

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr.
[Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. E. Meyer].)

Exogene Faktoren bei schizophrenen Psychosen.

Von

M. Fischer,

Assistent der Klinik.

Mit 4 Textabbildungen.

(Eingegangen am 12. März 1928.)

Es hat in den letzten Jahren nicht an Versuchen gefehlt für die Entstehung der schizophrenen Psychosen neben der bisher allein herrschenden endogenen Anlage nach exogenen Faktoren zu forschen*, denen je nach der Einstellung des Forschers eine mehr oder weniger bedeutende Rolle bei der Entstehung des einzelnen Prozesses beigemessen wurde. Die heute noch fast allgemeingültige Lehre von der reinen Endogenität der Schizophrenie, die die Mitwirkung exogener Faktoren in Abrede stellt, macht natürlich von vorneherein jeden Versuch unmöglich, die Psychosen nach exogenen und endogenen Momenten einzuteilen, deshalb hat vor allen *Bumke* den Vorschlag gemacht, neben der endogenen Pathoplastik für die Einteilung die exogen-ätiologischen Momente heranzuziehen. Zu diesen Vorschlägen, namentlich auch denen von *Krisch* und *Kahn* (⁶⁻⁹) hat noch kürzlich von unserer Klinik *Moser* ¹¹ Stellung genommen, so daß ich an dieser Stelle darauf nicht einzugehen brauche. *Bumke* selbst spricht von „schizophrenen Reaktionsweisen“, wobei im Worte selbst ja schon liegt, daß die psychotische Form auf „etwas“ reagieren muß. Ja, er ordnet sie im Anschluß an *Bonhoeffers* Veröffentlichungen dessen exogenen Reaktionstypen an. Es soll nun an dieser Stelle der Versuch unternommen werden, unter Wahrung der bisher als *rein endogen* ausgelösten Psychosegeattung, an Hand von einigen ausgesuchten Fällen die ätiologischen Momente in ihrer Wirkung und ihrem Einfluß auf die Entfaltung des Prozesses zu untersuchen. Für eine solche Untersuchung sollen nur Zustandsbilder herangezogen werden, die nach ihrer Entstehung, Verlauf und Prognose, ohne weiteres als *reine endogene* Schizophrenien bezeichnet werden könnten, wenn nicht eben trotzdem sicher exogene Schädigungen nachweisbar wären, deren nicht nur zeitlicher Zusammenhang sich nicht bestreiten läßt. *Bonhoeffers* „exogene Reaktionsformen“ sind ein ganz

* Vgl. insbesondere das Referat *Wilmanns* über die Schizophrenie 1922.

anderes Gebiet und müssen hier ganz außer acht bleiben, da es sich bei diesen um Formen handelt, die durch Entstehung, Verlauf und eigenes klinisches Zustandsbild mit deliranten und amentieilen Formen, zweifellos eine Sonderstellung beanspruchen. *Bonhoeffer* trennt aber auch sonst noch solche Fälle, bei denen er eine traumatische oder sonst exogene Auslösung nachweisen konnte von der eigentlichen Psychose. Er beschreibt¹ u. a. zwei Fälle sonst typischer Manien, die im Anschluß an ein Schädeltrauma auftraten, und die er ausdrücklich vom manisch-depressiven Irresein abtrennt, obgleich außer der Ätiologie dieser Fälle sonst kein sichtlicher Anlaß dazu vorliegt, als daß sie der *reinen Endogenität* der Psychose nicht entsprechen. *Bumke* dagegen erklärt ganz allgemein, daß zur Entstehung einer Psychose die Verbindung endo- und exogener Faktoren bestimmend ist. Der Versuch, der sich aus diesen Anschauungen ergibt, nun *alle* Erkrankungen der Dementia-praecox-Gruppe auf somatische, extracerebrale Grundlagen zurückzuführen, wird schon lange unternommen, besonders aber seit dem Kriege, dessen Erfahrungen ja notgedrungen diese Frage aufwerfen mußten, wenn auch dieses große Experiment eigentlich bislang nur das Gegenteil bewiesen hat: Durch die Gewalteinwirkungen des Krieges hat die Zahl der Psychosen nicht zugenommen, erwähnt muß aber werden, daß nach den Beobachtungen *Wilmanns* an der Heidelberger Klinik ausnehmend viel Hirnverletzte an Psychosen erkrankten. Eigens dazu angestellte Nachforschungen an der Münchener Hirnverletzten-Schule ergaben das gleiche. *Wilmanns* betont aber selbst schon, daß es immerhin noch nicht erwiesen sei, ob diese Psychosen auch Schizophrenien seien. Jedenfalls hat sich später nicht bestätigt, daß die Schizophrenie bei Schädelverletzten häufiger aufgetreten sei als sonst, und die Frage der sog. „posttraumatischen“ Psychose, von der natürlich wirkliche seltene Fälle echter Schizophrenie ausdrücklich ausgenommen werden müssen, hat sich wohl im Laufe der Jahre wesentlich geändert, durch die Erfahrungen aus den Rentenkämpfen zwischen Verletzten und den Versorgungsgerichten, in denen der begutachtende Arzt nicht immer eine sehr erfreuliche Vermittlung zu spielen hatte. Auf diese Frage wird anläßlich unserer beiden letzten Fälle noch einmal eingegangen werden müssen. Hier soll nur festgelegt werden, daß es nur selten gelang, den Zusammenhang einer echten, und in keiner Weise besonderen Schizophrenie mit einem vorhergegangenen Hirntrauma festzulegen. Das will natürlich nicht heißen, daß man sich mit der allgemeinen Ansicht der reinen Endogenität der Psychose zufriedenstellen läßt, vielmehr taucht, eben gerade seit der Krieg und seine Folgen uns gezwungen hat, diesen Zusammenhängen nachzugehen, immer wieder der Wunsch auf, die *auslösende* Ursache der Psychose zu finden. *Krisch*⁸, der im ganzen den Schlüssen *Bonhoeffers* nahesteht, nimmt auch als selbstverständlich an, daß man nicht einfach von *einer bestimmten Ursache* reden kann, sondern

daß eine ganze Reihe von Bedingungen zusammentreffen, wobei aber die pathoplastische, endogene Anlage eine wesentliche Rolle spielt. Bei stark belasteten, auch prämorbid schon auffallenden Personen, genügt eine geringe Noxe schon, um eine Psychose, und zwar vornehmlich homonym-endogenen Charakters auftreten zu lassen, wie auch einer unserer Fälle beweisen soll (Fall 4), während bei geringer pathologischer Belastung und schwerer exogener Noxe es eher zu den exogenen, heteronymen Reaktionsformen kommt. Entgegen diesen Gedankengängen bestreitet *Specht*, namentlich auf Grund von Eigenbeobachtungen, die Sonderstellung der exogenen Reaktionsformen und nennt sie nur eine Brücke oder sukzessive Steigerung des endogenen Krankheitsprozesses in der Richtung auf das manisch-depressive Irresein, dessen Sonderstellung gegenüber der Schizophreniegruppe in den letzten Jahren ja ebenfalls erheblich ins Wanken gekommen ist.

Zuerst soll ein Fall beschrieben werden, bei dem unmittelbar nach einem schweren Schädel- und Gehirntrauma eine echte schizophrene Psychose aufgetreten war:

Fall 1: Kn. Der Vater war schwerer Trinker, die Mutter und 6 Geschwister sollen gesund sein. Patient selbst hatte früher viel getrunken, war oft betrunken. In einem solch betrunkenen Zustand fiel er am Neujahrstage 1905 eine Treppe herunter und zog sich eine Verletzung an der linken Schläfenseite zu, war bewußtlos und wurde in die Chirurgische Klinik hier eingeliefert und am 9. 1. 1905 dort trepaniert, wobei ein ausgedehntes Hämatom, das bis auf die Gehirnbasis reichte, entfernt wurde. Heilung per primam. 2 Tage vor der Operation wurden in der Chirurgischen Klinik sichere rindenepileptische Krämpfe der rechten Körperseite beobachtet, nach der Operation nicht mehr. Patient selbst will erst 8 Tage nach der Operation das Bewußtsein wiedererlangt haben. Am 28. 1. 1905 wurde er als geheilt entlassen. Nach ein paar Wochen nahm er seine Arbeit als Schneider wieder auf, klagte nur hin und wieder etwas über Kopfschmerzen. Gleichzeitig traten auch die epileptischen Krampfanfälle wieder auf, etwa zweimal die Woche. Im Jahre 1906 blieben sie ganz weg und sollen im Januar 1907 noch einmal vorübergehend aufgetreten sein, um dann ganz zu verschwinden. Während er in der Klinik noch dauernd seinen Wunsch nach Schnaps und Bier zum Ausdruck gebracht hatte, soll er seit 1906 nach sicheren Angaben gar nichts mehr getrunken haben. Gleichzeitig mit den Krämpfen stellte sich ein „Flüstern“ im rechten Ohr ein. Er betonte ausdrücklich, daß er es meist nur rechts höre, während das Gehör links zuerst schlechter geworden war. Zuerst war ihm so, als ob ihm „jemand etwas Unverständliches ins Ohr flüstere“. Gleichzeitig stellten sich auch andere Sensationen im Kopf ein, er sei „duselig“, unsicher, habe Schwindel, Stechen in der Stirn und ein dumpfes Gefühl im Hinterkopf. Damals war er gerade 32 Jahre alt. 1908 wurde er erstmalig in die Nervenklinik aufgenommen, und zwar wegen eben dieser Halluzinationen, zu denen sich inzwischen ein ganzes Wahnsystem, allerdings ziemlich zerfahrener und kritikloser Art, gesellt hatte. Am 1. 9. 1908 seien zwei Prinzen zu ihm nach Hause gekommen und hätten, sich als Versicherungsagenten ausgebend, sein Gehirn photographiert und ihm etwas in die Nase gepustet. Er spricht dauernd von dieser Vorstellung, habe seitdem ein ausgezeichnetes Gehirn, „einen zehnfachen Menschenverstand und noch drei Strich höher“. Vom Kaiser verlange er 10 000 Mark für die angebliche Photographie seines Gehirns. Diese Ideen kommen stereotyp wieder, keinerlei Krankheitseinsicht. Am 3. 12. 1908 nach Hause entlassen.

Am 17. 5. 1909 wieder aufgenommen, hatte an den Chef der Klinik einen Brief geschrieben, in dem er ihn lakonisch bat, ihm 1000 Mark zu leihen, da er nicht einen Pfennig habe und in Not sei. War hier wieder ganz unverändert mit genau denselben Ideen und wurde unverändert am 3. 6. 1909 nach der Provinzialanstalt überführt, wo er mit einer kurzen Unterbrechung bis zum Jahre 1923 verblieb. Von den dortigen Ereignissen ist nur der Tag seiner Entmündigung für ihn von Interesse geblieben. Er spricht davon als von einer großen Verhandlung, an der der Kaiser selbst teilnahm. Seitdem befaßt er sich in seinen Ideen nur noch damit, ist sehr abweisend und hochfahrend, schimpft viel, er habe nicht nötig, etwas zu sagen, er stehe durch Sprechmaschinen mit der ganzen Welt in Verbindung, werde überall verfolgt. Ein Jahr versuchte er noch in seinem Beruf zu arbeiten, drohte aber zu verwahrlosen und wurde am 26. 11. 1925 in das Alters- und Pflegeheim aufgenommen. Dort bald sehr erregt, schimpfte und fügte sich in keine Ordnung, brachte immer wieder seine alten Ideen vor und wurde am 20. 10. 1926 in die Klinik aufgenommen, um wieder in die Provinzialanstalt überführt zu werden. Bei der Entlassung bestand ein alter schizophrener Defektzustand: Er redete immer dieselben Sachen, ließ sich nicht explorieren, wurde ausfallend gegen die Ärzte und das Personal. Affektiv sonst sehr schwach, gleichgültig, keineswegs adäquat seinen Ideen. Wurde dann zunehmend stumpfer und gleichgültiger. Neurologisch keine Erscheinungen mehr von seiten seiner Operation.

Der Fall ist dadurch besonders bemerkenswert, weil der Beginn seiner Sinnestäuschung noch lokalisierbar und gleichzeitig mit dem Auftreten einer Reihe von körperlichen Sensationen im Kopf verbunden war. Man ist versucht, in diesem Falle einen Zusammenhang zwischen dem Trauma des Zentralorgans und den Gehörshalluzinationen zu konstruieren. Eine *direkte* Irritation des Nervus acusticus kommt natürlich nicht in Frage, möglicherweise wohl aber auf dem Wege über die Hirnrinde oder andere Assoziationsbahnen. Schließlich bleibt noch die psychologische Erklärung des Auftretens von Halluzinationen im rechten Ohr durch den, wenn auch vorübergehenden Ausfall des linken Gehörs. Auffällig ist auch, daß Pat. später in seinen Ideen kaum etwas geändert hat. Jedenfalls scheint es, daß die Gehörstäuschungen bei dem Kranken — natürlich eine konstitutionelle Anlage vorausgesetzt — eine vorbereitete Anlage ähnlich wie beim Paranoiker zur Entfaltung gebracht haben, dessen Zustandsbild er ja auch in vielen Beziehungen ähnelt.

Der 2. Fall (Z.) betrifft einen fast ähnlichen Kranken, bei dem aber der zeitliche Zusammenhang sicher nicht derart unmittelbar war, und bei dem auch lokalisierbare Erscheinungen nicht nachzuweisen waren.

Es handelt sich um einen bei dem Trauma 31 Jahre alten Mann ohne hereditäre Belastung, soweit das festgestellt werden konnte. Auch die direkte Familienanamnese war ohne Befund. Er diente 1911/13 aktiv, war von 1914/18 im Felde und zuletzt Vizefeldwebel. 1917 Heirat. Trat 1909 als Telegraphenarbeiter in den Telegraphendienst ein, wurde 1916 fest angestellt und 1920 zum Telegraphenleitungsaufseher ernannt. Schon kurz danach, am 11. 10. 1920, erlitt er, wie erwähnt, mit 31 Jahren im Dienst durch Sturz aus dem Fenster des zweiten Stockwerks auf einen gepflasterten Hof einen schweren Unfall. Er wurde bewußtlos

gefunden mit einer blutenden Kopfwunde, eine fingerdicke Eisenstange auf dem Kopf liegend, und hatte erbrochen. Im Krankenhaus wurde ein Oberschenkel- und Unterarmbruch links festgestellt. Nach einer Mitteilung des Krankenhauses sei noch eine Gehirnerschütterung festgestellt worden mit „tagelanger Bewußtlosigkeit“. Krankenblätter waren in dem Krankenhause nicht geführt worden. Nähere Angaben fehlten daher leider. Als Patient kurz darauf amtlich über den Unfall vernommen wurde, wußte er sich darauf nicht zu besinnen, ebenso nicht auf die Vorgänge kurz vor Eintritt des Unfalles. Erst im Februar 1921 soll er soweit wieder hergestellt worden sein, daß er sich mit Hilfe eines Stockes bewegen konnte. April 1921 trat er wieder seinen Dienst, aber nur in beschränktem Umfange, an. 1 $\frac{1}{4}$ Jahr nach dem Unfall war er wegen „nervöser Störungen als Folgen seines Unfalles“ von Januar bis April 1922 krank, meldete sich auch im September 1922 wiederum 14 Tage deswegen krank. An welchen Beschwerden er damals gelitten hat, konnte nicht festgestellt werden. Als er sich im Februar 1923 erneut krank meldete, wurde er wegen „Nervenerkrankung“ längere Zeit krank geschrieben. Erst jetzt fiel es dem Arzt auf, daß Patient auffallend verworren wurde, „wenn er auf religiöse Dinge zu sprechen kam“. Trotzdem hatte er sich im Amt vollkommen geordnet und korrekt betragen, so daß er sogar noch im November 1922 eine besondere öffentliche Anerkennung durch die Postdirektion bekommen hatte. Er hatte seinen Dienst auffallend gut versehen, sogar kleine Verbesserungen angebracht, sei aber, wie jetzt Rundfragen bei den anderen Beamten des Amtes ergaben, schon seit längerer Zeit geistig auffällig gewesen. Seine Kollegen erklärten ausdrücklich, daß Patient schon kurze Zeit nach der Entlassung aus der Klinik nicht mehr derselbe gewesen sei; sei schon bei den geringsten Anlässen sehr gereizt gewesen. Das habe sich immer stärker gezeigt. Das gleiche bescheinigt sein Hauswirt (katholischer Pfarrer), der schon Zeichen der „geistigen Umnachtung“ im Oktober 1922, also vor der ausgesprochenen Belobigung bemerkt haben will. Kurz vor der Aufnahme in die Klinik im April 1923 hatte Patient auf dem Dienstwege beim Reichspostminister um Zulassung zur Prüfung als „erster Ratgeber im RPM“ gebeten. In einem weiteren Schreiben „Mahnruf vom Himmel“ entwickelt er eine Fülle der verschiedensten wahnhaften Ideen. Auch die Familie gab an, daß Patient schon bald nach dem Unfall erregt und ängstlich geworden sei, habe sich dann später gefühlt, viel in der Bibel gelesen, laufe halb bekleidet auf der Straße herum, bedrohte auch die Frau, habe sich aber dabei stets für vollkommen gesund gehalten.

In der Klinik zeigte er ein auffallend affektstumpfes, läppisch-heiteres Verhalten, war äußerlich vollkommen ruhig und geordnet, zeigte keinerlei Beschwerden und hielt sich für völlig gesund. Über seine persönlichen Verhältnisse, seinen Dienst usw. gibt er ausreichend und geordnet Auskunft. Von dem Unfall weiß er nichts, es besteht noch dieselbe retrograde Amnesie. Allmählich entwickelte er eine ganze Reihe zerfahrener und zielloser Wahnvorstellungen vorwiegend religiösen Inhalts, daneben zahlreiche Beziehungsideen mit einer krankhaft gesteigerten Bedeutsamkeit. Seit einem Jahr beschäftigte er sich besonders viel mit religiösen Dingen, wozu er durch eine Begegnung mit einem bekannten Gastwirt und das sich daran anknüpfende Auffrischen alter Erinnerungen gekommen sei. Es seien ihm besondere Zeichen gemacht worden, z. B. habe er jetzt denselben Pfarrer predigen gehört, der ihn eingesegnet hatte. Weil dieser einen langen Bart trug, muß er, Patient, sich selber einen Bart stehen lassen und ein neues Leben anfangen. Er habe darauf seine kirchliche Trauung nachgeholt, bei der nur noch der Pfarrer anwesend war. Diese drei Menschen bei der Trauung bedeuten die „drei guten Dinge, Vater, Sohn, Heiliger Geist“. In letzter Zeit bemerke er auch, daß sich die Leute auf der Straße nach ihm umsehen, was ihm ein Zeichen dafür sei, daß sie denselben Geist empfangen hätten wie er. Die Erlebnisse zeigten ihm, daß er zu etwas Besonderem ausgewählt sei, er wolle die Bibel verständlicher

übersetzen, habe etwas Neues aufgebracht, was noch niemand niedergeschrieben habe. Sein früherer Lehrer müsse wohl davon gehört haben, denn er nehme jetzt schon immer von weitem vor ihm den Hut ab. Er könne auch stolz darauf sein, daß aus einem seiner Schüler etwas so Großes geworden sei. Auf seinem Taufschein sei sein Name als einziger von 12 Geschwistern zum Schluß mit einem y geschrieben, anstatt mit einem i. Stellenweise lassen die Angaben des Patienten deutlich erkennen, daß er unter dem Einfluß von Sinnestäuschungen steht. Er berichtet davon, mit Gott gesprochen zu haben und macht zahlreiche bedeutsame Bemerkungen, die gleichfalls auf Halluzinationen hindeuten. Mehrfach hat er versucht, seine Ideen zu Papier zu bringen, zeigt sich aber dabei völlig unklar und verworren. Seine Gedankenfolgen haben weder einen inhaltlichen noch äußeren assoziativen Zusammenhang, dazwischen zitiert er Bibelstellen, geistliche Sprüche, die er in stereotyper Weise fast wahllos einflicht. Die Schreibweise ist seinem äußeren Verhalten entsprechend, außerordentlich geziert, geschnörkelt und verschroben. Er schreibt einen 16 Seiten langen inhaltlosen Krankheitsbericht sowie einen Lebenslauf mit der Überschrift „Erklärung“. In den ersten Wochen weigerte er sich, sich rasieren zu lassen, ließ sich einen Bart stehen und verfaßte ein langes Schriftstück mit der Aufschrift: „Aufgabe: Warum trage ich einen langen Bart? Lösung:“ Das Schriftstück endete mit den Worten:

„So, nun rate mal, mein lieber Leser, wer dieses geschrieben hat. Denn meine Aufgabe kannst du prüfen, aber nicht meine Gedanken erraten und auch nicht meinen Namen . . . aber ich habe den Fehler nicht verschuldet, sondern das kannst auch du nicht raten, ob ich das geschrieben habe oder der

Telegraphenleitungsaufseher

gez. Unterschrift

„Der erste Ratgeber“

Seiner Internierung stand er völlig affektlos gegenüber, war sonst durchaus ruhig und geordnet, wurde später mit leichteren, auch schriftlichen Arbeiten auf der Station beschäftigt, was er stets bereitwillig und zufriedenstellend ausführte. Er bot zuletzt stets das gleiche Bild. Der Entlassungsbefund ergab, daß die früheren Wahnideen im ganzen noch in der gleichen Weise fixiert fortbestanden, und daß sich nur in seinem ganzen Wesen eine zunehmende Affektarmut bemerkbar machte. Krankheitseinsicht oder auch nur ein Krankheitsgefühl bestand nicht. Er wurde versuchsweise auf Wunsch seiner Frau nach Hause entlassen.

Epikrise: Daß hier zweifellos ein schweres Schädeltrauma vorliegt, dem sehr wohl eine Veränderung des Gehirns folgen konnte, liegt auf der Hand. Die Schwere des Unfalls, das Erbrechen, längere Bewußtlosigkeit und die retrograde Amnesie lassen wohl die Diagnose Schädelbasisbruch auch ohne Krankheitspapiere über den Unfall zu. Zweifelhafte ist nur der Beginn der ersten psychotischen Erscheinungen, wenn man nicht die übereinstimmend mitgeteilte erhöhte Reizbarkeit und Unruhe schon dazu rechnen will. Es ist ja auch anzunehmen, daß bei der Pflege und Untätigkeit und der damit verbundenen Abgeschlossenheit von der Umwelt bis April 1921 zunächst nichts Auffälliges bemerkt werden konnte. Seit Januar 1922 hat er sich ja bereits mehrfach wegen „nervöser Störungen“ krank gemeldet. Selbstverständlich muß bei den Aussagen seiner Umgebung der Wunsch der Angehörigen berücksichtigt werden, den Zusammenhang der plötzlich offenkundigen Psychose mit dem nun über 2 Jahre zurückliegenden Unfall nachträglich sicherzustellen. Dennoch aber ist auffallend, daß der bei Ausbruch der Psychose

33 jährige, sonst gesunde und nicht belastete junge Mann nie vorher irgendwelche Anzeichen eines vorangegangenen Schubes oder dessen Folgen geboten hat. Im Gegenteil wurde seine besondere Umsicht, Eifer und anscheinend auch mehr wie durchschnittliche Intelligenz hervorgehoben. Pat. war bis zum Eintritt in den Telegraphendienst Tischler gewesen und hat sich in wenigen Jahren, obgleich er von 1913/19 fast dauernd Soldat gewesen ist, zu einem verhältnismäßig gehobenen Beamten dienst emporgearbeitet.

Auffallend ist auch das psychische Zustandsbild, das dem des ersten Falles außerordentlich ähnelt, vielleicht mit dem einzigen Unterschied, daß bei letzterem, wohl infolge der größeren psychischen Lebhaftigkeit auch eine größere Auswahl der Ideen zur Verfügung stand. Der Fall ist dadurch insbesondere bemerkenswert, daß die Klinik im Jahre 1923 vor die Frage gestellt wurde, sich über den Zusammenhang der Psychose mit dem Unfall gutachtlich zu äußern. Trotz des nicht ganz sicher gestellten unmittelbaren zeitlichen Zusammenhanges mußte die Frage, wenn auch nur mit Wahrscheinlichkeit bejaht werden, namentlich im Hinblick darauf, daß die Erkrankung nur als erster Schub feststellbar, und außer dem an sich berechtigten Wunsch der Ehefrau, irgendwelche reaktiven, pseudodementen oder andere psychogenen Züge nicht feststellbar waren.

Als 3. Fall haben wir einen Kranken, bei dem die Diagnose auf erheblich größere Schwierigkeiten stößt, und der mit Recht eigentlich als eine progressive Paralyse bezeichnet werden könnte. Nun wissen wir ja bereits lange schon, daß das Symptomenbild der Paralyse bestimmt wird durch die endogene Konstitution, und daß sie in der Lage ist, nach Abklingen des eigentlichen paralytischen Schubes ein Bild zu hinterlassen, das man ohne weiteres als einen schizophrenen Restzustand bezeichnen kann. Namentlich *Seelert*¹³ hat auf diese Zusammenhänge hingewiesen. Er stützt sich dabei vornehmlich auf Untersuchungen an dem Material der Münchener Klinik (*Kalb, Pernet*), die durchweg die Paralysefälle in schizoide und manische Formen einteilen konnten, indem Kranke mit manischer Anlage die expansiv, affektbetonte Form produzierten, während die schizoide Anlage mehr zu dem stumpfen, affektarmen Verlauf neigte.

Es ist das eine Erfahrungstatsache, die sich namentlich in den letzten Jahren überall gezeigt hat und auch an unserer Klinik beobachtet wurde, die aber gleichzeitig mit einer allmählichen Umwandlung der Paralyse-typen einhergeht, und zwar auf Kosten der früher vorherrschenden expansiven, manischen Form, zugunsten der langsam, progredient verlaufenden Fälle schizoiden Charakters. Gleichzeitig zeigen letztere zwar auf der einen Seite einen gegen die früher bekannte Form einen, man möchte fast sagen harmlosen Verlauf, aber auf der anderen Seite auch wenig Neigung zu Remissionen. Auch das hat sich in letzter Zeit

als Erfahrungstatsache buchen lassen. Daß demgegenüber die expansiven und stürmisch verlaufenden Fälle mehr manischen Temperaments eine weit bessere Neigung zu Remissionen zeigen, ist wohl nur durch den größeren pathoplastischen Biotonus des Cyclothymen erklärbar.

Unser Fall würde nach dieser Einteilung, die sich sicher nicht nur als praktisch, sondern bald auch als notwendig erweisen wird, zu den schizoiden Formen gehören.

Fall 3: Kl. Patient ist Studienrat, zur Zeit der Erkrankung 36 Jahre alt. Familie ohne Befund. 1915 Lues. 1925 Wassermannreaktion im Blut positiv, danach Lumbalpunktion ebenfalls positiv, Nonne und Zellvermehrung. Bis Anfang Juni 1926 hat er seinen Dienst in der Schule versehen, keine Schwierigkeiten gehabt. Seit einiger Zeit Schwindelanfälle, das Gedächtnis und das allgemeine Interesse haben nachgelassen. Magenbeschwerden.

Kam in völlig geordnetem Zustande freiwillig auf Rat eines Nervenarztes zur Aufnahme. Geringe aber deutliche allgemeine Abstumpfung, ganz geringe Merkschwäche. Körperlich: Pupillen nicht ganz rund, sehr schlechte Lichtreaktion. Konvergenzreaktion erhalten, rechts geringe temporale Ablassung, Reflexe, Motilität und Sensibilität intakt. 1,5% Zucker im Harn, Aceton und Acetessigsäure. Blutdruck 115 mm Hg.

Wegen des Diabetes wurde zunächst eine Insulinkur mit strenger Tabellendiät eingeleitet, die jedoch nicht zum Ziele führte, schon einige Tage nach der Aufnahme veränderte sich das psychische Bild durchaus im Sinne einer Schizophrenie: Er hatte eine Menge, vorwiegend depressiver Wahnideen. Nach einigen Tagen traten noch ausgesprochene Halluzinationen hervor, auf die er mit allen Zeichen traurig-ängstlichen Affektes reagierte.

Malariakur vom 28. 7. bis 23. 8. 1926. Unmittelbar nach der Malariabehandlung verschwand die Zuckerharnruhr vollständig. Patient blieb seitdem, auch später, bei Vollkost stets zucker- und säurefrei. Die Wahnideen und Halluzinationen blieben bestehen. Erst jetzt entwickelte sich das Bild zu einer ausgesprochenen Schizophrenie. Patient nahm keine Nahrung mehr zu sich, mußte längere Zeit mit der Sonde ernährt werden, zeigte sich auch sonst ausgesprochen negativistisch, glaubte, vergiftet oder verbrannt zu werden. Die Halluzinationen nahmen an Intensität zu. Wurde zeitweise *sehr* erregt, alles aber bei vollkommen erhaltenem Bewußtsein. Delirante und amnestische Züge waren nie zu erkennen. Die Nahrungsabstinenz dauerte über einen Monat, in dem er oft stundenlang, manchmal in ausgesprochen katatonen Haltung im Bett lag, unterbrochen von kurzdauernden Erregungszuständen. Ziemlich plötzlich änderte sich das Bild. Am 7. 10. 1926 begann er plötzlich zu essen, verlor nach und nach die Halluzinationen. Nach einem weiteren Monat wenigstens äußerlich geordnet, nur absolut uneinsichtig, war deutlich gereizt und gespannt und begann zu malen. Die ersten Entwürfe zeigen noch eine einheitliche Auffassung und Wirkung, doch fällt von Anfang an eine deutliche Manieriertheit in der Flächenwirkung auf, wenn sie auch keineswegs immer als unkünstlerisch oder unschön zu bezeichnen waren (Abb. I). Schon nach kurzer Zeit, eigentlich parallel mit der allgemeinen psychischen Besserung, die sich in größerer Ansprechbarkeit und Affektivität zeigte, werden seine künstlerischen Produktionen mehr und mehr zerfahren. Er legt nur noch Flächen aneinander, löst den Hintergrund in Dreiecke auf, ohne dafür eine Erklärung zu geben, meint, die neuen Sachen stünden auf einer bedeutend höher entwickelten Stufe. Zuletzt bevorzugte er die Symbolik, komponierte in ein Bild seine Eindrücke aus der Klinik, während der Hintergrund durch Reminiszenzen aus seinem eigenen Heim ausgefüllt wurde. Im Grunde handelte es sich um eine recht primitive Zusammen- und Nebeneinanderstellung einzelner Objekte. Auf seine

künstlerischen Produktionen war er außerordentlich stolz, seine Ausdrucksweise war sehr gewählt, um nicht zu sagen maniert, und sein ganzes Verhalten kann ohne weiteres als autistisch bezeichnet werden. Außer der durch die Überheblichkeit zutage tretenden Urteilsschwäche waren intellektuelle Defekte nicht mehr nachzuweisen. Sein Interesse für die Malerei motivierte er mit der Langeweile der Klinik. Patient wurde dann zunehmend geordneter, sachlicher, ließ sich auf Erörterungen ein, machte sich Gedanken über seine Zukunft, beschäftigte sich zur Abwechslung mit Harmoniumspiel und konnte am 7. 12. 1926 als gebessert nach Hause entlassen werden. Nach Erkundigungen soll er seinen Dienst wieder aufgenommen haben.

Epikrise: Es handelt sich also um einen Fall, der noch vor 2 Jahrzehnten, ohne serologische Untersuchung, und falls man nicht durch die Anamnese darauf gebracht würde, ohne weiteres als Katanie bezeichnet worden wäre. Diese Diagnose wird noch durch seine prämorbidie Persönlichkeit befestigt.

Bereits in früheren Zeiten ist Pat. zweimal künstlerisch produktiv hervorgetreten. Im Jahre 1916 veröffentlichte er „Metrische Übersetzungen aus französischen Dichtern des 16. und 17. Jahrhunderts“, also in einem Alter von 26 Jahren. Die Sachen wurden als gedruckte Beilage dem Jahresbericht der Schule beigegeben. In seiner Vorrede sagt er, daß der Übersetzer sich an der Schönheit des Originals entflammen solle, solle Stimmung gewinnen, um seine eigene Seele auszusprechen, oft könnten ihn sogar Reim und Versmaß zwingen, Einzelheiten, die mit seiner Auffassung nicht in Einklang stehen, zu verdecken oder leicht umzubilden.

Wenn man nun nach dieser vielversprechenden, dennoch aber wohl recht ambivalenten Einladung die übersetzten Gedichte durchliest, so ist man immer wieder erstaunt über die Banalität und Stillosigkeit seiner Sprache. Z. B.

. . . . Sie lacht wie eine Sonne,
daß jedem der sie sieht,
erneute Lebenswonne
ins kranke Herze zieht

Auch wenn man das unkünstlerische der Verse in ihrer Flachheit dem Dichter und nicht dem Übersetzer in die Schuhe zu schieben geneigt



Abb. 1. Fall 3. Kl.

ist, muß man sich über die Kritiklosigkeit der Auswahl wundern, nachdem er in der Vorbemerkung doch selbst davon sprach, daß der Übersetzer Einzelheiten verdecken oder leicht umbilden solle:

Aus der Fabel vom Löwen und der Ratte (*Marot*):
 Sie (die Ratte) haßte nur die Kater, Katzen, Kätzchen.
 doch schätzte sehr die Ratten und die Rätzchen

Auffallend ist ferner die Wahl eines endlosen, nichtssagenden Epos, das eine Vision des im Kerker gefangenen Dichters, etwa nach Art der Göttlichen Komödie wiedergibt. Auch darin sind zahllose Unklarheiten, die keineswegs mit künstlerischer Freiheit zu entschuldigen sind:

(Von dem Dichter *Marot* 1495—1544):

. . . . Den andern bei der Bibel heil'gen
 Seiten
 kann von Vergilius Namen ich ableiten,
 Dem einst Mäcen viel Gunst und Gut
 gegeben
 wohl hieß er Maro, — Marot heiß ich
 eben.
 Der Marot bin ich — Maro nimmer-
 mehr.
 Nie gleicht ihm einer, als gestorben er.
 Doch da uns ein Mäcenas tat erstehen
 Wird man bald einen neuen Maro
 sehen

Das ganze Epos hat ungefähr 500 solcher Verse. Auffallender wird noch seine künstlerische Produktion im Jahre 1920, also in einem Alter von 30 Jahren. Er ließ im Xenien-Verlag in Leipzig ein Bändchen Sonette „Die tiefgestimmte Flöte“ erscheinen. Es sind 59 Sonette, bei deren oberflächlicher Betrachtung schon die gedankliche Unklarheit imponiert.

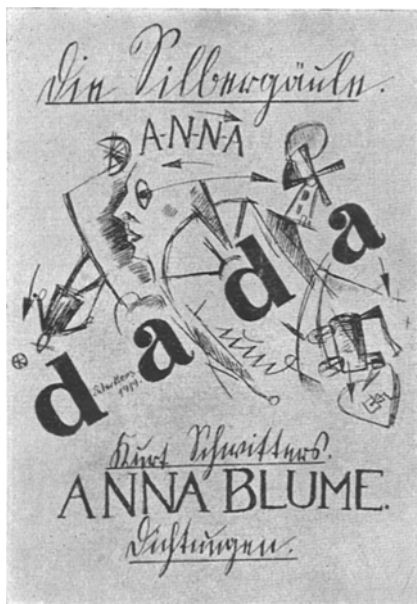


Abb. 2. Fall 3. Kl.

Was vielleicht hin und wieder als Gedankentiefe erscheinen könnte, wird doch bei näherer Prüfung recht oberflächliches, oft an Klangassoziationen erinnerndes Gerede. Die damalige Zeit hatte ja eine Neigung zu expressionistischen oder mindestens impressionistischen Wortgemälden, man erinnere sich nur an die damals viel Aufsehen erregenden Produktionen *Kurt Schwitters* „Anna Blume“, deren hoher künstlerischer Wert ja von vielen behauptet wurde, und auch heute noch sehr umstritten ist (Abb. 2).

Was uns aber hier begegnet, ist so unverkennbar unzusammenhängend und mit der ankündigenden Überschrift in gar keinem Zusammenhang stehend, daß man oft an das Vorbeireden Schizophrener

erinnert wird. Die verschwommene Ziellosigkeit und das darin zum Ausdruck kommende autistische Denken des Verfassers lassen doch erkennen, daß es sich in den meisten Fällen wohl um Augenblickseingebungen gehandelt haben muß, die ihn zur Produktion anregten. Jede Durchführung eines, wenn auch noch so verschwommenen Gedankens wird vermißt. Nur einige Proben sollen dafür angeführt werden.

Die Sphinx (Schluß).

. . . . Des Weltalls Strahl umspielt des Tieres Mienen
Ein Riesenwind sich wirbelt aus den Lüften
Was wärs, wenn nicht ein Stern die Hoffnung schriebe
Und tausend Sonnen stürben über Gräften?
Des Lebens Taubenzorn ist Traum erschienen:
Sanft geht das Saitenspiel der wahren Liebe.

Unheil.

Im Abend sinken Sommerfelder ein
und lächeln Wolken, die am Himmel gehen.
Holunderblüten in die Lande spähen,
Darin der Drossel Lied so süß und rein.
Die Fenster trinken letzten Sonnenschein.
Des Kindleins flammendgoldne Haare wehen
Am Zaun, wo rote Feuerlilien stehen.
Die nahe Schenke duftet Bier und Wein.
Im Garten dämmert Knochenmannes Bleiche.
Vom Baume Äpfel fallen seinem Streiche
Und schlagen in den Korb mit dumpfem Klange.
Aus einer Flasche trinkt er oft und lange . . .
Sich ringelt, aufgefärbt wie blinde Schleiche,
Zu Kindleins Spiele eine gift'ge Schlange.

Überschriften anderer Sonette lauten:

Lethargie.
Das Heiligste.
Hypnose.
Vision.
Metamorphose der Töne.
Phantastischer Frühling.
Die Wahrheit.
Die entgötterte Sphinx.

Diese prämorbidten Kunstschöpfungen bilden gleichzeitig einen Beleg dafür, was noch kürzlich *Stertz*¹⁴ in einem Beitrag zu dieser in letzter Zeit viel ventilierten Frage sagte, daß die Psychose nicht die poetische Anlage schafft, sondern nur die Gleichgewichtsstörung zwischen den ursprünglich vorhandenen produktiven Kräften, und der ordnenden Disziplin höherer Ordnung.

Ob Kl. früher je einen schizophrenen Schub durchgemacht hat, kann sehr bezweifelt werden. Er hat in seinem Beruf offenbar doch genügend geleistet, was um so höher zu bewerten ist, als er in einer Zeit

angestellt und auch zum Studienrat ernannt wurde, als ein enormer Überfluß an Junglehrern zur Verfügung stand. Er wird auch von seinen Kollegen stets als tüchtiger Mann geschildert, der nur seine Eigenheiten habe, auf die aber jeder Rücksicht nahm.

Selbst aber wenn man annehmen wollte, daß bereits ein früherer Schub vorhergegangen sei, was bei dem jetzigen Alter von 37 Jahren ja nicht ausgeschlossen ist, so steht doch sicher fest, daß *der jetzige* schizophrene Schub, wenn wir einen solchen einmal annehmen wollen, im Anschluß an die luische Gehirnerkrankung aufgetreten ist.

Man könnte ja einfach annehmen, daß es sich um eine jener schizoiden Formen der Paralyse handelt, wie ich sie eingangs erwähnte. Zur Zeit befindet sich *auch* ein solcher Fall in unserer Klinik.

Schröder hat darauf hingewiesen, daß möglicherweise ein beginnender paralytischer Prozeß zunächst eine akute „Episode“ der endogenen Krankheit auslöst, die ihrerseits das Bestehen der Paralyse manifest macht. In unserem Falle scheint es sich mir aber im Gegensatz dazu, doch um einen Vorgang zu handeln, bei dem möglicherweise zwar ein beginnender paralytischer Prozeß eine endogen prädisponierte Psychose ausgelöst hat, doch kann man diese nicht mehr gut als Paralyse auffassen. Im Gegenteil liegt eigentlich kein Anlaß vor, überhaupt die Diagnose Paralyse anzunehmen, denn alle Symptome des Kranken können auf die Schizophrenie bezogen werden. Der positive Wassermann allein ist ja schließlich nicht ausschlaggebend, zumal hier auch durch die Lues noch andere körperliche Erscheinungen von seiten des Pankreas hervorgerufen waren. Es sind sogar eigene Diabetespsychosen beschrieben worden (*Bonhoeffer*). In der Regel wird es sich dabei aber wohl um eine Psychose gehandelt haben, deren Ursache die gleiche war, wie die den Diabetes auslösende. Eine Glykosurie bei Paralyse, Angst- und Depressionszuständen (*E. Schultze* und *Knauer*) ist ja an sich nichts Seltenes. Ältere Arbeiten erwähnen 1—2% Diabetespsychosen, eine Zahl, die nach neueren eingehenderen Forschungen, namentlich *Bonhoeffers*, viel zu hoch gegriffen ist.

Zuletzt muß noch differentialdiagnostisch und nur der Vollständigkeit halber daran erinnert werden, daß umgekehrt sogar eine Pseudoparalyse infolge des Diabetes (*Laudenheimer*) auftreten kann. Jedenfalls aber spricht der Verlauf und die schließliche Besserung mit ihrem Ausgang in einen schizophrenen Defekt eher *gegen* eine Paralyse. Die manifeste Paralyse konnte überhaupt nicht mehr festgestellt werden, so daß man wohl zu der Annahme berechtigt sein darf, daß hier tatsächlich der initiale, cerebraleluetische Prozeß — ob es sich dabei um eine Paralyse handeln mußte, bleibe dahingestellt — bei bestehender konstitutioneller schizophrener Anlage, die durch die prämorbidie Persönlichkeit zur Genüge erwiesen sein dürfte, einen Schub der Schizophrenie, wenn nicht überhaupt den ersten Schub dieser Krankheit ausgelöst hat.

Es bleiben jetzt noch 3 Fälle sog. „posttraumatischer Psychosen“ zu beschreiben, bei denen prinzipiell vorweggenommen werden kann, daß das Trauma in allen 3 Fällen einmal schon rein *quantitativ* nicht als ausreichend bewertet werden kann, um als Ursache für eine dazu noch recht zweifelhafte, in den letzten Fällen sehr unsichere Psychose zu gelten, zweitens auch der zeitliche Zusammenhang bestritten werden muß, und drittens auch die Diagnose einer echten Schizophrenie wenigstens für die letzten beiden Fälle angezweifelt werden muß. Nur der folgende Fall verdient noch eine eingehendere Besprechung.

Fall 4: P. Der Vater des Patienten (Gerichtsvollzieher) machte 1907 eine Lues durch und war um 1909 wegen einer nicht mehr festzustellenden Nervenkrankheit in der Provinzialheilanstalt Allenberg, blieb aber seitdem entmündigt, obgleich er seinen Dienst noch eine Reihe von Jahren versehen hat. Es hat den Anschein, als ob Alkoholmißbrauch dabei eine Rolle gespielt hat. Patient selbst war bis zum 16. Lebensjahre gesund, besuchte das Gymnasium bis Tertia, versagte dann ziemlich plötzlich und kam auf die Unteroffiziersvorschule Bartenstein. 1916 bis November 1917 in einer Provinzialanstalt, versuchte dann einen Beruf zu ergreifen, erkrankte sofort wieder mit Wahn- und Beeinflussungsideen, zeigte eine auffallende Neigung, sich als Kriminalbeamter aufzuspielen, hielt Straßenbahnen an, die er durchsuchte, kam 5 Tage in die Klinik, wo er nur von diesen Ideen sprach. Sehr gewalttätig, gegen den Rat der Ärzte nach Hause genommen. Über die ersten Jahre nach diesem Schub ist nichts bekannt. Die Eltern verheimlichten geflissentlich, daß er bereits einmal krank gewesen sei. Um das Jahr 1921 bei Kommunistenunruhen als Polizeibeamter im Dienst eine Verletzung am Kopf erhalten. 1923 Lues.

Seit 1924 fiel er wieder auf, war mehrfach von kleinen Alkoholmengen betrunken, fiel grundlos Leute an, immer sehr aufgeregt, beging Disziplinverstöße. Während eines Urlaubs 1924 fiel dem Vater auf, daß er zu Hause grundlos und ohne Auftrag Nacht für Nacht „auf Streife ging“, Leute verhaftete, auch Streifen in den Wald unternehmen wollte; war dabei immer sehr erregt.

Selbstverständlich wurde von den Angehörigen die Kopfverletzung 1921 herangezogen und Patient in der Klinik in Breslau 1925 begutachtet. Als Ergebnis wurde eine Alkoholintoleranz infolge psychopathischer Konstitution und Schädeltrauma festgestellt. Da der schizophrene Schub von 1917 nicht bekannt war, wurde DB. angenommen. 1926 Untersuchung durch das hiesige Versorgungsamt und infolge der Berufung durch das gerichtärztliche Institut. Durch nochmalige Röntgenaufnahme konnte eine Knochenverletzung oder Veränderung am Schädel ausgeschlossen werden und mangels jeden weiteren organischen Befundes wurde er als konstitutioneller Psychopath bezeichnet, der ohne DB. voll arbeitsfähig sei.

Seitdem neigt er wieder zu Schlägereien und Gewalttätigkeiten, kam oft zerschlagen und zerschunden nach Hause, so daß im September 1926 er durch das gerichtärztliche Institut hier eingewiesen wurde. War zu Hause sehr erregt gewesen, tanzte in einer Wirtschaft auf dem Tisch, zerschlug Fensterscheiben. Trieb sich tagelang umher, machte wieder bei fremden Leuten Haussuchungen. Manchmal, nicht immer, hatte er vorher etwas getrunken.

In der Klinik anfänglich äußerlich durchaus geordnet, bestritt er aber sofort alle vorgehaltenen Vorkommnisse; das sei alles nur gesagt worden, um einen Grund zur Aufnahme in die Klinik zu finden, weil er eine Dienstbeschädigungsrente beanspruche. Auch die Angehörigen waren vollkommen uneinsichtig, behaupteten nun von allem das Gegenteil, die Erregungen zu Hause habe er im Einverständnis mit dem Vater aus dem gleichen Grunde nur in Szene gesetzt. Patient

blieb völlig unbelehrbar, lächelte bedeutungsvoll und überlegen zu den Auseinandersetzungen der Ärzte.

40 Tage nach der Aufnahme fand sich bei näheren Nachforschungen unser altes Krankenblatt aus dem Jahre 1917. Als der Kranke dies erfuhr, wurde er sehr aufgeregt, sichtlich verlegen und ärgerlich, versuchte mit lebhaftem Affekt den Zusammenhang mit dem heutigen Zustand zu bestreiten.

Merkwürdigerweise beginnt er nun im Anschluß daran schon in derselben Nacht wieder ausgesprochen psychotisch zu werden. Er werde hypnotisch beeinflusst, berichtet mit lächelndem Gesichtsausdruck, man verändere seine Pupillen, grimassiert, betrachtet sich aufmerksam im Spiegel und wird innerhalb von 2 Tagen hochgradigst erregt und gewalttätig. In diesem Zustand blieb er bis zur Überführung nach der Anstalt am 9. 11. 1926, wo er sich im Mai 1927 noch befand.

Von dort wurde berichtet, daß er ununterbrochen sehr erregt sei, läppisch, maniert, unregelmäßig esse, unter sich lasse und mit Stuhl schmiere.

Epikrise: Während aber die ersten beiden Fälle keine frühere Geistesstörung erkennen ließen und auch das Verhalten vor Eintritt der exogenen Noxe auf nichts Psychotisches schließen ließ, haben wir es hier mit einem Schizophrenen zu tun, der in der Pubertät den ersten, so oft nicht erkannten Schub durchgemacht hat und nach dessen Abklingen noch mehrere Jahre, von 1920—24, Polizeibeamter sein konnte, obgleich der weitere Verlauf mit Ausnahme dieser Jahre eigentlich eine ununterbrochene Kette von psychotischen Zügen aufweist, die nach Form und Inhalt sich stets gleichgeblieben sind. Vielleicht ist auch die Wahl dieses Berufes nur unter dem Einfluß seiner Ideen erfolgt.

Wir finden ja vielfach, daß die Eltern kritiklos ein Kind irgendeinen unmöglichen Beruf ergreifen lassen „weil das Kind solches Interesse dafür zeigt“.

Immerhin war das Verhalten bei der Aufnahme 1926 so, daß auch diesseits ohne Kenntnis der Psychose 1917 zunächst nicht genügend Symptome für die Diagnose Schizophrenie gefunden werden konnten. Der Wiederausbruch mit dem Momente, wo der Arzt dem Pat. dies vorhielt, ist wohl nur so zu erklären, daß die ersten 40 Tage aus leicht erklärlichen Gründen der Kranke und seiner Eltern dissimulierten, während der eigentliche Ausbruch des neuen Schubes natürlich viel weiter zurückliegt, mindestens seit dem Zeitpunkt, wo man ihn vom Dienst entband, also Ende 1924. Wahrscheinlicher ist aber noch, daß Pat. ein Beispiel jener Verlaufsformen ist, die eigentlich dauernd krank sind und sowohl äußerst affektbetonte Erregungsstadien als ebenso ruhige und zur Selbstdisziplin fähige Remissionen haben, in denen sie oft höchstens noch als etwas eigentümlich, sonst aber als gesund gelten. Diese Formen stehen ja den ausgesprochen manisch-depressiv gefärbten, schizophrenen Prozessen, und sogar dem manisch-depressiven Irresein, soweit man diesen Psychosereis noch als eine Sondergruppe auffassen will, sehr nahe, und fließende Übergänge werden wohl immer beschrieben werden müssen.

Was in diesem Fall das angebliche Kopftrauma betrifft, so glauben wir nicht, daß es eine wesentliche Rolle beim Zustandekommen des

eventuellen zweiten Schubes, oder sonst im Verlauf des Prozesses spielt. Einmal konnte trotz mehrfacher Untersuchungen keine Verletzung mehr festgestellt werden, und die encephalographischen Untersuchungen unserer Klinik* konnten auch nur beweisen, daß bei dieser Art geringer stumpfer Traumen in der Regel keine cerebrale Reaktion erfolgte. Dann aber auch liegt es 3 Jahre vor dem Wiederaufflackern der Psychose, in welcher Zeit Pat. wohl ziemlich weitgehend geordnet sein mußte, um diese Stelle ausfüllen zu können.

Der Fall ist nur einer von vielen in letzter Zeit von uns beobachteten, in denen sicher Schizophrene und Paralytiker trotz ihrer ausgesprochenen Psychose immer wieder ein altes Trauma, aber nur, wenn es Aussicht auf Entschädigung bot, als Ursache ihres Leidens bezeichneten. Oft sogar pflegten solche Kranke den ganzen Inhalt ihrer Wahnideen aus diesen Vorstellungen zu entnehmen, so daß, wie auch bei den früheren Begutachtungen dieses Falles die Psychose übersehen wird, weil sie fast ganz das Bild des rentensüchtigen Psychopathen mit Demonstration seiner Beschwerden bietet.

*Seelert*¹³ hat auch darauf hingewiesen, daß viele Psychosen, namentlich die der cyclischen Verlaufsform nahestehen, ihre Wahnvorstellungen aus den körperlichen Symptomen der organischen Hirnerkrankung nehmen. Es ist ja auch eine allgemeine, dem Psychiater bekannte Tatsache, daß alle körperlichen Symptome geeignet sind, die Färbung eines psychotischen Zustandsbildes weitgehend zu beeinflussen (vgl. auch Fall 1). Ich habe auch oft die Erfahrung machen können, daß bei Kataktonikern die anscheinend unerklärbare Abstinenz manchmal ihre organisch wohl begründeten somatischen Ursachen hat. Wenn aber wie bei den beiden folgenden, letzten Fällen die Pseudodemenz so im Vordergrund steht, daß sie eigentlich allein das Krankheitsbild beherrscht, müssen an der echten Psychose wohl begründete Zweifel erhoben werden. Bei diesen Fällen kann sich die Diagnose eigentlich nur noch auf die meist recht dürftigen Aufzeichnungen in den Kriegs- und Rentenakten stützen, so daß man schließlich, wenn auch unter einem persönlichen und etwas unsicheren Vorbehalt die Diagnose Schizophrenie fallen läßt:

Fall 5: W. Das Krankenblatt soll nur im Auszug wiedergegeben werden. 1905 aktiv gedient, August 1914 eingezogen und gleich durch Gewehrgeschoß am Kopf verwundet. 1,5 cm lange klaffende Wunde an der Stirnhaargrenze in der Mitte war nach 18 Tagen reizlos verheilt, danach noch 2 Jahre lang Frontdienst. Soll allmählich schwermütig geworden sein, teilnahmslos, bekam Angst bei Feuer, wurde immer stiller, äußerte selbst, er habe das Gefühl, er werde wahnsinnig, er sei „sinnlos“. Die erste Lazarettbeobachtung stellte einen Depressionszustand fest, von dessen völliger Echtheit „sich der Chefarzt allerdings nicht überzeugen konnte“. „Es sei sehr wohl möglich, daß hier hysterische Momente eine Rolle spielen.“ Danach längere Beobachtung in einer Provinzialheilanstalt. Diagnose:

* *Fischer:* Encephalographische Befunde bei Schädelverletzungen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 82.

„hysteropathischer Dämmerzustand“. In einer zweiten Anstalt wurde nur eine „Geistesstörung nach Kopfverletzung“ festgestellt, obgleich die angebliche Kopfverletzung schon 2 Jahre zurücklag. Danach geht nur allein aus dem Krankenblatt dieser Anstalt hervor, daß er eine Zeitlang zumindest verdächtig für eine schizophrene Störung gewesen ist. Durchweg bestand ein Hemmungszustand, dazwischen gelegentliche Erregungszustände, in denen er unter sich ließ und sich „vorsichtig“ aus dem Bett fallen ließ. Eine Zeitlang lag er mit geschlossenen Augen im Bett, grimassierte und hielt die Arme ungewöhnlich lange in Stellungen, die man ihnen gegeben hatte. Trotzdem blieb als Dienstbeschädigungsleiden der „hysteropathische Dämmerzustand als Folge des angeblichen Kopfschusses“ noch lange anerkannt und Patient bezog eine hohe Rente. Infolge einer Begutachtung für das Versorgungsgericht Königsberg kam er erstmalig im Januar 1928, also

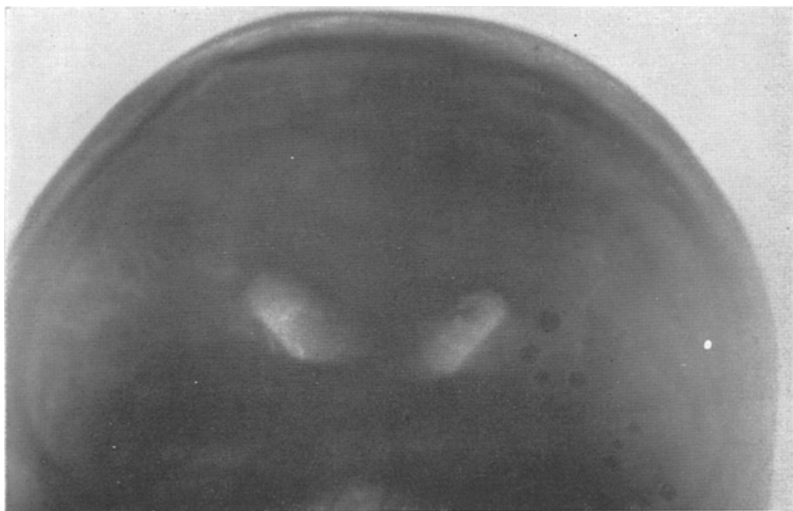


Abb. 3. Fall 5. W.

14 Jahre nach dem Trauma, in die Klinik. Befund: Zahlreiche Degenerationszeichen, breites Becken, X-Beine, femininer Typ, Netzhautkonus, neurologisch sonst gänzlich ohne Befund, psychogene Analgesie. Wassermannreaktion in Blut und Liquor negativ, ebenso die vier Reaktionen. In diesem Falle gelang es, die Encephalographic mit heranzuziehen (Abb. 3 u. 4). Man sieht deutlich eine oberflächliche Knochenrinne in der Tabula ext., die auch palpatorisch feststellbar ist. Außer einer ziemlichen Erweiterung beider Seitenventrikel, rechts gleich links, ist kein krankhafter Befund festzustellen. Nach unseren Erfahrungen * halte ich diesen Befund nicht für die Folge der nicht allzu schweren Schädelverletzung. Bei den übrigen zahlreichen Minderwertigkeitszeichen des Patienten wäre auch dieser nicht einmal übermäßig große Hydrocephalus nicht gerade sehr auffallend. Den typisch traumatischen, asymmetrischen Befund konnte ich jedenfalls nicht erheben. Im psychischen Verhalten bot Patient zur Zeit nichts an eine Psychose Erinnerndes, vielmehr das ausgesprochene Bild eines Ganser, sprach spontan gar nicht, auf Fragen erklärte er, nichts mehr zu wissen, versagte bei den bekannten einfachsten

* Vgl. Fußnote umseitig.

Fragen. erinnerte sich nur noch, daß sein Leiden von einem Schuß herrühre, steht meist mit traurigem, wehleidigem Gesichtsausdruck herum, stützt den Kopf in die Hand, klagt über Kopfschmerzen „vom vielen Nachdenken“. Er will nicht einmal die Mutter seiner drei Kinder kennen, mit der er seit 7 Jahren im Konkubinat lebt, selbst den Namen dieser Frau will er nicht mehr wissen und wieder erkennen.

Selbst also, wenn in diesem Falle noch die Möglichkeit einer 2 Jahre nach dem Trauma durchgemachten Schizophrenie nicht sicher abgelehnt

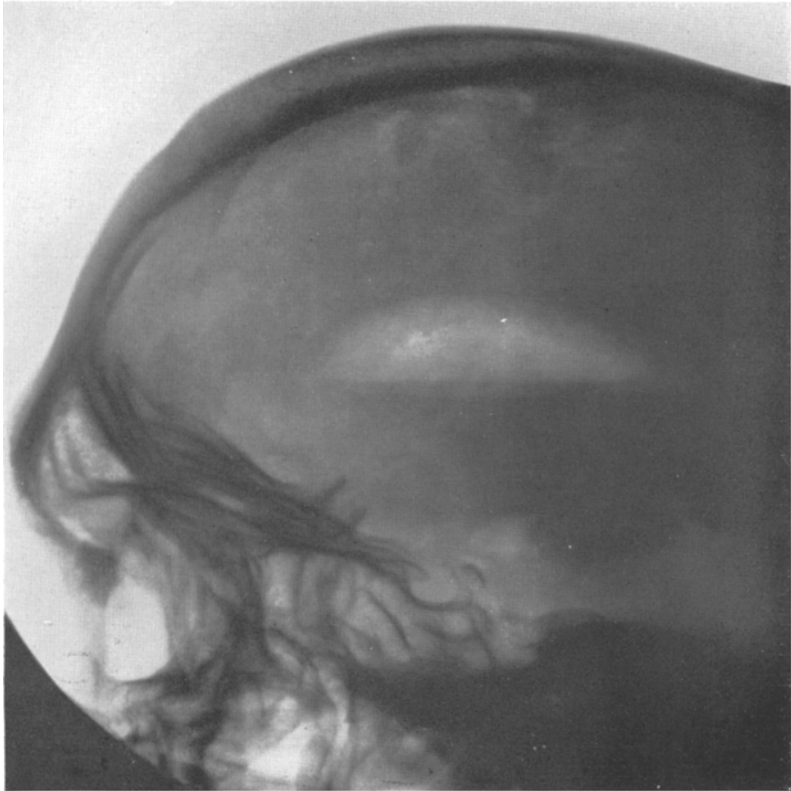


Abb. 4. Fall 5. W.

werden kann, so liegt doch hier sicher kein Zusammenhang mehr vor, da Pat. erstens noch 2 Jahre Frontdienst gemacht hat, und zweitens das Trauma zu gering erscheint, als daß es als auslösende Ursache irgendwie in Frage kommen könnte. Zumindest weicht der Fall insofern von dem zuerst beschriebenen ab, als der *jetzige* Zustand sicher nur der eines Wunschneurotikers ist, während sich der eigentliche psychotische Schub, wenn er überhaupt anerkannt werden soll, längst zurückgebildet hat, was auffälligerweise bei den beiden ersten Fällen nicht der Fall war.

Zuletzt noch ein Parallelfall zum vorhergehenden.

Fall 6: N. Streifschuß an der linken Schläfe Januar 1915. Es wurde eine Hautabschürfung festgestellt, die nach 14 Tagen völlig verheilt war. Wegen interner Beschwerden, die stark den Verdacht der willkürlichen Hervorbringung erweckten, blieb Patient noch eine Zeitlang im Lazarett und wurde plötzlich im März, also 2 Monate danach, sehr erregt, redete verworren, schlug um sich, verweigerte zeitweise die Nahrung und mußte dann nach einer Provinzialheilanstalt überführt werden. Hier wurde die Diagnose *Dementia praecox* gestellt. Patient war vorwiegend stuporös, hatte Sinnestäuschungen, weinte viel vor sich hin, machte Verkehrtheiten, hatte Angst. Zeitweise Sondenernährung. Wurde in eine zweite Anstalt überführt, in der die gleiche Diagnose gestellt wurde. Auch dieser Kranke wurde wegen der Geistesstörung, die „unmittelbar nach der Kopfverletzung“ aufgetreten sei, mit einer 100%igen Rente entlassen. Seit 1926 liegt er in einem dauernden Rentenkampf, nachdem mehrfach der Zusammenhang des Hautstreifschusses mit der Psychose abgelehnt worden war. Im Verlaufe des Streites ebenfalls Untersuchung in der Klinik im Januar 1928. Patient wurde von seiner Ehefrau hierher begleitet, die ihn 1920 geheiratet hat, obgleich er damals so hilflos gewesen sei, daß sie befürchtete, er verwahrlose, wenn er sie nicht als Pflegerin habe (!). Er sei zu Hause völlig untätig und könne nichts allein machen. Auch hier ist neurologisch kein Befund zu erheben. Von einer Narbe am Kopf, selbst einer ganz oberflächlichen, ist nichts mehr festzustellen, selbst der Kranke kann sie nicht wiederfinden. Auf eine Röntgenaufnahme wurde daher verzichtet. Wassermannreaktion in Blut und Liquor negativ, ebenso die vier Reaktionen. Psychisch zeigt er eine auffallende Ähnlichkeit mit dem vorhergehenden Patienten. Er erklärte fast mit stereotyper Sicherheit, er sei „bewußtlos, ohne Besinnung“, er wisse nichts. Ausgesprochene Pseudodemenz; sobald man intensiver versucht, von ihm etwas zu erfahren, so beginnt er zu weinen, nach Art des geängstigten Schulkindes, um sich wieder zu beruhigen, wenn man ihn in Ruhe läßt, steht mit lächelndem Gesichtsausdruck immer an derselben Stelle, läßt sich nicht beschäftigen, kommt lediglich seinen vegetativen Bedürfnissen prompt und ohne Störung nach.

Auch in diesem Fall muß wohl zugegeben werden, vielleicht hier noch eher, wie in Fall 5, daß ein schizophrener Schub im Jahre 1915 durchgemacht wurde. Was jetzt vorliegt, ist wohl kaum noch als solcher anzusprechen. Sicher ist in diesem Fall der Zusammenhang mit dem Trauma abzulehnen. Denn der Hautstreifschuß ist wohl nicht geeignet, eine Veränderung im Gehirn hervorzurufen. Es sei denn indirekt durch die damit verbundene mehr oder weniger starke *Commotio*. Nach meinen Erfahrungen namentlich über encephalographische Befunde bei stumpfen Schädeltraumen glaube ich aber nicht, daß hier überhaupt eine Einwirkung auf das Zentralorgan vorliegen kann.

Eine andere Frage wäre noch, zu erörtern, ob die moralischen und ethischen Einflüsse des Krieges geeignet sind, unter besonderen Umständen bei vorhandener endogener Anlage einen Schub der Schizophrenie zur Auslösung zu bringen. Bekanntlich steht das Reichsversorgungsgericht auf dem Standpunkt, daß das sehr wohl möglich sei, falls der unmittelbare, zeitliche Zusammenhang nachgewiesen werden kann und *besonders schwere* Anstrengungen des Krieges, auch ohne Trauma, nachgewiesen werden können. Das Reichsversorgungsgericht hat sogar noch am 20. 11. 1926 durch einen Entscheid des 5. Senats

(M. 17655/25/5) festgelegt, daß der Standpunkt der modernen Wissenschaft (Schizophrenie, eine endogene Psychose), der diese Auffassung bezweifelt, noch keineswegs allgemein-gültig und überhaupt erst seit dem Jahre 1918 in Anwendung gekommen sei. Mit dieser Entscheidung werden oft wissenschaftliche Argumentationen beiseitegeschoben, namentlich wenn die erstmalige Anerkennung der Kriegsdienstbeschädigung vor dem Jahre 1918 gefallen ist. So geschah es auch in den beiden letzten Fällen, wobei außerdem noch supponiert wurde, daß es sich tatsächlich um eine Schizophrenie handle. Wir betonten eingangs schon, daß wir nicht den seinerzeit von der Heidelberger Klinik vertretenen Standpunkt teilen können, daß ganz allgemein, Kopf- resp. Hirnverletzte besonders oft zu einer Schizophrenie neigen. *Wilmanns* selbst hält auch noch die zuletzt erwogene Möglichkeit offen, daß weniger das Trauma an sich als der Krieg als unlustbetontes Erlebnis hier die Rolle des auslösenden Agens spiele und formuliert seine aus seinen Erfahrungen gesammelten Fragen dahin, daß durch die Kriegseinflüsse, entweder 1. auf dem Boden einer schon bestehenden schizophrenen Psychose eine schizoid gefärbte Reaktion auftritt, oder 2. eine schizophrene Phase oder Schub im Verlauf des fortschreitenden Prozesses, oder 3. es sich um keine Schizophrenie handle, sondern lediglich um eine Reaktion, die eine zufällige Ähnlichkeit mit der Schizophrenie habe. Wie bereits erwähnt, haben sich die Ansichten, daß bei Kopfverletzten besonders oft eine wirkliche Schizophrenie auftrete, die also ohne dieses Trauma sonst nicht aufgetreten wäre (!) nicht bestätigt. Schon vor *Wilmanns* Untersuchungen hatten *Muralt*, *Pfister* und *Berger* die Frage untersucht, und waren seinerzeit zu der Überzeugung gekommen, daß man einen Zusammenhang zwischen Kopftrauma und der Schizophrenie für möglich halten müsse, und zwar in der Weise, daß das Trauma die „Konstitution schädige“, wozu die *allgemeine* Hirnschädigung die Angriffsfläche biete. Alle Autoren setzen dabei aber eine *Hirnschädigung* voraus. Wir kommen mit dieser Frage auf ein Gebiet, das hier eigentlich nicht mehr in den Rahmen gehört und daher nur kurz gestreift werden kann. Es handelt sich um die *Lokalisation der Schizophrenie* im Zentralorgan. Ich selbst habe schon gelegentlich früherer Arbeiten meine Überzeugung dahin ausgedrückt, daß es stets unmöglich bleiben *muß* einen psychischen Prozeß im *Erfolgsorgan* der Psyche — was meines Erachtens nicht gleichbedeutend sein kann mit ihrem Sitz — zu lokalisieren. Anatomische wie psychologische Untersuchungen haben ja Versuche in dieser Richtung unternommen, die dahin führten, daß man den Boden des dritten Ventrikels und das Höhlengrau oder nach *Küppers* „den vorderen Teil der Cerebrospinalachse“ besonders dafür verantwortlich hielt¹⁰. Die Freiburger Klinik hat auch durch *Fünfgeld* in unermüdlicher Arbeit cerebri frischer und alter Fälle, die ich klinisch zum größten Teil noch selbst mitverfolgt habe, besonders auch in dieser Richtung histologisch

untersucht. Das Ergebnis ist bisher rein negativ. Es handelt sich in der vorliegenden Arbeit aber auch keineswegs um diese meines Erachtens mehr philosophische Streitfrage, die ja auch nur dann einen Wert für diese Untersuchungen hätte, wenn sich wirklich ergeben hätte, daß tatsächlich bei Kopf- und Hirnverletzten reine und einwandfreie Schizophrenien an der Tagesordnung wären. Betrachtet man die beiden letzten Fälle auch noch unter dem Gesichtswinkel des Rentenkampfes, mit seinen sicher nicht geringen psychischen Traumen auf den Verletzten, so liegt auch kein Grund mehr vor, hier von sog. „posttraumatischen Psychosen“ zu sprechen. Entweder hat bei den Fällen, namentlich beim letzten eine echte Schizophrenie bestanden, dann gehört sie in keine Sondergattung, oder aber es handelt sich eben nicht um das, was man auch neben der eigentlichen Schizophrenie noch zur endogenen Psychose rechnet, sondern vielmehr in die Gattung der auf Wunsch und Begehrungsvorstellungen beruhenden reaktiven psychogenen Dämmerzustände. Die Fälle gehören also letzten Endes nicht zu dem hier in Frage stehenden Material, wurden vielmehr nur mitgeführt um zu zeigen, daß keineswegs jede psychische Störung nach einem Schädeltrauma eine „endogene“ Psychose zu sein braucht. Bei den noch verbleibenden ersten 4 Fällen handelt es sich also um die sonst endogen anmutende Psychose im Sinne einer Schizophrenie, und darf in keinem Falle unter die sonst bekannten exogenen Reaktionsformen (*Bonhoeffer*) gerechnet werden. Die beiden ersten entstanden mehr oder weniger unmittelbar im Anschluß an eine schwere traumatische Hirnschädigung, und die dritte als Folge einer Hirnlues, während der 4. Fall später zeigte, daß es sich keinesfalls um eine vor dem fraglichen Trauma gesunde Person handelte. Der Verlauf der Fälle untereinander ist so verschieden, daß allgemeine Schlüsse daraus nicht gezogen werden können. Wir wissen nur, daß man bisher, wenigstens bei der reinen Schizophrenie, exogen wirksame Ursachen ablehnte, während man bei den manisch-depressiven Psychosen, die ja schon durch ihre oft zahlreichen somatischen Begleiterscheinungen eine Sonderstellung einnehmen, schon länger daran gedacht hat (*Bonhoeffer-Specht*), daß ihnen „irgendwelche inneren Störungen“ vielleicht des Hirnstoffwechsels zugrunde liegen.

Wenn wir nun aber hier Fälle sehen, die entgegen unseren sonstigen Erfahrungen exogene Ursachen aufweisen, denen mehr Bedeutung als der eines zufälligen zeitlichen Zusammentreffens beigelegt werden muß, und auf der anderen Seite daran festgehalten werden soll, daß tatsächlich eine Schizophrenie vorlag — und das *muß* bei eingehender und vorsichtiger Untersuchung der Fälle behauptet werden —, dann drängt sich die Frage auf, durch welche auslösenden Ursachen in den zahllosen anderen Fällen, die bestehende endogene erbbiologische Anlage *hier* zur Psychose wird, und *dort* ein Leben lang „latent“ bleibt. Diese Frage wurde ja bereits eingangs mit den Erwägungen mehrerer Autoren

berührt. Ganz allgemein nimmt man ja schon an, daß *mehrere* Ursachen erforderlich sind, aber es bleibt eigenartig, daß so außerordentlich selten eigentlich exogene Ursachen nachgewiesen werden. Nun sehen wir aber die zahlreichen psychischen Erkrankungen des Rückbildungsalters und des Seniums auch nicht selten schizophrene Züge annehmen, wenn sie auch im allgemeinen die ängstlich-depressive Unruhe bevorzugen, die mit dem körperlichen Verfall parallel geht. Unter der Voraussetzung, daß die endogene Anlage zur Schizophrenie mit *Bleulers* „Schizoiden“ gleichzusetzen ist, werden alle diese „latent Schizophrenen“ bei irgendwelchen psychischen Störungen, auch den mehr physiologischen der Klimax und des Seniums zu schizophren gefärbten Störungen neigen, nur aber die Pubertät allein ist in dieser Reihe der physiologischen Stoffwechselschwankungen in der Lage, aus der schizoiden Anlage eine wirkliche *Schizophrenie* entstehen zu lassen. Fassen wir aber die Pubertät mit ihren qualitativen und quantitativen Veränderungen, mit ihren gesteigerten Anforderungen an den jugendlichen, bis dahin kindlichen Organismus, und dem plötzlichen Umschwung im Stoffwechselgleichgewicht auch als eine exogene Noxe auf, so bleiben eigentlich nur noch wenige Fälle, bei denen sich die exogene auslösende Ursache nicht feststellen läßt.

Auch die anderen physiologischen Störungen, die auf Stoffwechselschwankungen beruhen, wie Gravidität, Partus und Puerperium, rufen ganz andere Zustandsbilder hervor, und zwar vorwiegend eben die „exogenen Reaktionsformen“, bei denen nach heutiger Auffassung die endogene Anlage nur das plastische Material zur Psychose bildet, von dem allerdings das Zustandsbild im wesentlichen abhängig ist. Aus dem Grunde haben wir uns daran gewöhnt, eben nur diese eine Psychose, deren Beginn in die Pubertät und die ersten darauffolgenden Jahre fällt, als Schizophrenie oder *Dementia praecox* zu bezeichnen. Möglich oder denkbar wäre aber auch, daß der bisher eng abgegrenzte Bezirk der endogenen Schizophrenie, seine Grenzen fallen lassen muß, um einem größeren Sammelbegriff der „Psychose“ Platz zu machen, in dem die Einteilung nach ätiologischen Gesichtspunkten vielleicht verheißungsvoller ist, als die bisherige nach Symptomenbildern.

Bumke nimmt ja als Schüler *Hoches* schon lange den bestimmenden Einfluß exogener Faktoren für den Ausbruch der Psychose an, und *Bonhoeffer* sagt bei der Beschreibung der Infektionspsychosen² „Es hätte rein praktisch gerade für die Katatoniefrage sein Gutes, wenn wir in dieser Erkrankung nicht lediglich das Verhängnis einer vererbten Anlage erblickten, und uns dadurch zu einer dauernden Resignation in ätiologischer Hinsicht verurteilt sehen würden“. Spielen wirklich Autointoxikationsstoffe ätiologisch eine Rolle, so ist immerhin die Hoffnung auch auf künftige therapeutische Angriffsmöglichkeiten von ätiologischen Gesichtspunkten gegeben.

Literaturverzeichnis.

- ¹ *Bonhoeffer, K.*: Zur Frage der exogenen Psychose. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1909. S. 499. — ² *Bonhoeffer, K.*: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. — ³ *Bonhoeffer, K.*: Die exogenen Reaktionstypen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **81**, H. 4. — ⁴ *Ewald, G.*: Temperament und Charakter. Monographie aus d. Gesamtgebiete d. Neurol. u. Psychiatrie. H. 41. — ⁵ *Hoffmann, H.*: Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis. — ⁶ *Kahn*: Konstitution, Erbbiologie und Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **57**. 1920. — ⁷ *Kahn*: Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **63**. 1921. — ⁸ *Krisch*: Die symptomatischen Psychosen. Abh. a. d. Neurol. u. Psychiatrie (*Bonhoeffer*). H. 9. — ⁹ *Krisch*: Die exogenen Reaktionstypen und das Dementia praecox-Problem. Ref. Zentralbl. f. Neurol. u. Psychiatrie. **42**. — ¹⁰ *Küppers*: Über den Sitz der Grundstörung bei der Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **78**, 546. 1922. — ¹¹ *Moser, K.*: Grundsätzliches und Kritisches zur Endo- und Exogenese bei Schizophrenien. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **81**, H. 4. — ¹² *Schröder*: Intoxikationspsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1907. — ¹³ *Seelert*: Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptombilde und der Pathogenese von Psychosen. Abh. a. d. Neurol. u. Psychiatrie (*Bonhoeffer*) H. 6. — ¹⁴ *Stertz, G.*: Beitrag zu dem Verhältnis von Kunstschaffen und Geisteskrankheit. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **100**. — ¹⁵ *Wilmanns, K.*: Die Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **78**, 338. 1922.
-