenhafte Phoneme und Visionen, katatoniforme Zustandsbilder, hysterische Anfälle. In der Zwischenzeit immer relativ normal mit guter Krankheitseinsicht, klagt über vereinzelte Stimmen bei klarem Bewußtsein. Allmähliche Entwicklung von Basedowsymptomen, Vergrößerung der Schilddrüse mit schwirrenden Geräuschen, starke Pulsationen der Halsgefäße, leichter Exophthalmus, positiver Stellwag und Graefe, feinschlägiger statischer Tremor. Kein Intelligenzdefekt erkennbar. Sie wird schließlich dauernd in Anstalten gehalten. Nach späteren Berichten allmählicher Rückgang der intellektuellen Leistungen, Zerfall der Persönlichkeit, „sie wird albern, blöde, meist stuporös, negativistisch, katatonisch, Stereotypien. Die ursprüngliche Diagnose einer polymorphen degenerativen Psychose mußte ergänzt werden durch die Beifügung schizophrenes Schlußbild.

In solchen Fällen ist die Bezeichnung Schizophrenie mit degenerativen Merkmalen berechtigt. Sie weisen uns darauf hin, daß degenerative Veranlagung die Entwicklung des schizophrenen Krankheitsprozesses durchaus nicht ausschließt. Im Gegenteil: ich bin überzeugt, daß die konstitutionelle Minderwertigkeit, die auf körperlichem und seelischem

Gebiete den degenerativen Fällen eigentlich ist, recht häufig die Grundlage zu jenen Selbstvergiftungen bietet, die den schizophrenen Prozeß verursachen. Ich habe schon im ersten Teile dieser Arbeit darauf hingewiesen, daß sowohl morphologisch nachweisbare fehlerhafte Anlagen in verschiedenen Organsystemen — hier sei nur an das Gefäßsystem, das autonome Nervensystem und an den endokrinen Apparat erinnert — als auch nur funktionell erkennbare Störungen in der körperlichen Entwicklung der prämorbidien Persönlichkeit bei den degenerativen Fällen auffindbar sind. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die so häufige Koinzidenz von Thyreoidalerkrankungen mit degenerativen Psychosen aufmerksam gemacht.

Überschau ich meine persönlichen Erfahrungen über die Schizophrenie auf degenerativer Grundlage, so muß ich hier noch einer Gruppe gedenken, *bei der der Zusammenbruch der geistigen Persönlichkeit sich geradezu blitzartig in der Pubertät vollzieht*. Ich skizziere zwei Beobachtungen:

Fall 37: In der einen handelt es sich um einen Primaner, der bis Obersekunda der beste Schüler seiner Klasse gewesen war. Eines Tages erklärte er seinen Angehörigen, daß er unfähig geworden sei zu geistiger Arbeit. Er war völlig verändert, lässig, unlustig zu allem, ließ sich auch in der Körperpflege gehen, wurde aufs Land geschickt, erholte sich niemals recht. Er wurde noch ein Jahr lang durch das Gymnasium gepeitscht, brach nach dem Abiturium endgültig zusammen, bezog noch die Hochschule, wurde aber nach 14 Tagen in völlig verwahrlostem Zustande, verwirrt in eine Anstalt gebracht. Einige Wochen später wurde ich zur Konsultation zugezogen. Er war geistig völlig zerfallen, unfähig zur geringsten Leistung. Er hat noch jahrzehntelang in völlig verblödetem Zustande weitergelebt.

Über die hereditären Verhältnisse sei bemerkt, daß in der Familie der Mutter mehrfache Fälle geistiger Störung vorgelegen haben. Beide Eltern boten geistig nichts Abnormes.

Fall 38: In dem zweiten Falle handelt es sich um ein junges Mädchen, deren Mutter chronisch geisteskrank (die Diagnose lautete auf Paranoia chronicus) seit Jahren in einer Anstalt war. Pat. war hochbegabt, künstlerisch tätig. Mit 22 Jahren ganz akuter Zusammenbruch: Sie wurde apathisch, eigentlich schlafshüchtig, unreinlich. Das ganze vollzog sich innerhalb 14 Tagen. Sie kam in ein Privatsanatorium, bot das Bild einer völlig teilnahmslosen, stumpfen Persönlichkeit, die dauernd zu Bette lag. Der Arzt berichtete, daß es sich um einen einfachen Erschöpfungszustand handle, der volle Aussicht auf Genesung darbiete.

Ich habe die Patientin 8 Monate nach dem Ausbruch der Erkrankung ärztlich kennen gelernt. Sie war geistig vollständig vernichtet. Nach mehrmonatlicher Beobachtung in meiner Klinik kam sie in eine Pflegeanstalt, wo sie an Tuberkulose nach einigen Jahren zugrunde ging.

Unter den in dieser Arbeit mitgeteilten Krankenbeobachtungen habe ich über Fälle berichtet, bei denen der Ausbruch der Erkrankung sich in akuter Form im *Beginn des Klimakteriums* vollzog. Die prämorbidie Persönlichkeit bot wohl einzelne degenerative Züge, doch war eine geistige Störung vorher nicht beobachtet worden. Die ganze Entwicklung, die Symptomgruppierung und der Verlauf der geistigen

Erkrankung boten alle Merkmale einer degenerativen Psychose. Vor allem ist bemerkenswert, daß auch diese Spätformen ohne Defekt verlaufen. Bei dieser Gelegenheit muß ich darauf aufmerksam machen, daß ein *verfrühtes Klimakterium* — schon im Anfang der dreißiger Jahre — bei einzelnen Fällen degenerativer Psychose vorkommt. Der erste Schub fällt dann fast regelmäßig zusammen mit dem Ausbleiben der Menses, die niemals wiederkehren.

Bei drei hierher gehörigen Beobachtungen handelt es sich um kinderlose Ehefrauen, bei denen die Menses früher immer spärlich und unregelmäßig aufgetreten waren. Daß bei solchen Beobachtungen die Annahme einer hypoplastisch bedingten, *in vivo* nur funktionell erkennbaren Störung der Ovarialtätigkeit vorliegt, ist gewiß gerechtfertigt.

Aber auch andere symptomatologisch recht verschiedenenartige und zum Teil recht unklare gemischte Krankheitsbilder stehen mit prämaturen Involutionsvorgängen in genetischem Zusammenhange. In meiner Arbeit über die Hypoplasie der Hirnarterien, die ich als morphologischen Index degenerationis auffasse, habe ich wenigstens für einen Fall von präseniler Demenz das Vorhandensein dieser angeborenen Entwicklungsstörung nachweisen können. Ich habe dort die Vermutung ausgesprochen, daß höchstwahrscheinlich unter den Bildern der „Spätkatatonien“ — die nach meiner Ansicht nichts mit der Schizophrenie s. str. zu tun haben, sondern den Involutionspsychosen als besondere Gruppe der Auto-Intoxikationspsychosen zugehören — sich ebenfalls solche, auf degenerativer Basis entstandene Krankheitszustände verborgen. Der eine der vorstehend erwähnten Krankheitsfälle von vorzeitigem Klimakterium im 34. Jahre bot ein solches spätkatatonisches Zustandsbild dar. Die Kranke verfiel körperlich und geistig im Verlauf von drei Jahren immer mehr und ging marastisch zugrunde. Eine Obduktion konnte ich nicht erlangen, und konnte deshalb auch keinen Beweis für eine morphologisch nachweisbare degenerative Veranlagung (Hypoplasie der Ovarien oder der Hirnarterien?) erbringen. Für jeden Fall wird man künftighin in allen Fällen von frühzeitigem, präsenilem Untergang die pathologisch-anatomische Untersuchung nach diesen Richtungen hin durchzuführen haben; dazu zwingen überdies die pathologisch-anatomischen Befunde, die in ausgesprochenen Fällen von jugendlicher Paralyse und von konstitutionellen (familialen) prämaturen Arteriosklerotikern erhoben worden sind. Dort konnte ich die Hypoplasie der Hirnarterie nachweisen. *Aus all diesen Erfahrungen und Erwägungen heraus wird man zu dem Schluß gelangen, daß degenerative Veranlagung — auf dem Umweg über endokrin bedingte Stoffwechselvergiftungen zu vorzeitiger Beendigung der Lebensvorgänge auf psychischem und somatischem Gebiete führen kann. Das pathogenetische Zwischenglied bildet die degenerative Hypoplasie endokriner Apparate — oder des Gefäßsystems, in specie der Hirnarterien.*

Die späteren Schicksale der letzten Gruppe (der Dégénerés superieurs und ihrer Affilierten) werden sich sehr verschieden gestalten, je nach dem Maße ihrer intellektuellen Entwicklung, nach dem Grade ihrer ethischen Verkümmерung und ihrer „Instabilität“. Die Mehrzahl kommt unter die Räder des sozialen Maschinenwerkes. Daß jüngere, entgleiste Menschen noch ausreifen können und das Maß von Selbstzucht und Willensstärke gewinnen können, das im Lebenskampfe nötig ist, habe ich schon hervorgehoben. Mir ist nach dieser Richtung ein Fall unvergeßlich, in dem ein völlig zusammengebrochener, direkt verlumpter Student (Exzesse in Alkohol et in Venere, unsinniges Schuldenmachen, zweifelhafte Geldgeschäfte) wegen „Moral insanity“ entmündigt worden war. Er raffte sich auf, machte ein glänzendes Referendarexamen und führte einen skandalösen Prozeß gegen seinen Vater und die Gerichte, bis er die Aufhebung der Entmündigung erreicht hatte. Sein äußeres Leben verfloß später in geordneten Bahnen; seine ethische Minderwertigkeit änderte sich nicht.

Die immerhin seltenen Fälle der als *Maladie des Tics convulsifs* zusammengefaßten Krankenbeobachtungen werden wohl unbestritten den degenerativen Erkrankungen zugeteilt. Ich habe jene eigenartige Vereinigung zwangsläufig und triebhaft auftauchender Bewegungsimpulse, die Zerrbilder von Ausdrucksbewegungen darstellen, mit Echolalie und Coprolalie nur zweimal beobachten können. In beiden Fällen handelt es sich um jugendliche im Alter von 12—14 Jahren stehende Knaben, bei denen die intellektuelle Entwicklung entschieden zurückgeblieben war und die gefülsstumpf und willensschwach waren. Die beiden Fälle gehörten demgemäß in die Kategorie der Imbezillität.

Zum Schluß dieses Abschnittes möchte ich auf den Ausspruch eines alten Psychiaters (*Jung*) zurückgreifen, der sich in langjähriger Anstaltspraxis eine große Kenntnis über die degenerativen Psychosen verschafft hatte: „Die degenerative Veranlagung macht ihre Träger verletzlicher, sie verfallen leichter, auf Grund äußerer oder innerer Ursachen, in akute Geistesstörungen mit schwersten Symptomen. Sie heilen aber in auffallender, unverhoffter Weise wieder. Die Achillesferse dieser Krankheitsfälle besteht in der erhöhten Neigung zu rezidivierendem, zum Teil cyclischem Verlaufe.“

Ich bin am Ende meiner Darlegungen angelangt.

Ich erhebe nicht den Anspruch, in dieser Arbeit neue klinische Tatsachen beigebracht zu haben; meine Aufgabe bestand vielmehr darin, unsere klinischen Erfahrungen nach bestimmten pathogenetischen Gesichtspunkten neu zu ordnen. Nach meiner Überzeugung kann man der eingangs erwähnten Forderung, die klaffenden Lücken innerhalb der heute herrschenden Systematik der funktionellen Psychosen auszufüllen, nur auf diesem Wege gerecht werden. *Moebius*, der geistvolle Interpret der *Magnanschen* Lehren, stellt seiner Bearbeitung der *Magnanschen*

Vorlesungen den Satz voraus: „Die Lehre von den Geistesstörungen der Entarteten ist wohl der wichtigste Abschnitt der Psychiatrie und einer der wichtigsten Teile der Menschenkunde überhaupt.“ Ich schließe mich diesem Ausspruch aus vollster Überzeugung an.

Es sei noch die Bemerkung gestattet: degenerative Erscheinungen sind sicher zu allen Zeiten, in allen Kulturepochen, bei allen Völkern innerhalb des Volksganzen vorhanden gewesen; sie liegen begründet im Auf und Ab einzelner Geschlechter und ganzer Völker. Daß wir „Abendländer“ jetzt im besonderen Maße von degenerativen Vorgängen heimgesucht werden, vermag ich nicht anzuerkennen; den degenerativ wirkenden Faktoren halten die regenerativen die Wage. So sehen wir auch innerhalb schwer belasteter Familien zwar einzelne Zweige völlig verborren, dagegen andere neu aufblühen und zum Teil hervorragende Menschen hervorbringen. Die Feststellungen von *von Krafft-Ebing*, daß etwa ein Drittel der Familienglieder innerhalb einer erblich durchseuchten Familie der Psychose verfalle, gelten nach meinen Erfahrungen auch heute noch zu Recht. Daneben dürfen wir nicht außer acht lassen, daß neue Geschlechter und Sippen mit höheren Geistesanlagen immer wieder aus dem Volkskörper hervortauchen und so einen Ausgleich des Verlorengegangenen herbeiführen.

Nachtrag.

Herr Dr. *Rohde*, Nervenarzt in Erfurt, hat mir bei der Bearbeitung meines klinischen Materials zu vorstehender Abhandlung während seiner Assistentenzeit an meiner Klinik (1912—1914) sehr wertvolle Dienste geleistet. Auf meine Veranlassung hat er seine Erfahrungen und Schlußfolgerungen über genetische Zusammenhänge zwischen degenerativer Veranlagung und krankhaften Vorgängen im Gebiete der endokrinen Tätigkeit kurz in den folgenden Blättern zusammengefaßt, die ich hier als Anhang meiner Darlegungen folgen lasse.

Es mußte bei der Durchsicht aller unserer Krankengeschichten, die in der Diagnose irgendeinen besonderen Hinweis auf das Vorliegen einer degenerativen Färbung der Psychose trugen, die große Häufigkeit auffallen, mit der gerade in diesen Krankengeschichten — und auffälligerweise eigentlich nur in diesen — eine Mitbeteiligung des endokrinen Drüsenapparates in irgendeiner Form hervortritt. Das legt die Vermutung nahe, daß irgendwelche ganz besonders engen Beziehungen zwischen endokrinem Drüsenapparat und den degenerativ gefärbten Psychosen bestehen müssen. Welcher Art diese Beziehungen im einzelnen sind, wissen wir bisher noch nicht, wir halten es aber für besonders nötig,

und zwar auf Grund unserer Feststellungen bei Sichtung unseres Materials, daß diesen offenbar bestehenden engen Korrelationen zwischen endokrinem Drüsenapparat und degenerativer Komponente künftig besonders eingehende Beachtung geschenkt wird. Ganz besondere Bedeutung scheint nach unserem Material den thyreotoxischen Störungen zuzukommen. In auffälliger Häufung treten in den Krankengeschichten unserer degenerativ gefärbten Psychosen im Ablauf derselben plötzlich mehr oder weniger ausgesprochene Basedowsymptome flüchtiger Art hervor, die oft sozusagen unter unseren Augen im Ablauf der Psychose kamen und gingen; aber auch andere Drüsen des endokrinen Systems zeigten Neigung zu allerhand Störungen. Wir halten das für um so bedeutungsvoller, als, wie ausdrücklich betont sei, bei Abfassung der oft Jahre und Jahrzehnte zurückliegenden Krankengeschichten ursprünglich auf diese Momente kein besonderer Wert gelegt ist und diese Befunde eigentlich mehr nebenher registriert waren, ohne daß irgendwelche Schlüsse im Einzelfalle daraus gezogen wurden. Erst bei der Sichtung des ganzen degenerativen Materials fiel diese Häufung auf, und so sind denn in einzelnen Fällen, die klinisch Degenerationspsychosen waren, auch Untersuchungen mit dem Abderhaldenverfahren gemacht; auch hierbei fielen besonders ausgedehnte Abbauvorgänge in den endokrinen Drüsen meist im Sinne der pluriglandulären Affektion auf. Daß besonders enge Beziehungen zwischen endokrinem System und klinisch als degenerativ imponierenden Psychosen bestehen müssen, scheint uns festzustehen. Wir begnügen uns einstweilen mit dieser Feststellung und glauben annehmen zu müssen, daß diese Beziehungen mehr wie ein bloßes Nebeneinander sind. Die Schwierigkeit scheint uns in der Beantwortung der Frage zu liegen: Was ist dabei das Primäre, was das Sekundäre? Schröder hat schon in der Vorkriegszeit auf die Häufigkeit der Kombination von Psychosen mit Basedowsymptomen gleichfalls hingewiesen. Seine von Bonhoeffer damals für beachtlich erklärte Ansicht, daß die pathologischen Affektstrapazen in der funktionellen Psychose direkt eine ursächliche Bedeutung für die Entstehung des Basedow haben können, scheint uns freilich nach unseren Erfahrungen nicht weitgehend genug. Wir sind vielmehr der Ansicht, daß hier wahrscheinlich erheblich engere Beziehungen sich ergeben dürften, die auf die Gesamtkonstitution zurückgehen. Wir wissen heute, daß Körper und Seele untrennbar eins sind und daß das, was wir als Seele bezeichnen, seine Kräfte und Impulse dem ganzen Organismus entnehmen muß. Das einzige körperliche System, das bei allen Lebensvorgängen in gleich ausgedehnter Weise für den Gesamtorganismus regulierend eingreift und dessen Bestandteile in ihrer Wirksamkeit ineinander greifen, ist das vegetative Nervensystem. Ähnlich wie eine Störung einer seelischen Teilfunktion oft schon eine Disharmonie im Zusammenspiel des ganzen Seelenlebens bedingt, so ist es hier in körperlicher Hinsicht, indem die Störung einer endokrinen

Drüse die gesamte Drüsentätigkeit stört und vergiftend auf den Gesamtorganismus wirken muß. Wir wissen heute, daß das vegetative Nervensystem eine besondere Stellung im Seelenleben einnimmt, und es ergibt sich eigentlich überall, daß in unserem Seelenleben gerade durch Vermittlung des vegetativen Systems und der endokrinen Drüsen allenthalben im Zustandekommen seelischer Vorgänge und speziell seelischer Abnormitäten, toxische Momente infolge Störungen des endokrinen Gleichgewichts eine Rolle spielen. Wir erkennen keineswegs, daß auf der einen Seite die Organfunktion durch psychische Vorgänge beeinflußt werden kann, wir glauben aber doch auch ebenso daran festhalten zu sollen, daß andererseits eine Abhängigkeit unseres psychischen Lebens vom Zustand der Organe und speziell des vegetativen Systems sich geltend macht, und zwar sicherlich nicht nur im Sinne des bloßen Zustandekommens von Gefühlen und Affekten, sondern auch durch Einwirkung auf die Dissimilationsprozesse in der Hirnrinde. Schon 1915 hat *Krehl* in einer viel zu wenig beachteten Schrift „*Betrachtungen über die Einwirkungen des Krieges auf unseren Organismus und seine Erkrankungen*“ gerade hierauf hingewiesen und der Ansicht Ausdruck gegeben, daß man Psychisches und Körperliches oft nicht mehr trennen kann. Und später ist *Müller* (Erlangen) aus ganz ähnlichen Erwägungen heraus noch weiter gegangen, wenn er erklärte, daß die Stimmungen nicht nur das vegetative Nervensystem beeinflussen, wie das der *Schröderschen* früheren Ansicht entsprechen würde, sondern daß sie in ihm zustande kommen. Uns scheint diese letztere Ansicht in mancher Hinsicht viel für sich zu haben. Wir möchten nach unseren Beobachtungen jedenfalls mit allem Vorbehalt eine Vermutung hier aussprechen und zur Nachprüfung empfehlen, ob nicht das, was den degenerativen Einschlag ausmacht, vielleicht zurückgehen kann auf eine in der Gesamtkonstitution ruhende Schwäche und erhöhte Beeinflußbarkeit der innersekretorischen Drüsen und ihrer Zusammenarbeit untereinander. Diese Schwäche im Zusammenarbeiten der endokrinen Drüsen würden die echten degenerativen Menschen dann mit auf die Welt bringen — und das würde sich, wie wir meinen, auch mit den Erfahrungen des Vererbungsmechanismus decken, die dahin gehen, daß durch Keimgifte, die doch die Degeneration schaffen, eben unzweckmäßige Anlagekombinationen und eine Lockerung des Gefüges im Keimgut geschaffen wird. Wir würden somit dann in der erblichen Degeneration eine Dispositionsschwäche im Zusammenwirken der endokrinen Drüsen und eine hieraus sich ergebende oder richtiger damit zusammenfallende seelische Funktionsstörung im Zusammenwirken der seelischen Geschehnisse zu sehen haben, die beide untrennbar miteinander verbunden den degenerativen Zuständen ihre eigenartige Färbung verleihen und speziell den steten Wechsel des Zustandsbildes erklären könnten. So würden wir auch unter Umständen zu einer Erklärung dafür kommen können, weshalb auch im späteren

Leben bei schwer Erschöpfen sich nicht so selten degenerativ anmutende Zustandsbilder zeigen, ohne daß sich angeborene degenerative Züge feststellen lassen. Gerade die Feldzugserfahrungen haben gelehrt (*Brugsch* u. a.), daß die Erschöpfung zuerst die endokrinen Drüsen angreift bzw. eine vielleicht vorher schon unmerklich vorhandene Schwäche derselben in ihrem Zusammenarbeiten so verstärken kann, daß, wie wir meinen, für das Auftreten degenerativer Erscheinungen im Erscheinungsbild der Boden geebnet wird. Wir würden dann in manchen Erschöpfungszuständen unter Umständen eine im Leben erworbene, das Erscheinungsbild degenerativ färbende Schwäche des endokrinen Systems und untrennbar damit verbunden der psychischen Lebensvorgänge sehen können, während bei der echten Degeneration die gleiche Schwäche schon im Erbbild bzw. bei der Geburt besteht und von Anfang an „degenerative“ Erscheinungen zeitigt.
