

II.

Aus der neurologisch-psychiatrischen Universitätsklinik
in Graz.

Der psychische Infantilismus.

Eine klinisch-psychologische Studie.

Von

H. di Gaspero,

klinischem Assistenten.

(Hierzu 2 Abbildungen.)

Inhaltsübersicht: Vorbemerkungen, betreffend die Infantilismusliteratur, sammt Darstellung des morphologischen und klinischen Begriffes im Allgemeinen, sowie der Wechselbeziehungen zwischen körperlichem Infantilismus und psychischen Entwicklungsstörungen bezw. Abnormalitäten. — Eigene Beobachtungen, psychisch-körperliche Zustandsuntersuchungen infantiler Individuen und kurze Zusammenfassung der wichtigsten Untersuchungsergebnisse. — Psychologisch-klinische Analyse psychischer Grundphänomene bei den herangezogenen Infantilen nach gegebenen Gesichtspunkten, zugleich diagnostische Uebersicht. — Schlussfolgerungen auf Berechtigung des Begriffes eines „psychischen Infantilismus“, seine Umgrenzung und Eintheilung in zwei Formen, nämlich in die Form des echten psychischen Infantilismus als Persistenz eines kindlichen Seelenlebens und in die Form des kleindimensionalen psychischen Entwicklungsgrades. — Differential-diagnostische Abgrenzungen. — Stellung des psychischen Infantilismus als psychopathologische Einheit. — Spezielle Untersuchungen auf dem Gebiete der Infantilismuspathologie: a) Die infantilen Erinnerungsfälschungen, b) Der infantile Verstimmungszustand. — Complicationen und Folgezustände des psychischen Infantilismus. — „Infantile Psychosen“ mit Eigenbeobachtungen, Zusammenfassung und Epikrise. — Verlauf, Ausgänge des Infantilismus. Der secundäre infantile Schwachsinn. Lebensdauer infantiler Individuen. — Vorkommen. Partieller Infantilismus. — Wechselbeziehungen zwischen körper-

lichem und psychischem Infantilismus. Bemerkungen bezüglich der Congruenz beider Zustände.

Es ist das Verdienst der französischen Forschung, den Begriff des Infantilismus geprägt und seine morphologische und kinische Bedeutung fixirt zu haben.

Schon 1836 hat Andral und bald nach ihm Hirtz auf die wichtigen Beziehungen zwischen tuberculös-erblicher Belastung und Verkümmern des Gesammtorganismus hingewiesen. — Sowohl Andral als Hirtz sprachen in ihrer These hierbei von körperlich zurückgebliebenen und verkümmerten Einzelwesen, deren Entwicklungszustand dem Lebensalter keineswegs entspräche.

In voller Würdigung dieser Thatsachen beschrieben 1837 und 1843 Dancel (Acad. des sciences) und 1857 Baillarger (Acad. de médecine) geradezu excessive Fälle gänzlich rudimentär entwickelter Menschen.

Hierbei berichtet Dancel von einem 24jährigen Mädchen, dessen körperliche und geistige Entwicklung die eines 4—5jährigen Kindes war; das Mädchen, welches nur eine Höhe von 96 cm erreichte, hatte sich bis zum Alter von $3\frac{1}{4}$ Jahren der Norm entsprechend entwickelt, worauf die Entwicklung gänzlich stille stand, so dass dasselbe im 21. Lebensjahre noch ein vollständiges Kind von 94 cm Körperhöhe war, welch letztere von da ab nur noch 2 cm an Länge zunahm.

Baillarger stellte der Academie ein 27jähriges weibliches Individuum vor, welches bei einer Körperhöhe von 1 m den Entwicklungszustand eines 4jährigen Kindes mit vollständig persistentem Milchgebiss aufwies.

Der Ausdruck Infantilismus stammt von Lasègue, welcher darunter einen Zustand von Persistenz der physischen und psychischen Kindeskennzeichen bei Erwachsenen versteht.

Nach dem gegenwärtigen Stande der Forschung versteht die Mehrzahl der Autoren unter Infantilismus den Folgezustand einer durch abnorme vitale Bedingungen hervorgerufenen Entwicklungsbemmung des Einzelwesens in einer frühen Lebensphase: dieser Folgezustand besteht hierbei in der pathologischen Persistenz der Kindescharaktere in einem Lebensalter, welches die physiologische Kindheit bereits überschritten hat.

Im Jahre 1871 construirte Lorain und dessen Schule den Begriff des dystrophischen (degenerativen) Infantilismus. Sowohl er als seine Schüler, darunter Faneau de la Cour würdigten hierbei ein eingehend sein ätiologisches und sein morphologisches Interesse.

Im Allgemeinen handelt es sich bei dem von ihm beschriebenen

Typus, kurz Typus Lorain (richtig *Lasègue-Lorain*) genannt, vorzugsweise um tuberkulös belastete, kindlich geartete, kleindimensionale Individuen, die trotz des gehörigen Lebensalters ohne secundäre Geschlechtscharaktere verblieben. Es präsentieren sich demnach solche Infantile als relativ proportionirte, mit kindlichen Kennzeichen behaftete, schlank gestaltete, etwas eckig contourirte Miniaturmenschen, deren Verknöcherungsprocess in den Epiphysenfugen ohne Verzögerung perfect geworden ist.

Lorain definirt den Infantilismus als „*débilité, gracilité et petitesse du corps, sorte d'arrêt de développement, qui porte plutôt sur la masse de l'individu que sur un appareil spécial*“.

Das Krankheitsbild Lorain's wurde erweitert und ausgebaut von Joffroy, Bourneville und Sollier, Fétré, Richer, Brouardel, Potain, Durey-Compte, Gérard, Carré u. A., als in den Jahren 1895—1897 Brissaud und nach ihm Meige, Vivier, Thibierge, Combe u. A. morphologisch den thyreogen-myxödematösen Typ abtrennten und ihm eine Sonderstellung in der Infantilismuslehre verschafften. — Eine erschöpfende und umfassende Beschreibung dieses Typus — Myxinfantilismus oder Typ Brissaud genannt — verdanken wir hauptsächlich Meige. Nach ihm steht nur diesem Typ der Begriff des echten Infantilismus zu. — Hinsichtlich des von ihm gezeichneten morphologischen Symptomencomplexes sei in kurzen Zügen auf das myxödemähnliche Bild aufmerksam gemacht: blasses, gedunsenes Gesicht mit wulstigen Lippen, spärliche Haarentwicklung, trophische Hautstörungen, cylindrisch geformter Rumpf, kurze volle Beine, relativ grosser Kopf, vorgetriebenes Abdomen, persistentes Milchgebiss.

Meige lenkte die Aufmerksamkeit auf den echt kindlichen Habitus solcher Individuen hin, d. i. auf die Körperproportionen, wie sie nur dem Kinde eigen sind und betonte den vollständigen Mangel jeglicher Reifezeichen, darunter den Mangel aller secundären Geschlechtscharaktere inbegriffen und das Offenbleiben der Epiphysenfugen.

Neben klassischen Vertretern dieses Typus untersuchte und beschrieb Meige auch eine Reihe von Mischformen bezw. Uebergangsformen zum Typ Lorain. Seinen fruchtbringenden Anregungen folgten in dieser Frage die Arbeiten von Thibierge, Herthoghe, Bourneville, Hutenil, Ausset-Breton und Carré.

Während der Typ Lorain ätiologisch eine von der Schilddrüse unabhängige Form des Infantilismus vorstellt, ist der Typ Brissaud (resp. Brissaud-Meige) auf einer supponirten Insufficienz der Schilddrüsenfunction in den ersten Lebensjahren aufgebaut.

Eine Brücke zwischen diesen beiden Abarten des Infantilismus con-

struirte 1899 Hertoghe und nach ihm Ausset-Breton 1901, indem diese Autoren beide Typen als ätiologische und im Prinzip auch morphologische Einheit darzustellen suchten.

Hertoghe's Anschauung geht dahin, dass jede Art von Infantilismus, sei es der dystrophische Typ Lorain, oder aber der Myxinfantilismus Brissaud in einer Hypothyreoidose bedingt sei, i. e. in einer congenitalen Schädigung der physiologischen Schilddrüsenfunction: Alle Formen seien nur Spielarten dieses seines Hypothyreoid-Infantilismus. Unter Anderem behauptet Hertoghe, dass es auch zwischen dem ausgesprochenen Myxinfantilismus und dem vollkommen normalen Zustande alle erdenkbaren Zwischenstufen gäbe, die er als „Hypothyreoidie bénigne“ bezeichnet, und sucht hierbei sämtliche, wie immer gearteten infantilen Symptomcomplexe auf Rechnung der Hypofunction der Schilddrüse zu bringen, unter Anderem auch Rhachitis und deren verwandte Zustände. Auch hinsichtlich des Wachstumsstillstandes als Fundamentalphänomen des Infantilismus steht Hertoghe in einem grundsätzlichen Gegensatze zu Brissaud-Meige, indem er den Wachstumsstillstand als streng zum Begriffe Infantilismus zugehörig nicht anerkennt. Die Anschauungen Hertoghe's blieben keineswegs vereinzelt.

Man hat z. B. den Versuch unternommen, eine Reihe anderweitiger Ernährungs- und Entwicklungsstörungen auf Rechnung einer mangelhaften Schilddrüsenfunction zu bringen. So bezieht Putnam fast alle Wachstumsstörungen auf eine solche Unterfunction der Schilddrüse.

Heubner, O. Müller und Quincke meinten u. A., dass allen geistigen Entwicklungshemmungen solche Schilddrüsenstörungen zu Grunde liegen müssten.

Quincke beschrieb als „Athyrosis infantilis“ eine Reihe von Fällen mit psychischen und somatischen Entwicklungshemmungen, die an den Kretinismus anklingen, von demselben aber durch die Skelettentwicklung sich unterscheiden.

Die Lehre Hertoghe's fand Gegner, welche die von ihm aufgestellte ätiologische und morphologische Identität der beiden Typen naturgemäß bestritten und auf deren Trennung bestanden. Eine streng kritische Bekämpfung der Theorien Hertoghe's führte Ferrannini 1900 bis 1904 durch und lieferte zugleich sehr werthvolle Beiträge über den „von der Schilddrüse unabhängigen Infantilismus“ — ausgedrückt in dystrophischen Formen nach Lorain. Ferrannini kann das Verdienst beanspruchen, die Grenzen zwischen den beiden Haupttypen scharf gezogen und besonders die dystrophischen Formen klinisch und pathologisch markant umgrenzt zu haben. Der Typ Lorain ist nach ihm der

Folgezustand einer Entwicklungsverkümmерung, der Typ Brissaud der eines Entwicklungsstillstandes. Besonders die cardiodystrophischen Infantilismusformen fanden in ihm einen erstklassigen Interpreten: „Der Mitralinfantilismus“ und der „Pulmonalinfantilismus“. Speciell vom Mitralstenosen-Infantilismus lieferte er eine klassische Beschreibung (1899 und 1900) sowie Epikrise und gab hierdurch Anlass für eine Anzahl bemerkenswerther Beiträge, so von Gilbert und Rathery, Merklen, Gerard u. A. in dieser Frage. Den Thatsachen Rechnung tragend referire ich unter Einem, dass gleichzeitig mit den Errungenschaften Ferrannini's auf dem Gebiete des Mitralinfantilismus Carré 1900 seine Studien über die Pathogenese des Pulmonalinfantilismus veröffentlichte mit Berücksichtigung und Heranziehung der von Durey-Compte, Potain, Monnier u. A. geleisteten Vorarbeiten.

Die letzte umfassende Durchforschung der gesammten Infantilismuslehre stammt 1905 von Sante de Sanctis. Wenn dieser Autor auch hinsichtlich der körperlichen Infantilismusphänomene nicht wesentlich Neues schuf, verdanken wir ihm doch eine sorgfältige Sichtung des ganzen Forschungsmateriales. In seiner nosographischen und klinischen Studie vertheidigt er die strenge Abgrenzung beider Haupttypen und kennzeichnet u. A. kritisch die Dignität der anangioplastischen Formen des Lorain'schen Typus. Diese letzteren Formen sind bedingt durch eine angeborene Gefäßhypoplasie, d. i. Unterentwicklung bezw. abnorme Enge des Arteriensystems, deren schwerwiegender Einfluss auf die Entwicklung des Gesamtorganismus und auf die Entfaltung der physiologischen Energien schon Rokitansky (1846) und später Virchow wohl bekannt war. Die in der Gefolgschaft der Gefäßhypoplasie auftretende constitutionelle Chlorose (Chloro-Anämie), die Disposition zur Tuberkulose, die Entwicklungsdürftigkeit und Genitalverkümmерung etc. wurde in letzter Linie dem herrschenden Mangel an Ernährungsflüssigkeit zugeschrieben und der Infantilismus auf diese constitutionellen Dystrophien aufgebaut. Allerdings ist hierbei die Gefäßhypoplasie nicht als die eigentliche primäre Ursache anzusprechen, sondern vielmehr als Theilerscheinung der Gesammitentwicklung und ist in letzter Linie nur der Ausdruck hereditär ausgelöster fotal-pathologischer Vorgänge. Als solche Heredoeinflüsse wird an erster Stelle die Tuberkulose, die Lues und der chronische Alkoholismus der Eltern genannt. Diese anangioplastisch-dystrophischen Formen waren es schliesslich, die seiner Zeit Andral-Hirtz, Lasègue, Lorain, Faneau de la Cour u. s. w. als Substrat für deren grundlegenden Beobachtungen und Schlussfolgerungen dienten.

Anangioplasie liegt zum grössten Theile auch den Infantilismus-

fällen bei Heredo-Lues zu Grunde, wie sie uns Fournier, Tissier, Lewin, Schwimmer, Barlow, Hermanides u. A. mitgetheilt haben und die sicher dem Typ Lorain angehörten.

Die übrigen in der Literatur aufgezeichneten Infantilismusgattungen halten einen Werth nur durch die ätiologischen Momente, auf die sie sich beziehen lassen; sie sollen hier nur cursorisch skizzirt werden.

Agostini und nach ihm Lombroso beschrieben Fälle von Pellagra-Infantilismus, nämlich Brissaud Typen bei den Nachkommen Pellagröser (Heredo-Pellagra). Hinsichtlich ihrer Pathogenese wurde diesen Fällen eine fötale Schilddrüsenschädigung durch das Pellagraigkeit supponirt. Ihnen schliesst sich Ceni an. Byrom-Bramwell sprechen von einem Pancreasinfantilismus durch congenitale Pancreasschädigung, Morlat von einem Suprarenal-Infantilismus durch Nebenniereninsuffizienz hervorgerufen.

Wichtiger ist der Malaria-Infantilismus (Typ Lorain) bei der Bevölkerung von Malariagegenden, entstanden durch in früher Kindheit erworbene Malariainfektionen und consecutive Malariaekachexie (Ferrannini, Lancereaux). Entgegen der Ansicht Lancereaux', dass der Malaria-Infantilismus ursächlich durch Schilddrüsenveränderungen erzeugt sei, sucht Ferranini diese Form (= Lorain-Typus) analog den hereditär - luetischen und tuberkulösen Formen durch die allgemein schwächenden Einflüsse der chronischen Malariainfektion zu erklären.

Um vieles höher und schwerwiegender sind in der Aetiologie des Infantilismus jene allgemeinen Momente zu veranschlagen, die als tägliche Vorkommnisse Gegenstand der socialen Hygiene sind. Hier sind zu nennen: Trunksucht der Eltern; allzugrosse Jugendlichkeit der Mutter oder Senilität der Eltern bei der Zeugung; zu häufige und rasch nacheinanderfolgende Schwangerschaften der Mütter, zumal bei Arbeitsanstrengung und Ernährungsdürftigkeit; Frühgeburt; Alkoholmissbrauch im zarten Kindesalter; frühzeitige körperliche Traumen; unhygienische und dürftige Existenzverhältnisse. Der Infantilismus ist dann nur der Ausdruck allgemeiner erschöpfender oder ungenügender vitaler Bedingungen.

Auf Grundlage des gegenwärtigen Standes der Infantilismuslehre kann nachstehende auf praktischer Basis aufgebaute Classification des Infantilismus aufgestellt werden:

- I. **Myxinfantilismus** = Typ Brissaud-Meige, i. e. der Schilddrüsen-Infantilismus.
- II. **Dystrophischer Infantilismus** = Typ Lasègue-Lorain, d. i. der von der Schilddrüse unabhängige Infantilismus.

Unterabtheilungen des letzteren sind:

A. Congenitale Formen: auf endogenen Ursachen beruhend, nämlich:

1. Die Hereditätsmomente (heredo-luetische, tuberculöse, alkoholische Einflüsse ohne typische cardiovasculäre Entwicklungshemmungen).
2. Die Frühgeburt und anderweitige Generationsmissverhältnisse (allzugrosse Jugendlichkeit der Mutter, Senilität der Eltern etc.).
3. Die eigentlichen cardiovasculären Entwicklungshemmungen (anangioplastische und cardiodystrophische Formen).
4. Der Status thymico-lymphyticus (?).

B. Erworbenen Formen: auf exogenen Schädigungen in der ersten Lebensperiode beruhend, nämlich:

5. Dürftigkeits-Infantilismus.
6. Frühzeitige Stoffwechselkrankheiten ohne ausgesprochene Gefäßhypoplasie.
7. Frühzeitige Infectionskrankheiten und Intoxicationen (Alkohol, Tuberkulose, Malaria etc.).
8. Traumatische Noxen.

Der Uebersicht halber mögen die beiden Haupttypen des Infantilismus morphologisch-klinisch mit ihrem vollentwickelten Krankheitsbilde einander gegenüber gestellt werden:

I. Typ Brissaud: Volle, mehr gedunsene Formen, kleine Statur, breites, fahl-blasses Gesicht, echt kindliche Züge, stumpfe Nase, wulstige Lippen, ödematöse Augenlider, grosser Kopf, kurzer Hals (gewöhnlich dick), Milchgebiss, hohe Stimme, kurzer cylindrischer Rumpf, vorgetriebenes Abdomen, kurze mehr voluminöse Extremitäten, kindliches Becken, verstärkte Lendenlordose. Rudimentäre Sexualorgane (Genitalaplasie), Fehlen aller secundärer Geschlechtscharaktere, offene Epiphysenfugen. Körperproportionen eines Kindes.

II. Typ Lorain: Kleine Statur, zarter, schlanker Körperbau, sehr graziles Skelett, zarte (blasse) Haut, eckige Formen, überlange, schlanke Beine, schmaler Thorax, kindliches Brustbein, kindliche Beckenform, normal verknöcherte (bzw. in Verknöcherung begriffene) Epiphysenfugen, gut ausgeprägte, unreife Gesichtszüge, hohe Stimme, langer Hals, vollendeter Zahnwechsel (wenn auch verspätet). Genitalverkümmernung (Uterus infantilis), dürftige oder fehlende secundäre Geschlechtskennzeichen mit Menstruationsanomalien. Kleindimensionale Körpermaasse (Miniaturmensch). Relativ erhaltene Harmonie der Einzelmaasse.

Vermöge der Persistenz von Kindescharakteren und vermöge ihrer

kleinen Statur stellen die Infantilen nach Lorain unreife und verkümmerte Einzelwesen in einer Altersperiode vor, in der sie der Zahl der Lebensjahre nach bereits den körperlich vollreifen Menschen zugerechnet werden müssten.

Die Infantilen nach Brissaud imponiren als echte Kinder mit myxödematösem Gepräge, trotzdem sie schon über die Pubertätsjahre hinaus sein können.

Beiden Typen gemeinsam ist das Ausbleiben der Geschlechtsfunction bzw. die Verkümmерung derselben.

In der Gegenwart wird der Ausdruck Infantilismus für beide Typen promiscue gebraucht und wird darunter, wie schon Eingangs erwähnt, der Folgezustand einer durch abnorme vitale Bedingungen hervorgerufenen Entwicklungshemmung (Entwickelungsstillstand bzw. Verkümmierung) des Einzelwesens in einer früheren Lebensphase verstanden. Bei der Analyse der Fundamentalerscheinungen dieses Folgezustandes setzt die alte Definition Lasègue's mit ihrem ganzen Werte ein: Persistenz der physischen und psychischen Kennzeichen und Eigenschaften der Kindheit.

Die dem Infantilismus ähnlichen oder verwandten Zustände sollen hier nicht in Betracht gezogen werden: d. i. der Nanismus achondroplasticus (Parrot-Marie, Apert, Leblanc, Hermann, Cestan-Regnault) der Mongolismus infantilis und der mongoloide Infantilismus (Kassowitz, Bourneville, Oliver, Garrod, Neumann, Sutherland, Vogt, Siegert u. A.), der Eunuchismus, das Geroderma genitodystrophicum (Rummo-Ferrannini, Greco), der rhachitische Zwergwuchs etc.

Es unterliegt keinem Zweifel mehr, dass zwischen dem wahren infantilen Myxödem (Ord 1877) und dem Myxinfantilismus eine enge innere Verwandtschaft besteht. Ja es kann der Myxinfantilismus füglich als eine milde (fruste) und eigenartig gekennzeichnete Erscheinungsform des spontanen infantilen Myxödems angesprochen werden.

Bei Gegenüberstellung der Symptomkomplexe des echten Myxödems und des Myxinfantilismus ist eine andere Deutung wohl nicht möglich. Gewiss aber ist die Annahme gerechtfertigt, dass die Anfänge des Myxödems in die ersten Lebensjahre bzw. in das Säuglingsalter, die Entstehungszeit des Myxinfantilismus in die reifere Kindheit oder selbst in das Zwischenalter resp. die Vorpubertätsperiode zu verlegen sind.

Bei dem completten frühzeitigen Myxödem (= der Myxidiotie Bournevilles 1880) sind neben dem Zwergwuchs und der weitgehenden psychischen Stumpfheit mehrere Erscheinungen noch zu constatiren, die

dem Myxinfantilismus im Grunde genommen fremd sind. Ich erwähne kurz: Offenbleiben der grossen Fontanelle, sehr spärlicher Kopfhaarwuchs, Makroglossie, schwerfälliger Gang, Muskelschwäche, verkrümmte Gliedmaassen, Wirbelsäulendeformation, fehlendes Sprachvermögen, Rauheit der Stimme, niedrige Körpertemperatur, echte Pachydermie, niedriger Blutdruck, aplastische Schilddrüse, mangelhafte erste Dentition, Blutanomalien, Mangel eines Musculaturreliefs, Onychodystrophie etc.

Wie schon oben erwähnt, wurden von Meige, Vivier, Thibierge, Hertoghe, Dupré-Pagniez, Agostini, Carré u. s. w. Uebergangsformen oder richtiger Mischformen zwischen den beiden Typen beschrieben. Naturgemäß sind nicht nur derlei Mischformen, sondern auch partielle Spielarten innerhalb des einen oder des anderen Haupttypus mit fließenden Uebergängen ins normalphysiologische Gebiet zu erwarten. Als partielle oder besser ausgedrückt incomplete Formen sind im Allgemeinen alle jenen aufzufassen, bei denen nur das eine oder das andere Grundphänomen ausgiebig ausgestaltet ist, während die übrigen symptomatisch in den Hintergrund gedrängt sind. Derartige Fälle gelangten u. A. von Jeandelize und S. de Sanctis innerhalb des Typ Brissaud zur Beobachtung und Aufstellung.

Im Gegensatze zu solchen partiell Infantilen lässt sich bei einer grossen Reihe von Individuen eine Anlage aller charakteristischen Infantilismussymptome nachweisen; der Entwicklungsgrad derselben ist jedoch ein derartig geringer und wenig marcanter, dass nur von einem rudimentären Infantilismus bei diesen Individuen gesprochen werden kann.

Meines Dafürhaltens ist für den Begriff des incompletten Infantilismus die Geschlechtshemmung und das Ausbleiben (bzw. Verkümmern) der secundären Geschlechtscharaktere wenigstens bis zu einem gewissen Grade unerlässlich, wohingegen die Wachstumsstörung nicht als unumgänglich zugehörig anzusehen ist.

Ein Moment wäre noch kurz zu erörtern: Entgegen der Ansicht, dass der Infantilismus eine Krankheitsart oder Abnormalität des Adoleszenten- und Pubertätsalters sei, ist der Satz aufgestellt worden: Jede Altersperiode hat ihren eigenen Infantilismus (Sanctis, Ausset). Diesem Satze gebührt volles Recht, denn auch die Kindheit und Vorpubertätszeit hat ihren Infantilismus, selbstverständlich relativ auf den für das jeweilige Lebensalter gewissermaassen erforderlichen natürlichen Entwicklungsgrad bezogen, und ich will gleich hinzufügen: physischen und psychischen.

Entspricht die gesammte Architektonik des Menschen, sein physisches und psychisches Relief nicht den physiologisch vorgeschriebenen

Durchschnittsmaassen, so ist der Thatbestand des Infantilismus bereits gegeben.

Es ist eine klinisch wohlbekannte Thatsache, dass die angeborenen psychischen Defectzustände, die Pubertätspsychosen und die juvenilen Verblödungsprocesse sensu strictiori mit Entwicklungshemmungen des Gesammtorganismus vergesellschaftet sind. Es wäre hier die Frage aufzuwerfen, inwieweit eine a priori gehemmte vitale Entwickelungsenergie des Gesammtorganismus auch eine minderwerthige Anlage und Function des Gehirnes bedingen und zum erleichterten Ausbruch von Krankheiten Anlass bieten kann.

Man wird wohl richtiger gehen, den früheren Satz so zu formuliren, dass die Entwicklungshemmungen mit psychischen Defectzuständen und Psychopathien aller Art sich vergesellschaften können, bedingt eben durch eine supponirte minderwerthige Gehirnanlage und ausgelöst durch die im physiologischen Entwickelungsgang enthaltenen Reizvorgänge.

Es bedarf keiner ausdrücklichen Erwähnung, dass sich diese körperlichen Entwicklungshemmungen in der Regel als Infantilismus — completter oder partieller — präsentiren und als solche rechtfertigen lassen. Man bezeichnete früher alle körperlich zurückgebliebenen Menschen, die keinen dem Alter entsprechenden geistigen Besitzstand aufwiesen, als schwachsinnig oder direct als idiotisch. Allerdings galten diese „enfants arrières“, die zum grossen Theil Insassen von Heil- und Pflegeanstalten waren, als bildungsfähig und wurden als glänzende Resultate psychiatrisch-pädagogischen Einflusses hingestellt.

Dass man in diesem Punkte entschieden zu weit gegangen ist, geben einige ältere einsichtige Psychiater unumwunden zu und versuchten ihrerseits die zweifellosen Abnormitäten solcher körperlich verkümmerten Menschen auf intellectueller und ethisch-affectiver Sphäre von der Imbecillität abzugrenzen.

Legrand du Saulle reiht sie alle wegen ihrer intellectuellen und ethischen Defecte noch vor Decennien in die Klasse der degenerirten Schwachsinnigen ein und meint, dass alle Infantilen (denn um solche handelt es sich hierbei) sich der vollen Strenge der Strafgesetze entziehen. Bei allen diesen Individuen war die Pubertät entweder gar nicht oder sehr verzögert eingetreten.

Emminghaus erblickt in der Verzögerung der körperlichen Entwicklung eine principielle Prädisposition zu Psychosen, ohne dass schwerere Gelegenheitsursachen dem Ausbrüche vorherzugehen brauchen. Er fasst die auftretenden psychischen Störungen, auch wenn die physiologische Kindheit längst überschritten war, noch immer als Krank-

heitsbilder eines constitutionellen Irreseins in der Kindheit auf und war bereits bestrebt, die psychische Physiognomie infantil gebliebener Menschen zu durchforschen. Er sprach hierbei von bestimmten Eigenchaften, Neigungen, Trieben und Fähigkeiten, wie sie sonst nur dem Kinde eigen sind, und erwähnte ausdrücklich, dass solche Leute sich strenge vom Durchschnittstypus abheben, psychisch schwerer assimiliren als Vollwerthige, leicht aus dem Gleichgewicht kommen und im Anschlusse daran in acute Psychosen verfallen können. Im Gefolge des Infantilismus sei besonders die psychische „Hyperalgie“ vorherrschend, nämlich die Neigung zu traurigen und schmerzlichen Verstimmungen, die Verschüchterung und der leichte Ausbruch von Verlegenheit.

Moreau spricht sich in ähnlicher Weise aus. Er hat die Tendenz, eine infantile Psyche von der imbecillen abzutrennen, betont die leichte Inducirbarkeit, den Nachahmungstrieb, das häufige Zwangs- und Skrupelleben, die Haltlosigkeit und das rudimentäre Sexualleben der Infantilen.

Moreau bezeichnet dieselben direct als unreife Erwachsene, die sich in einem Alter befänden, wo sie sonst bereits geklärt sein sollten. Nebstbei erwähnt er ihr gutes Gedächtnis und ihre Auffassungskraft.

Von den Franzosen hat, wie bekannt, schon Lasègue auf die Persistenz psychischer Attribute bei seinen Infantilen hingewiesen. Bei der ganzen nachfolgenden Infantilismusforschung war die psychische Componente niemals vernachlässigt worden. Allerdings sprach man hierbei vielfach nur in Allgemeinsätzen von Gewohnheiten, wie sie Kindern eigen seien, von kindlicher Verzagtheit und Neugierde, merkwürdigen und unüberlegten Einfällen (Carré, Gilbert, Rathery u. A.). Brissaud und Meige sprachen diese kindliche Individualität nur den myxödematösen Form zu, hoben ihre kindliche Intelligenz, ihre Flüchtigkeit, Kleinmütigkeit, kindliche Zärtlichkeit und ihren raschen Stimmungswechsel hervor, während sie bei den dystrophischen Formen eine ziemlich normale Intelligenz wollten beobachtet haben.

Gilbert und Rathery stellten die Durchschnittsleistungen derselben unter das normale Niveau, schrieben ihnen eine „unstreitbare Kindlichkeit und kindliche Individualität“ mit kindlicher Albernheit und Naivität zu.

Ferrannini gab in seinen Ausführungen den psychischen Parallelerscheinungen des dystrophischen Infantilismus gebührend Ausdruck, und zählt uns seine diesbezüglichen Beobachtungen auf: Eigensinn, Furcht, Schüchternheit; Neugierde, plötzliches Erröthen, Neigungen und Geberden der Kinder, Hang zu Allotria, fehlende Geschlechtsneigungen, fehlendes Schamgefühl; ferner müssige Verzagtheit im ansonst thätigen Alter und

kindliches Denkvermögen. Im Gegensatze hierzu imputirt Ferrannini den Myxinfantilen eine verlangsame und abgestumpfte Intelligenz.

Es wurden allerdings auch Stimmen laut, die bei Complet-Infantilen (Myxinfantilen) eine intacte Intelligenz constatiren konnten (Brissaud, Thiry etc.); doch sind derlei Publicationen vereinzelt geblieben.

Das Verdienst, die psychische Entwicklungshemmung Infantiler in ihrer Grösse vollauf gewürdigt zu haben, gebührt als Erstem wohl S. de Sanctis. Von ihm stammt auch die erste klassische Beschreibung der psychischen Symptomatik bei Infantilen.

Die Entwicklungshemmung der Intelligenz und des Charakters ist nach ihm eine den körperlichen Fundamentalphänomenen gleichwerthige Grösse. Hierbei löst er den psychischen Infantilismus — oder wie er ihn nennt: Mentalità infantile oder puerilismo mentale — von der Idiotie, der echten Imbecillität und Hebephrenie als eine selbstständige psychiatrische Erscheinungsform los.

Die Psychoinfantilen beschreibt er im Allgemeinen folgendermaassen:

„Manchmal torpid, manchmal sehr lebhaft, launenhaft, gewöhnlich correctes Benehmen, manchmal auch sogar impulsiv und affectiv und ohne Gleichmässigkeit in der Aufführung, gutes Auffassungsvermögen, normales Gedächtniss, flüchtige nicht anhaltende Aufmerksamkeit; spielen ausserordentlich gerne, sind eitel, furchtsam, sehr schüchtern, leichtgläubig, zeigen erhöhten Nachahmungstrieb, sammeln gerne und haben eine ausgesprochene kindliche Logik.“

Weitere psychoinfantile Züge sind nach Sanctis: die Gutartigkeit der Gemüthsanlage, die Sucht nach Vergnügen, der rasche Stimmungswechsel zwischen Lachen und Weinen.

S. de Sanctis stellt neben den beiden Fundamentalphänomenen des Infantilismus: gehemmtes (verzögertes) Körperwachsthum, Entwicklungshemmung der Genitalorgane und deren Function noch als drittes auf: die Entwicklungshemmung in Intelligenz und Charakter, d. i. den Psychoinfantilismus, und motivirt eingehend die Wichtigkeit dieses letzteren. Unter Anderem ist ihm das Vorkommen psychoinfantiler Züge bei körperlich perfect Entwickelten und die häufige Vergesellschaftung eines typischen Psychoinfantilismus mit körperlich partiellen (incompletten) Infantilismusformen wohlbekannt, wie er denn auch eine normale Psyche und alle Uebergänge von der normalen zur Idiopsyche im infantilen Gesamtorganismus vorfinden konnte.

Schon seit Decennien empfand die deutsche und die französische Schule die Nothwendigkeit, ein Bindeglied zwischen den geistig gesunden, vollwerthigen und den offenkundig schwachsinnigen Menschen zu suchen.

Sie setzten als Bindeglied den minderwerthigen, geistig beschränkten und kindlich verbliebenen Menschen und zählten ihn noch in die physiologische Breite. Weygandt setzt als leichteste Zwischenstufe zwischen den imbecillen und den normal veranlagten Kindern die sogenannten „leicht abnormen Kinder“ und berücksichtigt hierbei die ungemein häufige Coindicenz mit körperlichen Entwickelungsstörungen nach dem Typ Lorain.

Wie Weygandt meint, liegt bei ihnen ein „Grundzug der Minderwerthigkeit in der Ungleichmässigkeit der psychischen Aktivität“.

Nicht unerwähnt möge die Thatsache bleiben, dass gegen 20 pCt. jener Kranken, die während oder mit Schluss der Pubertätszeit einer juvenilen chronischen Hirnerkrankung mit Ausgang in einen terminalen geistigen Schwächezustand verfallen, einen mehr oder weniger infantilen körperlichen Entwicklungsgrad aufweisen, und dass sich in derselben Procenthöhe die Zahl der an juvenilen functionellen Neurosen erkrankten und hierbei infantil verbliebenen Menschen hält.

Die hierorts an einer Reihe von Infantilen geflogenen Untersuchungen — sowohl an completten als incompletten Formen beider Haupttypen — haben Thatsachen über ihr psychisches Leben zu Tage gefördert, welche eine systematische klinische Zusammenstellung erheischen. Ganz besonders konnte bei allen eine markante Disharmonie zwischen Lebensalter und den zugehörigen psychischen Lebenswerthen gekennzeichnet werden und schon jetzt kann ausgesagt werden, dass hierbei psychiatrisch eine eigenartige, noch dem physiologischen Gebiete zu stehende Grösse aufgedeckt werden konnte.

Klinisches Krankenmaterial.

Fall I.

Anna St., 21 Jahre alt, aus Steiermark, ehemlich geboren, ledig, häuslich beschäftigt. Die Patientin wird via gynäkologisches Ambulatorium der Nervenklinik zugewiesen.

Anamnese: Die Mutter der Patientin gilt als eine beschränkte Frau, der Vater ist ein armer Tagelöhner, kein Potator; auch er wird als beschränkt geschildert.

Patientin selbst ist das älteste von vier Geschwistern, die sämtlich körperlich und geistig in der Entwicklung zurückgeblieben sind. Die Familie lebte stets in äusserst dürftigen Verhältnissen und hatte vielfach mit Noth und Entbehrung zu kämpfen; der Lebensunterhalt wurde aus denkbarst geringen Mitteln bestritten. Die Geburt der Patientin erfolgte rechtzeitig und leicht. Sie entwickelte sich in den ersten Lebensjahren normal, lernte zur rechten Zeit gehen und sprechen; vom 5. Lebensjahr an blieb sie in der Entwicklung auf-

fallend zurück, war von dieser Zeit ab anämisch und litt vielfach an Kinderkrankheiten; insbesondere werden häufige Darmstörungen, Katarrhe der Luftwege und fiebrige Exantheme gemeldet.

Vom 7. bis 12. Lebensjahr besuchte sie die Schule und absolvierte vier Volkschulklassen und eine Bürgerschulkasse mit recht gutem Erfolge. Während dieser Jahre waren die Lebensbedingungen dank wohlthätiger Einflüsse bessere als vor dem.

Sie wird als ein mittelbegabtes, fleißiges, gutmütiges, doch sehr naives Kind geschildert. Trotzdem sie gern weiter gelernt hätte, musste sie die Bürgerschule aufgeben und den Eltern den Lebensunterhalt bestreiten helfen; sie kam anfangs zu einer Schneiderin in die Lehre, wurde hier schlecht gehalten und als Schickmädchen überanstrengt. Seit dieser Zeit blieb sie in der Entwicklung vollständig stehen, wuchs nicht mehr, entwickelte auch ihre Körperformen nicht. Zu dieser Zeit (13. Lebensjahr) sollen nervöse Anfälle nach Art von choreatischen Zuckungen, Grimassiren und coordinirtem Herumschlagen aufgetreten sein.

Sie verdingte sich vom 15. Lebensjahr als Dienstmädchen, wurde aber auf keinem Posten längere Zeit behalten und lebte in letzterer Zeit durch Wohlthätigkeit.

Da Patientin bis zum 20. Lebensjahr noch nicht menstruiert war, begab sie sich auf den Rath einiger Wohlthäterinnen hin auf die gynäkologische Klinik, bekam dortselbst bei der Untersuchung hysteriforme Zustände und wurde aus diesem Grunde der Nervenklinik übergeben (November 1903).

Niemals intensiverer Schreck oder Körpertrauma; niemals Alkoholmissbrauch.

Status somaticus: In der gesammten Entwicklung deutlich zurückgeblieben, anämisch; macht den Eindruck eines 12jährigen Kindes. Körperlänge 135 cm. Körpergewicht 40 kg. Gesichtszüge ganz kindlich. Sehr graciler Knochenbau. Rumpf cylindrisch geformt. Thorax schmal. Becken zeigt kindlichen Typus: oblonge Form, spitzen Schambogen, mangelhafte Querspannung, trichterförmigen Beckengang; Hüften sehr schmal; Kreuzbein schmal gestreckt (sogenanntes infantiles Becken). Cranium brachycephal, Kopfumfang (incl. Haarwuchs) 53 cm. Anteropostero-Durchmesser 14 cm. Grösster biparietaler Querdurchmesser 13 cm.

Die Körntgenoskopie ergibt Erhaltensein sämmtlicher Epiphysenfugen an den Röhrenknochen. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind blass; nirgends Narben. Ueber der oberen Thoraxgegend besteht ein deutliches Her vorstretendes Venennetzes. Ueber dem Manubrium sterni eine zungenförmige undeutliche Dämpfung (Thymus?).

Die secundären Geschlechtscharaktere sind ganz rudimentär. Schamhaare spärlich, Achselhaare fehlen. Mammæ völlig unentwickelt, Knospe (Areolomamma — Stratz). Stimme hoch, dünn, kindlich. Eine Rundung der Hüften fehlt. Genitalbefund: hochgradige Aplasia uteri et genitalis externi (Uterus infantilis). Menses noch niemals vorhanden. Abdomen vorgetrieben.

Das Arteriensystem ist unentwickelt, die Carotiden und die peripheren

Arterien des übrigen Körpers fühlen sich dünn und eng an. Am Herzen weder ein pulmonaler, noch ein mitraler Fehler zu constatiren. Lungen rein, allenthalben aber scharfes, vesiculäres Athmen. Kein Sputum. Keine Symptome einer Phthisis incipiens. Schilddrüse normal. Das Gebiss ist defect, die Zahnpalabel deformirt. Patientin vermag nicht anzugeben, mit welchem Jahre der Zahnwechsel vollendet war. Es ist aber anzunehmen, dass die letzten Ersatzzähne erst mehrere Jahre nach vollendet Schulzeit (13. Jahr) zum Durchbruch gelangten. Pupillen gut reagirend. Augenhintergrund normal. Geruchsvermögen, Geschmacksvermögen und Gehör intact. Rechts Andeutung von Hemialgie.

Sämmtliche Sehnen- und Hautreflexe auslösbar. Keine Coordinationsstörungen; kein Muskelzittern.

Cutane Sensibilität für alle Sinnesqualitäten intact. Im Harne keine pathologischen Bestandtheile. Vasomotorische Phänomene: Hitzgefühl, Auftreten rother Flecken im Gesichte, Herzpalpitationen. Dermographie.

Status psychicus. **Adspectus und Spontangebahren:** Bei der Aufnahme verschüchtert, macht einen kleinmütigen, verzagten Eindruck. Wagt anfänglich nicht, aus sich herauszutreten und sich bemerkbar zu machen. Sitzt am Bettende, vor sich hinblickend oder scheu herumschauend.

Zeigt vor der Wärterin und vor den Mitpatientinnen grossen Respect, ist sehr folgsam und fügt sich allen Anordnungen auf das pünktlichste.

Die Stimmungslage ist — soweit objectiv zu beurtheilen — eine verzagte, furchtsame. Bricht manchmal ohne Veranlassung in Thränen aus.

Patientin befleissigt sich einer ausserordentlichen Nettigkeit, hält auf Reinlichkeit und Sorgfältigkeit in der Kleidung. Nachts liegt sie zusammengekauert im Bette.

Bei der Visite angesprochen, zuckt sie zusammen, erröthet, wagt nicht aufzuschauen, antwortet mit furchtsamer Stimme. Nestelt hierbei an ihren Kleidern umher. Sie erweist sich als örtlich und zeitlich gut orientirt, vermag ihre Personalien richtig anzugeben, ist zu einer Beurtheilung ihrer Situation gut befähigt.

Sie kommt auf die Frage, warum sie im Krankenhouse sei, auf ihre „Krankheit“ zu sprechen, erzählt von Anfällen und von Verzagtheit wegen derselben. Aufgefordert, ihre wichtigsten Erlebnisse aus dem Leben zu erzählen, giebt sie an, es sei ihr in der Schule gut gegangen; damals sei es sehr lustig gewesen, jetzt sei es nimmer so; sie habe in der Lehre viel herumlaufen müssen (Thränen!) und davon ihre Anfälle bekommen.

Als heitere Erlebnisse erwähnt sie die Spiele mit ihren Jugendgenossinnen und den Schabernak, den sie in der Schule gespielt; als trauriges Erlebniss bezeichnet sie die Erkrankung ihres Vaters („Kopftyphus“). Sie könnte sehr lustig sein und lachen, sie werde aber durch ihre Zustände (Aufsteigen von Hitzgefühl und Furcht) davon abgehalten.

Stets habe sie grosse Freude empfunden, so oft sie einen Gulden bekam, sie habe sich immer schöne Sachen damit kaufen wollen, jedoch das Geld abliefern müssen.

So wie sie gesund sei, wolle sie wieder sehr lustig sein und sich eine gute Freundin suchen, um mit dieser Spiele treiben zu können.

Nach circa einwöchentlichem Aufenthalt in der Anstalt wird Patientin zutraulicher, ist nicht mehr so verschüchtert und kleinmüthig, lacht heimlich, schliesst sich an eine jugendliche (13jährige) Kranke enger an, beginnt mit ihr Meinungsaustausch zu pflegen. Auch beim Examen weniger ängstlich und eingeschüchtert.

Es lässt sich folgender Umfang des intellectuellen Besitzstandes feststellen:

Allgemeine Schulkenntnisse gut; Rechnen gut, Rechtschreiben desgl.; Geld und Geldeswerth wird richtig erkannt, über Gewichts-, Längen-, Raum- und Zeitmaasse bestehen richtige Kenntnisse.

Gedächtniss für ältere Eindrücke und Merkfähigkeit für frischere Eindrücke gut erhalten mit etwas mangelhaftem Registrirvermögen.

Nacherzählen gelingt gut mit richtigem Erfassen des Kernes der Erzählung, jedoch mit eigenen Zuthaten.

Einfache Räthsel werden gut gelöst.

Sonstige Combinationsfähigkeit gut erhalten (Methode nach Ebbinghaus).

Die Begriffe von kleinen Dimensionen und Zahlen sind richtige; bei verhältnissmässig grossen Zahlen tritt eine deutliche Ueberschätzung auf; z. B. von 1000 hat sie einen ganz eigenartigen Begriff, sie spricht von 1000 als einer sehr grossen Zahl; z. B. „diese Zahl werde ich in meinem ganzen Leben nie brauchen“ — „das haben nur sehr reiche Leute“ — „diese Zahl kommt nicht oft vor“.

Aehnliches tritt beim Abschätzen einer grösseren Menge gleichartiger Gegenstände auf, z. B. „der Christbaum hat viele hundert Lichter“, ein Haus hat viele „hundert“ Fenster. Von einer Million hat sie gar keine Vorstellung; sie wisse nur, dass es Millionenstädte gäbe. Eine Million könne sie sich „gar nicht denken“.

Als höchsten Berg bezeichnet sie den Montblanc, der sei „himmelhoch“.

Beschreibungen von Gegenständen geschieht nach Kindesart primitiv, z. B. Beschreibung des Schlossberges in Graz: „Hat viele Bäume — man kann überall hinaufgehen — er ist sehr hoch — oben ist ein grosser Thurm — ich war noch niemals droben, das ist nur für grosse Leute“ etc.

Urtheile: desgleichen primitiv, kindlich.

Z. B. wozu Polizei? „Wenn man schlimm ist“.

Wozu Taufe? „Für die kleinen Kinder, damit sie in den Himmel kommen“.

Wozu Lehrer? „Zum Lehren und Bestrafen schlimmer Kinder.“

Was für Menschenpflichten? „Eltern folgen, im Haus mithelfen, auf die Geschwister aufpassen, sich Gesicht und Hände reinhalten, nicht zerrissen umhergehen“.

Was für Absichten für die Zukunft? „Fleissig sein, in Dienst gehen“.

Wie viel angestrebter Lohn? „3-4 fl.“

Menschenfreuden? „Märchen, Bilderbücher, Ballspiel, Singen, Tanzen“. Wovor Furcht? „Vor Tod und Gespenstern“.

Die Ausdrucksweise ist eine kindliche, sie erzählt das Alles, selbst harmlose Dinge, mit einem gewissen „Sprechergewichte“.

Patientin hat keinerlei sexuelle Vorstellungen und Empfindungen.

Ganz besonders auffällig ist bei ihr die Unselbstständigkeit des Urtheiles, der Meinung und des Gemüthszustandes.

Sie nimmt Behauptungen ihrer Nachbarinnen gläubig hin, lässt sich durch Heiterkeitsausbrüche derselben ebenfalls zu solchen hinreissen, beginnt mit ihnen zu weinen und sich zu ängstigen. Manchmal wurde Patientin mit Thränen angetroffen, wobei sie als einziges Motiv hierfür angiebt, ihre Freundin im Bette nebenan habe auch geweint.

Neben dieser Unselbstständigkeit ist auch eine Ueberschätzung geringfügiger Vorkommnisse zu constatiren, eine kleine Wunde bezeichnet sie als grosse. Erzählt mit gewichtiger Miene, man habe an einer Mitpatientin eine grosse Operation vorgenommen, wobei viel Blut geflossen sei (de facto Furunkelschnitt).

Sonst ist sie harmlos, gutmütig, hilfebereit, artig, fügt sich der Hausordnung.

Fall III.

Marie A., 23 Jahre alt, ledig, Ziehtochter aus Steiermark.

Anamnese: Die Mutter derselben litt an Krampfzuständen, ist eine geistig beschränkte, nervöse Frau. Der Vater gilt als gesunder Mann. Ueber Lues und Alkoholabusus der Eltern unbekannt.

Patientin wurde rechtzeitig geboren; die Geburt war eine schwere. Als Kind litt sie an Rhachitis, machte mehrfache Kinderkrankheiten durch, blieb seit dem 8. Lebensjahre „wegen Kränklichkeit“ in der Entwicklung zurück.

In der Schule lernte sie fleissig, galt nach mehrfachen Aeusserungen der Lehrer und Bekannten als mittelmässig begabte, jedoch kindische Schülerin. Die Menses traten erst nach dem 17. Lebensjahre ein, waren spärlich, stets schmerhaft.

Mit dem zunehmenden Alter fiel die Patientin immer mehr durch ihr kindisches, unbeständiges Wesen auf; sie war niemals zu einer regulären Arbeit zu verwenden, obwohl sie sich für eine Anzahl von Verrichtungen geschickt und anstellig zeigte. Sie trug sich mit hochfliegenden Plänen, las vielfach noch in den letzten Jahren Märchenbücher; gesellte sich dabei zu Mädchen, die viel jünger waren als sie. In den letzten drei Jahren wurde sie hypochondrisch, klagte über dies und jenes, besonders über die Menses, weinte öfter während derselben, wurde zaghaft, ängstlich. Wegen dieser nervösen Zustände wurde sie der Klinik zugeführt.

Status somaticus: Für ihr Alter unentwickelt, infantiler Habitus.

Körperlänge: 141 cm, Körpergewicht 41 kg. Horizontaler Kopfumfang 55 cm. Index des Schädels Q. : L. = 80. Spannweite der Arme 150 cm.

Brustumfang 73 cm. Bauchumfang 75 cm. Die gracil gebaute Patientin ist anämisch, der Schädel ist ziemlich symmetrisch configurirt. Am Kopfe keinerlei Narben, keine Knochenimpressionen. Nystagmus fehlt. Pupillenphänomene intact. Mimik unreif. Herzdämpfung klein, Arterien zart, Puls klein. Thyreoidea substanzarm; über dem Manubrium sterni eine zungenförmige 4 cm breite, 5 cm lange, leicht gedämpfte Zone. Kein Herzfehler nachweisbar. Blutdruck 95 mm Hg (Tonometer).

Der Rumpf ist walzenförmig, das Abdomen etwas vorgetrieben, der Thorax lang, schmal, cylindrisch. Athemtypus vorwiegend abdominal. Mammae gering entwickelt, substanzarm. Pubes schwach entwickelt, desgleichen Achselhaare. Menstruation sehr schwach, schmerhaft. Becken wenig weiblich geprägt; keine Hüftenwölbung. Untere Gliedmaass enlang, schmal. Uterus infantil entwickelt.

Patientin macht den Gesammeindruck eines 15jährigen Mädchens. Röntgenbefunde des Skeletts durchweg normal. Epiphysenfugen verknöchert. Zahnwechsel vollendet.

Im Status psychicus fiel allen Personen, die sich mit der Patientin beschäftigen, das kindlich geartete, launenhafte Gebahren auf; sie wird von dem Wartepersonal als „unbeständig und wechselseitig“ geschildert. Bald sei sie übermüthig, selbst ausgelassen, bald wieder still, in sich gekehrt, wortkarg: oft weine sie und gebe als Grund dafür „Verzagtheit“ wegen ihrer „Krankheit“ an. Den Mitkranken gegenüber schildert sie ihre Beschwerden in übertriebener Weise, macht sich im Krankenzimmer gewichtig. Für ihr Wesen ist charakteristisch, dass sie beim Abgänge einer geheilten jugendlichen Mitpatientin den Aerzten gegenüber jammern bedauerte, „jetzt sei es auf der Klinik nicht mehr so lustig wie früher, sie habe sich früher gut unterhalten“.

Ihr grösstes Vergnügen ist, bei der Ausspeisung mitzuhelfen und in die Hauptküche mitzugehen, „da sie immer so gute Sachen bekomme“.

Im Uebrigen zeigt sie ein rasches und gutes Aufstellungsvermögen für die Vorgänge in der Umgebung.

Öfter wird Patientin auch dabei ertappt, wie sie heimlich in's Wachzimmer der Klinik hineinzublicken versucht, es sei darin immer „so viel Hetz“. Im Anschlusse daran wurde sie einmal getroffen, wie sie gerade einem Kinde Schaudergeschichten erzählte.

Bei der Visite nimmt sie jedes Mal eine verschüchterte Stellung ein, vermag nicht frei heraus die gestellten Fragen zu beantworten.

Beim Examen anfangs verschüchtert, ruhig, sie wird nach einiger Zeit neugierig, weniger aufmerksam, benimmt sich wie gelangweilt, muss öfter ermahnt werden.

Die öfter mit ihr aufgenommenen Assosiationsprüfungen ergeben folgendes Resultat: Reizwort — Reaction.

Kopf — Kopfweh ist schrecklich.

Magen — ist schon besser.

Spiegel — ist staubig (denkt und schaut auf den Spiegel im Arbeitszimmer).

- Berg — Bergsteigen ist lustig.
 Blume — rieche ich gern.
 Wurzel — Zähne haben starke Wurzeln (greift sich an den Kiefer, denkt an einen gezogenen Zahn mit grossen Wurzeln).
 Mann — stark, gross.
 Bauer — ist im Lande.
 König — unser König.
 Arzt — curirt mich (lacht den untersuchenden Arzt an).
 Unglück — krank sein.
 Elend — Krüppel.
 Glück — Himmel ist grösstes Glück.
 Strafe — für unfolgsame Kinder.
 Lust — Kinder haben verschiedene Lust.
 Furcht — vor dem Donner habe ich Fureht.
 Wille — Wille Gottes.
 Muth — im Kriege.
 Fleiss — bei der Arbeit.
 Sitte — schlechte Gesellschaft verderben gute Sitten.
 Steuer — — — — —
 Religion — muss man haben.
 Messer — thut schneiden (denkt an ein bestimmtes Messer).
 Gelb — gefällt mir nicht.
 Wasser — ist gut zu trinken.
 Grün — gefällt mir gut.
 Wolke — ist schwarz.
 Nacht — da schlafte ich.
 Scheere — hab mich geschnitten (denkt an die Scheere ihrer Mutter).
 Essen — schmeckt mir nicht (denkt an das Spitalessen).
 Rund — mein Ring ist rund (besieht sich ihren Ring).
 Heiss — heisse Speisen verderben die Zähne (zeigt an ihre Zähne).
 Kalt — mir ist oft sehr kalt.
 Bitter — Medicin von Herrn Dr.!
 Fromm — wenn man Kirchen geht.
 Zweifel — ich weiss oft nicht, was ich thun soll.
 Glaube — ich glaube alles.
 Luft — ist gesund.
 Hell — der Tag ist hell (sieht zum Fenster hinaus).
 Glas — ist zerbrechlich (denkt an ein einmal von ihr gebrochenes Glas, wobei sie ausgescholten wurde).
 Soldat — viele grosse Soldaten (denkt an geschene Soldaten in blauer Uniform mit rothen Aufschlägen).
 Das Combinationsvermögen ist — nach mehrfachen Prüfungen zu schliessen — gut ausgeprägt; desgleichen werden selbst schwierigere Räthsel richtig aufgelöst.
 Schulkenntnisse sind für ihren Bildungsgang ziemlich reichlich vorhan-

den, doch zeigen sich hierin mancherlei Lücken. Neuerwerb an Kenntnissen desgleichen bis in die jüngste Zeit nachweisbar. Rechenexempel (einfacherer Natur) werden rasch und richtig gelöst, selbst Gleichungen mit einer Unbekannten.

Das Urtheilsvermögen ist aber gänzlich unrein und kindlich geartet, unselbstständig.

Sie verfügt über eine Summe von Begriffen, jedoch sind dieselben vielfach nur angelernt, ohne dass sie Producte eigener Ueberzeugung und Denkarbeit waren.

Was den ethischen Besitzstand anbetrifft, lassen sich keine schwereren Defekte nachweisen; die Ethik zeigt dieselbe Färbung wie der Intellect.

Um die Pflichten als Mensch befragt, giebt Patientin die geradezu klassische Antwort: „Schön folgsam sein, nicht lügen, die Eltern ehren und keine Thiere quälen“.

Sexuelle Regungen und Begriffe scheinen ganz zu fehlen. Ueber den Zweck der Ehe befragt, vermag sie keine Antwort zu geben. Das Schamgefühl ist wenig entwickelt.

Befragt, ob sie alte Herren oder junge lieber sehe, nennt sie die letzteren, weil sie nicht „grantig“ seien und schön singen könnten.

Bemerkenswerth ist die Art und Weise, wie sie ein aufgegebenes Lesestück auswendig lernte. Sie entledigt sich der Aufgabe nach vielfachen Unmuth- und Unlustausbrüchen, die mit Thränen einhergingen, in der Weise, dass sie ohne das kurze und leicht fassliche Lesestück vorher durchzulesen, Satz für Satz, ja Zeile für Zeile auswendig lernte. Bei der Visite berichtet sie dann jedesmal, sie habe wieder 5 Zeilen hinzugelernt. Wird Patientin zum Schlusse aufgefordert, das Auswendiglernen mit eigenen Worten wiederzugeben, geschieht dies in abweichender Weise mit einer Menge willkürlicher Zutaten und Ausschmückungen.

Fall III.

J. Katharina, $22\frac{1}{2}$ Jahre alt, häuslich beschäftigt, Taglöhnerstochter aus der Umgebung von Graz (siehe hierzu die beiden Abbildungen).

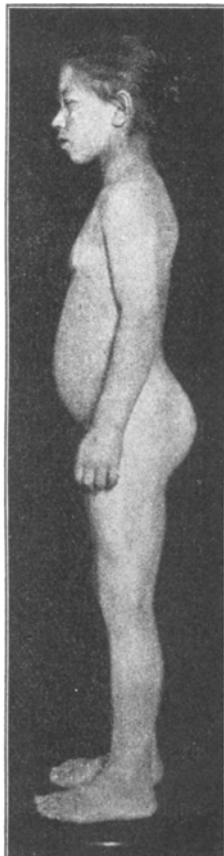
Die Obgenannte wurde Ende November 1904 von ihrer Mutter zur „Untersuchung“ auf die Klinik gebracht.

Vater dieses Mädchens verunglückte bei einer Demolirungsarbeit, galt als nüchtern und solider Mensch. Mutter ist eine kräftige gesunde Frau, ebenfalls nüchtern und fleissig; dieselbe war 11 mal gravid und musste auch während ihrer Schwangerschaften körperlich stets schwer arbeiten. Hat niemals abortirt. Die Untersuchte ist das 5. Kind derselben. Von den Geschwistern sind noch 9 am Leben, davon 7 gut entwickelt, eine jetzt 18jährige Schwester jedoch ganz „verkümmert“, klein und unentwickelt geblieben.

Ueble Zufälligkeiten während der Schwangerschaft der Mutter bestanden nicht; die Patientin kam leicht ohne Kunsthilfe zur Welt, war bei der Geburt normal gross und schwer, aber asphyctisch.

In den ersten Lebensjahren entwickelte sie sich normal, lernte mit $1\frac{3}{4}$ Jahren gehen, mit $2\frac{1}{4}$ Jahren sprechen; war schon mit 2 Jahren reinlich

und aufgeweckt. Niemals eklamtische Anfälle; hat angeblich keine Rhachitis durchgemacht; niemals Verletzungen oder heftiger Schreck. Stand ununterbrochen unter Aufsicht und Pflege ihrer Mutter.



Vom 6. Lebensjahre an wurde sie anämisch, kränklich, blieb von da an in der Entwicklung zurück, wuchs höchstens noch um ein paar Finger, blieb an Körpergrösse hinter allen Geschwistern zurück. Aus diesem Grunde wurde sie erst nach dem 8. Lebensjahre in die Schule aufgenommen, die sie $2\frac{1}{2}$ Jahre lang besuchte. Damals hiess es, sie hätte einen Wasserkopf. — Die Schulerfolge waren mittelmässige trotz grossen Eifers des Kindes. Seither blieb sie immer „ganz Kind“, konnte nur zu einfachen häuslichen Beschäftigungen herangezogen werden.

Von dem 8. Lebensjahre an war sie dadurch auffällig gewesen, dass sie

ein blasses, breites, gedunsenes Gesicht hatte. Stärkeres Fettwachsthum bestand nicht.

Ueber ödematöse Anschwellungen an Augenlidern und den Extremitäten weiss die Mutter nichts anzugeben.

Schwerere körperliche Krankheiten bestanden niemals, weder in der Kindheit noch später. Sie bekam stets genügend zu essen, litt niemals Noth oder Entbehrungen. Vom 4. Lebensjahre an habe sie ab und zu Most zu trinken bekommen, ausnahmsweise auch Branntwein, bis zum Rauschzustande aber niemals. Epileptiforme Anfälle werden mit Bestimmtheit in Abrede gestellt.

In den letzteren Jahren war sie bei Grundbesitzern im Dienste, hatte niemals schwere Arbeit zu verrichten, wurde auch auf den Dienstplätzen gut gehalten.

Da die Mutter schon öfter interpellirt worden war, warum das Mädchen in der Entwicklung derart zurückgeblieben sei, entschloss sie sich, an der Klinik ärztlichen Rath zu holen.

Von der Mutter wird das Mädchen als kindisch, gutmütig, nicht besonders verzagt oder verschüchtert und als harmlos geschildert.

Gedächtniss und Merkfähigkeit seien stets gut gewesen. Bei der Arbeit sei immer rasche Ermüdung aufgetreten. Menstruirt war sie niemals.

Körperlicher Befund.

Maasse: Körperlänge 130 cm (gestreckt).

Körpergewicht $29\frac{1}{2}$ kg.

Kopflänge 24 cm.

Rumpflänge 47 cm.

Brustumfang 63 cm.

Bauchumfang über dem Nabel 64 cm.

Horizontaler Kopfumfang $52\frac{1}{2}$ cm.

Antero-postero-Durchmesser 17 cm.

Grösster biparietaler Querdurchmesser 14 cm.

Grösster bitemporaler Querdurchmesser 11 cm.

Schädelhöhe 15 cm.

Kinnscheitelhöhe 24 cm.

Halsumfang 32 cm.

Oberarmlänge 24 cm.

Unterarmlänge 20 cm.

Beckenmaasse: Cristae 21 cm, Spinae $19\frac{1}{2}$ cm, Trochant. 23 cm, Conj. externa 13 cm.

Oberschenkellänge 38 cm (Spina ant. bis Condyl. extern.).

Aspect: In der ganzen Entwicklung hochgradig zurückgeblieben. Die Untersuchte macht den Eindruck eines etwa 6—7jährigen Kindes. Ihre Rumpflänge beträgt etwa $5\frac{1}{2}$ Kopflängen. Sie zeigt keinerlei secundäre Geschlechtscharaktere, hat gar keine Pubes, keine Achselhaare, die Mammae und Mamillae sind ganz rudimentär. Der Rumpf ist cylindrisch gesformt, das Abdomen nach infantiler Art vorgetrieben. — Genitalbefund (aufgenommen

auf der gynäkologischen Klinik): das innere Genitale gleicht dem eines Kindes in den ersten Lebensjahren.

Das Knochensystem zeigt Reste einer inveterirten geringgradigen Rhachitis, der Schädel ist etwas asymmetrisch configurirt; die Stirnhöcker sind vorspringend, die Nasenwurzel ist breit, etwas gesattelt. Die Jochbogen sind prominent. — Die Epiphysenfugen sind laut Röntgenogramm noch offen stehend.

Die Zähne sind unregelmässig gestaltet, defect; der Zahnwechsel ist noch nicht abgeschlossen; die ersten bleibenden Zähne sind erst vor 2 Jahren aufgetreten. Die untere Zahnreihe zeigt den Typ der Milchzähne. Die Lippen sind aufgeworfen; das Zahnfleisch ist aufgewulstet.

Am Hautdeckensystem fällt ausser einer Blässe der Haut eine leichte Gedunsenheit und Teigigkeit des Gesichtes und eine mässig ödematöse Anschwellung über den Jochbögen auf. Die Lider sind frei.

An der Haut des oberen Brustabschnittes ist ein deutlich ausgebildetes Venennetz sichtbar.

Die Haut der distalen Theile der Gliedmaassen ist kühl, cyanotisch.

Eine stärkere Runzelung der Haut besteht nirgends. Nirgends Narben oder narbige Hautgebilde.

Die Schilddrüse ist klein, aber tastbar; eine Struma hat niemals bestanden. Nirgends vergrösserte Lymphknoten.

Die Tonsillen sind gross, zerklüftet; im Nasenrachenraume adenoide Wucherungen. Thymusdämpfung mit einiger Sicherheit: in der oberen Brustgegend über und seitwärts vom Sternum als eine deutliche 10 cm breite und 12 cm lange Dämpfung nachzuweisen, in der Rückenlage und beim Stehen gleich deutlich.

Am Halse negativer Venenpuls. Die Carotiden sind sehr zart und dünn. Die Herzdämpfung reicht nach links bis zur Mammillarlinie, nach rechts bis zur Mitte des Sternums, nach oben bis zum oberen Rand der 4. Rippe. Die Herzarbeit ist rhythmisch, der erste Ton etwas unrein; über der Spitze ist ein leichtes Schirren palpabel. Der 2. Ton über den Gefässen ist klappend.

Die Stimme ist hoch, gänzlich kindlich.

Psychischer Befund:

Heitere Stimmungslage; Patientin fühlt sich vergnügt; „es sei ganz lustig“; ist leichtlebig, spielt gerne.

Sonst ist sie fleissig, nett, hält auf Ordnung; beim Examen anfänglich stets leicht verlegen, bald darauf jedoch frei davon; die Antworten sind etwas retardirt, werden erst nach einem Nachsinnen gegeben. Eine Einsicht in ihren Zustand fehlt. Die Orientirtheit ist richtig.

Giebt an, sie sei auf ihrem Dienstplatz zufrieden gewesen, weil sie genug zu essen und 20 fl. Jahreslohn bekommen habe. Sie sei mit dieser Entlohnung ganz zufrieden gewesen, habe sie als reichlich angesehen. Sie habe auch gar nicht gewusst, was mit dem Gelde anzufangen wäre; wollte sich Backwerk und neue Kleider dafür kaufen, doch habe die Mutter das Geld weggenommen.

Sie habe stets am liebsten mit gleich grossen Mädchen verkehrt, weil sie immer viel Neuigkeiten von ihnen erfuhr.

Die Untersuchte betrachtet sich selbst noch als ein Kind, spricht von Gleichaltrigen als von „Grossen“ oder „Erwachsenen“, denen sie grossen Respect und Folgsamkeit entgegenbringen müsse, ihrer Meinung nach müssten alle „grossen Leute“ gescheit sein und sich in Allem gut auskennen. Zeigt Gefälligkeit und Furcht vor Alleinsein.

Bei einer Christbaumfeier benimmt sie sich ganz nach Art eines Kindes von etwa 8—10 Jahren. Sie glaubt an die Wesenheit eines „Christkindes“, ist vor der Feier voll Erwartung und Ungeduld, bricht beim Anblische des selben in lebhafteste Freude aus. Sammelt bunte Bildchen und Flitterwerk.

Auffallend ist der Mangel weiblichen Schamgefühls trotz ihrer guten Artung. Sie entkleidet sich vor einer Anzahl von Aerzten ganz unbefangen, nachdem ihr zugesichert wurde, dass man sie nicht „operiren“ werde. (Unter Operation versteht sie jeglichen Eingriff; den Ausdruck hat sie von einer Mitpatientin gehört.) Sie benimmt sich dabei ungenirt. Auch bei der Aufnahme des Lichtbildes zeigt sie dieselbe Unbefangenheit. Sexuelle Empfindungen fehlen; desgleichen solche Begriffe. Die Aufmerksamkeit ist rach zu erregen; jedoch nur kurze Einstellung und Concentration; Ablenkung durch intercurrente Reize.

Associationen:

Reizwort:	Reaction:
Wasser:	fliest im Brunnen (denkt an den Hausbrunnen).
Land:	Steirerland (denkt an eine Wandtafel in der Schule, die steiermärkische Landkarte vorstellend und zugleich an ihren damaligen Lehrer).
Kanarie:	Unser Kanarie ist gelb.
Gebot:	10 Gebote Gottes (denkt hierbei an die Bibel und an die darin abgebildeten Gesetzestafeln).
Gabel:	zum Essen (denkt an ihre Essgabel mit einer abgebrochenen Zinke, die sie zu Hause in Gebrauch hatte).
Gross:	ein Mann — ein Elefant —.
Grün:	zum Anstreichen (denkt an einen bestimmten Farbentopf zu Hause).
Traurig:	ich bins nicht.
Feissig:	muss man sein.
Berühmt:	grosse Leute.
Hungrig:	bin ich immer (lacht).
Gesund:	ich bin g'sund.
Sitte:	sittliches Betragen habe ich immer erste Note gehabt (denkt an ihre Schulzeugnisse).

Vorstellung complexe: Schule: „Wo man lernen muss und der Herr Lehrer straft“.

Verdienst: „Die Eltern thun für uns Kinder verdienen; die Eltern müssen Geld für uns verdienen“.

Zinsen: „Ist Geld für die Wohnung“.

Polizei: „Zum Strafen und Einsperren“.

Alkohol: „Schnaps“.

Minister: — — —.

Pflicht: — — —.

Steuer: — — —.

General: „Ein Herr“.

Monarchie: — — —.

Werthbestimmungen: Ein Paar Schuhe: „5 fl.“.

Ein Regenschirm: „1 fl.“.

1 kg Zucker: „50 kr“.

Ein Haus: „1 Million“.

Eine Uhr (Wanduhr): „100 fl.“.

Ein Trinkglas: „60 kr“.

Was sie am liebsten kaufen möchte: „Etwas zum Essen“.

Ob sie sich eine Uhr kaufen möchte: „Das ist nur für grosse Leute“.

Beschreibungen: Patientin wird nach der Christbaumfeier aufgefordert, die gewonnenen Eindrücke wiederzugeben: „Es war sehr schön; es waren tausend Lichter; es waren schöne und gute Sachen droben; am besten hat mir das Krippenspiel gefallen“.

Aussagen: Die Untersuchte war zufällig vor 3 Tagen Zeugin eines Erregungszustandes einer hysterischen Mitpatientin. „Es war schrecklich; ich hab' mich so sehr gefürchtet; sie hat Alles zusammengeschlagen (non verum); es haben sie 5 Leute nicht halten können (de facto 2 Wärterinnen); habe geglaubt, sie wolle mich umbringen (non verum); sie hat wohl eine halbe Stunde es so getrieben (de facto höchstens 3—5 Minuten); sie hat auch mich zu Boden werfen wollen; sie ist mir nachgelaufen; sie habe schon gestern so finster drein geschaut; sie habe alle Kleider zerrissen (nur das Hemd); ich habe noch am nächsten Tage schreien gehört (non verum); man habe sie zur Strafe eingesperrt (die Betreffende kam ins Wachstation).“

Einer Mitpatientin erzählte sie u. A., dass die schlimmen Leute (unruhigen Kranken) in ein Loch gesteckt würden, wo sie nichts zu essen bekämen; es seien auch Ratten darin.

Rechenexample werden relativ gut und rasch gelöst. Ueber Geldeswerth, Gewichts-, Längen- und Zeitmaasse richtige Kenntnisse.

Lesen gelingt gut mit richtiger Inhaltsauffassung und Reproduction. Die Reproduction geschieht allerdings nur unmittelbar nach vollendetem Lesen richtig, später unter freien Zuthaten.

Combinationsfähigkeit gut entwickelt. Einfache Räthsel werden prompt gelöst.

Einfache Schulkenntnisse ihrem Schulbesuche angemessen und gut erhalten.

Schrift: Schriftzüge unentwickelt; Orthographie dem Gehör nach.

Fall IV.

W. Emma, 24 Jahre alt, ledig, Stubenmädchen, aus Steiermark, aufgenommen im November 1904.

Anamnese: Der Vater der Patientin war ein starker Trinker, starb im 6. Lebensdezennium an Gehirnschlagfluss; litt überdies an Leberverhärtung und Gelbsucht. Die Mutter war eine stets kränkliche schwächliche Frau, starb nach 6 Graviditäten an Lungentuberkulose. Von den Geschwistern starben 2 bald nach der Geburt, eines in zartem Alter an tuberkulöser Hirnhautentzündung. Von den 2 lebenden Geschwistern ist das eine gesund, gut entwickelt, das andere kränklich und zurückgeblieben. Patientin selbst ist das dritte unter den 6 Kindern. Sie war in ihrer Kindheit vielfach kränklich, erlitt mit 2 Jahren einen Sturz auf den Kopf, lernte in der Schule gut, war stets unter den ersten Schülerinnen. Sie bekam schon von dem 9. Lebensjahr an zeitweise Thee mit Rum sowie Wein vom Vater zu trinken. Seit dem 14. Lebensjahr blieb Patientin in der gesammten Entwicklung zurück, wurde anämisch, litt zeitweise an Schwindel, Kopfschmerz, Ohrensausen, Herzklopfen, starker Ermüdbarkeit, konnte keine schwerere Arbeit verrichten, soll auch Krämpfe (?) gehabt haben. Während dieser Krankheit wurde sie auch mit Alkohol tractirt. Sie wuchs seitdem fast nicht mehr, blieb hinter den Altersgenossinnen zurück. Echte epileptiforme Zustände waren niemals vorhanden.

Mit 19 Jahren Auftreten der ersten Menses; diese waren sehr spärlich, blieben ein volles Jahr aus. Seit dem 20. Jahre Wiedereintritt derselben, nunmehr in 3—4monatlichen Pausen. Die Menses waren stets dysmenorrhöisch.

Seit mehr als einem Jahre ist Patient verzagt, sehr kleinemüthig, lässt sich von Jedermann leicht einschüchtern, bringt trotz grossen Fleisses nur wenig Leistungen zu Stande. Sie wurde von den Dienstgebern gut gehalten, niemals überanstrengt. Von den Dienstgebern wird sie als mittelmässig begabt, verschüchtern und unreif geschildert; sei immer naiv und kindlich unüberlegt gewesen.

Wegen dieser Zustände und wegen ihrer Blutarmuth wurde ihr der Rath gegeben, Spitalshülfe aufzusuchen.

Körperlicher Befund: Körperlänge 155 cm, horizontaler Kopfumfang 52 cm, Halsumfang 31 cm, Brustumfang 80 cm, Bauchumfang 78 cm, Körpergewicht 50 kg. Schilddrüse nicht vergrössert. Das Gefässsystem gut entwickelt.

Secundäre Geschlechtscharaktere zum Theil gut entwickelt: Mammae unreif, Achselhaare und Pubes reichlich entwickelt.

Uterus infantil. Hüftenrundung ausgeprägt, Becken weiblich geformt.

Am Nervensysteme keine pathologischen Funktionsäusserungen.

Die Hautfarbe ist leicht gelblich verfärbt, die Extremitäten sind livide marmorirt.

Harn frei von pathologischen Stoffen. Zähne defect, Mimik hat einen kindlichen unreifen Typus. Die Stimme ist hoch, ohne den Klang eines reifen Weibes.

Psychisch macht Patientin andauernd einen verzagten, verschüchterten Eindruck. Sie ist still, wagt nicht aus sich herauszutreten, beschäftigt sich mit Handarbeiten, ist nett, reinlich, fügt sich streng der Hausordnung. Sie fühlt die Ueberlegenheit der Gleichaltrigen, ist dienstfertig, übertrieben höflich. Aufgegebene Aufgaben werden pedantisch genau ausgeführt; dabei kommt sie aus dem Affectgleichgewichte, grübelt nach, wie sie es am besten machen könne, wird ängstlich. Wird ihr ein Lesestück zum Auswendiglernen aufgetragen, vollführt sie solches ganz analog der früheren Kranken. Sie schickt sich mit Unlustgefühlen, aber sehr langsam hierzu an, lernt Satz für Satz auswendig, ohne sich zu Beginn des Memorirens mit dem Inhalte vertraut gemacht zu haben.

Als ihr behufs einer Weihnachtsfeier einer Rolle zugeschrieben wurde, geräth sie über diese „Auszeichnung“ und das in ihre Leistungsfähigkeit gesetzte Vertrauen ausser sich, verspricht, alles daran zu setzen, um die „grosse Aufgabe“ bestmöglichst zu lösen. Bei der Aufführung selbst benimmt sie sich unselbstständig, sagt ihre Rolle in kindlichem Jargon her.

Sie ist durchwegs harmlos, dienstbeflissen, hat gut entwickelte altruistische Empfindungen und entsprechende Handlungsweise.

Echte Depressionszustände mit Kleinheitsideen oder Selbstanklagen konnten niemals festgestellt werden. Durch Anschluss an jüngere Patientinnen, besonders aber Mädchen, konnte sie sogar durch Stunden heiter und lustig werden, wobei sie sich mit Spielen und Erzählen unterhielt.

Ihren Ansichten und Urtheilen nach erhob sie sich nicht über den Horizont eines 12—15jährigen Mädchen von guten Grundsätzen.

Reifere Ansichten fehlten, in manchen Dingen war sie direct einfältig zu nennen.

Schulkenntnisse, Rechenvermögen und auch Combinationsvermögen waren in zufriedenstellendem Maasse vorhanden.

Befragt, was sie für das grösste Unglück hielt, erwähnte sie jedesmal: „krank und verlassen sein“. Der Verlust beider Eltern sei das grösste Unglück, das sie getroffen habe, ein grösseres Unglück könne ihr gar nicht mehr zustossen.

Befragt, wie viel Geld wohl ihrer Ansicht nach der reichste Mann der Welt besitzen könne, giebt sie nach einem Zögern zur Antwort: „Ein paar hunderttausend Gulden; vielleicht giebt es einen Mann, welcher tausend Mal tausend Gulden im Vermögen habe“. (Patientin identifizirt dabei richtig „tausend mal tausend“ mit einer Million.)

Ueber ihr zukünftiges Leben urtheilt sie ganz vom Standpunkte eines etwa 15jährigen Mädchens aus.

Sexuelle Empfindungen sind vorhanden, wenig regsam.

Der Begriff „Mündigkeit“, „Volljährigkeit“ ist ihr gänzlich ferne liegend.

Sie giebt selbst zu, sich im Leben noch gar nicht auszukennen, deshalb sei sie auch so beklommen und kleinmüthig. Sie fühle sich selbst als unerwachsen und unentwickelt, weshalb sie das Bedürfniss empfindet, sich an

„erwachsene“ Personen anzuklammern und Hilfe zu suchen. Sie habe hier ihr Vorbild in der Krankenschwester; wolle auch eine solche werden.

Anamnestisch giebt die Untersuchte selbst an, dass sie sich bis vor etwa 2—3 Jahren „gesund“ und zufrieden gefühlt habe. Sie sei damals noch nicht so verlegen und bezüglich ihrer Zukunft ängstlich gewesen. Erst nach dem Tode ihrer Eltern — als sie allein auf der Welt stand — habe sie ihre Verlassenheit schwer empfunden, sich keinen Rath gewusst, und ganz hilflos gefühlt. — Seither sei sie krank und gedrückt. Es komme ihr vieles jetzt vor, was sie nicht recht begreife, wovon sie früher keine Ahnung hatte. Aus den Schilderungen ist ferner zu entnehmen, dass sich viele neuere Eindrücke bei ihr nur schwer assimiliren liessen, dass sie darüber nachgrübelte und vielfach unter krankhaften Skrupeln zu leiden hatte. Manches war ihr „überhaupt nicht eingegangen“. Besonders galt dies von Aeusserungen sexuellen Inhaltes, die sie ab und zu Gelegenheit hatte, zu hören.

Fall V.

Anton B., 19 Jahre alt, ehelich, Schneidergeselle, aus Mähren, aufgenommen im Mai 1904.

Wird via Ambulatorium der Klinik zugeführt.

Die Eltern B.'s sind am Leben, der Vater gross, bärtig, kräftig, die Mutter kränklich (soll lungenkrank sein).

3 Geschwister (Brüder) des Untersuchten sind klein geblieben, trotzdem sie schon alle über 16 Jahre alt sind; nur der älteste Bruder, der bereits über 25 Jahre alt, trägt etwas Bart.

5 Geschwister sind früh weggestorben.

Der Untersuchte selbst war von Kindheit an stets schwächlich. Er verzeichnet gute Schulerfolge. Gleich nach vollendet Schulzeit kam er zu einem Schneidermeister in die Lehre.

B. hat nur ausnahmsweise alkoholische Getränke zu sich genommen und war niemals schwer erkrankt gewesen.

Seit 1½ Jahren (seit dem 17. Jahre) fühlt sich B. leidend. Er ist seit dieser Zeit immer verstimmt, hat öfter weinerliche Affekte bekommen und an dem unbestimmten Angstgefühle gelitten, er könne keinen ordentlichen Beruf mehr finden, werde krank bleiben und den Lebensunterhalt nicht bestreiten können. Auch ist er leicht schreckbar geworden. Besonders plage ihn die Krankheitsfurcht. Die ganze Zukunft erfülle ihn mit einer unbestimmten Sorge.

Körperlicher Befund.

Macht den Eindruck eines etwa 14jährigen Knaben.

In der Entwicklung gleichmässig zurückgeblieben. Körperlänge 158 cm. Gesicht knabhaft, bartlos (auch kein Anflug). Stimme kindlich hoch, hat noch nicht mutirt. Schamhaare sehr gering entwickelt. Thorax gänzlich kindlich geformt. Muskulatur schlank, wenig conturiert.

Am Knochensysteme sind keine Reste einer überstandenen Rhachitis nachzuweisen.

Am Hautdeckensysteme fällt eine Cyanose an der Peripherie der Extremitäten auf.

Penis und Testikel: klein, nicht dem Alter entsprechend.

Kopf: symmetrisch configuriert, nicht hydrocephal; Rundschädel; horizontaler Umfang desselben $53\frac{1}{2}$ cm. Schädelindex 86 cm. Halsumfang 31 cm. Spannweite der Arme 170 cm. Brustumfang bei grösster Inspiration 78 cm.

Schilddrüse: Jugulum etwas eingesunken, die Drüse tastbar.

Die Röntgenaufnahme ergiebt neben dem Manubrium sterni einen scharfen Schatten. Es ist auch eine zungenförmige Dämpfung über dem Sternum nachzuweisen.

Am Halse keine erweiterten Venen und keine pathologische Venenpulsation. Im Gesichte keine cyanotische Grundfarbe. An der vorderen Brustwand sind Venenektasien nach Art eines Caput Medusae vorhanden mit dem Mittelpunkte in der halben Höhe des Brustbeines. Kein Herzruckel. Die Gegend des Spitzentusses ist hebend; der Spitzentuss selbst liegt im 5. Zwischenrippenraume einwärts der Mamillarlinie, deutlich fühlbar. Die Herzdämpfung ist nicht vergrössert.

Die Gehirnnervenfunction durchaus intact.

Am vorderen Halsdreiecke beiderseits ziemlich starke Schmerzempfindlichkeit auf Druck.

Kein Muskelzittern.

Reflexe in Ordnung.

Urin ohne pathologische Bestandtheile.

Psychischer Befund.

B. ist andauernd ruhig, benimmt sich vollkommen der Situation gemäss. Er hält sich grösstenteils abgeschlossen für sich allein, schliesst sich wenig an die Mitpatienten (auch nicht an die jüngeren) an. Zeigt niemals Lebhaftigkeit, im Gegentheil stets gedrücktes Wesen.

Sitzt oft stundenlang, ohne sich zu beschäftigen, neben seinem Bette; bricht öfter ohne äussere Veranlassung in Thränen aus.

Der Untersuchte ist krankhaft empfindlich, ist rasch über belanglose Dinge gekränkt, sieht überall Vorwürfe, kann sich von dem Gedanken an vermeintliche Vorwürfe nur schwer losmachen.

Die häufigste Reaction auf diese Gemüthsbewegungen sind weinerliche Affectausbrüche.

Er ist sonst durchaus harmlos, gutmütig, wagt nicht laut aufzutreten, ist sehr leicht einzuschüchtern. Er tritt überhaupt niemals aus sich heraus, bleibt stets reservirt und zurückhaltend.

Seine Arbeitsfähigkeit ist eine minimale; er hat wenig Initiative und Arbeitsenergie, so dass er seine Arbeiten (Schneiderarbeiten), die ihm aufgegeben wurden, gewöhnlich nicht zu Ende bringt. Sich selbst überlassen, spricht er spontan fast nichts.

Selbstvorwürfe und Kleinheitswahnideen fehlen.

Beim Examen ist er ängstlich beklommen, wagt kaum sich zu röhren, spricht mit leiser verschüchterter Stimme.

Die Orientirtheit ist auch im Detail eine intacte.

Er giebt richtige anamnestische Angaben, vermag seinen Zustand richtig zu schildern.

Bei der Schilderung seines Zustandes kann er nur mühsam Thränen zurückzuhalten, wobei seine Stimme einen weinerlichen Ton annimmt.

Er schildert seine Stimmung als eine permanent verstimmte, freudlose; er sei voll Besorgnissen wegen seiner Zukunft; er wisse, dass er ungemein empfindlich und leicht gekränkt sei, könne dagegen nicht ankämpfen.

Er könne sich seine Zukunft gar nicht vorstellen, sehe jedem Tage mit Besorgnissen entgegen; was ihm speciell Sorgen einflösse, könne er nicht angeben; wenn er die Gewissheit hätte, dass es ihm in Zukunft gut gehen würde, würde er wieder froh und lustig sein. Er fühle sich jetzt zu jeder Beschäftigung untauglich und wisse es auch, dass er keine Arbeit zu Ende bringen könne; die Ursache liege darin, dass er bei Beginn der Arbeit stets beängstigende Gedanken bekomme.

Er sehe sich in Zukunft arbeitsunfähig, ohne Verdienst, kränklicher; er fürchte, dass seine Vergesslichkeit und seine leichte Erregbarkeit ein Hinderniss für seine Arbeitsfähigkeit abgeben würde.

Er sei früher nicht so verzagt gewesen. Erst seit $\frac{3}{4}$ Jahren sei er so geworden, nachdem er begonnen habe, über seine Zukunft nachzudenken. Je mehr und je länger er darüber nachdachte, desto mehr sei er beklommen und „ganz confus“ geworden.

Auch habe er „Ding“ gehört, die ihm nicht „eingegangen“ sind, über die er fortwährend nachgrübeln musste. Besonders der Stellung zum Militär sehe er mit grossen Besorgnissen entgegen und mit Bangen auch der Zeit, wo seine Eltern nicht mehr leben würden.

Schrecklich sei es ihm vom Kriege zu hören oder zu lesen; auch vor Seuchen habe er grosse Bangigkeit.

In der Schule habe er stets gut gelernt und gute Zeugnisse mitgebracht.

Nach der Schulzeit und in der Lehrlingszeit sei es ihm gut gegangen, habe für nichts zu sorgen gebraucht. Er sei auch lustig gewesen und habe gerne mit Altersgenossen gespielt.

An Mädchen habe er sich nie herangewagt; fürchtete sich von denselben gehänselt und verspottet zu werden.

Sexuelle Regungen habe er; auf sexuelle Bethärtigung habe er niemals gedacht; es komme ihm eine solche als grösste „Schande“ und Sünde vor. Masturbation wird negirt. Er habe einmal über sexuellen Verkehr sprechen gehört, und sei mehrere Tage darüber ganz entsetzt und ausser sich gewesen. Erst nach einigen Tagen habe er sich darüber beruhigen können.

Schulkenntnisse, Gedächtnissleistungen, Lösen von Rechenaufgaben, Combinationsvermögen ergeben recht gute Durchschnittsleistungen.

Das Urtheilsvermögen zeigt von einer unerfahrenen und unreifen Persönlichkeit.

Die Kenntnisse, die im Leben durch Erfahrung gewonnen werden, sind sehr mangelhaft und zum Theil fehlerhaft.

Z. B. hat er von den Begriffen: Parlament, Verfassung, Ministerium, Aristokratie, Finanzbehörde, Statthalterei keine Ahnung.

Die Beschreibung von concreten Dingen geschieht im kindlichen Jargon.

Die fünf herangezogene Fälle bilden die Auswahl einer Reihe von etwa 20 seit dem Jahre 1903 untersuchter infantiler Individuen, die sowohl den dystrophischen als myxinfantilen Typ in theils completter, theils partieller Form repräsentiren. — Nach den einleitenden Ausführungen liegt es nicht mehr im Sinne des Themas, auf die morphologisch-klinischen Eigenthümlichkeiten des Körperbaues bei den Fällen näher einzugehen.

Das eigentliche Interesse beanspruchen die Ergebnisse der psychischen Zustandsuntersuchungen.

Schon bei ganz unbefangener Beurtheilung drängt sich die Erkenntniss auf, dass diese Persönlichkeiten trotz ihrer Altersstufe geistig noch gänzlich unreif sind und Züge erkennen lassen, die ausschliesslich der Kindesseele eigen sind.

Bei der psychologischen Analyse liessen sich zwanglos zwei gut charakterisirte Hauptgruppen abtrennen, deren hervorstechendste Merkmale folgende sind:

I. Ganz kindliche Seelenartung, Leichtlebigkeit; Sorglosigkeit; Unbefangenheit; kindliche Triebe, kindliches Ethos; Geselligkeitstrieb, Affectflüchtigkeit, Furchtanwandlungen, kindlicher Egoismus, Ueberschätzen von Werthgrössen, Selbstfühlen als Kind resp. unerwachsenes Individuum; rasches, unüberlegtes Urtheil, kritiklose Annahme der Ansichten Erwachsener; Mangel an sexuellen Vorstellungen und Empfindungen; undifferencirtes sexuelles Schamgefühl.

II. Gruppe. Verstimmungszustand, Verzagtheit, verschüchtertes Gebahren; Aengstlichkeit und Rathlosigkeit vor neuen Situationen oder vor gestellten Aufgaben; Kleinmuthigkeit mit unbestimmten Sorgen für die Zukunft, Bedürfniss nach Anklammerung an andere Menschen, Unselbstständigkeit, erhöhte Suggestibilität, Drang, sich Vorbilder aus dem Milieu zu schaffen; engbegrenzter Horizont; enges Urtheil.

Ich halte es hier für nöthig, den normalen psychologischen Werdegang eines Kindes bis zum fertigen Menschen kurz zu skizziren:

Die Kindheit ist die Lebensperiode vom Säuglingsalter bis zum Eintritte der ersten Zeichen der Pubertät. Das erste Kindesalter dauert bis zum 7., das zweite Kindesalter (== die reifere Kindheit) bis zum

14. Lebensjahre, wobei die Jahre vom 12. bis 15. Jahre als Zwischenalter zur Jugendzeit (= dem Pubertätsalter) zugerechnet wird.

Die Pubertätszeit dauert mitunter bis zum 20. und 24. Lebensjahr.

Nach Stratz reicht das erste neutrale Kindesalter vom 1.—7., das zweite bisexuelle vom 8.—18. bzw. 16. Jahre; von da ab setzt die Pubertät ein.

Die wichtigen morphologisch-anatomischen und physiologischen Umformungen sowie Ausgestaltungen müssen in der vorliegenden Arbeit unberücksichtigt bleiben.

Von Interesse ist hingegen die seelische Entwicklung in der reifen Kindheit und im Pubertätsalter nach Qualität und Quantität der psychischen Elementarfunctionen, die bereits beginnende Vorbereitung für die Umformungen der kindlichen Werthe in die des fertigen Menschen.

Die Individualität beginnt sich zu markiren, es kommen die Grundzüge der zukünftigen Persönlichkeit zum Durchbruche, nachdem bereits eine bestimmte Detailarbeit für ihren künftigen Aufbau zuvor vollendet worden ist.

Die Evolutionszeit der Psyche ist durch eine Erregung sämmtlicher psychischer Energien gekennzeichnet, der affectiven wie der intellektuellen mit der Tendenz zur Verarbeitung und Verknüpfung des erworbenen Rohmaterials zu definitiven Complexen.

In dieser Periode weist schon naturgemäß die Psyche sozusagen pathologische Züge auf; letzteres gilt besonders von den unmotivirten Impulsen, dem raschen und unfertigen Urtheile, der leichen Gemüths erregbarkeit, dem Mangel an Selbstkritik, der phantastischen Illusions- und Combinationsfähigkeit, die leichte Suggestibilität und Unselbstständigkeit.

Ein sonst pathologisches, doch der Kinderpsyche in hohem Maasse eigenes Phänomen ist auch die Neigung zum Uebertreiben von Zahlen und Raumgrössen.

Ganz eigener Art sind die physiologischen Erinnerungstäuschungen des Kindes (Groos). Es handelt sich hierbei um ein fälschliches Dafürhalten reproducerter Daten für wirkliche Erlebnisse, mit ganz kritiklosen phantastischen Verknüpfungen eingebildeter Grössen.

Es ist nämlich ein ganz bemerkenswerther Zug der Kindesseele bei sonst guter Auffassungskraft für ein strenges Einhalten der logischen Ideenverbindungen minder geeignet zu sein und bei gutem Gedächtnisse die Reproduction von Erlebtem durch eigene combinatorische Zuthaten zu trüben. Die werthvollen Berichte Sommer's über die Kinderaussagen bestätigen vollauf die Thatsachen der Erinnerungstäuschungen beim Kinde. Auf den „paramnestischen Typus“ falscher Kinderaussagen (nach

Sommer) muss hier ausdrücklich verwiesen werden, weil dies ein wichtiger Untersuchungsfactor für das Studium des psychischen Binnenlebens Infantiler abgeben wird.

Das rege Combinationsleben normal veranlagter Kinder, das leichte Ueberwerthigwerden kindlicher Ideen und Affecte soll aus demselben Grunde betont werden.

Psychologisch-klinische Analyse.

Einen wichtigen Schlüssel für das Verständniss der infantilen Psyche bilden die experimentellen Untersuchungen über einzelne Elementarphänomene.

Associationen. Bei der ersten Gruppe vollzog sich die sprachliche Reaction auf Reizworte fast stets unter adäquater Affectbegleitung, Geberde und Mimik.

Es liess sich hier experimentell constatiren: So oft die Untersuchten etwas hörten, lasen oder reproducirten, hatten sie ganz bestimmte, concrete Dinge im Auge, es wurde der Sinneseindruck mit bestimmten Individualvorstellungen associativ verknüpft. Es tauchten die Erinnerungsbilder bestimmter Gegenstände auf, die bei der Wahrnehmung einen stärker betonten Eindruck hinterlassen hatten und nur beim Aufleben dieses Eindruckes das betreffende Erinnerungsbild nach sich zogen. In dieser Art wurde regelmässig das Reizwort mit einer bestimmten Individualvorstellung associativ verbunden, an die sich wieder eine solche anschloss.

So oft z. B. eine Untersuchte (II. Fall) ein Lesestück von einem Sperling durchlas, musste sie immer wieder lebhaft an einen todten Sperling denken, den sie einmal auf der Strasse liegen sah.

St. (Fall I) dachte beim Hören des Räthsels „Erst weiss wie Schnee, dann grün wie Klee, dann roth wie Blut etc.“ stets lebhaft an ein vierblätteriges Kleeblatt, welches sie einmal pflückte, presste und ins Gebetbuch legte.

Bei „Blut“ im gleichen Räthsel musste J. (Fall III) an das Blut eines geschlachteten Thieres denken, das vor einem Fleischerladen hing und durch eine Blutlache ihr Grauen einflösste.

Die räumlich und zeitlich genau fixirten Individualvorstellungen waren — wie schon erwähnt — von adäquatem Affecte, entsprechendem Mienens- und Geberdenspiel begleitet.

Nach den eingehenden Untersuchungen von Ziehen knüpfen sich

bei den Kindern im zweiten Kindesalter an die gegebenen Reizworte auf-fallend oft Individualvorstellungen mit räumlicher und zeitlicher Fixirung an; kommen Erklärungsassociationen vor, sind sie subjectiv gefärbt. Nach ihm nimmt der Procentsatz der rein individuellen Associationen mit dem zunehmenden Alter stets ab; das Kind beginnt allmälig in demselben Umfange und Ausmaasse in Allgemeinbegriffen zu denken und associiren, wie der Erwachsene: das abstracte Denken geht immer leichter und intensiver vor sich. „Die Verschiedenheit zwischen dem Kinde und dem Erwachsenen im Gegensatze von Individual- und Allgemeinassociationen tritt ganz erstaunlich hervor. Während Erwachsene in etwa 80 pCt. derart reagiren, dass das Reizwort selbst eine Allgemeinvorstellung und diese wieder eine solche nach sich zieht, herrscht beim Kinde ein genau entgegengesetztes Verhalten. Das Maass dieses Ueberwiegens ist ein absolutes und von erstaunlicher Grösse. In diesem Punkte — sagt Ziehen — ist die Ideenassociation des Kindes *toto coelo* von der der Erwachsenen verschieden“.

Es konnte nun bei den Untersuchten der ersten Gruppe der Thatbestand einer derartigen kindlichen Associationsverknüpfung einerseits und einer Subjectivität etwaiger Erklärungsassociation anderseits deutlich nachgewiesen werden, und zwar bei dem Fall IV in vollem Umfange, bei den Fällen I und II in etwas geringerem, doch weitaus überwiegendem Grade. — Ein associativer Anschluss von Allgemeinvorstellungen an das Reizwort und eine Objectivität in den Erklärungen fand sich bei der ersten Gruppe nur ausnahmsweise vor. Die zweite Gruppe associrte im principiellen Gegensatze zur ersten mehr in Allgemeinvorstellungen. — Im associativen Verhalten bei den hier überraschend häufig auftretenden Erklärungsassociationen glichen die Vertreter dieser Gruppe (Fall IV und V) ganz und gar denen der ersten.

Es handelt sich somit in diesen Punkten um eine Persistenz kindlicher psychischer Energien bei den Jahren nach Vorgeschrittenen.

Aufmerksamkeit und Apperception. Bei der Untersuchung dieser Functionen konnte zwischen der ersten und der zweiten Gruppe ein wesentlicher Unterschied festgestellt werden.

Bei der ersten Gruppe war die Aufmerksamkeit reaktiv rasch zu erregen: es erfolgte stets prompte Einstellung und Concentration. Die Auffassung, die sich mit dem Zustande der Aufmerksamkeit verknüpfte, war fast immer lebhaft affectbetont.

Die Reaction überdauerte den gesetzten Reiz nur kurz, es trat rasches Abklingen der Aufmerksamkeit ein, weshalb der Reiz öfter

wiederholt werden musste, um die Reaction auf derselben Höhe zu erhalten. Sie waren für intercurrente Sinnesreize leicht ablenkbar, soferne sie nur kräftig genug waren. Es bestand durchwegs eine a priori mangelhafte Fähigkeit zur selbstthätigen Anspannung und Fortführung der erregten Aufmerksamkeitsgrösse.

Ein Nachdenken und Weiterführen eines einmal angeregten Ideenganges bestand nicht regelmässig.

Es wurde auf der Höhe des gesetzten Reizes der neu in's Bewusstsein aufgenommene Eindruck stets rasch und ausgiebig mit dem bereits vorhandenen Bewusstseinsmaterial verknüpft, also „aufgefasst“, und wurden dabei folgerichtig ältere in Connex damit stehende Eindrücke reproducirt; die Verknüpfung mit dem reproducirten Materiale war gewöhnlich eine mehr äusserliche, dabei lebhaft sinnlich gefärbte. Eine „logische Werthung“ (Groos) war hierbei nur angedeutet. Die Auffassung erfolgte in der Regel rasch und richtig, manchesmal nach dem Principe der „Aehnlichkeits-Apperception“ (Groos), bzw. zufälligen äusserlichen Zusammenwirkens von Wahrnehmungen.

Bei der anderen Gruppe war die Aufmerksamkeit auch leicht zu erregen, doch waren bei der Einstellung derselben auf den betreffenden Gegenstand mehr oder minder starke Unlustgefühle zu überwinden.

Die Untersuchten waren bei der Aufbringung der geforderten Aufmerksamkeitsleistung anfänglich häufig leicht bekommen und gehemmt. Die Concentration war dafür eine anhaltende und wurde selbstthätig weitergeführt und unterhalten.

Die Assimilirung erfolgte unter logischer Mitwirkung des früher erworbenen geistigen Besitzthums; die Dürftigkeit an eigener „Lebenserfahrung“ machte sich hierbei geltend und wurde als Insufficienz empfunden; es machte sich dadurch das Gefühl von Unsicherheit und das Bedürfniss nach einer Stütze geltend, es trat Skrupelhaftigkeit und Grübelsucht auf.

Belanglose, alltägliche Wahrnehmungen oder geläufige Eindrücke wurden von ihnen nicht so unbeachtet gelassen, wie von Erwachsenen; sie hatten Einfluss auf die Richtung der psychischen Vorgänge; sie konnten sich davon nicht so leicht losbringen wie Vollwerthige.

Bei Fall II und III war das Symptom der „Bestimmbarkeit der Aufmerksamkeit“ (Kräpelin), wie es Kindern physiologisch zukommt, noch bis zu einem gewissen Grade persistent. Sie konnten von den Wahrnehmungen wichtige und unwichtige wohl unterscheiden, reagirten aber auf alle Eindrücke stets mit einer kindlichen Neugierde.

So konnten sie beim Erblicken eines bunten Bildchens oder einer Christbaumzierde von ernsteren und wichtigeren Beschäftigungen leicht

abgezogen werden, um sich mit „voller Seele“ diesem neuen Eindrucke hinzugeben. Wiederholt versicherten sie spontan, dass ihnen alles Neue grosse Freude bereite, jeder neue Eindruck sie ganz gefangennehme und ihnen als „wichtig“ imponire.

Auch das Sammeln bunter Bildchen, farbiger Papierstreifen und Flitterwerk entsprang der Neigung, Eindrücken, welche von Erwachsenen unbeachtet gelassen werden, grössere Aufmerksamkeit zu schenken und sich von untergeordneten Dingen „bestimmen“ zu lassen.

Gerade dieses Phänomen, dass untergeordnete, belanglose Eindrücke einen bestimmenden Einfluss auf die Richtung der psychischen Vorgänge auszuüben im Stande sind, ist eine hervorragende Eigenschaft der kindlichen Seele.

Gedächtnissleistungen — Erlernen. Die Untersuchungen auf Gedächtnissleistungen ergaben bei allen Untersuchten ein relativ günstiges Resultat.

Bei der reproductiven Thätigkeit ergab sich, dass das Erinnerungsvermögen sich in räumlich und in geringerem Maasse auch zeitlich fixirten Individualvorstellungen abspielte. Es tauchten hierbei die im Gedächtnisse niedergelegten optischen und akustischen Erinnerungsbilder mit einer gewissen sinnlichen Stärke wieder auf.

Das Reproduciren ging vielfach sogar mit einem Wiederaufleben der Nebeneindrücke nach Ort, Zeit und zufälligen Umständen vor sich.

Beispiele.

Fall III.

Geburtsjahr: „1882“ — muss dabei lebhaft an ihren Taufschein denken, wo die Jahreszahl 1882 geschrieben steht.

Unser Welttheil: „Europa“ — erinnert sich an den Lehrer, der, als sie zum ersten Male das Wort „Europa“ hörte, vor einer Wandtafel stand und mit einem Stabe darauf wies.

10 Gebote Gottes: Zählt sie richtig auf; giebt spontan an, sie erinnere sich dabei immer lebhaft an die Bibel und speziell die Seite, wo Moses am Berge Sinai mit den zwei Gesetzestafeln abgebildet ist.

3 mal 12 „= 36“ — hat dabei das in ihrem Rechenbuche gedruckte grosse Einmaleins vor Augen.

Das Gedächtnis für ältere Ereignisse, für Namen, Zahlen und Daten aus früheren Zeiten sowie für längst vorher eingelernte Reihen ist bei sämmtlichen Untersuchten als ein günstiges zu verzeichnen.

Allerdings konnten hinsichtlich Gedächtnisstreue bei der ersten Gruppe mehrfach Fehler entdeckt werden, die auf additiven Zugaben (z. B. bei Anamnese!) und willkürlichen Verknüpfungen zeitlich und räumlich

getrennter Erinnerungsbilder beruhten und Mangel an Selbstcontrolle verriethen.

Derartige Fehler in der Gedächtnisstreue durch Mangel an Selbstcontrolle kamen innerhalb der Gedächtnissleistungen bei der anderen Gruppe nicht vor.

Von einigen Untersuchten (A. und J.) wurde direct zuerkannt, dass die eigenen Zugaben manches Mal aus „Angst“ vor dem Experimentator, manches Mal auch aus blossem und unbeabsichtigtem „Spielen“ gemacht wurden. A. erwähnte unter Anderem, sie habe dies und jenes „nur so“ gesagt, „es sei ihr gerade eingefallen“ oder „besseres habe sie nicht gewusst“.

Von merklichem Interesse gestaltete sich das Experiment der Reproduction der Christbaumfeier, vorgenommen etwa vier Wochen später an J., A. und W.

Die Erzählungen wurden getrennt vernommen und möglichst getreu niedergelegt. Alle drei Erzählungen differirten von einander ganz erheblich und wichen auch an und für sich in toto vom wirklichen Thatbestande ab. Am wenigsten sachgetreu erzählte A., etwas genauer J.

A. beschrieb Dinge, die überhaupt nicht vorhanden waren; behauptete, der Christbaum habe eine Höhe von fast 10 Metern gehabt und sei auf einem Tische gestanden.

J. giebt die Höhe mit 5 m an; der Baum sei direct am Boden gestanden und habe mindestens 1000 Lichter gehabt. Die Lichter hätten mehrere Stunden lang gebrannt. Sie behauptet, Früchte gesehen zu haben, die gar nicht vorhanden waren; der Schmuck des Baumes sei an alle Kinder und Erwachsene vertheilt worden; sie hätte nur einige kleine Bildchen bekommen.

Die Feierlichkeit, die in Wirklichkeit etwa eine Stunde in Anspruch nahm, hätte den ganzen Nachmittag und Abend angedauert; sie seien erst spät in der Nacht zum schlafen gekommen. Die „Erwachsenen“ hätten Kleidungsstücke, Wäsche etc. bekommen, sie Naschwerk, was auch ihren Wünschen entsprach.

Eine bessere Gedächtnisstreue liess sich bei der zweiten Gruppe feststellen. Auch hier schlossen sich die reproductiven Daten häufig an Individualvorstellungen an. Die Betreffenden dachten mit Vorliebe in „Bildern“. Bei den Gedächtnissproben ergab sich bei denselben eine anfängliche Unsicherheit; sie werden sogar bis zu einem gewissen Grade skrupelhaft, ob das sprachliche Reproducirte sich wohl mit den zur damaligen Zeit aufgenommenen Eindrücken decke, ob es sich in „Wirklichkeit so zugetragen habe“. Dieses willkürliche Besinnen lief bei der zweiten Gruppe nicht so rasch ab, wie bei der ersten. Das Experiment

hat hier auch die merkwürdige Thatsache zu Tage gefördert, dass der Neuerwerb an Gedächtnissmaterial in den letzten Jahren gegenüber den früheren Jahren ein relativ geringer war und dass die Apposition abstrakter Vorstellungen mit dem Alter nicht Schritt gehalten hat. Man konnte ersehen, dass bei diesen Personen eine geringe Tendenz bestand, sich neue Begriffe zu schaffen, mit denen man — allgemein genommen — in der bewussten Altersstufe zu rechnen hat. Es bestand — wie sowohl W. als B. zugaben — fast ein Widerwille, sich von den kindlichen Vorstellungen loszumachen und den bisherigen Besitzstand an Vorstellungscomplexen qualitativ und quantitativ zu erweitern, bzw. umzuformen.

Das Besinnen bei der ersten Gruppe ging rascher, leichter, mit einer gewissen Lebhaftigkeit vor sich. Es mangelte dort sichtlich an jener kritischen Controlle der Erwachsenen, ob das Gesagte auch den That-sachen entspreche bzw. ob kein Irrthum vorliege. J. ermangelte z. B. so ziemlich aller kritischen Hemmung bei der Reproduction seinerzeitiger Vorstellungsguppen. Wichtig ist auch, dass die momentane psychische Verfassung während und nach der Aufnahme der Wahrnehmungen sammt dne Begleiterscheinungen für Art und Inhalt der Reproduktionsleistung ausschlaggebend war. So hatten alle Affecterzählungen das Gepräge der einstigen — bei der Wahrnehmung stattgehabten — seelischen Einstellung. Charakteristisch ist in dieser Hinsicht die Wiedergabe eines mitgemachten Ereignisses bei J. (Fall III). Diese war Zeugin einer durch eine hysterisch erregte Mitpatientin einige Tage zuvor aufgeführten Szene. Die Wiedergabe wich von der Sachlage erheblich ab; bestand eigentlich in einer Beschreibung ihrer damaligen affectiven Verfassung, keineswegs in einer Darstellung des Sachverhaltes.

Die Untersuchungen der Merkfähigkeit, des Vermögens der Einprägung und Festhaltung frischer Eindrücke, ergab nachstehendes Resultat:

Es wurde die Prüfung in dem Sinne unternommen, dass sie bald ohne, bald unter gleichzeitiger Mitwirkung des vorhandenen intellectuellen Besitzstandes vor sich ging (Methode nach Meumann).

Es wurde zum Merken aufgegeben:

a) 12 geläufige Worte von concreter Bedeutung: (Löffel — Feder — Hut — Ofen — Kreuzer — Fenster — Tasche — Baum — Kugel — Finger — Rauchfang — Messing).

b) 8 fremdklingende Worte von concreter Bedeutung: (Spirale — Topas — Prisma — Monstrum — Rubin — Sterling — Fistel — Motor).

c) 10 geläufige Worte von abstrakter Bedeutung: (Ordnung — Kenntniss — Bildung — Friede — Muth — Ernst — Trauer — Versuchung — Unglück — Anfang).

d) 8 fremdklingende Worte von abstrakter Bedeutung: (Modus — Analyse — Methode — Praxis — Charakter — Original — Rhythmus — Reform).

e) 3 längere mindestens 10silbige Worte von allgemein verständlicher Bedeutung: Donaudampfschiffsschleppschiffahrtsgesellschaft, Vormitternachts- und Nachmitternachtsnachtwächter, Häckselschneidemaschinenmesserschärfer).

f) 10 geläufige Frauennamen.

g) 8 mindergeläufige Frauennamen.

h) die erste Zeile von Homers Ilias — als Aneinanderreihung von 15 für die Untersuchten gänzlich unverständlichen Silben.

i) Die Abbildungen von zwei Seiten eines Bilderbuches: (Zange, Hammer, Bürste, Messer, Trichter, Handmühle, Krug, Topf, Tasse, Korb, Kübel — Löwe, Tiger, Elefant, Affe, Giraffe, Pferd, Esel, Dromedar).

k) 10 zweistellige Zahlen.

Die bekannt klingenden Worte und die Zahlen wurden nach Einhaltung entsprechender Pausen (2—3 Secunden) dreimal langsam vorgesagt, die fremdklingenden Worte und Silben fünfmal. Die Abbildungen wurden etwa 5 Secunden lang dem Blicke ausgesetzt. Die Untersuchten wurden bei bestmöglichster Disposition nach etwa 3 Minuten zur Reproduction aufgefordert. Auf günstige äussere Vorbedingungen beim Experimente wurde besonderes Augenmerk gelegt: Musse, Vermeidung von Uebermüdung, Hunger, Durst; Deutlichkeit in der Betonung etc.

(Siehe Tabelle S. 68 und 69.)

Das gemachte Experiment gab im Allgemeinen folgende Aufschlüsse:

Am besten wurden die geläufigen Worte mit concreter Bedeutung gemerkt, viel weniger gut die geläufigen Worte mit abstrakter Bedeutung; am schlechtesten gelang die Wiedergabe fremdklingender Worte und unverständlicher Silbencomplexe.

Im Allgemeinen gelang auch die Reproduction optischer Erinnerungsbilder besser als acustischer. Bei den Fällen I, II und III erfolgte Zuthat ganz neuer Worte, insbesondere bei Wiedergabe der abstracten Worte und fremdklingenden Namen; viel seltener konnte solches bei Wiedergabe der optischen Eindrücke und der gut verständlichen Worte mit concreter Bedeutung constatirt werden. Die Zuthat neuer Worte erfolgte theils nach Klangähnlichkeit, theils nach wohlgeübten associativen Verknüpfungen (z. B. Anfang — Ende), z. Th. auch nach Synonymität (Kamin

statt Rauchfang, Sack statt Tasche). Es konnten auch ganz willkürlich erfundene Zuthaten — ohne inneren oder äusseren Zusammenhang mit dem Wahlworte — beobachtet werden (bes. bei Fall II).

Bei den Fällen IV und V erfolgten solche Zuthaten nicht.

Bei diesen beiden Fällen (zum Theil auch beim Fall I und III) ging die Aufnahms- und die Reproductionstätigkeit mit depressiven Affecten einher, nämlich mit Unlustempfindungen, mit dem Gefühl eigener Insufficienz, manchmal mit directem Rathlosigkeitsaffect. Es zeigte sich ein Unvermögen, die ganze aufgegebene Wort-, Silben- und Zahlenreihe rasch mittels Auffassungskraft und mittels Gedächtniss zu umspannen. Die Wiedergabe des einmal Umspannten gelang dann bei Fall IV und V allerdings, wenn auch etwas schleppend, doch relativ gut; fast alles in's Gedächtniss Eingeprägte konnte wiedergegeben werden.

Diese — trotz hinlänglich bestehender Aufmerksamkeit — eingeeengte Apperceptions- und Umspannungsenergie ist mit der gleichzeitigen Verstimmung als die Ursache anzusprechen, dass die ausgelassenen Wahlworte etc. nachträglich nicht reclamirt werden konnten. Die Prüfung des Wiedererkennens der Auslassungen wurde derartig veranstaltet, dass das betreffende Wort (bezw. Zahl, Abbildung) unter einer Reihe anderer hereinpassender Worte einmal unauffällig hergesagt wurde und die Versuchsperson die Frage erhielt, ob unter diesen vorgesagten Wörtern sich das ursprüngliche Wahlwort befunden habe.

Zur Feststellung der Gedächtnissleistungen wurden ferner leichtfassliche Lesestücke und Gedichte zum Auswendiglernen aufgegeben.

Die Lösung erfolgte — nach Ueberwindung sehr oft und intensiv auftretender anfänglicher Hemmungsgefühle — überraschender Maassen in der Art, dass Satz für Satz, ja Zeile für Zeile mechanisch gelernt wurde. Gedichte wurden Strophe für Strophe gelernt. Das Pensum wurde — nach eigenen Aussprüchen der Versuchspersonen — derartig eingetheilt, dass Vormittags 1—2 Strophen bezw. eine Zeilenreihe und Nachmittags wiederum 1—2 Strophen bezw. eine Zeilenreihe zugelernt wurden.

Ein rationelles Vorgehen, nämlich wiederholtes Durchlesen zu Anfange, um den Inhalt des Lernstoffes kennen zu lernen und festzuhalten, fehlte bei Allen. Alle fünf Versuchspersonen setzten sich zum Lernen hin, ohne den Inhalt des Lernstoffes zu kennen. Der Lernstoff selbst wurde in unlogischer und unökonomischer Weise nach äusserlichen Momenten abgetheilt (z. B. Abschluss einer Seite), ohne vorher den Zusammenhang des Gelernten mit dem noch zu Lernenden geprüft zu haben.

Ganz bemerkenswerth sind hierbei die spontanen Angaben W.'s und B.'s, es sei ihnen der Lernstoff anfänglich zu gross vorgekommen, dass

	F a l l I.	F a l l II.
ad a	6 Worte richtig wiedergegeben; darunter nur die ersten 3 in der vorgesagten Reihenfolge, die übrigen durcheinander; 1 Wort neu hinzugefügt. — Bei nachträglichem Vorsagen promptes Wiedererkennen der ausgelassenen Worte.	5 Worte richtig wiedergegeben, sämtliche durcheinander; 1 Wort neu hinzugefügt. Promptes Wiedererkennen der ausgelassenen Worte bei nachträglichem Vorsagen.
ad b	4 Worte richtig wiedergegeben; keine Einhaltung der Reihenfolge; 1 Wort entstellt, 1 Wort nach Klangähnlichkeit neu hinzugefügt. — Bei 2 Worten kein Wiedererkennen.	3 Worte richtig wiedergegeben, keine Reihenfolge, 1 Wort entstellt, 1 Wort nach Klangähnlichkeit hinzugefügt. Bei drei Worten kein Wiedererkennen.
ad c	5 Worte richtig wiedergegeben, keine Einhaltung der Ordnung; 5 Worte ganz willkürlich hinzugefügt (abstracte und concrete). — Bei 3 Worten kein Wiedererkennen.	4 Worte richtig wiedergegeben (Trauer, Unglück, Versuchung, Anfang) nach Ähnlichkeit, 1 Wort neu hinzugefügt (auf „ung“ endigend, „Untersuchung“). — Kein Wiedererkennen.
ad d	1 Wort richtig wiedergegeben, 1 Wort nach Klangähnlichkeit hinzugefügt (statt Reform — enorm). — Bei den übrigen Worten kein Wiedererkennen.	3 Worte richtig wiedergegeben (Praxis, Original, Charakter). — „Reformkleid“ anstatt „Reform“ — 1 Wort (== „Rhythmus“) nachträglich wiedererkannt.
ad e	Alle 3 Worte konnten richtig wiedergegeben werden.	Die ersten 2 Worte richtig. Vom 3. Wort: „Schneidemesserschärfer“.
ad f	9 Namen richtig wiedergegeben, z. Th. mit Beibehaltung der Ordnung; keine falschen Zugaben; promptes Wiedererkennen des ausgelassenen Wortes.	5 Namen wiedergegeben, die ersten 3 und die letzten 2. — Die dazwischen liegenden werden prompt wiedererkannt.
ad g	4 Namen richtig — ohne die Reihenfolge beizubehalten — wiedergegeben; zwei fremde Zuthaten; zwei Mal kein Wiedererkennen.	4 Namen richtig, keine Reihenfolge; 3 fremde Zuthaten (nach Klangähnlichkeit), zwei Mal kein Wiedererkennen.
ad h	Totale Fehlreaction mit Rathlosigkeits-affect.	Totale Fehlreaction, kein Erfassen des Rythmus; spricht einige dem Klang nach ähnliche Silbenverbindungen nach. — Wiedererkennen vorhanden.

F a l l III.	F a l l IV.	F a l l V.
4 Worte richtig wiedergegeben, drei Worte neu hinzugefügt (und zwar nach geläufigen assoziativen Verknüpfungen: Kreuzer — Guilden, Löffel — Gabel, Finger — Dau- men). Für „Finger“ kein Wiedererkennen.	7 Worte richtig wiedergegeben, die ersten 5 in der richtigen Reihenfolge; kein Hinzufügen fremder Worte. — Bei einem Worte kein Wiedererkennen.	6 Worte richtig wiedergegeben, alle in der richtigen Reihenfolge. — Für 3 richtiges Wiedererkennen, für 3 nicht. — Keine Zuthat fremder Worte.
1 Wort richtig wiedergegeben, 3 Worte verstümmelt, (Fistel — Mistel, „ein Wort mit — bass“, Spirale — Spinnradel). — Keine Affectveränderung!	4 Worte richtig wiedergegeben, die ersten 2 in der richtigen Reihenfolge; bei den letzten 2 Wörtern kein Wiedererkennen. Kein Hinzufügen neuer Worte.	Die ersten 3 Worte richtig wiedergegeben, die anderen nicht einmal dem Klang nach wiedererkannt. Depressiver Affectausbruch!
2 Worte wiedergegeben, 1 Wort (concret!) neu hinzugefügt. Ein Wort (abstract) neu hinzugefügt: „Anfang und Ende“, „Bilder“.	5 Worte ohne vorgesagte Reihenfolge richtig wiedergegeben, 2 abstracte neu hinzugefügt („Tod“ und „Ruhe“).	4 Worte richtig: Ordnung, Versuchung, Anfang, Unglück. Ein Wort neu hinzugefügt: „Ausdauer“. — Kein Wiedererkennen.
2 Worte wiedergegeben, 2 Worte werden beim nachträglichen Vorsagen mit klangähnlichen Wörtern verwechselt („Mode“, „Quirinal“).	4 Worte richtig wiedergegeben (Praxis, Charakter, Reform, Analyse). Bei 2 Wörtern richtiges Wiedererkennen; keine Zuthat.	Die ersten 4 Worte richtig wiedergegeben, danach Fehlreaction ohne neue Zuthat. Unlustaffect.
Die ersten 2 Worte richtig. Vom 3. Worte „Was von einem Messer zum Schneiden“.	Alle 3 Worte richtig.	Alle 3 Worte richtig.
6 Namen richtig. — 2 Zuthaten, leichte Correctur. — Promptes Wiedererkennen.	Alle Namen richtig, die ersten 5 mit Beibehaltung der Ordnung.	8 Namen richtig. Lässt sich bei den letzten zwei leicht daraufhelfen. Keine Zuthat.
5 Namen richtig: die ersten 2 und letzten 3. — 2 fremde Zuthaten nach Ähnlichkeit (keine Correctur), für 2 kein Wiedererkennen.	6 Namen richtig; in richtiger Reihenfolge wiedergegeben, die übrigen nicht ins Gedächtniss einzuprägen vermocht; auch kein sicheres Wiedererkennen mehr; keine Zuthat.	6 Namen richtig, die ersten vier in richtiger Reihenfolge. — Die übrigen nicht zu merken vermocht. — Keine Zuthat, kein Wiedererkennen.
Fehlreaction, Verstümmeln des Rhythmus; es werden die Anfangssilben richtig wiedergegeben, dann aber klangähnliche Silbenverknüpfungen.	Erste Hälfte wird richtig in richtigem Rhythmus nachgesagt; die zweite Hälfte wird in richtigem Rhythmus verstümmelt wiedergegeben.	Fehlreaction, kann nur die ersten 3 Silben wiedergeben: „menina“ und die letzten 2 „eos“. Wiedererkennen nach einiger Unsicherheit eingetreten.

	F a l l I.	F a l l II.
ad i	S. 1. 8 Abbildungen prompt wiedergegeben, 1 fremde Zugabe; Correctur dieses Fehlers. Promtes Wiedererkennen nach Hören der Bezeichnung. S. 2. 5 richtig, keine Zuthat.	S. 1. 8 Abbildungen prompt wiedergegeben, 1 fremde Zuthat. — Kein Wiedererkennen. S. 2. 6 richtig, 1 Zuthat.
ad k	6 Zahlen werden mit der Beibehaltung der Reihenfolge am Anfange richtig hergesagt. Sonst kein Fehler.	5 Zahlen werden richtig, davon die ersten 3 mit Beibehaltung der Reihenfolge wiedergegeben; 2 ganz willkürliche Zuthaten; kein Wiedererkennen.

sie ihn nicht überblicken zu können vermeinten. — W. gab direct an, sie getraue sich gar nicht auf einmal, das Ganze herunter zu lernen, sondern wage es nur Absatz zu Absatz im Kopfe zu behalten.

Die genauere Nachprüfung der Art der Erwerbung des seit Kindheit in den Besitzstand übergegangenen Gedächtnissmateriales ergab die That-sache, dass sich dieselbe ziemlich elektiv nach den Normen des Associationstypus vollzog. Gut festgehalten wurden eigentlich nur Daten, Begebenheiten, Namen, Wörter, Zahlen, Formen etc., die sich an bestimmt fixirte Individualvorstellungen anschlossen. Die übrigen Eindrücke wurden vielfach leicht und gänzlich vergessen. So z. B. konnten die Untersuchten Citate, Räthsel, complicirte Figuren sich nicht merken.

Eine instinctive Abneigung hatten sie gegen Vorstellungs komplexe, die einander ähnlich waren und durch eine verborgene Pointe sich von einander unterschieden. Gerade das Moment des Differenzirens und schärferen Contourirens zweier einander ähnlicher Vorstellungs komplexe verursachte stets Schwierigkeiten und Unlustgefühle. Von allen Wahrnehmungen suchten sie sich durch complicirte Individualvorstellungen „ein Bild“ zu machen, durch dessen Vermittlung sie sich erst einen mehr oder minder scharfen Begriff von der betreffenden Wahrnehmung schaffen konnten, die aber dann auch fest im Gedächtniss eingrät blieb. Das Denken müssen in „ähnlichen“ Begriffen wirkte auf sie hemmend, verwirrend.

Die Gruppe II der Versuchspersonen hatte übrigens die skrupelhafte Tendenz über derlei Begriffe nachzugrübeln. Nach eigener Angabe fragten sie gerne reife Personen nach Unterschieden: z. B. Sitte — Gebräuch; Gesetz — Verordnung — Bestimmung; Verdienst — Lohnung;

F a l l I I I .	F a l l I V .	F a l l V .
S. 1. 6 richtig, 2 Zuthaten, vermag sie zu corrigiren. — Wiedererkennen bei einer Abbildung fehlend. S. 2. 6 richtig, 1 Zuthat ohne Correktur.	S. 1. Alle 10 richtig wiedergegeben (sehr langsam) mit zweimaligem Daraufhelfen. S. 2. Alle richtig.	S. 1. Alle 10 richtig, 1 mal daraufhelfen. S. 2. Alle richtig.
4 Zahlen richtig wiedergegeben, 2 Zuthaten. — Kein Wiedererkennen.	7 Zahlen werden richtig wiedergegeben, die ersten 3 der Ordnung gemäss. Keine Zuthat. Kein Wiedererkennen der ausgelassenen Zahlen.	6 Zahlen richtig wiedergegeben, die ersten 3 der Ordnung gemäss. — Keine Zuthat. Wiedererkennen unsicher.
Ende — Ausgang; Land — Provinz; Reich — Staat — Monarchie; Nebenfluss — Zufluss; Gas — Dampf — Rauch etc.		

Alle diese experimentell gewonnenen Aufschlüsse boten vielfach Analogie und Verwandtheit mit Phänomenen der normalen Kindesseele.

Den Beobachtungen von Ebbinghaus über das Umspannungsvermögen längerer Reihen bei Kindern und Erwachsenen gemäss können die Gedächtnissleistungen unserer Untersuchten mit den Durchschnittsleistungen 8—12jähriger Kinder in eine Linie gebracht werden.

Die von Ebbinghaus aufgestellte Thatsache, dass der Hauptfortschritt in den Gedächtnissleistungen im Alter von 13—15 Jahren — also in den Präpubertätsjahren — statthabe, scheint sich hier nicht verwirklicht zu haben. Approximativ kann ausgesagt werden, dass die Untersuchten nicht mehr als über ein Drittel der Gedächtnissenergie verfügten, als wie Erwachsene in Durchschnittsbreite. Die mechanische Gedächtnisskraft blieb hinter der gleichzeitig an gleichaltrigen Erwachsenen erprobten wesentlich zurück, ein Umstand, der völlig die von Ebbinghaus aufgestellte Norm bestätigte.

Der etwaige Einwand, dass allenfalls ein geringerer Concentrationsgrad der activen Aufmerksamkeit die Ursache dieses Phänomens abgeben könnte, trifft bei drei Versuchspersonen gewiss zu (I. Gruppe). — Bei den Versuchspersonen der II. Gruppe konnte ein derartiger Defect nicht constatirt werden, zumal die Sammlung und die Einstellungsenergie eine zur Bewältigung der gestellten Aufgaben stets hinreichende war.

Allerdings muss hier betont werden, dass von dieser Aufmerksamkeitsenergie durch das fast typisch sich einstellende Unlustgefühl für den Effect manches verloren ging.

Der Umstand, dass den Untersuchten die practische Gewandtheit im Auswendiglernen und das richtige Disponiren über den zu beherrschenden Lernstoff mangelte, liess auf eine a priori bestehende psychische Eigenart schliessen, die in der Regel den Kindern zukommt.

Die Untersuchten konnten sich auf ihr mechanisches Gedächtniss allein nicht verlassen, d. i. auf die reine Fixirung einer Reihenfolge von optischen und acustischen Eindrücken, sie verfügten aber auch nicht über den wichtigsten Lernbehelf, nämlich über die logische Entwicklung des Lernstoffes.

Nur durch Bildung eigenartiger, mit der ganzen Persönlichkeit in Einklang stehender individueller Vorstellungen war es ihnen einigermaassen ermöglicht, über den Lernstoff Herr zu werden und nach dessen endgültiger Einverleibung Controlle zu üben.

Daher auch die übereinstimmenden anamnestischen Angaben von erschwertem Erlernen während der Schulzeit und späterhin.

Für die allerletzte Zeit hatten sie gewiss einen Neuerwerb von Gedächtnissmaterial zu verzeichnen, ein solcher kam jedoch langsam zustande und mehr elektiv, insoweit er nämlich mit dem bisherigen Bewusstseinsinhalte in Einklang stand.

Begriff, Urtheil, Schlussbildung. Während mit dem zunehmenden Alter — ein physiologisch adäquater geistiger Neuerwerb vorausgesetzt — die Zahl der Begriffe wächst, formen sich diese auch um, verlieren immer mehr die ursprüngliche sinnliche Componente und verallgemeinern sich, um schliesslich der Ausdruck eines bleibenden Ideencomplexes zu werden. Durch die enge Verknüpfung mit einer concisen sprachlichen Bezeichnung erhalten die Begriffe auch eine scharfe Umgrenzung.

Dieser physiologische Werdegang der Begriffsbildung zeigt in unseren Fällen einen Stillstand auf einer gewissen Entwicklungsstufe. Die Loslösung der sinnlichen Componente ist nicht oder nur theilweise von statten gegangen; es besteht noch der enge Anschluss an Sachvorstellungen und Einzeleindrücke. Die Untersuchten besitzen noch nicht die volle Fähigkeit, Gemeinsames herauszulösen, zu verknüpfen und zu fundiren, es geht ihnen die Verallgemeinerungstendenz ab. Sie entbehren des richtigen Begriffsgefühles, nämlich der Empfindung jener Erkenntniss, dass der Begriff im Gegensatze zur Sinneswahrnehmung das Wesen erfassen, herausheben und fixiren soll um einen eindeutig bestimmten Theil des Bewusstseins darzustellen (George).

Die „Begriffe“ sind hier unentwickelt, wenig festgehalten, mehrdeutig, verschwommen, eben kindlich, und sind nur spärlich mit be-

stimmten sprachlichen Bezeichnungen verknüpft. Wie es an fertigen Begriffen fehlt, fehlt es auch an entsprechenden Symbolen.

Demgemäß ist es verständlich, dass hier auch eine Insuffizienz für Begriffsoperationen (Wundt) bestehen muss. Bei einigen geht diese Unzulänglichkeit mit einem entsprechenden Begleitgefühl einher, das ist Unlust und Verstimmtung.

Die Begriffsbildung vollzieht sich hier analog wie bei den Kindern hauptsächlich durch öfteres Wahrnehmen und Wiedererkennen, d. h. durch Reproduction früherer stärker betonter sinnlicher Eindrücke.

Handelt es sich um abstracte Begriffe, so besteht dort wie hier eine starke Neigung, Abstractes auf eine concrete Basis zu projiciren. (Z. B.: Was ist „Anfang“? „Das eine Ende eines Centimetermaasses“. „Verstand?“ „Verstand ist das, was die Herren Doctoren haben“.) Durchwegs findet man bei unseren Untersuchten die Vorliebe des Abstracten mit bestimmten Eigenschaften und Verrichtungen und Bezweckungen von Personen und Gegenständen in enge Gemeinschaft zu bringen.

Für eine Reihe von abstracten Begriffen, mit welchen die Untersuchten entsprechend ihrem Alter im Leben zu rechnen haben, besteht bei Gruppe II ein direchter Widerwillen, sich mit ihnen vertraut zu machen; der Grund dieser Thatsache liess sich zwanglos in dem Umstände finden, dass die Betreffenden keine Handhaben hatten, die Begriffe in ihrer Weise auf eine concrete Basis zu stellen.

Ein charakteristisches Moment zur Beleuchtung der Art der Begriffsbildung ist eben die mehrfach constatirte Tendenz, Grössenverhältnisse, für welche die Menschen im gegebenen Alter ansonst eine richtige Einschätzungsgabe besitzen müssen, zu überschätzen. Dies ist ein Zug, welcher der kindlichen Seele in hohem Maasse eigen ist. Kinder überschätzen in ihrer eigenen Art fast Alles: „Sehr grosser Fluss“ — himmelhohes Haus“ — „sehr reiche Leute“ — „vieltausend Kerzen am Christbaum“ etc. Eine der Untersuchten (Fall St.) behauptete, der Mensch habe mindestens 100 Liter Blut im Leib. Ein zweistöckiges Haus sei einige 100 Meter hoch (Fall W.).

Von der Zahl 10000 hatten Alle keinen richtigen Begriff und bezeichneten sie als unendlich gross! Sie fühlten sich sozusagen zu klein diesem Begriffe gegenüber. Eine (A.) sagte geradezu, so etwas gehe über ihre Begriffe! J. behauptete, ein Haus in der Stadt koste wohl 1 Million Gulden, wobei sie wusste, dass 1 Million gleich tausend mal tausend bedeute. Sie alle hatten die Empfindung, als ob grosse Zahlen sie nichts angingen, daher sie es vermieden, sich damit zu beschäftigen.

J. und A. bestätigten es mit dem Ausspruche „so etwas brauchen wir nicht“.

Die Prüfung derjenigen psychischen Vorgänge — die gemeinlich unter dem Ausdrucke Urtheil zusammengefasst werden — ergab ebenfalls Bemerkenswertes.

Wird der Satz vorausgeschickt, dass der Gegenstand eines Urtheiles auch stets Gegenstand von Vorstellungen sein müsse, dass also etwas, was nicht vorgestellt werden kann, auch niemals Gegenstand eines selbstthätigen Urtheiles sein könne, darf es nicht Wunder nehmen, dass hier eine weitgreifende Unzulänglichkeit zu Recht bestehen muss.

Einfache Urtheile, soweit sie in dem erworbenen Kenntnisschatze niedergelegt sind, und gewohnheitsmässig wiederkehrende Reproduktionen älterer Ideenverknüpfungen vorstellen, sind zur Genüge vorhanden und sind auch vielfach durch eigene Ueberzeugung erworben. Diese Urtheile haben dann hauptsächlich concrete Vorstellungen zur Basis.

Die Urtheile rein abstracten Inhaltes lehnen sich bei Gruppe I an die Urtheile anderer Menschen an, sind von diesen auf „guten Glauben“ übernommen und in den Kenntnisschatz einverleibt worden. Sie sind dann fast durchwegs affirmativ und kategorisch: S ist P. Der Neuerwerb solcher abstracter Urtheile, d. i. die Uebernahme eines fremden eben vernommenen Urtheilspruches geschieht hier, wie die tagtägliche Beobachtung lehrte, ohne alle kritische Prüfung, ohne eigenes Calcül. Sie wurden vermöge der Gedächtnissleistungen festgehalten und konnten auch richtig reproducirt werden, doch imponirten sie stets als etwas Aufgepflöpfetes. Die Fähigkeit zu einer selbstthätigen „raschen und sicheren Einordnung neuer und überraschender Erfahrungen an endgültiger Stelle, das ist in die entsprechenden Erfahrungskategorien“, welche Hocke als Maass des Urtheilsvermögens reifer Erwachsener aufstellt, erreicht hier nicht den nöthigen Schwellenwerth und gestattet dadurch einen Rückschluss auf die bestehende Unreife.

Bei der zweiten Gruppe war die Uebernahme neuer Urtheile nicht eine bedingungslose (Fall B. und W.). Diese beiden letzteren schwankten anfänglich, dachten darüber nach, nahmen sie aber schliesslich auf gutes Vertrauen hin an. Während A., St. und J. fremde Urtheile ohne eigentliche Assimilation in den vorhandenen Bewusstseinsinhalt übernahmen, war bei W. und B. ein Assimilationsvorgang vorbanden; er blieb jedoch mehr rudimentär, keineswegs zum erforderlichen Maasse heranreichend.

Im selbstthätigen Bilden neuer noch nicht geläufiger Urtheile aus neuen Situationen heraus — also Urtheilsfällung als Ergebniss einer Schlussbildung — zeigten sich unsere Fälle theils rasch fertig, kindlich-

unreif und unüberlegt, theils unsicher, schwankend, ängstlich und skrupelhaft.

Denselben Zug des Unreifen und Unvollendeten besitzen die von den Untersuchten gelieferten Definitionen und Beschreibungen.

Eine vollständige und geordnete Aufzählung der wesentlichen Merkmale irgend eines gut geläufigen (*concreten*) Begriffes — wie solches in einer Definition gefordert wird — gelang nur ausnahmsweise, am besten noch bei B. So bracht es nur dieser letztere allein zusammen, den Begriff *Hausthier* in seine charakteristischen Eigenschaften zu zerlegen.

Von Definitionsfehlern kehrten bei allen typisch die folgenden wieder: Die Definitionen waren zu weit bemessen, sie umfassten vielfach blosse Aufzählungen von Beispielen (z. B. J. die Haustiere sind Thiere wie z. B. Katze, Pferd, etc. oder waren leere Tautologien.

z. B. Sonne: „Ist das, was am Himmel scheint“ (St.).

„Ist das, was nur bei Tag scheint“ (A.).

„Was auf uns untergeht und leuchtet“ (J.).

„Ein Himmelskörper, wie es so viele giebt (W.).

„Was am Himmel ist, Licht und Wärme giebt, im Sommer vielmehr als im Winter“ (B.).

Würfel: „Was eckig ist und gleiche Seiten hat (A.).

„Etwas zum Spielen“ (J.).

„Ein weisser Gegenstand mit gleichen Seiten“ (W.).

„So ein Ding, das lauter gleiche Flächen hat, die man Quadrate nennt“ (W.).

Die Schilderungen und Beschreibungen, die die Betreffenden über einen Gegenstand, bezw. ein Vorkommniss schriftlich abzugeben hatten, waren durchweg mittelmässige „Schüleraufsätze“.

Alle fünf Untersuchungspersonen ohne Ausnahme vermochten nicht die wesentlichen Eigenschaften von den zufälligen zu trennen. Die Fähigkeit des Abstrahirens, des Absehens von nebensorächlichen, inconstanten, zufällig beobachteten Merkmalen fehlt ihnen.

Z. B. Beschreibung des Pferdes: „. . . es geht durch, wenn man es nicht fest am Zügel hält“ (A.).

Beschreibung eines Kronenstückes: „. reiche Leute habe Kronen ist schwer zu verdienen die glänzenden Kronen habe ich lieber als die alten man kann sie leicht verlieren . . . (J.).

Beschreibung des Grazer Schlossberges: „. hat viele Bäume man kann überall hinaufgehen er ist sehr hoch oben ist ein hoher Thurm ich war noch niemals droben er ist für grosse Leute es hat der Blitz eingeschlagen (St.).

Was das Schlussbildungsvermögen bei unseren Fällen anbetrifft, liess sich feststellen, dass fast alle Schlussbildungen, welche sozusagen unbewusst aus dem Alltagsleben heraus gebildet wurden, die Tendenz hatten, vom Besonderen zum Besonderen mit Ausschaltung des Allgemeinen zu gehen. Solche Analogieschlüsse sind es auch, aus denen sie ohne Ausnahme ihre „spontanen“ Urtheile zu schöpfen pflegten. Eine Tendenz, vom Besonderen zum Allgemeinen zu gehen (also Inductionsschlüsse) ist nicht besonders entwickelt, weder bei den Vertretern der ersten, noch der zweiten Gruppe. Die Schlussbildungen — bzw. Schlussfolgerungen — die sich dem Gesagten gemäss innerhalb des perceptiv gut greifbaren Besonderen abspielen, sind logisch genommen bei Gruppe I Gewissheitsschlüsse (kategorische Schl.) bei Gruppe II Gewissheits- und Wahrscheinlichkeits-schlüsse.

Die Analogieschlüsse, welche folgern lassen, dass zwei gesonderte ähnliche Dinge mit einem oder mehreren gleichen Merkmalen auch in allen übrigen Punkten gleiche Merkmale besitzen müssen, gehen bei der ersten Gruppe mit dem Begleitgefühl der Gewissheit vor sich: es muss so und nicht anders sein.

Das Begleitgefühl der Wahrscheinlichkeit, dass es so sein kann, aber nicht muss, lässt sich bei der ersten Gruppe de facto nur in untergeordnetem Grade nachweisen.

Beispiele spontaner Schlussfolgerungen.

Fall J. und St.

Es befindet sich an der Männer- und an der Frauenabtheilung der Anstalt am Gange ein Aquarium mit Fischen. Obwohl J. und St. nur das Aquarium der Frauen sahen, schlossen sie dennoch mit Gewissheit, dass das Aquarium der Männer auch Fische und zwar Goldfische haben müsse.

Schluss: Frauen Aquarium hat Goldfische —

Männer haben auch ein Aquarium —

„Männeraquarium hat daher auch Goldfische“.

b) Fall A. und S.

Wärterin N. war eine grosse, starke Person und war dem Wachzimmer zugewiesen Nach deren Entlassung wird Wärterin M., eine ebenso grosse und starke Person aufgenommen

Schluss: „Wärterin M. muss in's Wachzimmer kommen, weil sie auch ebenso wie Wärterin N. gross und stark ist“. Uebrigens erfolgte hier von A. und J. der Inductionsschluss: „Alle grossen und starken Wärterinnen müssen dem Wachzimmer zugetheilt werden, und von diesem Schlusse abgeleitet: „In's Wachzimmer kommen keine kleinen und zart gebauten Wärterinnen“.

c) Fall St.

Im Krankenzimmer, in dem St. untergebracht war (vier Betten), lagen zufällig vier kleine und schwächliche Personen.

1. Schluss: „Kleine und schwächliche Personen werden eher krank als grosse“ (Inductionsschluss).

2. Schluss: „Die Nachtwächterin ist klein und zart; also muss sie einmal krank werden“.

3. Schluss: „Ich selbst bin klein und zart; also werde ich auch einmal so krank werden“ (Analogieschluss).

d) Fall J.

Die regelmässige Visite an der Frauenabtheilung macht zufällig der an Statur grösste Arzt der Abtheilung. J. hört, dass auch an der Männerabtheilung der die Visite machende Arzt der grösste unter den Aerzten dieser Abtheilung sei.

1. Schluss: „Nur der grösste Arzt darf in der Anstalt Visite machen“.

2. Schluss: Prämisse: „Visite machen kann nur der tüchtigste Arzt“.

„Hierorts machen nur die grössten Aerzte Visite“.

„Die grössten Aerzte der Anstalt sind tüchtiger als die kleinen“, eine Schlussfolgerung, die J. ihrer Zimmernachbarin mittheilt.

Beispiele experimenteller Schlussfolgerungen:

Schluss: Alle Steinkohlen sind verbrennbar. Alle Steinkohlen sind Steine. — —

„Es giebt verbrennbare Steine“ (B. und W.).

„Steinkohlen sind verbrennbare Steine“ (J.).

„Steinkohlen sind Steine und verbrennen“ (A.)

Kein Schluss (St.).

Schluss: Alle Katzen sind Säugetiere. Alle Säugetiere sind Warmblüter. — —

(NB. Es wurde der Ausdruck Warmblüter dahin erklärt, dass es Lebewesen mit warmem Blute seien zum Unterschied von Lebewesen mit kaltem Blute z. B. Fischen.)

„Alle Katzen sind Warmblüter“ (B.).

„Katzen sind Säugetiere und Warmblüter“ (W.).

„Die Katze hat warmes Blut“ (J.).

St. wiederholt den Obersatz.

„Alle Katzen haben warmes Blut“ (A.).

Schluss: Alle Katzen sind Warmblüter. — —

Alle Katzen haben Krallen. — —

„Warmblütige Thiere können Krallen haben“ (B.).

„Einige Thiere mit warmem Blute wie z. B. Katzen haben Krallen (W.).

„Katzen sind warmblütige Thiere mit Krallen“ (J.).

dto. A.

Kein Schluss (St.).

Schluss: Alle Säugetiere sind Warmblüter — —

Alle Vögel sind auch Warmblüter — —

„Vögel und Säugetiere sind Warmblüter“. B. und W.

Desgleichen. J. und A.

Schluss: Einige Wasserthiere sind Säugetiere. — —

Alle Säugetiere sind Warmblüter. — —

„Einige Wasserthiere haben warmes Blut“. (B.)

Ein Gefühl für richtige Schlussbildung ist bei Gruppe I und II gewiss anzutreffen. Absichtlich vorgebrachte Fehlschlüsse wurden als störend empfunden. Sophismen standen sie jedoch rathlos gegenüber; hier zeigten sie evidentes Unvermögen zu streng logischem Denken.

Häufig begnügten sich die Untersuchten mit einer blosen Zusammensetzung beider Prämissen als Schlussfolgerung. Solches kam ungleich häufiger bei Gruppe I vor; hier war das Gefühl für richtige Schlussbildungen allerdings weniger gut ausgeprägt, als bei Gruppe II.

Die Fehlschlüsse, die sie spontan und experimentell begingen, beruhten in erster Linie auf dem mangelhaften Abstractions- und Urtheilsvermögen, weshalb die Mittelbegriffe sich nur selten in der erforderlichen logischen Strenge deckten, ferner in falschen Inductionen durch Ignorieren thatssächlicher concreter Fälle, endlich in der Verwerthung zu oberflächlicher Analogien. —

Einbildungskraft, combinatorische Thätigkeit derselben.

(Phantasie.)

Bei A. und bei J. konnte man dieses Elementarphänomen als lebhaft entwickelten Zug im Binnenleben erkennen. Sie verarbeiteten das ihnen zu Gebote stehende Gedächtnissmaterial oftmalig in eigenartiger,

ganz und gar der Kindesseele eigenen Weise u. s. w., ohne Einsicht und ohne Begleitgefühl, sich vom Boden der Wirklichkeit losgelöst zu haben. Sie liebten es geradezu bei günstigen Gelegenheiten, Wahres und Erfundenes zu combiniren, Vorstellungsguppen zu trennen und frei zu verknüpfen; sie äusserten dann rückhaltslos das daraus entstandene lose Product. Bei besonders bewegenden Anlässen gewannen bei ihnen die Einbildungsvorstellungen fast sinnliche Stärke, auch wenn sie der Thatsache widersprachen.

Demgemäß bestand eine Lieblingsbeschäftigung darin, Märchen, Sagen und Erzählungen aus religiösem Gebiete zu lesen, zu hören und sich einander mitzuteilen, aber auch in Spukgeschichten, in Schilderungen von Krankheiten, Gefahren und Schrecknissen sich einzulassen. Das letztere war ein Lieblingsthema der A., auch der St.

Dieser Zug war bei den beiden Genannten derart ausgeprägt, dass sie das gesunde Urtheil und die Fähigkeit für richtige Aussagen schädigten; er trat bei Aufforderungen, bestimmte Aussagen zu machen (z. B. anamnestische Daten zu geben), besonders deutlich zu Tage, ohne dass bis auf Ausnahmen eine Absicht für bewusste Unwahrheiten hierfür vorlag. (Siehe weiter unten.)

Bei den Untersuchten W. und B. war dieser Zug nach einer anderen Seite hin entwickelt. Nach ihren eigenen Angaben hatten dieselben das Bedürfniss, sich durch die Einbildungskraft „zu erholen“. Sich selbst überlassen, gaben sie sich — besonders gilt dies von der W. — gerne ihren „Gedanken“ hin und fühlten sich gewissermaassen befreit, so oft sie anstatt in die kleinmütigen Gedankenkreise, die sie sonst beherrschten, passiv in „Träumereien“ verfielen. Besonders gerne malten sie sich in solchen Träumereien die Zukunft aus, bauten Luftschlösser und verwendeten hierbei reproductives Material in heuristischer Weise.

Den Gegensatz dazu bildete das Ergriffenwerden von trüben, kleinmühligen Einbildungsvorstellungen, wobei sie sich in Elend, Krankheit und Kümmerniss mit fast sinnlicher Stärke bis in's Detail hineindachten. Bei B. hatten solche trübe phantastische Einbildungssstellungen die absolute Oberhand über alles übrige Denken und Trachten.

Gemüthsleben: Die Anlage der Gefühlsspsyche zeigt bei Allen — bis auf accidentelle Abweichungen — einen durchaus gutartigen Charakter. Dieser gemeinsame Grandzug einer gutartigen und harmlosen Veranlagung mit leichter Lenkbarkeit verdient Betonung. Die eigentliche Ausgestaltung des Gefühllebens wies wesentliche Differenzierungen auf. Das Gefühlssleben der J. lässt sie folgermaassen kurz skizzieren: kindliche Heiterkeit, Sorglosigkeit mit allerlei kindlichen Lust-

gefühlen für Spiel, Scherz und Tändelei, verbunden mit Furchtsamkeit und Schreckhaftigkeit bei geringfügigen Anlässen, kindliche Ethik, kindlicher Altruismus, Lebhaftigkeit im Auftreten adäquater Elementaffecte bei gegebenen Reizen. Im Gegensatz dazu bildet bei B. den Grundzug des Gefühlslebens ein permanenter Verstimmungszustand mit Verzagtheit und Kleinmuth. Hier hat dieser Verstimmungszustand eine ganz bestimmte Form angenommen; der Patient lebt fortwährend in sorgenvollen Befürchtungen bezw. Erwartungen; er wird beständig von einer unbestimmten Sorge vor der Zukunft, von dem weiteren Lebensgange, vor dem künftigen Beruf erfasst; er befürchtet frühzeitigen Tod, einen drohenden Krieg, von dem er sprechen hörte; er sieht seiner kommenden Militärzeit mit Bangen entgegen. Diese Sorge confiscirte ihn nach seiner eigenen Aussage ganz und liess ihn nicht mehr froh werden; er musste stets darüber mit dem ganzen Begleitaffecte der Unlust nachgrübeln.

In der Gemüthsartung kam die A. der J. am nächsten, die W. am nächsten dem B. Am furchtsamsten war A. Ihre Furchtsamkeit erstreckte sich auf Hexen- und Gespensterfurcht, auf Furcht vor Räubern, vor Donner, vor Alpdrücken, vor Armuth, vor Sonnenstich u. s. w.; schon ein schwirrender Nachtfalter oder eine grosse summende Fliege vermochte ihr Furcht einzuflössen; sehr lebhaft war ihre Furcht vor Finsterniss; sie wagte niemals nachts allein den Abort aufzusuchen und schloss sich in der Dunkelheit immer an „Erwachsene“ an; in ähnlichem Sinne bestand Furcht vor ärztlichen Apparaten und Instrumenten.

W. sah ähnlich wie B. die Zukunft in düsteren Farben, sah der Zeit mit Bangen entgegen, in der sie durch das Ableben ihrer Eltern gezwungen sei, für ihre Existenz selbst zu sorgen. Sie äusserte des öfters, dass dieses Moment für sie eine HauptSORGE vorstelle.

In gleicher Weise litten die beiden an Skrupelhaftigkeit; sie grübelten nach, ob sie Aufträge wohl zur Zufriedenheit der Anstalt und ihrer Functionspersonen ausgeführt, sich zur Zufriedenheit derselben benommen hätten; Analoges bestand auch vor der Anstaltaufnahme gegenüber den Eltern und Dienstgebern etc. In's religiöse Gebiet übertragen äusserten sie Skrupel, ob ihre Handlungsweise ständig oder wohl gottgefällig sei. Bei Allen waren die Elementaffecte lebhaft ausgesprochen: Schuldgefühl beim Ertapptwerden bei kleinen Versäumnissen und Uneschicklichkeiten; Verlegenheit, Trauer, Schamgefühl u. s. w. Die Grundzüge ethischer Empfindungen sind durchweg wohl angebildet, wenn ihnen auch noch eine eng begrenzte, vielfach kindliche Auffassung anhaftete. — Ein Beispiel (J.) möge dies illustrieren: „Was thun, wenn die

Charakteranlage, Willensantriebe, Suggestibilität.

Wird unter Charakter die Summe der angeborenen und erworbenen Willensdispositionen, sowie die bleibende Eigenart auf Motive zu reagiren, verstanden (Jerusalem, Jodl), so berechtigt die gepflogene Untersuchung zur Annahme, dass in den herangezogenen Fällen die Charaktergestaltung eine unfertige, noch keineswegs einheitliche, bezw. noch kaum in seinen Grundlinien gezeichnete erscheint. Die Willensantriebe sind vielfach unselbstständig und unkonsequenter; es ermangelt noch der fixen Wechselwirkung zwischen einwirkendem Reiz und Reaction.

Aeusseren Eindrücken sehr zugänglich, sind die Betreffenden in den Entschlüssen wandelbar. Sie zeigen durchwegs einen Mangel an methodischer—bestimmten vorgestreckten Zielen nachstrebender—Initiative und an Elektivität in der Handlungsweise. Sie empfinden diesen Mangel auch und suchen instinctiv Vorbilder und dadurch Richtungslinien für ihr Gebahren.

Gerade dieses Bedürfniss nach Vorbildern, bekanntlich ein wichtiger kindlicher Charakterzug, ist bei allen 5 Fällen stark ausgeprägt.

Während des Aufenthaltes an der Klinik suchten die weiblichen Fälle die Vorbilder in den Functionspersonen der Anstalt, im Wartepersonale, in der Pflegeschwester, auch in mitkranken Frauen zu nehmen. Sie nahmen dieselben zum Muster, eiferten nach, fassten demgemäß Entschlüsse: z. B. sich von nun an ebenfalls der Krankenpflege zu widmen, sich als Krankenschwester einkleiden zu lassen; W. glaubte schliesslich eine „Bestimmung“ hierfür in sich zu fühlen. Vordem hatten sie ihre Vorbilder im jeweiligen Wirkungskreise gefunden, in den Dienstgeberinnen, den Lehrerinnen, Freundinnen, Eltern, überhaupt in „Erwachsenen“, mit denen sie in nähere Beziehung getreten waren, und die ihnen Respect einflossen.

Auch beim männlichen Falle B. war das Bedürfniss, sich Vorbildern anzuschliessen, nach seiner eigenen Aussage ein derart intensives, dass er sich geradezu „verlassen“ fühlte, sobald der Anschluss an ein gewähltes Vorbild aus irgend einem Anlasse unmöglich wurde. Dieses Streben nach Vorbildern war auch als die Ursache für das bei Allen stark betonte religiöse Empfinden und für ihre den Heiligen gezählte Verehrung anzusehen.

In der Nacheiferung der Vorbilder zeigten die meiste Consequenz B. und W., die stets ihre Beschäftigungen (z. B. W. die Krankenpflege) mit allem Ernste ausübten, während A. und J. jene Thätigkeiten mehr als Spiel übten, und weniger als echte pflichtbewusste Bethätigung.

Mutter schwer krank würde? „Da würde ich viel weinen, ich würde viel sparen, um der Mutter eine kräftige Suppe kochen zu können.“

Allen — in mehr oder minderem Grade — eigen war Dankbarkeitsgefühl, Anhänglichkeit an freundliche und wohlthätige Menschen, Ehrfurcht und Mitleid, bezw. Mitfreude. Egocentrische bezw. antiethische Züge liess eigentlich nur die A. erkennen, nämlich Schadenfreude, Eifersucht, neidische Missgunst.

Hinsichtlich der Intensität und Dauer der Affectäußerungen kann ausgesagt werden, dass dieselben bei der A. und der J. in der Regel niemals tief sassen, im Gegentheil mehr flüchtig waren; die Affecte konnten ab und zu bei genügender Reizstärke auch leicht überwethig werden, bis zur Schwärmerei, Begeisterung, ausgelassenen Lustigkeit, hellen Angst und Trauer mit allen körperlichen Begleiterscheinungen.

Was das sexuelle Gefühlsleben anbetrifft, fehlten bei der J. und St. sämmtliche sexuellen Regungen und Empfindungen. Es fehlte ihnen desgleichen die aus dem Geschlechtsbewusstsein heraus sich entwickelnde sexuelle Schamhaftigkeit. Sie benahmen sich wie Kinder, entkleideten sich z. B. bei der Lichtbilddaufnahme und bei der somatischen Untersuchung ohne Zeichen eines Schamgefühles; sie fanden hierbei weder Unangenehmes, noch Peinliches und suchten sogar der Procedur eine lustige scherzvolle Seite abzugewinnen. Conform dem Mangel jeglicher Geschlechtserregungen waren sie über den natürlichen Zweck der Geschlechtstrennung beim Menschen nicht orientirt.

Bei den Uebrigen waren sexuelle Regungen vorhanden. Die sich daran knüpfenden Vorstellungen waren unklar, wenig differenziert geblieben. Sie wussten zwar den Zweck der Geschlechtstrennung, hatten darüber doch nur phantastische Ideen. Das Moment der Ungeklärtheit auf diesem Gebiete mitsamt der Selbstwahrnehmung dieses Umstandes war u. A. Gegenstand für Nachgrübeln mit einer Summe von Unlustgefühlen.

Gerade die Zusammenfassung aller dieser Erscheinungen des Gefühlslebens bei den Untersuchten und ihre psychologischen Eigenart bot einen Hauptanlass zu einem kritischen Vergleiche dieser Phänomene mit dem Gefühlsleben der reiferen Kindheit (7.—12. Jahr). Dieser Vergleich liess erkennen, dass ein Theil der Fälle qualitativ und quantitativ ganz auf der Stufe reiferer Kinder stand mit allen Zeichen und Eigenthümlichkeiten dieser Altersstufe, und dass auch den Uebrigen noch wesentliche Züge des Affectlebens der bezeichneten Entwickelungsphase anhafteten.

Im Besonderen ist die Furchtsamkeit und Schreckhaftigkeit sowie das Rudimentäre des sexuellen Gefühlsleben beachtenswerth.

Das Fühlen und Erkennen der eigenen Unselbstständigkeit und Unreife war bei B. und W. ein intensiver bewusstes als bei den übrigen. Diese Selbstwahrnehmung war ihnen ein Anlass, sich willig und mit dem Gefühle dankbarer Anhänglichkeit leiten und bevormunden zu lassen.

Während es bei den letztgenannten ein mehr bewusster Nacheiferungsdrang war, konnte es bei A. und St. richtiger als ein in erhöhter Suggestibilität fassender Nachahmungstrieb aufgefasst werden.

Allen eigen war es, dass sie concise Aufträge ohne eigene Kritik hinnahmen und ausführten.

W. und B. besaßen nach den Untersuchungsergebnissen gewiss schon die Grundzüge einer distincten Individualität; bei diesen war auch bereits viel Detailarbeit geschehen. J. und A. liessen im Gegensatze hierzu nicht einmal noch in groben Umrissen die Grundlinien einer schärfer gekennzeichneten Persönlichkeit erkennen. Die Unfertigkeit des „Charakters“ bei den erstgenannten, sowie der Mangel eines „Charakters“ bei den letzteren — welcher Umstand eine innige Beziehung mit den Gefühlschwankungen und dem Urtheilsvermögen aufwies — äusserte sich auch in ganz eigenartigen Vorsätzen, Plänen, Zukunftsträumen, denen viel Mystisches, Unüberdachtes, beziehungsweise viel Einfalt und Naivität anhaftete. Während dieses bei B. und W. mehr im Innersten der Seele (sit senia verbo) lebte, wurde solches von A., St. und J. rückhaltslos geäussert.

Sprech- und Schreibweise: Die Sprechweise bot nichts Wesentliches. Alle liebten ein einfaches Satzgefüge, verfügten über einen mittelmässigen Wortvorrath und gebrauchten relativ wenig Abstracta. Vorliebe hatten sie für gebundene Sprache und für klingende Reime. Bemerkenswerth ist übrigens, dass J. und A. beim Sprechen — besonders bei einem Examen — öfter nur mit Achselzucken anstatt einer Antwort reagirten. Das Sprechen wurde von J. und A. von einem eigenartigen, Kindern zukommenden „Sprechergewichte“ begleitet.

Die Schreibweise war die von Schülern; die Schrift verrieth Mangel eines charakteristischen Zuges; die Schriftzüge der Einzelnen waren unter einander ähnlich. Analog der Sprechweise bevorzugten sie auch in schriftlichen Aeusserungen einfache Sätze. Sie äusserten Wohlgefallen an regelmässigen, gefälligen Schriftproben. Als J. und A. einmal die Aufgabe erhielten, einen Brief mit eigenen Gedanken zu verfassen, fragten sie beim Ueberreichen des Schriftstückes vorerst: ob der Brief wohl schön geschrieben sei und die Schriftzüge Gefallen erregten.

Schlussfolgerungen.

Beim Ueberblicken und Zusammenfassen der bisher aufgedeckten Phänomene lassen sich bei den fünf Versuchspersonen die zwei bereits früher kurz skizzirten Gruppen aufrecht halten.

Betrachten wir die erste Gruppe näher: Die Vertreter derselben waren sozusagen in der körperlichen und geistigen Evolution von der Anzahl der Lebensjahre weit überholt worden. Sie hatten den Schritt in die Pubertät noch nicht gethan, hatten vor derselben Halt gemacht: sie blieben in qualitativer und quantitativer Hinsicht in der Kindheit stehen, und zwar Fall III in der „zweiten“ Kindheit (8.—10. Lebensjahr), die Fälle I und II in der sogenannten „älteren“ Kindheit i. e. 10. bis 12. Lebensjahr (Sikorsky).

Dieses Verharren auf einem infantilen Entwicklungsgrade bildet das hervorstechendste Kriterium des Gesammtindividuums und verleiht dem Zustande seine Bedeutung. Bei allen behielten die infantilen körperlichen und psychischen Phänomene das absolute Uebergewicht. Bis etwa zum 10. bis 12. Lebensjahre gelten sie als normal entwickelte Kinder und fielen nicht auf. Ihre Psyche hatte sich bis dahin harmonisch, mit Einhaltung der physiologischen Gesetzmässigkeit entwickelt; von da ab oder längstens im „Zwischenalter“, d. i. in der Zeit von der älteren Kindheit bis zu den Anfängen der Evolutionsperiode machte die Entwicklung Halt, es blieb die Umprägung der kindlichen Kennzeichen in diejenigen der „Jugend“ vollständig aus. Es darf hier angefügt werden, dass die kindlichen Seelenwerthe im Grossen und Ganzen ihr physiologisches Maass erreicht hatten.

Bei der anderen Gruppe war der Schritt in die Pubertät bereits gethan. Die Umformungen während derselben vollzogen sich jedoch angsam; der Werdegang der ganzen Evolution blieb ein verzögerter; die Loslösung von der Kindheit ging bruchstückweise und ungleichartig von statten. Die Umformungseffecte behielten mehrfach ihr kindliches Gepräge, blieben dürftig, miniaturartig. Die Umformung selbst vollzog sich hierbei mehr nach Art als nach Masse, mehr qualitativ als quantitativ.

Bis vor wenigen Jahren waren sie unauffällig geblieben und liessen ihre „Unreife“ erst erkennen, als sie von einer eng begrenzten familiären Wirksamkeit weg zu engerem Contact mit der Aussenwelt gezwungen wurden. Erst in den letzten Jahren wurde ihre Unzulänglichkeit vorzugsweise dadurch offenbar, dass sie sich von den Gleichaltrigen zu trennen und sich ausser Stande zu fühlen begannen, allen ihrem „Alter“ gemäss an sie herantretenden Anforderungen gerecht zu werden. Sie verblieben psychisch in den ersten Stadien der „Jugend“, fast noch im

Zwischenaller zwischen Kindheit und Jugend, etwa dem 14. oder 15. Lebensjahre.

Bis zu den Vorboten der Jugend hatten auch die Vertreter dieser Gruppe sich durchaus normal und harmonisch im Rahmen physiologischer Breite entwickelt.

Es lassen sich nachstehende zwei Folgerungen formuliren:

I. Bei der ersten Kategorie herrscht eine vollständige Kinderpsyche in der Gesammtanlage und in den Detailäusserungen mit spärlicher Ausbildung der normal physiologisch in der Pubertätszeit sich einstellenden psychischen Umformungs-affecte: „psychischer Infantilismus“ im eigentlichen Sinne des Wortes. Die hierher gehörigen Individuen sind reife Kinder und gänzlich unreife Erwachsene.

II. Bei der zweiten Kategorie sind die Grundzüge einer qualitativ normalen seelischen Constitution vorhanden, doch mit erheblichen, zum Theil charakteristischen Werthen der Kindesseele verquickt. Die psychischen Phänomene selbst sind — quantitativ genommen — kleindimensional: es besteht eine „Miniaturspsyche“. Die betreffenden Individuen sind halb Erwachsene und halb Kinder.

Differentialdiagnostische Abgrenzungen.

Das Verharren auf einer infantilen psychischen Entwicklungsstufe mit allen naturgemässen Consequenzen qualificirt bei unbefangener Betrachtung den betroffenen Träger — insbesondere innerhalb der ersten Gruppe — als ein minderwerthiges, oder — richtiger gesagt — als ein nicht vollwerthiges Individuum in Bezug auf das seinem Altersgrade nach erforderliche Durchschnittsmaass geistiger Energie und Leistungsfähigkeit.

Auf den ersten Anhieb könnte man solche Infantile als Imbecille begutachten.

Schüle betonte, dass das Charakteristische für sämmtliche Formen des angeborenen Schwachsinnen in der Thatsache eines Stillstandes der psychischen Entwicklung vor Erreichung der psychischen Vollkraft gelegen sei. Diese pathologische Hemmung könne in verschiedenen Stadien erfolgen, woraus sich die Unterabtheilungen des Schwachsinnen ableiten liessen. Er schreibt:

„Die Kranken mit mittlerem und leichtem Schwachsinne vermögen oft in relativ kurzer Zeit den Höhepunkt der Entwicklung, welche im Ganzen sich auf der Stufe bis 12jähriger Normalmenschen bewegt, erreichen; im gewissen Sinne altern diese Kranken nicht — — — ein-

zelne Züge mögen sich ändern, sexuelle Regungen sich einschieben — — — im Grossen und Ganzen bleibt der Kranke sich gleich“.

Höche spricht sich ebenfalls bei der Besprechung der Imbecillen dahin aus, „dass bei einer nicht geringen Zahl aus der Gruppe der Schwachsinnfälle leichten Grades, die in der relativ geschützten Lebensperiode der ersten 15—20 Jahre nicht aufgefallen sind, die geistige Minderwertigkeit erst beim Hinaustreten in das selbstständige Leben sich enthüllt“.

Die klinische Kritik des Infantilismus als Gesammtzustand, sowie die Analyse seiner Details gestatten jedoch eine strenge differential-diagnostische Abgrenzung von der eigentlichen Imbecillität, dem congenitalen Schwachsinn.

In erster Linie bringt die Anamnese Aufschlüsse, vor Allem das Studium der ersten Kindheitsperiode, etwa bis zum 7. Lebensjahre. Die imbecillen Kinder werden bereits in diesem Stadium der Umgebung auffällig durch einen abnormal gearteten geistigen und körperlichen Entwicklungsgang. Abgesehen davon, dass ein überstandenes Geburtstrauma, eklamptische Anfälle, Schädelverbildung u. s. w. für die ersten Kinderjahre Rückschlüsse gestatten, ist das Erlernen des Geh- und Sprechvermögens und die oft sehr verspätete Reinlichkeitsangewöhnung von Bedeutung. Es lässt sich ferner nicht unschwer feststellen, dass die äussere Aufmerksamkeit, das Suchen nach Eindrücken, das Wiedererkennen, die Affectbegleitungen und die Verarbeitung der gewonnenen Eindrücke in den ersten Lebensjahren sich verzögert und lückenhaft gestaltete. Späterhin, zumal während der Schuljahre, treten die angeborenen Defecte noch krasser zu Tage: „Die Wohlthaten der Erziehung kommen nicht zur Geltung“; solche Kinder erweisen sich als unerziehbar, uncorrigirbar; es werden bei ihnen entweder abnorme, bizarre Energien wach, die sich zum Theile in einem impulsiven Triebleben, zum Theil in krankhaften Gemüthsausdrücken manifestiren, oder sie bleiben torpide, träge, anergetische Wesen.

Die Anamnese bei den Infantilen vermeldet wesentlich Anderes. Die Entwicklung in der ersten Kindheit wird als normal, unauffällig geschildert. Die Infantilen selbst werden als wohlerziehbare Kinder beschrieben, mit gutem, zum mindest genügendem Schulerfolge. — Von einer geistigen Beschränktheit mit oder ohne moralische Defecte wird nichts berichtet und wird im Gegentheile die intellectuelle Regsamkeit, die Gutartigkeit und Anhänglichkeit an die Familie, sowie die Lernbegierde und Arbeitslust hervorgehoben.

Zur Ermöglichung einer genauen differential-diagnostischen Ueberprüfung der psychischen Elementarfunktionen wurden den beiden markanten Infantilen J. und A. drei gleichaltrige, weibliche Pfleglinge gegen-

übergestellt, die an einem typischen uncomplicirten angeborenen Schwachsinn mittleren Grades litten.

Die bei den letzteren ebenso wie bei den Infantilen methodisch durchgeföhrte Associationsprüfung ergab in Uebereinstimmung mit den einschlägigen Literaturberichten, dass auch hier associative Individualvorstellungen mit räumlicher und zeitlicher Fixirung bestanden; die sich an die einzelnen Reizworte anknüpfenden Vorstellungen waren hier — im Gegensatte zu den Infantilen — vielfach unklar und verschwommen, entsprechend den unscharfen Erinnerungsbildern, auf welche die Individualvorstellungen bezogen wurden.

Ein bestimmter, nicht geringer Procentsatz der Associationen bestand in sinnlosen, inhaltlich gar nicht zusammengehöriegen Reactionen (dissociative Reaction), zum Theil wurde an ganz heterogene, in der Regel intercurrente Eindrücke angeknüpft. Manchmal erfolgte diese Reaction in Form einer Reimanknüpfung: z. B. „Mann“ — „ich kann“; „Wurzel“ — „Purzelbaum“; „Semmel“ — „Schemmel“. Nicht so selten wurde das Reizwort einfach wiederholt (Echolalie). Bemerkenswerth ist auch, dass verschiedene Reizworte nacheinander dieselbe Reaction hervorriefen (Perseveration), und dass umgekehrt die Wiederholung ein und desselben Reizwortes in Pausen die verschiedensten, und ungleichartigsten Associationen nach sich zog, wobei Echolalie und dissociative Reimreaction promiscue erschien. Diese Erscheinung von Perseveration und von Echolalie als Associationsform — die bereits von von Ziehen als häufiges Symptom des Schwachsinnes gekennzeichnet wird — ist den Infantilen durchaus fremd.

Ein ganz wichtiger Unterschied liegt demnach in der Art der Auswahl der associativen Vorstellungen, indem die gewisse, die Auswahl bestimmende Gesetzmässigkeit, die bei den Infantilen wohl zu Recht besteht, bei den Imbecillen vermisst wird. Es fehlt diesen das den Infantilen zukommende in einem gewissen Grade fixe Verhältniss zwischen Reiz und Reaction.

Das bei Imbecillen in auffallender Häufigkeit constatirbare „Verkennen“ als Ausdruck eines mangelhaften Vorstellungs- und Identificirungsvermögen, die sogenannten „identificirenden Erinnerungstäuschungen“ (Ziehen) blieben bei den Infantilen aus.

Die reactive Anregung der Aufmerksamkeit erfolgt bei den Imbecillen nicht so prompt, wie bei den Infantilen. Die Einstellung und Concentration erfolgt eher verzögert, mehr mechanisch, weniger bewusst; letzteres gilt in erster Linie von den anergetischen Schwachsinnigen. Der jedesmal bei den Infantilen anzutreffende Begleitaffekt der Erwartung ist bei jenen abgeblasst, rudimentär oder ganz fehlend. Die gesetzte

Reaction überdauert auch bei den Imbecillen den Reiz nur kurz, vielleicht hier kürzer als dort.

Im raschen Abklingen der Aufmerksamkeit und in der leichten Ablenkbarkeit durch anderweitige Eindrücke herrschen bei diesen und jenen ziemlich analoge Verhältnisse.

Während jeder neu in's Bewusstsein aufgenommene Eindruck dort rasch, ausgiebig und sinnentsprechend aufgefasst, d. i. dem vorhandenen Bewusstseinsinhalte assimiliert wird, ist die Auffassung und innere Verarbeitung hier eine mehr dürftige, erschwerete vielfach ungenaue und entstellte.

Die bekannten Symptome der Imbecillität: „Beschränktheit“ im Auffassungsvermögen und in der Verarbeitung äusserer Wahrnehmungen, sowie Unsicherheit in der Einordnung neuer Eindrücke in die Erfahrungsreihe können bei den Infantilen nicht nachgewiesen werden.

Im Aufbringen innerer, selbstthätiger Aufmerksamkeitsleistungen sind die Infantilen den Imbecillen weit voraus.

Der bei ersteren herrschende Drang zur Beschäftigung und zur Selbstausbildung, das Anlegen von Sammlungen u. dergl. erlaubt den Schluss auf den Bestand einer Summe wachgerufener, zweckmässiger — allerdings kindlich gewertheter — Zielvorstellungen, während die Gleichgültigkeit und der Mangel an zielbewusster Initiative mit der Unlust für plangemässie Beschäftigung bei den Letzteren auf eine Dürftigkeit hierin rückschliessen lässt.

Das Phänomen der Bestimmbarkeit der inneren Aufmerksamkeit (Kraepelin) bei den Infantilen — wovon bereits früher die Rede war — darf mit der Erscheinung der Unselbstständigkeit der Aufmerksamkeit der Imbecillen nicht identificirt werden. — Die Bestimmbarkeit der Aufmerksamkeit, wodurch für Erwachsene ansonst untergeordnete und belanglose Eindrücke auf die Richtung psychischer Vorgänge „bestimmend“ werden können, besteht bei den Infantilen nur für diejenigen Dinge, die ausserhalb des Rahmens ihrer kindlich gewertheten Interessensphäre liegen. Somit stellt dies eigentlich nur eine naurgemässie folgerichtige Erscheinung vor, die allerdings dem vollreifen Menschen nicht zukommt und zukommen darf, auf den ersten Anhieb jedoch als Schwachsinnssymptom gedeutet werden könnte.

Bei den Imbecillen ist die Unselbstständigkeit der Aufmerksamkeit eine viel durchgreifendere und ist ein von jenem ausgesprochen kindlichen Phänomene wohl zu trennendes Symptom eines abnormen psychischen Mechanismus.

Hinsichtlich der Gedächtnissleistungen wiesen die Infantilen qualitativ einige gemeinsame Züge mit den Imbecillen auf; so ist ein be-

ständiger Anschluss der reproductiven Daten an Individualvorstellungen beiden gemeinsam. Allerdings ist dieser Anschluss bei den Infantilen um vieles schärfer und sicherer ausgeprägt, wie überhaupt im Ganzen die den Gedächtnissleistungen zu Grunde liegenden Erinnerungsbilder hier ungleich besser erhalten sind, entsprechend der seinerzeitigen präziseren Apperception. Ferner lassen sich hier wie dort puncto Gedächtnisstreue additive Zugaben, willkürliche Verknüpfungen räumlich und zeitlich getrennter Vorstellungen, also eine Art Erinnerungsfälschungen mit Mangel an Selbstekontrolle über die einzelnen Gedächtnissleistungen constatiren. (Siehe später.) Nur soviel möge hier ausgesagt werden, dass diese Erinnerungsfälschungen bei den Infantilen ungleich „associativer“ sind, als bei den Imbecillen.

Die ganze Reproduktionsleistung bei den angeborenen Schwachsinnigen ist ein Abbild der ursprünglichen schon bei der Aufnahme kundgewordenen Defecte: des erschwerten Auffassungsvermögens, der Aufmerksamkeitsstörung, der geringen Affectbegleitung, des mangelhaften Vorstellungsvermögens. Ansonst pflegt das Aufleben der im Gedächtnisse niedergelegten Erinnerungsbilder mit einer gewissen sinnlichen Stärke, mit einem Wiederauftauchen von Eindrücken zufälliger Nebenumstände einherzugehen.

In Grösse und Umfang des Besitzstandes an Gedächtnissmaterialie — wenigstens an elektivem — sind die Infantilen den Anderen weit überlegen. Das günstige Prüfungsresultat, das die Infantilen diesbezüglich erzielten, ihre Raschheit und einigermaassen auch ihre Sicherheit und Geschlossenheit in der Reproduction kann von den Imbecillen niemals erreicht werden, zumal eines ihrer markantesten Krankheitssymptome generelle Gedächtnisschwäche ist (Kraepelin, Ziehen, Tuček u. A.) Analog der Gedächtnisschwäche für ältere Vorstellungskomplexe ist auch die generelle Insuffizienz der Merkfähigkeit für frische Eindrücke und des Unvermögens, grössere Reiben zu umspannen, als Unterscheidungsmoment heranzuziehen.

Das nachstehende Prüfungsresultat an drei Imbecillen vermag Gesagtes zu illustrieren. — Bei der Prüfung kam die gleiche Methode wie bei den Infantilen zur Anwendung (s. S. 65 und 66).

Bei Reihe a—f und k konnten niemals mehr als 20 pCt. richtige Wiedergaben, i. e. positives Resultat erzielt werden; bei Reihe i höchstens 35 pCt. positives Resultat; bei Reihe c und g höchstens 12 pCt. richtige Wiedergabe; bei Reihe e Verstümmelung bezw. Verkürzung der drei Worte; bei Reihe b, d und h totale Fehlreactionen.

Mehrfach erfolgten willkürliche Zugaben, manchmal nach Klangähnlichkeit, ansonst weder nach associativer Verknüpfung, noch nach

Synonymität. Wiedererkennen blieb durchweg aus. Es wurde nicht einmal die Zahl der eine Reihe zusammensetzenden Einzeltheile berücksichtigt.

Schliesslich kann auch das von den Infantilen beim Auswendiglernen aufgegebener Stücke jedesmal — wenn auch in eigenartiger Weise — erreichte positive Resultat dem durchweg negativen der Schwachsinnigen zu Gunsten der ersteren gegenübergestellt werden. Während die Einen über einen gewissen Mechanismus zum Memoriren verfügen, geht ein solcher den Anderen ganz ab.

Unterscheiden sich nach den früheren Auseinandersetzungen die Infantilen von den Vollsinnigen durch Mehrdeutigkeit der Begriffe, durch Tendenz zur Projection abstracter Begriffe auf concrete, durch kindliche Unfertigkeit und Insuffizienz der Begriffsoperationen, so unterscheiden sich die Imbecillen von den ersteren durch absolute Begriffsarmuth, durch primitive Entwicklung der Begriffe und durch absolute Beschränktheit in den Begriffsoperationen.

Dort besteht ein kindlicher Typus, hier ein Defectzustand in den das geistige Leben aufbauenden Elementen.

Die Summe der zur Verfügung stehenden Begriffe erreicht bei den congenital Schwachsinnigen mittleren und leichteren Grades nicht das nothwendige Maass, mit welchem im gewöhnlichen Lebensgange gerechnet werden muss, z. B. Zahlenbegriffe. Ein Beispiel verdient angeführt zu werden: die herangezogenen drei Imbecillen hatten von der Zahl 1000 nicht den Zahlenbegriff, sondern betrachteten sie als identisch mit dem Begriffe „Geld“.

Die bei den Schwachsinnigen vorhandenen Begriffe sind wenig associativ vertieft. — Heterogene Begriffe werden vielfach zusammen geworfen, verwechselt, durcheinander gebraucht: ein absolut pathologischer Zustand, der eine Armuth an sprachlichen Symbolen und eine Unproductivität an eigenen Ideenverknüpfungen bedingt, wie er in dieser Art den Infantilen durchaus fremd ist.

Die Aufnahme des Status psychicus — der psychischen Gesamtleistungen — lässt hinsichtlich Orientirtheit über Personalien, über Ort, Umgebung, Situation, Zeit, ferner hinsichtlich Auflösen von Rechen- und Combinationsaufgaben, endlich hinsichtlich Unterschiedsbestimmungen, Auswahl geeigneter Mittel, Beschreibungen und einfachen Urtheilsleistungen einen offenkundigen Unterschied zwischen beiden Gattungen erkennen; dort gleichartig, mehr harmonisch, zusammenhängend, productiv, hier entstellt, lückenhaft, wechselvoll, unproductiv.

Es würde zu weit führen, die ganzen Ergebnisse der Zustandsuntersuchungen hier vorzuführen, es sei aber speciell auf die divergenten

Resultate im Lösen von Combinationsaufgaben (Methode nach Masselon, Ebbinghaus, Räthsellösen, Auflösen complicirter Abbildungen) hingewiesen; der Vergleich der beiderseitigen Ergebnisse fällt derart zu Ungunsten der Imbecillen aus, dass schon dieser eine Punkt eine wirksame Trennung ungezwungen gestatten kann.

Auf mehrere andere Trennungsmomente sei noch im Besonderen hingewiesen.

Den Imbecillen geht die Selbstwahrnehmung des eigenen Zustandes: also Defectgefühl und Defectbewusstsein — wie schon Schüle betont — vollständig ab. Diese „physiologisch erklärbare, aber immer wieder überraschende Thatsache“ begegnet man bei allen echten Schwachsinnssformen“ (Schüle).

Die Infantilen hingegen empfinden den Mangel an eigener methodischer Initiative und die eigene Unreife. Sie suchen, wie bekannt, instinktiv nach Vorbildern, um durch Anschluss an sie Richtungslinien für ihr Gebahren zu gewinnen. Gerade dieses mehr oder weniger bewusste Bedürfniss der Infantilen nach Anschluss an Vollsinnige behufs Compensirung eigener Defecte, kennen die Imbecillen nicht. Die Willigkeit und die Dankbarkeit, mit der sich die Infantilen lenken und bevormunden lassen, ist eine natürliche Consequenz der Selbstwahrnehmung ihrer eigenen Schwächen.

Was bei den echten schwachsinnigen Individuen „Angewöhnungen“ sind, sind gewöhnlich auf Basis eines krassen Nachahmungstriebes angenommene Imitationen, ohne Erkenntniss und Bewerthung, ob das Angenommene gut und zweckmässig, daher nachstrebenswerth wäre. Daher kommt es auch, dass bei den Infantilen niemals die Summe „schlechter und schädlicher“ Gewohnheiten vorzufinden sind, wie bei den Imbecillen, weil die richtige Einschätzung und Beurtheilung derselben die Annahme solcher Gepflogenheiten verhindert.

Im Erwerb von Fertigkeiten fürs praktische Leben sind die Infantilen den Anderen weit überlegen, da sie im Gegensatz zu jenen mit Lernbegierde und Anstelligkeit auch eine richtige Erkenntniss der Verwerthbarkeit solchen Erwerbes verbinden.

Kann als ein Ausdruck der Begriffsentwicklung und der freien Verfügung über die Begriffssummen im psychischen Binnenleben die combinatorische Thätigkeit der Einbildungskraft angesehen werden, so ist es gerade die letztere, welche zur Aufstellung eines differential-diagnostischen Momentes gut geeignet erscheint. Von den Psychiatern wird übereinstimmend die Dürftigkeit resp. Verödung der Einbildungskraft bei der einfachen, uncomplicirten Imbecillität als eine ihrer charakteristischen Eigenschaften bezeichnet. Im Gegensatze hierzu ist

die lebhafte und productive kindliche Phantasie der Infantilen mit der Neigung, sich phantastischen Gedankenläufen zu überlassen, heranzuziehen. Beim erethischen Schwachsinnstypus kann ein gewisses Phantasieleben allerdings vorkommen. Die Aeusserungen dieses Phantasielebens sind in der Regel entweder eintönig, bizar entstellt und albern oder übermäßig mystisch, wobei das „Ueberwuchern der Phantasie über die Grenzen verstandesmässiger Ueberlegung“ eine vollständig pathologische Form annimmt.

Wohl das fruchtbarste Trennungsmoment fordert die Unterschiedsprüfung auf affectivem und ethischem Gebiete zu Tage.

Selbst Schwachsinnigen leichteren Grades geht, auch innerhalb einer gehörigen Altersstufe, eine höhere Ethik ab; der Besitzstand an ethischen Vorstellungen ist ein geringerer, entsprechend ihrer niederrangigen psychischen Anlage und Entwicklung. Hierbei muss die Bemerkung vorausgeschickt werden, dass Schwachsinnige mit dem klinischen Symptomencomplexe der Moral insanity vom Vergleiche ausgeschlossen sind.

Bei einer durchschnittlich bei den Imbecillen bestehenden generellen Gefühlsindolenz bleibt der sinnliche Egoismus stets die praktische Prämisse. Mangel an Zugehörigkeits- und Pflichtgefühl den nächsten Angehörigen gegenüber ist eine ihrer hervorstechendsten Eigenarten. Diese Indolenz zeigt sich übrigens deutlich bei den elementaren Empfindungsqualitäten, so Mitgefühl, Schamgefühl, Reue, Gewissensregungen, Unrechtsgefühl, Verlegenheit u. s. w. Bei erethischen Typen dieser Gruppe tritt Lügensucht, Hang zu Ungezogenheiten und boshaften oder grausamen Entäußerungen, gepaart mit hemmungslosen Zornausbrüchen auf. Vielfach wird possenhafte Selbstüberschätzung beobachtet. Wo ethische Vorstellungen und Empfindungen veranlagt sind, erscheinen sie bei den Entäußerungen vielfach krankhaft geartet, absurd und ohne gemüthliche Tiefe.

Eigenart der Imbecillen ist ausserdem Uncorrigirbarkeit, schwierige moralische Erziehbarkeit, Mangel an Kameradschaftsgefühl. Die sexuellen Regungen können oftmals frühzeitig stark entwickelt sein und sich in excessiver Masturbation oder in anderen krankhaften Formen äussern.

Wenn es Norm ist, dass beim normalen Menschen die Ethik erst nach Abschluss einer physiologischen Pubertät zu vollen Reife kommt, ist die Behauptung gewiss richtig, dass die Infantilen ethisch nicht vollwerthig sind. Ihre Ethik ist eine kindlich-unreife, engbegrenzte, bei einer durchaus gutartigen und normalen Veranlagung. Was an elementaren Gefühlsarten den Imbecillen abgeht, besitzen diese in

reichlichem Masse. Eine Parallele lässt sich hierin nur schwer aufstellen. Bei einer für gewöhnlich constatirbaren Flüchtigkeit der Affectäusserungen treten diese bei gegebener Reizstärke leicht in überwertiger Intensität auf, welche, wie bereits mitgetheilt, eine ganze Reihe von Lust- und Unlustgefühlen betreffen kann und bald als helle Begeisterung, Schwärmerie und Lustigkeit, bald als übermässige Trauer und Angst zu Tage tritt. Diese überwertigen Affectentäusserungen, die an und für sich einen physiologischen Rang in der Kinderpsychologie einnehmen, sind von den triebartigen und hemmungslosen Gefühlsausbrüchen der Schwachsinnigen, die überdies niedrige Empfindungsqualitäten in sich begreifen, z. B. Rachlust, wohl zu trennen und als Unterschiedsmoment herauszuheben.

Das beim echten Infantilismus fehlende sexuelle Schamgefühl lässt sich mit der Schamlosigkeit Imbeciller nicht auf die gleiche Stufe stellen. Wenn bei den letztgenannten die Schamlosigkeit als moralischer Defect mit sexueller Sinnlichkeit und sexuellem Bethätigungsdrange sich vorfindet, ist beim Infantilismus das Fehlen des Schamgefühles ein natürliches Ergebnis des Mangels sexueller Empfindungen und des darin bedingten Geschlechtsbewusstseins.

Beim Vergleiche von allgemeinen praktischen Standpunkten aus ergiebt sich wohl auch die Nothwendigkeit der principiellen Trennung der Imbecillität mit der ganzen ihr eigenen Interferenzwirkung zwischen defecten intellectuellen und affectiven Potenzen vom Infantilismus.

Die Angaben betheiliger Personen über das sociale Leben der herangezogenen Fälle, sowie ihre ärztliche Untersuchung und Evidenzhaltung bieten genügend Anhaltspunkte und Beweise dafür. Die antisozialen Willensimpulse und Handlungsweisen, welche die Imbecillen oftmals nach Collision mit der öffentlichen Ordnung via Sicherheits- oder Strafbehörden in die psychiatrischen Krankenanstalten wandern lassen, bleiben den Infantilen fast durchwegs fremd.

Ausser von dem congenitalen Schwachsinn ist der Infantilismus noch von einer anderen, klinisch gut greifbaren psychischen Erkrankungsform abzugrenzen. Das Manifestwerden eines die Diagnose Infantilismus bestimmenden Symptomcomplexes in den Jahren der Pubertätsentwicklung oder kurz: das Einsetzen des Infantilismus in dieser Periode macht seine Abgrenzung auch von der Hebephrenie als Pubertätsform der Dementia praecox, wenigstens von deren Initialsymptomatik nothwendig. Die diesbezüglichen differentialdiagnostischen Erwägungen mögen nur im Groben skizzirt werden:

Von einiger Bedeutung ist es, das eine Hebephrenie durch einen hypochondrischen Verstimmungszustand eingeleitet werden, und dass dieser eine Zeitlang die einzige symptomatische Zustandsform derselben vorstellen kann: d. i. ein Gefühl von Verzagtheit, körperlicher und geistiger Unzulänglichkeit, Veränderungen der Selbstempfindung, eine Art „innerer Abschliessung von der Aussenwelt“, sowie allerlei Phobien bei noch leidlich erhaltenem intellectuellen Besitzstande. Allerdings tritt dann auch bei dieser Form hebephrenen Initialstadiums über kurz oder lang eine progressive Verödung des Gemüths- und des Geisteslebens hinzu mit immer stärkerem Hervortreten der charakteristischen Symptomatik dieser Gehirnerkrankung.

Von den Unterscheidungsmomenten seien nur einige Cardinalmomente, die sämtlich gegen Infantilismus und für Hebephrenie sprechen, nominell hervorgehoben: die schweren Defekte in der Aufmerksamkeit und in der Spontaneität (pathologische Zerstreutheit, Apathie, Indifferenz), die Störungen des Vorstellungsablaufes und der Willensanregungen (Zerfahrenheit, Incohärenz im Denken, Wollen und Handeln), ferner der Abbau der Intelligenz und Empfindungsstörungen. Die bekannte Maniriertheit, Albernheit und Bizartheit in den sprachlichen und motorischen Aeusserungen der Hebephrenischen ist dem Infantilismus absolut unzugehörig.

Specielle Infantilismuspathologie.

Der zusammenfassende Ueberblick über das bisher Gesagte und die Würdigung desselben berechtigt den Vorschlag, den psychischen Infantilismus als wohlcharakterisirbare psychopathologische Einheit anzuerkennen und demselben eine gesonderte Stelle in der Psychiatrie einzuräumen.

Absolut genommen eigentlich keine Psychopathie wird der Infantilismus erst durch die Markirung der Unproportionalität zwischen Altersgrad und Geistesreife nach Artang und Dimensionen zu einer solchen. Als Psychopathie im derartigen Sinne ist der Infantilismus Resultat und Ausdruck einer Entwicklungshemmung in der psychischen Evolution und somit den Biopathien zuzurechnen.

Wie bereits früher erörtert, lassen sich zwei Unterabtheilungen — Typen — unterscheiden; die echte klassische Form und die der „Minaturpsyche“. Beide — durch gemeinsame Genese und gemeinsame Kennzeichen strenge zusammengehörig — bieten vermöge ihres Gesamtmechanismus wieder unter sich differente klinisch-psychologische Eigenheiten, welche in ihrer Weise wohl im Stande sind, klarend in manchen psychiatrischen Fragen einzuwirken.

Es erfordert nun auf diese Phänomene näher einzugehen.

Ich komme zuerst auf die Erinnerungsfälschungen der Infantilen zu sprechen. Diesem Punkte wurde bei den methodischen Untersuchungen streng Rechnung getragen. Gegenstand bildeten ältere Erlebnisse, intensiver betonte Eindrücke aus dem Alltagsleben kurz vor der Hereinbringung (worüber ausführliche objective anamnestische Berichte vorlagen) sowie aus dem Anstaltsleben, ferner Aufträge, Erzählungen endlich zusammengesetzte farbige Bilder.

Die Untersuchungen bestanden in einem Eigenberichte (=spontane Aussage) und in einem Examen (= Verhör). Auf die Ergebnisse des Eigenberichtes wurde das Hauptgewicht gelegt. Beim Examen wurden absichtlich plangemäss Suggestivfragen eingeflochten, besonders dort, wo es sich um bestimmte individuelle Fragen handelte.

Vorausgeschickt muss noch werden, dass bei den Untersuchungen stets auf günstige äusserliche Vorbedingungen geachtet wurde, dass speziell Uebermüdung und körperliche Indisposition nach Thunlichkeit ausgeschaltet war, und dass endlich sowohl Gegenstand als Fragestellung inhaltlich und formell im Bereiche der Auffassungs- und Beantwortungsmöglichkeit lagen. Den Experimenten waren die klassischen Untersuchungsmethoden von Binet und W. Stern zu Grunde liegend.

Die Aussagenfehler, die hierbei aufgedeckt wurden, zeichneten sich durch eine überraschende Gleichartigkeit innerhalb der beiden Gruppen der Untersuchungspersonen aus.

Bei Gruppe I bestanden die in der eigenen Berichterstattung zu Tage getretenen Aussagenfehler in folgenden Punkten:

1. Auslassungen von Einzelheiten, selbst Hauptmomente betreffend;
2. Uebertreibungen i. e. unmotivirter Pointirung gewisser Einzelheiten;
3. Falschen Angaben, die auf einer von vornherein unrichtigen Auffassung von Situation, Vorgängen, Beziehungen von Personen und Gegenständen untereinander, und fehlerhafter Beachtung von Farben. Formen etc. basirten;
4. Erinnerungsfälschungen, die einerseits in willkürlichen ganz frei erfundenen Zugaben, denen kein Substrat zu Grunde lag, andererseits in einer innigen Verquickung von thatsächlichen Wahrnehmungen mit einem früheren unabhängig davon gewonnenen Gedächtnismateriale bestanden. Die Erinnerungsfälschungen wurden als Product positiver zur kritischen Zeit gemachter Wahrnehmungen hingestellt.

Die meisten Fehlerprocente in den Berichtsaussagen wies A. auf (etwa 16 pCt.); etwas geringere J. und St. (10—13 pCt.). Davon fiel die Hälfte auf die Erinnerungsfälschungen.

Beim Examen gestaltete sich in dieser Gruppe das Ergebniss punkto Aussagetreue im Allgemeinen entschieden ungünstiger; hier stieg unter der Einflussnahme der Suggestiv- und Pressionsfragen der Procentsatz der Aussagenfehler aufs doppelte (J. und St.) bis dreifache (A.) verglichen mit denjenigen des Eigenberichtes. Hier kam auf die Erinnerungsfälschungen mehr als die Hälfte, fast drei Fünftel. In Zahlen ausgedrückt betrug demnach der Procentsatz der Erinnerungsfälschungen beim Eigenberichte im Verhältnisse zu allen überhaupt gemachten Aussagen, — richtigen und unrichtigen — im Durchschnitte etwa 7 pCt., beim Examen etwa 20 pCt.

Die angeführten Suggestiv- bzw. Pressionsfragen (Binet) hielten etwa die Hälfte der beim Examen notirten Anzahl von Fragen überhaupt. Die in einem bestimmten, überredenden oder irreführenden Tone gehaltenen Fragen wurden, zumal wenn man den Untersuchungspersonen wenig Zeit zum Besinnen liess (Binet) fast stets im Sinne des Fragestellers beantwortet, auch dann, wenn sie fertige, absichtlich verfälschte Behauptungen in sich einschlossen.

Besonders interessant gestaltete sich das Experiment, als die Untersuchungspersonen gemeinsam vorgenommen wurden, hinsichtlich der Inducirbarkeit falscher Aussagen, speziell der Inducirbarkeit von Erinnerungsfälschungen.

Fast sämmtliche von einer im Sinne des Experimentes instruirten Pflegerin in irreführender Absicht vorgebrachten Erinnerungsfälschungen wurden von den beim Verhöre anwesenden infantilen Verhörs Personen kritiklos übernommen und in vollem Umfange wiedergegeben. In geringerem Umfange — wenn auch deutlich — war die gegenseitige Inducirbarkeit ausgeprägt.

Am stärksten inducierbar für die Erinnerungsfälschungen erwies sich hierbei die A.

Zum Zustandekommen der eigenen Erinnerungsfälschungen wurden passende frühere Eindrücke herangezogen, mit den kritischen associativ verknüpft (Analogiefälle), der ganzen in Frage stehenden Sachlage assimilirend angepasst, um schliesslich als fertiges einheitliches Product jüngeren Datums geäussert zu werden. Gerade dieses Heranziehen und Anpassen älteren Gedächtnismaterials an das jüngere bildet einen Grundzug in der infantilen Psyche.

Diese Assimilation vollzieht sich anfänglich öfter unter instinctivem Zögern; es wird aber, sobald hierdurch ein halbwegs glaubbares logisch

gefügtes Product erzielt wird, dieses als richtig angenommen und vorgebracht, „indem es so sein müsse“. Selbstcorrecturen erfolgen manchesmal. Je weiter die Wahrnehmungen für das ältere Erinnerungsmaterial zurückliegen, je verblasster sie sind, desto differenter sind nach Inhalt, nach Ort und nach Zeit die die Erinnerungsfälschungen constituirenden Elemente.

Bei der Prüfung der Merkfähigkeit für komplexe optische Wahrnehmungen wurde neben den anderen Methoden auch die des Niederzeichnens (Groos) in Anwendung gebracht. Abgesehen von einer unrichtigen Wiedergabe geometrischer Figuren, Linien und Winkeln wurde das Ensemble vielfach ungetreu, zum Theile mit dem Originale widersprechend reproduciert. So z. B. wurde beim Entwerfen des Grundrisses des Krankenzimmers trotz vorangegangener Durchmusterung desselben ein unrichtiges Elaborat geliefert mit frei erfundenen Einzeichnungen (z. B. mit Gegenständen anderer Zimmer). Auch beim Niederzeichnen einer vorher wohl eingeprägten Abbildung — eine ländliche Stube vorstellend — wurde ein inhaltlich damit stark abweichendes Bild zusammengestellt, welches den Untersuchungspersonen selbst beim Vergleichen mit dem Original Ueberraschung bereitete. Es waren weniger die Auslassungen, als vielmehr positive eigenmächtige Zugaben, welche die Unstreu in der Wiedergabe ausmachten.

Die Beurtheilung aller geschilderten Reproduktionsfehler lehrt, dass dieselben im Einklange mit den erhobenen Fundamentalerscheinungen eines infantilen psychischen Mechanismus stehen und als practische Folge die früheren theoretischen Erwägungen bestätigten.

Diese Fehler hatten bei Gruppe I. zur Grundlage:

1. Störungen des Beachtungsvermögens, insbesondere mangelhafte Fähigkeit einer raschen und concisen Auffassung complexer Wahrnehmungen.
2. Unvollständiges Abstractionsvermögen.
3. Tendenz zur Ueberschätzung von Grössenmaassen.
4. Insuffizienz der Gedächtnissenergie und Gedächtnisstreue.
5. Unselbstständigkeit und Unfertigkeit im Urtheilsvermögen, Neigung zu kategorischen Analogieschlüssen mit Unvermögen im richtigen Ermessen der Tragweite einer Behauptung.
6. Regsamkeit der combinirenden Einbildungskraft und Ueberwuchern derselben über das erlaubte Maass.
7. Erhöhte Suggestibilität (Inducirbarkeit).
8. Disposition für angstvolle Affectausbrüche mit erleichtertem Ueberwerthigwerden von Begleitaffekten.

9. Neigung für ein eigenartiges, am zweckmässigsten mit dem Ausdrucke „Spielen“ charakterisirbares Vorgehen.

Bei der Gruppe II. gestaltet sich die Berichterstattung (= spontane Aussage) inhaltlich wesentlich gegenstandsvoller, kritischer. Die Darstellung kommt der Wirklichkeit um Vieles näher; das in Betracht kommende Gedächtnissmaterial wird sorgfältiger behandelt. Die Hauptmomente gewinnen gegenüber den Nebenumständen. Auslassungen von Einzelheiten sind seltener und betreffen mehr Nebenmomente. Falsche Aussagen — bedingt durch ursprünglich fehlerhafte Auffassungen und durch Veränderung ursprünglich richtiger Auffassungen im Laufe der Zeit — kommen noch in einer bemerkenswerthen Häufigkeit vor, echte Erinnerungsfälschungen hingegen nur ausnahmsweise. Hier wurden verhältnismässig oft unbestimmte Antworten oder Zugeständnisse des Nichtwissens erhalten, was auf Selbstcontrolle und Selbstcorrectur schliessen lässt.

Die Antwort: „Das weiss ich nicht mehr“, wurde hier ungleich häufiger erhalten als bei Gruppe I., woselbst sie in der Regel als Zeichen beginnender Ermüdung oder Ablenkung zu gelten hatte.

Bei Gruppe II. überragt das Wissen die Aussagetreue (Stern). Die Störungen der Aussagetreue beruhen hier vorzugsweise auf einer Einflussnahme subjectiver und suggestiver Momente auf die gesammte Auffassung sowohl im Momente der Wahrnehmung, als während des Zeitraumes zwischen Wahrnehmung und Aussage.

Im Examen nähern sie sich stark der Gruppe I. Sie verlieren an Sicherheit der Aussage, werden in der Aussage durch Pression oder Ueberredung bestimmbar. Trotz erhaltener Beantwortungsmöglichkeit lassen sie sich leicht einschüchtern, in die Enge treiben, überraschen und sind dann im Stande, die im Eigenberichte nach Wissen und Aussagetreue richtig gemachten Angaben in einer vom Examinator bestimmbar Weise zu corrigiren, d. i. abzuändern oder zu widerrufen.

Auch diese Gruppe erweist sich als inducirbar und zeigt im gegebenen Moment das Bestreben, die inducirten Vorstellung komplexe zu assimiliren und nach Verdrängung ihres ursprünglichen richtigen Erinnerungsinhaltes associativ zu kräftigen.

In dieser Form ist somit auch bei Gruppe II. des psychischen Infantilismus die Möglichkeit für das Auftreten von Erinnerungsfälschungen gegeben, allerdings in einer evident pathologischen Häufigkeit nur beim Examen (= Verhör), und zumal bei einem in obiger Weise inscenirten.

Die in Erinnerungsfälschungen fassenden Störungen der Aussage bilden einen wichtigen Zweig ihrer Pathologie und deren Forschung.

Sommer hat alle möglichen Bedingungen einer pathologischen

Aussage zusammengestellt. Er unterscheidet bei volljährigen (erwachsenen) psychopathischen Persönlichkeiten nachstehende Formen:

1. den paranoischen Typus;
2. den hallucinatorischen Typus;
3. den pseudologischen Typus der schwachsinnigen mit moralischen Defecten;
4. den psychogen-autosuggestiven und
5. den paramnestischen Typus.

Bei psychisch normalen Individuen:

6. die rein kriminelle Form,
7. die Form normal-psychologischer Selbsttäuschungen, die graduell in's pathologische Gebiet übergehen.

Der paramnestische Typus reicht nach den Ausführungen Sommer's noch weit in scheinbar normal-psychologisches Gebiet hinein. Es handelt sich hierbei besonders um Fehlerinnerungen, die das wirkliche Nichtwissen verdecken. Auf pathologischem Gebiete betrifft dies hauptsächlich amnestische Zustände, wobei die Lücken über die Zeit der Bewusstseinstrübung mit associativen Erinnerungsfälschungen ausgefüllt werden. Die dem Infantilismus eigenen Fehlerinnerungen besitzen eine andere Genese und psychologische Dignität, weshalb hier die eine falsche Aussage bewirkenden Erinnerungsfälschungen dem Sommer'schen paramnestischen Typ — trotz äusserer Aehnlichkeit — eigentlich nicht zuzurechnen sind. Vielmehr möchte ich diese Form paramnestischer Aussagefälschung als „infantilen Typus“ dem Sommer'schen paramnestischen Typus angliedern.

Es ist volle Berechtigung vorhanden, die Aussagen der Infantilen schon vermöge ihrer Qualität als Kinderaussagen einzuschätzen, abgesehen davon, dass die allgemeine Fehlerkonstante in der Aussage-treue eine für die Altersklasse des vollendeten 2. Lebensdecenniums viel zu hohe — um es gleich zu sagen — eine de facto dem reifen Kindes-alter zukommende ist (Stern).

In zweiter Linie — nächst dem Phänomen der Erinnerungstäuschungen — ist der den Infantilen vom Typ der Miniaturpsyche gemeinsame Verstimmungszustand zu besprechen. Schon die erstmalige, allgemein gehaltene psychiatrische Zustandsuntersuchung liess das Vorhandensein eines eigenartigen Verstimmungszustandes erkennen, noch mehr aber das specielle Studium von Stimmungslage und Gemüthsleben.

Ich wiederhole hier kurz: Allgemeiner Eindruck von Verzagtheit und Kleinmuth; stilles gedrücktes Wesen; Grübelsucht; Aengstlichkeit mit weinerlichen Affectausbrüchen; Besorgnisse und Befürchtungen für die Zukunft, für den Beruf, für die Existenz; Krankheitsfurcht, Furcht

vor Arbeitsunfähigkeit, vor Seuchen, Krieg, Operationen, Feuersbrünste, Erdbeben, Verbrechen, Besorgnisse wegen der bevorstehenden Militärzeit, wegen frühen Todes der Eltern etc.

Dieser Zustand sorgenvoller Erwartungen und Befürchtungen geht mit einer Selbstwahrnehmung der eigenen Unfertigkeit und Haltlosigkeit einher.

Dieser kleinmütige Verstimmungszustand und Mangel an Selbstvertrauen hat sich als nothwendige, sozusagen physiologische Folge aus der ganzen Individualität dieser Menschen heraus entwickelt: das fruchtbare Moment hierfür ist in dem eminent erschweren, bezw. nur theilweise ermöglichten Vermögen der Loslösung von den kindlichen Werthen in der gegebenen Altersstufe gelegen.

Ich möchte diesen eigenartigen, an sich wohl umgrenzbaren Depressionszustand psychisch „kleiner“ Persönlichkeiten mit seinen Anfängen in den späteren Pubertätsjahren kurz als den „infantilen Verstimmungszustand“ bezeichnen. Er stellt uns eine Grenzform zwischen physiologischer Breite und psychopathischem Gebiete vor, welche bei geeigneten Vorbedingungen leicht graduell ins letztere übergehen kann, in eine echte depressive oder Angstpsychose.

Im Allgemeinen können als Unterscheidungsmomente zwischen infantiler Verstimmung und echter depressiver Psychose herangezogen werden: Fehlen einer pathologischen Gedankenhemmung mit erschwertem Ideenablaufe, Fehlen von Selbsttötungsdrang und Nahrungsverweigerung, von Kleinheitswahnvorstellungen und Selbstanklagen, ferner die Abhängigkeit des Verstimmungsgrades von äusseren Verhältnissen in dem Sinne, dass durch geeignete Fürsorge und Zuspruch eine Besserung, durch conträre Umstände eine Wendung zum Schlechteren bedingt wird.

In der Literatur stösst man des Oefteren auf Beschreibung eines derartigen Verstimmungszustandes. Schon älteren Psychiatern war bei jugendlichen Individuen — „Adolescentes“ — ein weinerliches Grundtemperament mit Neigung zu Hypochondrie aufgefallen (Griesinger, Schüle, Emminghaus). Sie bezogen diese Erscheinungen insgesamt auf Störungen der Reifeentwicklung. Emminghaus weist bereits auf die Gefahren der Reifeentwicklung für hereditär belastete und infantil gebliebene Menschen hin und nennt hierbei als Gefolgschaft des Infantilismus psychische Hyperalgie, Depression, Neigung zu allerlei ängstlichtrauriger Verstimmung, ohne dass wirksame Gelegenheitsursachen vorherzugehen, brauchen. Moreau betont das Auftreten eines Zwangs- und Skrupellebens bei Menschen mit verzögerter Körperentwicklung in einem Alter, in welchem der Mensch bereits geklärt sein sollte.

In anschaulicher Weise beschreibt Kraepelin Verstimmungsphasen bei psychopathisch veranlagten Menschen, die er zum Theil als „constitutionell Verstimmte“, zum Theil als „Haltlose“ führt. „Die Kranken sind ängstlich, verzagt, ohne Selbstvertrauen, schwer von Entschluss, schrecken vor jeder Verantwortung zurück, geben sich mit Vorliebe unfruchtbaren hypochondrischen Grübeleien hin — Sie besitzen oft ein äusserst peinliches Gefühl der Behinderung durch die eigene Unzulänglichkeit und haben eine besondere Empfänglichkeit für die Sorgen und Mühsale des Lebens. Ihr Mangel an Ausdauer und Thatkraft tritt oft erst dann hervor, wenn sie aus dem Schutze der häuslichen Verhältnisse heraustreten; sie sind dem Einflusse des Beispiels und der Ueberredung im höchsten Grade unterworfen. — Es fehlt ihnen das Vertrauen in die eigene Kraft; jede Aufgabe steht vor ihnen wie ein Berg.“

Nach dieser Darstellung deckt sich „constitutionelle“ und „infantile“ Verstimmung in so viel Cardinalpunkten, dass sich von selbst die Frage ergiebt, ob nicht dem „constitutionellen“ depressiven Zustande — sofern dieser erst in den Entwicklungsjahren merklich hervortritt — ein psychischer Infantilismus der II. Kategorie zu Grunde liegen könnte.

Es ist in der Natur der Sache gelegen, dass sich der Infantilismus, zumal bei seinem Hervortreten in den kritischen Jahren, mit funktionellen Neurosen mannigfacher Art vergesellschaften, bzw. schon von vornherein mit einer neuropathischen Diathese complicirt sein kann. Es bedarf sodann nur wirksamer Agents provocateurs, um latente Symptomkomplexe binnen kurzem — fast acut — in die volle Erscheinung gelangen zu lassen.

Es ist aber auch der ganzen Wesenheit einer infantil gebliebenen Psyche eigen, dass auf ihrem Boden echte Psychosen in wohlumgrenzbaren Zustandsformen entstehen können in dem Sinne: dass der Infantilismus als solcher die Ursache und die Psychose die gegebene symptomatologisch darstellbare Folgeerscheinung vorstellt. — Ja es kann füglich ausgesprochen werden, dass der infantile Entwicklungsgrad — körperlich und psychisch sogar hierzu disponirt. Die Auslösung solcher „infantiler“ Psychosen erfolgt entweder indirect mit einer Neurose als vermittelndes Zwischenglied oder direct als Krankheit sui generis.

Die functionellen Neurosen, denen diese Vermittlerrolle zukommt, rangieren sich zu 3 grösseren Gruppen, nämlich zur Gruppe der Neuro-Psychasthenie, der psychogenen Neurosen und der Zwangsnurose.

Nach dem gegenwärtigen Stande der Forschung lässt sich approximativ aussagen, dass die psychogene Neurose die „Hausneurose“ des echten psychischen Infantilismus (= I. Kategorie) darstellt, wogegen die neuro-psychasthenische und die Zwangsneurose mehr die zweite Kategorie befällt, — zumal die beiden letztgenannten Neurosengruppen aus der ganzen Eigenart der Pathologie dieser Infantilismuskategorie leicht erklärlich sind.

Betreffs der Zwangszustände steht fest, dass schon einfache Gemüthsverstimmungen häufig die Wurzeln für Zwangsbefürchtungen abgeben; im Zusammenhange damit entstehen dann leicht Angstgefühle, Willensschwäche, Unselbstständigkeit und Befangensein, also insgesamt Erscheinungen, die der infantilen Psyche zuzumessen sind.

Es wäre unrichtig, die Befürchtungen der Infantilen und deren Ausdrucksform schon als echte Zwangszustände zu qualificiren, insolange Zwangsimpulse — und Handlungen fehlen. Allerdings können diese letzterwähnten das ursprüngliche Krankheitsbild erweitern, sogar überdecken und hiermit die echte Zwangsneurose, bezw. — Psychose fertig stellen.

Von den somatischen Anzeichen der Neurosen sei cursorisch hervorgehoben: rasche Ermüdbarkeit, Muskelzittern, Steigerung der Sehnenreflexe, Tachykardie, neuralgiforme Schmerzen, Dyspepsie, vasomotorische Phänomene, Schweißausbrüche, Atembeschwerden, Druckempfindlichkeit der Nervenpunkte, zonenförmige Hyperaesthesiae, Anaesthesiae, concentr. Einschränkung des Gesichtsfeldes, Aphonie, Meteorismus (Tympanites), Atonien der glatten Muskulatur u. s. w.

Mannigfach sind die Gelegenheitsursachen für die in Rede stehenden Infantilismus-Complicationen. In erster Linie sind es Schreck, starke und anhaltende Gemüthserschütterungen, Kummer, Todesfälle in der nächsten Umgebung, Unglücksschläge, überhaupt schwer assimilirbare chokartig einwirkende Eindrücke, die die betreffenden Individuen wie vor eine unfassbare Thatsache oder eine unlösbare Aufgabe stellen; endlich ist es auch körperlicher und moralischer Zwang: wie z. B. Freiheitsberaubung, Ehepflichten, öffentliche Pflichten, Beraubung der gewohnten Stützen, endlich Krankheiten, Operation, selbst Dysmenorrhoe u. a. m.

Eine 23jährige, körperlich infantil gebliebene Frau, die bisher stets nervengesund war, auch niemals an einer Neurose litt, wurde einige Tage nach ihrer Hochzeit plötzlich während der Nacht von einem raptusartigen ängstlichen Ausnahmzustande mit Selbstanklage-delir befallen und musste von den Angehörigen in eine geschlossene Anstalt überführt werden. Nach zwei Tagen trat Aufhellung des Sensoriums mit Uebergang in einen typischen infantilen Verstimmungs-

zustand ein, der noch monatelang anhielt und schliesslich ausheilte. Kurz nach der Wiederkehr ins Haus des Gatten neuerlicher — wenn auch wesentlich geringerer — Anfall, darauf hin Refus eines weiteren ehelichen Zusammenlebens und Rückkehr ins Elternhaus. Die Frau ist seitdem gesund geblieben. Hysterische Stigmata fehlten.

Bislang können nachstehende Formen infantiler Psychosen — theils mit, theils ohne Neurosencomplication — aufgestellt werden:

1. Transitorische Geistesstörungen: pathologische Affectzustände, raptusartige angstvolle Ausnahmzustände.
2. Protrahirte Dämmerzustände.
3. Acute hallucinatorische und ängstliche Verworrenheit.
4. Subacute und chronische paranoide Zustandsformen.
5. Melancholische und hypochondrische Krankheitsbilder bei geordnetem psychischen Hintergrunde (Angstpsychosen).

Im Laufe der Zeit mehrten sich die Beobachtungen über infantile Psychosen, seitdem das Augenmerk diesem Gegenstande zugewendet wurde. — Eine ziemliche Reihe von Krankengeschichten liegt zur Hand, die sich für das gesammte Infantilismusstadium instructiv und fruchtbringend erweisen und die Casuistik nützlichst auszugestalten vermögen.

Die infantilen Psychosen lassen — im allgemeinen gesprochen — ihren infantilen Hintergrund in der Regel unverkennbar durchscheinen; — Sie sind vielfach Miniaturausgaben von psychischen Erkrankungsformen nach Grösse, Art und Dauer der Symptomatik. —

Von den zur Verfügung stehenden Selbstbeobachtungen mögen die nachstehenden kurz mitgetheilt werden.

I. Fräulein Bertha B., 24 Jahre vollendet, Beamtenstochter; auf die Klinik aufgenommen im Januar 1905.

Das Fräulein stammt aus einer nervösen Familie, ist besonders mütterlicherseits belastet. Sie war ein stets schwächliches, aber aufgewecktes Kind, entwickelte sich körperlich langsam, blieb hinter den Altersgenossinnen zurück. Gute Schulerfolge. War immer ordnungsliebend, nett, liebevoll gegen die Eltern, hing besonders an der Mutter mit grosser Zärtlichkeit. Sie wurde von den Eltern verhätschelt, sorgsam behütet, und nach der Aussage der Eltern bis in die letzten Jahre gleich einem Kinde behandelt. — Sie beschäftigte sich am liebsten mit Mädchenspielen und häuslichen Arbeiten, zeigte nie Interesse für die „Welt“, wurde auch vor der „Welt“ behütet. Sie war stets sehr fromm, liebte religiöse Lectüre. Bis in's dritte Lebensdecennium hinein konnte sie bei kleinlichen Anlässen noch wie ein Kind weinen — zumal wenn sie gescholten wurde — aber auch ausgelassene Freude zeigen. Die ersten Menses traten im 18. Lebensjahre auf, sistirten dann durch volle zwei Jahre. Menses gegen-

wärtig schwach, doch regulär. Patientin blieb völlig unselbstständig, wurde von ihrer Mutter deshalb auch stets „gardirt“. Ausserdem war sie in hohem Maasse schreckbar und furchtsam.

Sie blieb bis zum vorigen Jahre körperlich und geistig gesund, von blühendem Aussehen. Auch von Nervosität wird nichts berichtet.

Im Vorjahr (= 1904) bekam Patientin einen Heirathsantrag seitens eines Jugendbekannten. Seit dieser Zeit ist sie verändert, „aus ihrer Ruhe herausgebracht“. — Sie wurde angstvoll erregt, kopfhängerisch, befragte alle Personen ihrer Umgebung — darunter auch die Köchin — um Rath. Sie lehnte schliesslich unter dem Einfluss der Eltern den Antrag ab und wurde darnach aufgeregter, schlaflos, ass wenig und unregelmässig, machte sich Vorwürfe, den Bewerber beleidigt zu haben. Nach einer erfolglosen Aussprache mit dem Bewerber wurde sie geistig ganz verändert; lebte nunmehr wie im „Traum“ dahin, wurde tagsüber öfter starr ($1/4$ Stunde lang), ohne auf etwas zu reagiren, glaubte mehrremals den Bewerber vor sich zu haben, sprach ihn per „Du“ an; dabei wurde sie gegen die Mutter ablehnend, flüchtete sich öfter vor ihr, verriegelte hinter ihr die Thüre, machte derselben Vorwürfe. Vollführte seltsame Handlungen, verbrannte z. B. ihre Visitenkarten mit der Motivirung, sie wolle sich dem lieben Gott widmen, verbrannte auch ein Bild, ein nacktes Kind darstellend, bezeichnete ihre zu Besuch gekommene Tante als fremde Zigeunerin, lief vor ihr davon.

Körperlicher Befund: Körperlänge gestreckt 152 cm, Körpergewicht 48 kg; infantiler Habitus; macht den Eindruck eines 14—15jährigen Mädchens; sehr graciler Knochenbau; anämisch; Carotiden zart, dünn; Stimme und Mimik kindlich; Zahnwechsel vollendet; rechts Hemialgie; Plexus solaris druckempfindlich. Areolamma; Puls klein; Sehnenreflexe vorhanden; Plantarreflexe ohne motorischen Effect. Pupillen reagirend, sehr weit. Thymus fraglich. Pubes gering. Inneres Genitale nicht untersucht. Würgereflex sehr schwach.

Psychischer Befund: Sensorium traumhaft getrübt. Halbbewusstes Auffassen der Umgebung. Die Kranke benimmt sich unruhig, affectabil, weint, lacht, betet durcheinander; verkennt offenkundig ihre Situation und die Personen der Umgebung. Die Mimik hat einen gespannten Ausdruck, die Augenbrauen sind hochgezogen. Die gestellten Fragen werden zum kleinen Theil sinngemäss beantwortet, zum grösseren Theil in einem verwunderten Tone wiederholt. — Gegen die körperliche Untersuchung inscenirt sie einen lebhaften Widerstand „es sei dies Sünde“, bekreuzigt sich dabei; hält Stuhl und Urin zurück „es sei Sünde auf den Leibstuhl zu gehen, sie dürfte nicht Gottes Gnade verscherzen“. Bei der Visite kniet sie sich nieder, bittet wie ein Kind, man möge sie zum lieben Herrgott gehen lassen. — Die Kranke ist örtlich und zeitlich desorientirt.

Nach 8 Tagen beginnt Patientin ein Benehmen wie ein 6—7jähriges Kind zur Schau zu tragen; giebt selbst an, sie sei wieder ganz Kind geworden. Möchte in die Schule gehen; verspricht ein folgsames Kind zu sein, bittet um Spielzeug; spricht immer von „Mitti“, ahmt kindliche Sprechweise nach; beim

Bitten Zusammenschlagen der Hände, wie es Kinder zu thun pflegen; betet Kindergebete; bittet den „Himmelpapa“ um Verzeihung.

Dieser Zustand geht nach einer Woche in einen submanischen Erregungszustand mit läppisch heiterer Verstimmung über; die Kranke beginnt viel zu lachen, sich ausgelassen muthwillig zu benehmen; dabei nach wie vor Benehmen nach Kinderart, Bitten durch Zusammenschlagen der Hände; bittet den „Himmelpapa“ um Spielsachen; sei gestern schlimm gewesen, wolle heute wieder ein braves folgsames Kind sein.

Drei Wochen nach der Aufnahme wird Patientin allmälig lucid, beginnt sich zu orientiren, ihrer Situation bewusst zu werden: hat über den bisher durchgemachten Zustand nur ein traumhaftes Erinnerungsvermögen. Bittet um ihre Entlassung in's Elternhaus: verfällt dann in einen Verstimmungszustand ganz nach dem beschriebenen infantilen Gepräge.

Nach etwa 8 Wochen — nachdem Patientin wieder in häusliche Pflege zurückgekehrt war — noch Fortdauern dieses Verstimmungszustandes mit hysterischem Einschlag bei andauernd lucidem Sensorium.

Zusammenfassung: Paradigma eines echten körperlichen und psychischen Infantilismus. Unvermögen der Assimilirung eines neuen fremden Ideencomplexes, nämlich Heirath. Dadurch Auslösung einer complicirenden hysterischen Psychoneurose unter dem Bilde eines Dämmerzustandes mit unverkennbarem Durchschimmern des infantilen Entwicklungsgrades. Episodäres Zurückversetzen in eine frühere Lebensepoche und episodärer submanischer kindischer Erregungszustand bei Fortdauer der traumhaften Bewusstseinstrübung. — Staffelförmiges Lucidwerden; Eintreten eines hysterisch gefärbten infantilen Verstimmungszustandes — Dauer des Dämmerzustandes im Ganzen 6 Wochen.

Diagnose: Completer infantiler Entwicklungsgrad. Psychogener Dämmerzustand.

II. Frau Ida B., 29 Jahre alt, Musikerfrau aus Wien; aufgenommen im Juni 1904 auf Verfügung der Sicherheitsbehörde.

Patientin stammt von einem schwer „nervösen“ Vater ab; entwickelte sich als Kind normal, lernte gut. — Seit dem 18. Jahre menstruirt; Menses stets mit nervösen Begleiterscheinungen. Mit dem 24. Jahre Eheschliessung; hat zweimal geboren. Normale Geburten und Wochenbetten; konnte wegen einsetzender nervöser Störungen nicht selbst stillen. Ist eine übertrieben ängstliche Mutter. Leidet seit der Verehelichung an Zwangszuständen. Im Vorjahr fing ihr älteres Kind zu hinken an; als das Kind einer Hüftgelenkoperation unterzogen werden sollte, wurde Patientin derart „alterirt“, dass sie zwei Monat krank und bettlägerig wurde: sie wurde von einer übergrossen Angstlichkeit erfasst, weinte viel, gab das Kind nicht von ihrer Seite, ass wenig, schlief trotz Schlafmittel nicht. — Die Operation musste unterlassen werden. — Im Februar 1904 erlitt Patientin wegen Erkrankung ihres zweiten jüngeren Kindes neuerliche Gemüthserschütterungen, machte anhaltenden

Kummer und Sorge durch, wurde dadurch hochgradig angstvoll, rathlos, unruhig, freudlos. Behufs Wechsel der Lebensverhältnisse begab sie sich im Juni mit dem älteren Kinde in die Umgebung von Graz; hier wurde sie binnen wenigen Tagen derartig aufgeregt und von düsteren, angstvollen Zukunftsbildern heimgesucht, dass sie sich sammt ihrem Kinde in einem raptusartigen Angstparoxysmus in den Murfluss stürzte, eine Strecke fortgeschwemmt wurde und mit grosser Mühe gerettet werden konnte. Mittels Rettungswagen auf die Klinik gebracht, bot sie folgenden Status psychicus dar:

Pathologisch depressiver Affectzustand mit agitirten Angstausbrüchen. — Sonst geordneter psychischer Hintergrund mit inacter Orientirtheit. Geringe Gedankenhemmung. — Die Kranke macht folgende amnestische Angaben:

Sei stets ein leicht verzagtes, verschüchtertes Mädchen gewesen. Seit der Verheirathung lebe sie bei gutem Eheleben in ewigen Besorgnissen und Befürchtungen. Speciell sei dies seit den Entbindungen. Jedesmal nur wenige Tage Lactation. Die letzte Entbindung vor 2 Jahren. — Seitdem sie Kinder habe, sei sie sehr nervös, schreckhaft, leide an rascher Ermüdbarkeit, an neuralgischen Schmerzen und Muskelzittern. Sehe seither die Zukunft in den schwärzesten Farben. Grossen Kummer bereite ihr die Hüftgelenkerkrankung ihres älteren Kindes; sie lebe in steter Sorge, dass ihr Kind ein Krüppel verbleibe. Die sorgenvollen Gedanken kehren ihr zwangsmässig wieder und seien jedesmal mit grosser Angst verbunden. Dieser Zustand habe sich constant verschlechtert; durch die zwangsmässigen Angstvorstellungen sei sie ganz verzweifelt geworden, wusste sich keinen Rath mehr, was mit dem Kinde zu beginnen sei. Nach Steiermark verschickt, wurde sie täglich schlechter, da sie nun ganz auf sich selbst angewiesen war und der gewohnten Stütze seitens des Gatten entbehren musste. Die Sorge um ihr Kind quälte sie fast zu Tode, so dass sie in einem Angstanfalle mitsammt dem Kinde zu sterben beschloss und sich in den Fluss warf. — Die Kranke vermag die Einzelheiten während des Suicidversuches anzugeben: sie habe einen Zwang in sich verspürt, sich und das Kind aus dem Leben zu schaffen. Sich selbst überlassen ist sie grübelsüchtig, weint viel, äussert stereotype Befürchtungen, concentrirt Klagen und Sorgen auf die Krankheit ihres Kindes und ihre Internirung.

In den psychisch freieren Phasen kommt ein evidenter infantiler Entwicklungsgrad zum Vorschein.

Sie verfügt trotz ihrer 30 Jahre über ein unreifes Urtheil; hat naive Anschauungen über naheliegende Lebensprobleme und einen Hang für Mystisches, ist übertrieben furchtsam, in hohem Maasse bestimbar und suggestibel, „ganz in Händen“ ihrer nächsten Umgebung. Der allen Infantilen eigene Zug, die Gleichaltrigen als gereifte Erwachsene der eigenen Person gegenüber zu stellen und sich ihnen gegenüber als Unerwachsene zu fühlen, ist auch wieder zu finden.

Körperlich macht Patientin einen viel jugendlicheren Eindruck als den Jahren entsprechend. Körpergewicht 45 kg bei 153 cm Körperlänge. Das Gesicht speciell mädchenhaft. Die secundären Geschlechtscharaktere normal entwickelt. Vasomotorische Phänomene. Pupillenreaction, Sehnenreflexe und Hautsensibilität intact.

Im Krankheitsverlaufe bleibt Patientin depressiv ängstlich verstimmt, klaghaft, rathlos; kann sich nicht aufraffen, bringt stets ein und dieselben Klagen vor. Jammert, bittet und fleht oft wie ein geängstigtes Kind. Je nachdem die Kranke unter dem Einflusse der Anstaltsfunctionäre oder ihrer Angehörigen steht, ist sie bald corrigirend, bald correcturlos. Sie sucht ihr „Un Glück“ und ihre Internirung mit dem früheren Leben in Zusammenhang zu bringen, versucht Erklärungen aufzubringen und eine Beweisführung für die Nothwendigkeit ihres Vorgehens zu liefern. In den Erklärungsversuchen und im Heranziehen von Argumenten kommt ihr unfertiges, ungemein bestimmbares, „kleines“ Urtheil so recht zum Ausdrucke.

Im August verübt die Kranke bei unveränderten Krankheitsscheinungen während eines Raptus neuerlich einen ernstlichen Selbstdötzungsversuch im Anstaltsgarten. Die Kranke wird darauf in eine geschlossene Heil- und Pflegeanstalt abgegeben.

Zusammenfassung (mit Diagnose) und Epikrise: Infantiler psychischer Entwicklungsgrad vom Typ der Miniaturpsyche. Partieller körperlicher Infantilismus. — Seit der Verehelichung Zwangszustände (Zwangsgedanken und Befürchtungen). Durch permanente affectiv-traumatische Einflüsse wird eine Depression mit zwangsaartigen Angstvorstellungen unterhalten; erschwertes Assimilationsvermögen peinlicher Eindrücke. Ueberwertigwerden von Angstaffectionen, raptusartige Suicidtriebe. — Erklärungsversuche. Zusammenfassung: Pathologischwerden einer durch vorhandene exogene Motive bedingten Depression zum klinischen Bilde eines ängstlich-depressiven Irreseins, einer Angstmelancholie.

Der Charakter der Psychose weicht vom Bilde der klassischen Melancholie wesentlich ab, — reicht vielmehr nicht heran — abgesehen davon, das hier äusserliche an und für sich nicht pathogene Momente die direct auslösende Ursache abgaben, in dem Sinne, dass die Psychose ohne diese Ursache höchstwahrscheinlich ausgeblieben wäre.

Der anfängliche verschleierte Hintergrund tritt im Krankheitsdecurse schärfer und plastischer hervor, und lässt den Thatbestand eines Infantilismus aus nachstehenden Momenten unschwer diagnostizieren: Einförmigkeit der Symptomatik, hohe Inducirbarkeit, Ueberwuchern der Einbildungskraft, unreifes Urtheil, naive Erklärungsversuche, Schreckhaftigkeit und Furchtsamkeit, Mangel an geschlossener Erfahrung, enger Ideenkreis, kindlicher Charakter, Bedürfniss nach „Stützen“. Mangel an consequentem Handeln.

Eine Imbecillität ist anamnestisch und klinisch nicht nachweisbar.

Zufolge der Abhängigkeit der Krankheitsäusserungen von zufälligen Vorkommnissen gestaltet sich der Verlauf zu einem atypischen, schleppenden und wechselvollen, in Remissionen und Exacerbationen einhergehenden. — In Coincidenz hiermit eine vom Typus abweichende

Gewichtskurve. — Conträr zu dieser infantilen Psychose bleibt der Verlauf der echten Melancholie von äusserlichen Momenten in der Regel unbeeinflussbar.

III. Valentin M., 22 Jahre alt, aus Steiermark, mit Bauernarbeit beschäftigt. Aufgenommen Ende 1905.

Die Anamnese besagt, dass der hereditär nicht schwerer belastete Kranke in frühester Jugend und im Jünglingsalter körperlich und geistig gesund war, trotzdem in der Gesamtentwicklung hinter den Altersgenossen zurückblieb. Wegen dieser „körperlichen Zurückgebliebenheit“ ist er militärfrei. In seiner Gemeinde gilt er als gutmütiger, harmloser, fleissiger, verschüchterter, dem Hause anhänglicher Junge.

Vor einem halben Jahre erste sexuelle Bethätigung. Seit dieser Cohabitation ist der Kranke „nervenleidend“, trotzdem er keine Geschlechtskrankheit acquirirte. Er wurde hypochondrisch verstimmt, begann über alle möglichen Beschwerden zu klagen, so z. B. Herzbeklemmungen, Rückenschmerzen, rasche Ermüdbarkeit, Schlafmangel, Kopfdruckgefühle, Appetitlosigkeit, „Gänsehaut“; er wurde dann schwermüthig, von Reue und Gewissensbissen über seinen Fehlritt gequält, fühlte sich unwürdig zum Kirchenbesuche und zur Gemeinschaft der Menschen, glaubte sich von Gott verlassen, machte wiederholte Beichtgänge, ohne die angestrebte Gewissensberuhigung zu erreichen.

Bei der Aufnahme ist Patient pathologisch gedrückter Stimmung, doch ruhig; spricht spontan nichts, isst wenig, ist den Vorgängen in der Umgebung gegenüber indifferent. Beim Examen blickt er anfänglich stets furchtsam herum, spricht erst, wenn er mit dem Arzte allein ist. Er erweist sich als geordnet und orientirt, zeigt gutes Auffassungsvermögen, gutes Gedächtniss und giebt folgende Selbstdarstellung seiner Lebens- und Leidensgeschichte: Er sei stets ein furchtsamer Mensch gewesen; im Elternhause sei es am lustigsten hergegangen; dort habe er gerne Kameradschaft gepflogen; seine Kameraden seien schon alle „erwachsen“ und ihm fremd geworden. Grosse Freunde habe er stets am Singen und Spielen gehabt. Stets sei er ein zweifelsüchtiger Mensch gewesen. Mit grosser Vorliebe pflege er seit Jahren den Kirchenbesuch. Seit etwa 3 Jahren sei er „nachdenkerisch“ geworden; es wurde nämlich sein Heimathshaus verkauft und er musste sich als Knecht verdingen. Mit dem Heimathshausverkaufe sei seine glückliche Zeit zu Ende gegangen. — Als Knecht habe er sich jährlich 30 fl. verdient und sei mit diesem Verdienst zufrieden gewesen.

Die ersten sexuellen Regungen seien mit dem 19. Lebensjahre aufgetreten; er habe zu masturbiren angefangen, nicht zu oft, etwa 6—10 Mal im Jahre. Stets habe er darnach starke Gewissensbisse verspürt, habe deswegen viel geweint und gebetet. Seit ein paar Jahren habe er auch die Bekanntschaft mit seinen Jugendfreunden aufgegeben, weil diese sich zu unanständig geberdeten und sich mit Mädchen abgaben. Im August 1905 habe er sich zum ersten Male mit einem weiblichen Wesen sexuell bethätigt; er sei zu einer Bauerntochter nachts in die Kammer gegangen, allerdings unter Bangen und Zagen, vorerst

sogar aus Angst umgekehrt. Hätte das Mädchen ihn abgewiesen, wäre er ohnehin schnell fortgegangen; er habe nur deshalb den Act ausgeführt, weil das Mädchen ihn zu sich rief.

Patient sucht alle Ausdrücke, die sich auf die sexuelle Bethätigung beziehen, möglichst zu umgehen, beschreibt seine Cohabitation in einfältiger Weise, gebraucht für sie nur die Bezeichnung „Fehlritt“. Seither fühle sich Patient krank und elend; er fühle keine Ruhe mehr, könne niemals wieder froh und lustig werden, „simulire“ stets vor sich hin.

Der Kranke schildert im Laufenden seine bereits anamnestisch niedergelegten körperlichen Beschwerden. Während der Schilderung wird er ängstlich, verzagt, spricht leise und stockend, befürchtet, unpassende Worte auszusprechen. Er habe sich schliesslich allerlei Erklärungen gemacht, warum er so krank und elend werden musste und sei zur Ueberzeugung gekommen, dass Gott ihn gestraft habe, weil er Gottes Gnade verscherzt hätte. Sogar im Schlaf verfolge ihn die Strafe Gottes, da er einmal träumte, der Teufel habe ihn geholt. Dieser Traum sei ein Fingerzeig der Strafe Gottes gewesen, denn „hätte er den Fehlritt nicht begangen, hätte er unmöglich vom Teufel träumen können“. Ein Weib hätte seinen Traum auch in diesem Sinne ausgelegt.

Er selbst sei allein an seiner Krankheit schuld und sei unwürdig geworden, in die Kirche und unter die Gemeinschaft guter Menschen zu gehen. Seine Beichten seien unwürdige gewesen, denn er habe zu wenig Reue gezeigt. Er empfinde wohl grosse Reue über seinen Fehlritt, aber immer noch zu wenig; auch sein früheres Leben (er meint die Masturbation) gereue ihn jetzt sehr; zu einer so grossen Reue, wie es nothwendig sei, könne er sich gar nicht mehr aufraffen. Er müsse Alles mit dem Tode büßen, doch vor dem Sterben habe er grosse Angst. Deshalb habe er sich bereits einmal versehen lassen.

Der intellectuelle Besitzstand ist seinem Bildungsgrade angemessen, entspricht aber nicht dem durchschnittlich erforderlichen Kenntnisschatze seiner Altersperiode. — Rechnen gelingt gut. — Die Schriftzüge sind trotz 6jährigen Schulbesuches unfertig, Orthographie und Ausdrucksweise ist die eines Schülers der untersten Klassen.

Körperlich macht der Kranke den Eindruck eines aufgeschossenen, anämischen, gracil gebauten Knaben von etwa 15, höchstens 16 Jahren. — Er ist gänzlich bartlos, hat unmännliche knabenhafte Gesichtszüge. Thorax desgleichen knabenhafte. Schilddrüse in Ordnung; am Herzen kein Vitium festzustellen. Puls constant über 80. Lebhafte vasomotorische Phänomene: livide, kühle Hände, Dermographie, Erythema fugax. Lunge gesund. Im Harn kein Eiweiss, kein Zucker. Hautsensibilität intact, Haut- und Schleimhautreflexe lebhaft. Genitale nicht verkümmert, für das Alter gehörig entwickelt. Pubes gering. Sehnenreflexe sehr lebhaft.

Decurs: Ab und zu kurze Raptusanfälle, besonders wenn sexuelle Reaktionen oder nächtliche sexuelle Träume auftreten. Jammert dann, sein Körper sei zerrüttet, es gebe keine Hülfe mehr für ihn, er sei von Gott verlassen, er fühle sich zu schwach, seinen Trieben Widerstand zu leisten, werde seinem „Laster“ immer wieder unterlegen. In solchen Momenten ist der Kranke wie

ausser sich, spricht von Suicid, malt sich sein Ende schrecklich aus. Schreibt in solcher Gemüthsverfassung seinen Eltern: „— Kränkt Euch nicht — der liebe Gott wird es machen, wie ich es verdiene — ich bin im Willen so schwach — es hilft alles nichts mehr — ich muss fort von dieser Welt — es wird mir schrecklich gehen — den ganzen Tag hab' ich keine Ruhe — ich muss die Strafe Gottes ertragen“ — etc.

Im Gegensatz hierzu treten öfter temporäre, selbst Tage lang anhaltende Remissionen auf, und zwar beim Zurückgehen quälender Sensationen und durch Verschwinden thatsächlicher somatischer Beschwerden, durch Zuspruch und moralische Unterstützung; sachlichen Unterweisungen und Aufklärungen ist der Kranke viel weniger zugänglich, als dem unmittelbar überzeugenden Zureden.

In den psychisch freieren Phasen macht sich Patient sogar Pläne für die Zukunft, die durch ihre kindliche Fassung bemerkenswerth sind, z. B. „er wolle nach seiner Gesundung fleissig arbeiten, sparen und auf die Eltern acht geben, wenn sie alt werden“.

In dieser angegebenen Weise zieht sich der Krankheitsprozess in unberechenbarem Wechsel der Erscheinungen bei hoher Abhängigkeit von dem jeweiligen subjectiven Status durch $\frac{3}{4}$ Jahre hin.

Zusammenfassung. Epikrise: Infantiler Entwicklungsgrad, psychisch stärker gezeichnet als somatisch. Partieller körperlicher Infantilismus. Anschliessend an die Aenderung der gewohnten Lebensverhältnisse (= Hinaustritt aus dem Elternhause in eine dienstliche Stellung) Einsetzen eines infantilen Verstimmungszustandes. Synchron damit der Durchbruch von Anzeichen eingetretener Pubertät mit sexuellen Regungen. Waren schon die ersten sexuellen Regungen nach eigener Aussage eine Quelle für Gemüthsveränderungen, so führte die masturbatorische sexuelle Bethätigung vermöge seines infantil gebliebenen, skrupelhaft veranlagten, sonst gutartigen Charakters zu einer Reihe von peinlichen inneren Conflicten. Verdichtung des infantilen Verstimmungszustandes zu einer pathologischen — anfänglich rein pathophobisch gefärbten — Depression nach stattgehabter erstmaliger Cohabitation. — Complication dieses Depressionszustandes mit einer höhergradigen vorwiegend sexuell concentrirten Psycho-Neurasthenie. Allmählich progressive Steigerung der Symptome nach Umfang und Tiefe, bedingt durch constante Einwirkung neurasthenisch-subjectiver Beschwerden auf die Gemüthslage, Auftreten von Erklärungsversuchen bei intellectueller Deviation, Ueberwuchern der Einbildungskraft, Entstehen von Insuffizienzvorstellungen, Selbstanklagen, Kleinheitswahnideen mit Consequenzenziehen: Entstehen des vollen Krankheitsbildes der hypochondrischen Melancholie.

Analog der vorher beschriebenen Krankheitsform (Fall Ida B.) ist auch hier ein wechselvoller, ungleichartiger und protrahirter Krankheits-

verlauf im Rahmen einer ziemlich einförmigen und eingeengten Symptomatik zu constatiren. Wie im jenen treten auch im vorliegenden Falle unberechenbare Remissionen und Exacerbationen in die Erscheinung, letztere durch recente neurasthenische, ihrerseits wieder durch sexuelle Regungen unterhaltene Beschwerden hervorgebracht, erstere durch Abblassen der subjectiven Beeinflussungen und durch suggestive Einwirkung erzeugt.

IV. Fräulein Paula H., 28 Jahre alt, aus Graz, häuslich beschäftigt, aufgenommen im März 1905.

Die Mutter der P. laborierte als Mädchen an einem hartnäckigen „Nervenleiden“. Näheres darüber ist nicht bekannt. Sonst keine Heredität. Pat. selbst — eine Frühgeburt mit 8 Monaten, — war als Kind sehr schwächlich und zart, lernte zur rechten Zeit gehen und sprechen, bot normale intellektuelle Entwicklung; sie besuchte durch 8 Jahre die Schule mit gutem Erfolge bei erschwerter Lernfähigkeit. — War ein stets gutmütiges, lenksames, jedoch stilles, verschüchtertes und sehr empfindliches Kind. Sie absolvierte — wegen ihres ausgesprochenen Talentes für Malen und Zeichnen — eine Malerakademie.

Seit dem 24. Lebensjahre häuslich beschäftigt, schloss sie sich von der Aussenwelt ab, fühlte sich in der Häuslichkeit am wohlsten. — Seit einigen Jahren ist sie — was allen Familiengliedern auffiel — still, in sich gekehrt, verstimmt, weint des öfteren ohne jegliche Veranlassung. — Das gegenwärtige Leiden, welches den Anlass zur klinischen Behandlung abgab, datirt seit Anfang Februar 1905 und soll im Anschluss an die Verlobung ihrer Schwester eingesetzt haben. Sie wurde schlaflos, begann von Heirathsplänen zu sprechen, was sie vordem niemals that, glaubt ein gegenüber wohnender Herr wolle sie heirathen, fühlt sich von ihm unglücklich geliebt, behauptet, es stünden einer ehelichen Verbindung verborgene Hindernisse entgegen.

Nachts beschäftigt sie sich in Gedanken mit diesem Herrn derart intensiv, dass sie ihn sprechen und sich bei Namen rufen hört (Hallucinationen).

Bei der Aufnahme legt die P. ein sehr verschüchtertes, zurückhaltendes Benehmen zu Tage, ist traurig verstimmt. — Sie ist andauernd geordnet, mit intakter detaillirter Orientirtheit; — concedirt allgemein neurasthenische Beschwerden mit peinlichen Sensationen, wie sie in der Art vormals nie empfunden habe.

Acustische Sinnestäuschungen werden zugegeben; sie habe bei intensivem Nachgrübeln nachtsüber die Empfindung gehabt, als ob sie von der Ferne gerufen würde; sie habe diese Stimme auf einen unbekannten, gegenüber liegenden Herrn bezogen. Die Stimme sei flüsternd gewesen; anfänglich glaubte sie Rufe zu hören, später hörte sie wirklich. Ausserdem habe sie eine weibliche — scheinbar die eigene Stimme gehört, die ihr Angenehmes sagte, u. A.: „Er wird kommen“ — „hoffe nur“. Sie habe sich diesen Zwiegesprächen gerne hingegeben. — Einmal habe sie während eines solchen Zwiegespräches die Empfindung gehabt, als ob sie auf die Stirne geküsst würde.

P. ist ungemein zurückhaltend; Vorliegendes ist das Ergebnis eines mehr-

ständigen Examens. Wahnideen sind noch schwieriger herauszubekommen. Suggestivfragen wurden hierbei nach Thunlichkeit vermieden, und nur die Spontanangaben verwertet. Pat. vermeint u. A., der „Herr“ sei trotz verschlossener Thüre zu ihr eingedrungen, habe dazu einen geräuschlos funktionirenden Schlüssel verwendet; — vielleicht könne der „Herr“ auch ein geheimnisvolles Telephon dazu benutzt haben.

Bei der Visite fühlt sich P. jedesmal peinlich berührt, weint still vor sich hin. Sie spricht fast garnichts, nur selten gestattet sie durch kurze, mit leiser zögernder Stimme gegebene Antworten einen Einblick in ihre psychische Verfassung: „Sie habe nicht mehr die Macht über ihre Gedanken; es werden ihre Gedanken durcheinandergebracht; sie könne ihren Gedanken nicht ruhig nachhängen.“ — Krankheitseinsicht fehlt; als ihr bedeutet wird, es handle sich um ein Nervenleiden, schüttelt sie den Kopf. — Es komme ihr die ganze Zukunft „eigenthümlich bange“ vor; sie könne sich in ihre Zukunft gar nicht hineindenken. — Das Betragen ist ein andauernd gleichbleibendes, der Situation stets angepasstes. Ihre Initiative ist, wenn auch eine spärliche, doch zweckmässige. — Sich selbst überlassen beschäftigt sie sich mit Zeichnen. — Durch therapeutische Maassnahmen lässt sich durch Herbeiführung eines ausgiebigen Schlafes ein Versiegen der Sinnestäuschungen erzielen. — Trotzdem tritt Pat. nie aus sich heraus, lässt sich suggestiv auch nur vorübergehend beeinflussen. Den einzigen Anschluss pflegt sie mit der Krankenschwester, theilt sich dieser mehr mit, als den übrigen Personen der Anstalt.

Körperlich: Miniaturgestalt nach dem Typ Lorain, Körperlänge 150 cm mit 41 kg Gewicht. — Geringe Reste einer inveterirten Rhachitis. — Gefässsystem sehr zart. — Kein Herzfehler. — Becken infantil geformt. — Menses vorhanden, spärlich (verspäteter Eintritt der ersten Menses zugegeben, wann unbekannt), Stimme hoch, dünn. — Mimik kindlich. — Lungen normal. Schilddrüse in Ordnung. Thymus persistens (?). — Inneres Genitale nicht untersucht. Pubes schwach, Mammea infantil geblieben.

Patientin wurde nach etwa 6 wöchiger Behandlungsdauer aus der Anstalt herausgenommen und steht seitdem nicht mehr in Evidenz derselben.

Zusammenfassung und Diagnose: Ausgesprochen infantiler körperlicher Entwicklungsgrad, (Miniaturmensch). — Trotz vorhandener Dürftigkeit an verwerthbaren anamnestischen Angaben ist der Thatbestand einer Miniaturpsyche wohl als zweifellos anzunehmen. — Einfacher chronischer Verstimmungszustand seit dem 24. Lebensjahre. — Zusammentreffen der Anfänge einer Psychose mit einem Verlobungsfeste innerhalb des Familienkreises. — Ob eine Causalität hier vorliegt, kann nicht entschieden werden. — Die Psychose selbst — eine Paranoia — ist rudimentär, gewissermaassen eine Miniaturausgabe dieser Psychose. — Dabei besteht ein regeres Binnenleben mit Vorherrschen der combinatorischen Einbildungskraft gegenüber den psychischen Leistungen nach aussen hin. Auftreten spärlicher, im Grossen

und Ganzen schwach betonter acustischer Sinnestäuschungen und einer vereinzelten Tasthallucination. (?) — Concentrirung der associativ combinatorischen Thätigkeit auf eng umschriebene, wenig umfang- und inhaltsreiche Gedankencomplexe, Erklärungsversuche, Bildung, rudimentärer Wahnvorstellungen bei ansonst vorhandener gesunder Kritikfähigkeit. — Zwangszustände scheinen mitunter vorgekommen zu sein, dürfen jedoch bei dem spärlichen Ergebnisse der Zustandsuntersuchung nicht mit Sicherheit angenommen werden.

Bei der nosologischen Beurtheilung der Sinnestäuschungen ist hervorzuheben, dass dieselben so ziemlich stabil und inhaltlich wenig wechselnd waren, außerdem vorzugsweise bei Nacht auftraten, sobald sich die Kranke voll und ganz den eigenen Gedanken hingaben und ihre innere Aufmerksamkeit auf einen circumscripten Bewusstseinsinhalt concentriren konnte. — Die acustischen Sinnestäuschungen standen inhaltlich stets in naher Beziehung mit diesem Bewusstseinsinhalt. — Tagsüber, durch gegebene Beschäftigung und Ablenkung traten sie in den Hintergrund bis zum völligen Versiegen. — Die Sinnestäuschungen scheinen in diesem Falle ihren Ursprung inneren psychischen Erregungen (Einbildungskraft!) und Gemüthsbewegungen zu verdanken und dürfen in diesem Sinne als „Phantasievorstellungen von sinnlicher Lebendigkeit“ wohl den sogenannten „psychischen Hallucinationen“ (Baillarger) mit excentrischer Projection zugezählt werden.

Die infantilen Psychosen besitzen unstreitig gemeinsame Stigmata, welche ihre Sonderstellung von conformen psych. Krankheitsformen der Vollwertbigen — wenn dieser Ausdruck hier im Gegensatze zum Infantilismus gebraucht werden darf — rechtfertigen. — Sie haben das Gemeinsame einer ausgesprochen exogenen, die Auslösung der jeweiligen Psychopathie bestimmenden Causalität, welcher Umstand, den infantilen Entwicklungsgrad als endogene Grundursache vorausgesetzt bei allen studirten Fällen wiederkehrte.

Die Symptomatik ist wie das geistige Individuum selbst, eine kleindimensionale, dürftige, dem Träger der Psychose zugeschnittene. Daher das Unvollendete und Unfertige innerhalb wichtiger Krankheitsphänomene. Vom protrahirten, atypischen, äußerlich abhängigen Verlauf wurde bereits an Ort und Stelle mehrmals gesprochen.

Die Prognose ist stets, wie begreiflich, quoad Dauer und Ausgang der Psychose, um Vieles unsicherer als bei den Nicht-infantilen. Die Diagnose gestaltet sich schwieriger, da die Grenzen durch fließende Uebergänge zu psych. Krankheiten anderer Art verschwommen sind. Auf die ruptusartigen, in der Regel kurz andauernden

Erregungen innerhalb der infantilen Psychosenformen und auf die Unberechenbarkeit im Krankheitsverlaufe sei noch speciell hingewiesen.

Verlauf und Ausgang des psychischen Infantilismus.

Der nach einer normalen Jugendzeit herangebildete, für vollreif geltende Mensch verfügt über einen Fond von führenden Lebensgrund-sätzen und über einen zielbewussten praktischen Schaffensdrang, der den in Vollkraft stehenden Menschen in die Lage versetzt, allen in seiner Art an ihn herantretenden Aufgaben gerecht zu werden. Durch die Summe von Lebenserfahrungen fliest diesem Fond fortwährend ein wohl gesichteter Neuerwerb zu, welcher die Anpassungsfähigkeit und Schaffens-energie der reifen Altersgrade unterhält.

Den Infantilen der II. Kategorie mit ihrer mehr oder weniger ausgeprägten Miniaturpsyche, der schon die Loslösung von der Kindheit Schwierigkeit bereitet und deren geistige Evolution sich sogar kritisch gestalten kann, ist die geistige Ausreifung nur innerhalb eines engen Rahmens auf einem dürftigen Areale ermöglicht. — Eine Ver-tiefung des Urtheiles und eine Verdichtung des Kenntnisschatzes mit einem Niederschlage an verwertbaren Lebenserfahrungen kommt nur innerhalb enger Grenzen vor.

Niemals können sie die geistige Durchschnittshöhe erreichen und verbleiben in Abhängigkeit von einem günstigen Milieu. — In einer günstigen, geschützten Position, ohne Existenzkämpfe und ohne schwierige Lebensfragen vermögen sie sich durch die Welt ohne Hemmniss durch-zuschlagen und verlieren sich in derselben. — Herrschen aber ungünstige und complicirte Verhältnisse, so können sie sich nicht mehr behaupten und gehen im Leben durch eine Reihe von Conflieten unter.

Zufolge ihrer enormen psychopathischen Diathese kommen sie leicht aus dem Gleichgewichte und reagiren auf schwierige Lebensprobleme mit psychischen Störungen.

Solche Infantile sind dann Gegenstand für Behandlung und Be-rathung seitens der Psychiater und machen das eigentliche Forschungs-material für die einschlägigen fachlichen Untersuchungen aus.

— Bei den Trägern des echten Infantilismus — den Infantilen I. Kategorie, ist die Sachlage eine davon verschiedene, noch ver-wickeltere. — Ueber das Schicksal solcher Infantiler ist ein Unter-suchungsergebnis noch keineswegs spruchreif. Jedenfalls steht die Thatsache fest, dass bei ihnen die Distanz zwischen Altersstufe und geistigem Entwicklungsgrad mit dem zunehmenden Alter eine progressive wird, dass die geistige Entwicklung einen Stillstand zeigt, der schliess-

lich mit dem Fortschreiten des Lebensalters zu einem — Rückschritte wird. — Die anfängliche Unzulänglichkeit wird grösser, breiter, tiefer und durchgreifender, bis schliesslich ein terminaler Secundärzustand mit den Kriterien des Schwachsinnen bei Erhaltenbleiben typischer infantiler Kennzeichen eintritt. — Diesen Terminalzustand möchte ich als den secundären infantilen Schwachsinn oder kurz als den infantilen Schwachsinn bezeichnen.

Ein hierher gehöriger Fall soll in kurzen Strichen wiedergegeben werden:

Marie P., 42 Jahre alt, ledig, ohne Beschäftigung, auf Veranlassung der Gemeindevorstehung ihrer Heimathsgemeinde eingebracht. — Die Anamnese — theils dem ausführlichen Parere, theils den Angaben einer intelligenten Verwandten entstammend — besagt, dass die Genannte von Kindheit an schwächlich und zart veranlagt, stets ein „Mutterkind“, fleissig, gutartig und furchtsam war, die Volksschule mit gutem Erfolge absolvirte, seit der Schulzeit körperlich hinter allen Altersgenossinnen zurückgeblieben ist, nicht mehr wuchs und mit dem zunehmenden Alter auch geistig keine Weiterentwicklung zeigte. — Menses waren niemals eingetreten, die Kranke war niemals sexuell empfindend.

Sie blieb ganz unselbstständig wie ein Kind, lebte seit dem 3. Lebensdecennium zurückgezogen bei ihren Eltern, wurde mit den Jahren immer furchtsamer, verzagter und verschüchtert. — Sie stach durch ihre Kleinheit von der Umgebung ab, war die Zielscheibe für Gespötte und schien ihren Entwicklungsmangel auch selbst zu fühlen. — Stets fleissig und mit Hausarbeit beschäftigt, war sie stets ungemein religiös und abergläubisch.

Seit einigen Jahren, etwa vom 40. Jahre ab, wurde sie hochgradig schreckhaft und angstvoll, begann Verfolgungsideen zu äussern, wagte sich gar nicht mehr unter die Menschen. Die Angst- und Persecutionsvorstellungen traten fast nur bei Nacht auf; sie glaubte sich von bösen Menschen verfolgt, befürchtete den Tod, glaubte sich verhext; — suchte sich vor den Verfolgern durch Verkriechen in geschützte Winkel zu schützen.

Seit etwa einem halben Jahre ist sie Gegenstand fortwährender Beaufsichtigung, da sie Nächts mit Feuer hantiert, Thüren verrammelt und sich auf alle mögliche Weise zu schützen versucht.

Bei der Aufnahme ist sie ruhig, eingeschüchtert, wagt sich nicht bemerkbar zu machen. Bei Beschäftigung mit ihrer Person rathlos, angstvoll, zittert am ganzen Körper. Sonst geordnet und leidlich orientirt bei deutlich mangelhafter Kritikfähigkeit für die Umgebung. — Die Antworten erfolgen zagend, leicht gehemmt; Patientin macht aus ihrer Furchtsamkeit kein Hehl, bittet immer wieder, man möge sie nach Hause zu ihrer Mutter (einer Frau von fast 80 Jahren!) entlassen; sie sei traurig, weil man sie von ihrer Mutter getrennt hat, weil sie hierorts fremd ist, und nicht weiss, was man mit ihr vorhabe. An Wahnvorstellungen äussert sie, man habe sie bei Nacht „verzückt“, und „verhext“. Die Verfolgungen durch böse Menschen und Geister seien Nächts

immer am stärksten gewesen, und seien hauptsächlich von einem nachbarlichen Ehepaare, das hexen könne, ausgegangen. — Der Mann habe einen grossen schwarzen Bart, der ihr Schrecken einflösste, die Frau stehe mit Hexen in Verbindung, sei selbst ein „Hexe“ und habe ihr durch Zauberei das Beten austrieben wollen.

Die Wahnideen beruhen fast durchwegs auf einer phantastischen Symbolisierung von Angstgefühlen und einiger körperlicher Sensationen: man habe ihre Eingeweide „verzückt“ — „ihr die Haare durch Verhexung ausgerissen.“ — Die Intelligenzprüfung ergiebt Begriffsarmuth, primitives Ausdrucksvermögen, primitive Lebensanschauungen, Mangel jeglicher selbständiger Lebenserfahrung. — Einfache Rechenexempel werden gut gelöst, für die gewöhnlichen Schulkenntnisse, Bibelverse und Katechismussätze besteht gutes Gedächtniss; das Urtheil ist ganz unselbstständig, die Schriftzüge kindlich unfertig. — Das Combinationsvermögen ist ein leidliches. — Patientin ist in hohem Grade suggestiv, lässt sich durch Suggestivfragen irreführen, producirt Erinnerungstäuschungen nach infantilem Typus. Die Fehlerconstante in der Aussagetreue ist eine enorm hohe. Es besteht ein Bedürfniss für Angliederung an „gute Menschen“. Das Denken geht fast nur in Individualvorstellungen vor sich, wie auch das Begriffsvermögen quantitativ dürftig, qualitativ mehrdeutig und verschwommen, von Individualvorstellungen noch nicht losgelöst ist.

Körperlich macht Patientin einen ganz und gar miniatürhaften Eindruck (Typ Lorain), ist 132 cm hoch, 35 kg schwer, Kopfumfang 52 cm. Schilddrüse leicht vergrössert, Rumpf walzenförmig, Becken und inneres Genitale ganz infantil, Herztöne leise, dumpf, unrein. — Epiphysenfugen laut Röntgenogramm zum Theil offen geblieben; Zahnlosigkeit. — Pubes spärlich, Achselhaare desgleichen. — Mammæ rudimentär. — Thymus fraglich.

Diagnose: Rudimentärer paranoider Angstzustand auf Grundlage eines infantilen Schwachsinnes.

Punkto Schwachsinn sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der infantile Schwachsinn gemäss den letzten Ausführungen einen Secundärzustand in sich begreift, i. e. das Terminalstadium eines echten psychischen Infantilismus und eine vom primären (= congenitalen) Schwachsinne, trotz äusserer Aehnlichkeit wohl zu trennende psychopathologische Einheit darstellt.

Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen dem infantilem Schwachsinn von der Dementia praecox ist dem früher Gesagten nichts hinzuzufügen. — Eine Verwechslung kann im Hinweis auf die divergente Symptomatik beider Schwachsinsnsformen nur ausnahmsweise vorkommen. Mehr Aehnlichkeit als mit dem primären und hebephrenen besitzt der infantile Schwachsinn mit den sogenannten secundären psychischen Schwächezuständen nach gut bekannten acuten Krankheitsformen. Eine dahin abzielende Auffassung eines solchen infantilen Terminalstadiums ist um so eher im Bereiche der Möglichkeit gelegen, als auf

dem infantil präformirten Boden, zumal bei Complication mit Neurosen, eine Reihe acuter, klinisch wohl gezeichneter Psychosen auftreten kann. — Die Unterscheidung wird leicht gelingen, wenn eine Zerlegung des ganzen psychopathischen Erscheinungscomplexes im Einzelfalle durchführbar ist. — Eine weitere und zwar relativ günstige Verlaufsform des echten psychischen Infantilismus ist jene, wobei die Infantilen mit den Jahren in einem gewissen Grade geistig altern und schliesslich über bestimmte psychische Energien verfügen können mit Beibehaltung ihres infantilen Grundwesens. Praktisch genommen kommen sie dann den Infantilen zweiter Gattung nahe und erheben sich viel schärfer über die Schwachsinnsgrenze.

Einige kurze Worte seien noch über die Lebensdauer der Infantilen gesagt. — Die Beobachtungen hierüber sind noch spärliche. Jedenfalls gilt, dass hier die Thatsache, dass dieselben zufolge ihrer Belastungsmomente wie Alkoholismus, Lues, Tuberkulose der Eltern, Geburtstrauma etc. und zufolge der infantilen körperlichen Constitution incl. etwaiger Organerkrankungen wenig resistent sind und kaum ein höheres Alter zu erreichen vermögen. Sie sterben frühzeitig dahin als Opfer jener natürlichen Eliminirungstendenz, der minderwerthige Geschöpfe in der Regel anheimfallen. Die Todesursache in einigen Fällen eigener Beobachtung war Tuberkulose und acute intermitirende Krankheiten (Pneumonie, Sepsis). — Die Infantilen scheinen auch zu Chloroformtod in der Narkose zu disponiren. — Eine Kranke mit körperlich infantilem Entwicklungsgang und einer lymphatischen Diathese, ein 23 jähriges Fräulein, verstarb plötzlich während eines hysterischen Ausnahmzzustandes mit 2 tägiger Abstinenz an einem Herztode. — Der Fall verblieb allerdings, da eine Autopsie nicht stattfand, unaufgeklärt. — Pat. bekam Nachts plötzlich ohne Prodromalscheinungen mit Ausnahme einer kurz zuvor eingetretenen Tachykardie, einen Erstickungsanfall, sprang auf und stürzte mitten im Zimmer tot zuammen. — Schliesslich muss auch dem Umstände Rechnung getragen werden, dass die Selbsttötung bei den für Affectstörungen und Raptuszuständen ungemein inclinirenden Infantilen eine nicht zu unterschätzende Rolle inne hat.

Vorkommen. Partieller psychischer Infantilismus.

Bei einiger Seltenheit des reinen psychischen Infantilismus scheint die zweite Gattung nach Anlage und Entwicklung ungleich häufiger in die Erscheinung zu treten.

Die Mehrzahl derartiger Fälle entzieht sich allerdings der psychiatrischen Untersuchung und Begutachtung, da man nur einen verhältnismässig kleinen Theil in den Anstalten vorfindet. Beim weib-

lichen Geschlechte kommt er häufiger vor, als beim männlichen, entgegen der Imbecillität und der Hebephrenie. Eine einwandfreie statistische Untersuchung hierüber steht derzeit noch aus.

Die Bemerkung, dass der Infantilismus zweiter Gattung ungleich häufiger auftrete, als der echte, gilt nicht in Bezug auf eine volle Reinheit und Typicität der Symptomatik. Vielmehr ergiebt sich nach der Erfahrung, dass bei einer Reihe von Individuen mit miniaturpsychischen Phänomenen einige Züge typischer und markanter ausgesprochen erscheinen, gegenüber anderen, welche die Kennzeichen psychischer Reife und Vollwerthigkeit führen können: partieller Infantilismus. Da analog den körperlichen Begleiterscheinungen alle möglichen Stadien im Uebergange zur Vollwerthigkeit zum Ausdrucke gelangen können, brauchen einzelne infantile Züge noch lange nicht einen Infantilismus als fertigen psychopathologischen Zustand zu bestimmen.

In der Fachwissenschaft findet man im Allgemeinen den Infantilismus unter den unterschiedlichsten diagnostischen Kalkülen wieder. Je nach der Auffassung tritt er uns bald als originärer Krankheitszustand entgegen, als constitutionelle Verstimmung, als constitutionelle Neuropathie, als Entartungssyndrom, als Pubertätskrise, auch als Debilität, schliesslich unter dem Namen aller jener geläufigen Psychosenformen, die als infantile Psychosen bereits genannt worden sind.

Der partielle Infantilismus erscheint wohl am häufigsten unter dem Sammelbegriffe der „leicht abnormen“ und „minderwerthigen Persönlichkeiten.“ In der Literatur lassen sich bei einer Anzahl publicistisch niedergelegter Fälle infantile Züge oder umfangreichere infantile Symptomkomplexe bis zum vollentwickelten Infantilismusbilde nachweisen. Während es öfter einer strengeren Nachforschung bedarf, tritt bei einer Reihe von Fällen der infantile Hintergrund rasch und unverhüllt zu Tage.

Bislang wurde die Frage offen gelassen, ob die Vergesellschaftung des psych. Infantilismus mit einem adaequaten körperlichen Entwicklungsgrade eine conditio sine qua non abgebe. Die Thatsache, dass bei sämtlichen herangezogenen Fällen ein Parallelismus zwischen psychischem und somatischem Infantilismus besteht, berechtigt gewiss hierzu. Es wird ausserdem der Frage Spielraum gelassen, ob ein erwachsenes, körperlich reifes Individuum der Träger eines psychischen Infantilismus sein und vice versa ein infantil verbliebener Mensch eine psychisch vollwerthige Persönlichkeit vorstellen könne.

Zu einer positiven Beantwortung des ersten Punktes lässt sich eine Summe von Erfahrungen verwerthen. In der grossen Menge

Halt- und Richtungsloser, Desequilibrirter und Willensschwacher, denen das einfache Leben zu einem complicirten wird, findet man infantile Persönlichkeiten wieder, wenn auch keinerlei körperliche Anhaltspunkte hierfür gewonnen werden können. So trifft man unter körperlich gut entwickelten Individuen Menschen mit bewunderungswürdigem Gedächtnisse und ebenso schwachem Urtheilsvermögen, andere mit ausserordentlich lebhafter Phantasie, aber elendem Willensvermögen (Casper-Liman), welche insgesamt die Belastungsproben des Lebenslaufes kaum auszuhalten vermögen und frühzeitig wegscheiden. Bei diesen letzteren ist es dann oft unschwer, einen partiellen Infantilismus fallweise zu erkennen.

Für den letzten Punkt fehlt das nötige Erfahrungsmaterial. — Man ist hier nur auf theoretische Erwägungen angewiesen. — Es ist gewiss anzunehmen, dass bei einem ausgesprochen körperlichen Infantilismus als Gesamtausdruck einer Entwicklungshemmung nicht nur Habitus und animalische Organe — wie z. B. die Geschlechtsorgane und die damit in physiologischer Verknüpfung stehenden drüsigen Organe — Entwicklungs- und Functionsstörungen aufzeigen, sondern auch das nervöse Centralorgan. — Letzteres umso mehr, als gerade dieses auf endogene und ektogene Schädigungen mit Vorliebe reagirt: ich verweise hier kurz auf die hereditären Einflüsse, auf congenitale Herzfehler, krankhafte Beschaffenheit der Drüsen mit innerer Secretion, auf die Schwangerschaftsstörungen, auf Geburtstrauma, Frühgeburt, auf Intoxicationen u. s. w. die insgesamt die schwersten Rückwirkungen auf das Centralnervensystem bedingen können. — Es ist schlechterdings nicht plausibel, dass mit den durch körperlichen Infantilismus gegebenen organischen Entwicklungs- und Functionsstörungen ceteris paribus das nervöse Centralorgan mit einem Vollmaasse physiologischer Function correspondire. — Der Grundsatz der Projection körperlicher Vorgänge auf die Grosshirnrinde findet hier eine geradezu berechtigte Anwendung. Der Parallelismus von körperlichem Infantilismus einerseits und Idiotie u. Imbecillität anderseits kann als Beleg herangezogen werden. Ob typisch infantile Individuen, die an Dementia praecox erkrankt sind, in deren „gesunden“ Lebenszeit auch psychisch de facto gesund und vollwertig waren, entzieht sich sehr oft der Controlle und ist zum mindesten zweifelhaft, zumal ein genaues kritisches Stadium solcher Fälle Züge von Minderwerthigkeit oder einen partiellen Infantilismus häufig mit einiger Sicherheit aufzudecken vermag.

Insolange nicht einwandfreie, jeder Kritik standhaltende Untersuchungen vorliegen, ist eine Beantwortung der Frage, welche dahin lautet, ob körperlich ausgesprochen Infantile — also Miniaturmenschen

— psychisch nach jeder Richtung hin vollwerthige Persönlichkeiten vorzustellen vermögen, nicht zu beantworten.

Anders verhält sich diese Wechselbeziehung bei den körperlich nur partiell infantil verbliebenen Personen. — Conform den kaum merklichen Uebergängen in der Gesammtconstitution vom Voll- zum Minderwerthigen sind alle Schattirungen möglich. So wie ins pathologische Gebiet können sie auch in die Gesundheitsbreite fallen. Durch die vielgestaltigen dem Eigenschutze dienenden psychischen Energien kann dann eine Art Anpassung und compensatorische Correctur in bestimmten seelischen Functionen (Anton) und hierdurch ein Ausgleich im psychischen Leben geschaffen werden; so liegt es im Bereiche der Möglichkeit, dass ein partieller körperlicher Infantilismus — ebenso wie er eine Reihe psychopathischer Zustände nach sich ziehen kann — bei Einzelpersonen auch normale und ausreichende psychologische Werthe fertigbringen kann.

Literatur.

1. Agostini, C., Infantilismo distrofico e infantilismo mixedematoso da eredo-pellagra, *Rivista di patologia nervosa e mentale*. Vol. II. 1902.
2. Ahlfeld, *Ueber infantiles Becken*.
3. Anton, *Münchener klin. Wochenschr.* 1906.
4. Ausset, *Gazette hebdom. de Méd. et de Chir.* 1901.
5. Bertrand, *L'infantilisme dysthyroïdien*. Thèse de Paris 1902.
6. Bourneville, *Arch. de neurog.* 1886—88—90.
7. Bourneville, *Société méd. des hôpital.* 1896—97.
8. Bourneville et Sollier, *Progrès méd.* 1887—88.
9. Bourneville etc., *Progrès med.* 1880.
10. Breton, *La syndrome infantilisme etc.* Thèse de Lille 1901/92.
11. Bruneau, *Du Nanisme mitral*. Thèse de Paris. 1904.
12. Bruno, *L'infantilismo*. *Gaz. degli ospedali.* 1904. No. 28.
13. Brissaud, *Leçons sur les maladies nerveuses*. I. et II. série. 1895—1897.
14. Brissaud, *De l'infantilisme myxoedemateux*. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière.* 1897.
15. Brissaud, *Leçons clin. sur les mal. nerv.* 1899.
16. Brissaud, *Presse médicale.* 1898. *Myxoedème thyroïdien etc.*
17. Binet, *La suggestibilité*. Paris 1900.
18. Binet, *Perceptions d'enfants*. *Revue philosoph.* 1890.
19. Brouardel, *Académ. de méd. de Paris.* 1887.
20. Camuset, *Progrès méd.* 1889.
21. Capitan, *Méd. moderne.* 1893.
22. Carré, *Thèse de Paris.* 1900.

23. Comby, *Traité des maladies de l'infance*. 1899.
24. Combe, *Rev. méd. de la suisse. rom.* 1887.
25. Courtois-Suffit, *Revue de méd.* 1890.
26. Dupré et Pagniez, *Infantilisme dégénératif compliqué de dysthyroïdie pubérale*. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*. 1902.
27. Durey-Compte, *Thèse de Paris*. 1887.
28. Ebbinghaus, *Psychologie: Grundzüge der Psychologie*.
29. Ebbinghaus, *Ueber das Gedächtniss*. 1885.
30. E. Ebert und E. Meumann, *Archiv f. d. gesammte Psychologie*. Bd. IV. B. *Ueber ökonomische Lernmethoden*.
31. Emminghaus, *Psychische Störungen des Kindesalters*. *Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankh.* Tübingen 1887.
32. Faneau de la Cour, *Le féminisme et l'infantilisme chez les tuberculeux*. *Thèse de Paris*. 1871.
33. L. Ferrannini, *Centralbl. für innere Medicin*. 1899—1900.
34. L. Ferrannini, *Riforma medica*. 1900.
35. L. Ferrannini, *Ueber den von der Schilddrüse unabhängigen Infantilismus etc.* *Archiv f. Psych. und Nervenkrankh.* 1904. Bd. 38. Heft 1.
36. Féré, *Revue de méd.* 1893.
37. Feulard, *Progrès méd.* 1890.
38. Fournier, *Stigmates dystrophiques de l'héredo-syphilis*. Paris 1898.
39. Fournier, *Thèse de Paris*. 1898.
40. Gérard, *Thèse de Paris*. 1894.
41. Gilford, *British medical Association*. Manchester 1902.
42. Gilbert et Rathéry, *Presse méd.* 1900.
43. Giuffrida-Ruggeri, *Considerazioni antropologiche sull' infantilismo etc.* *Monit. zoolog. italiano*. 1903.
44. Godin, *Recherches antropométriques sur la croissance des diverses parties du corps*. Paris 1903.
45. K. Gross, *Seelenleben des Kindes*. Berlin 1904.
46. Hansemann, *Echte Nanosomie*. *Berliner klin. Wochenschr.* 1902.
47. Hertoghe, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*. 1899. *De l'hypothyroïdie bénigne chronique ou myxoedème fruste*.
48. Hertoghe, *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*. 1896—1897.
49. Hirtz, *Thèse de Paris*. 1836.
50. Hutenil, *L'infantilisme*. *Gaz. hebdo. de méd.* No. 4. 1902.
51. Hoche, *Die Imbecillität*. *Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling*. 1904.
52. Hermanides, *Les affections parasyphilit. Vol. II.* Paris 1903.
53. Jeandelize, *Insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne*. Paris 1903.
54. Imoda, *Archivo di Psichiatria*. Vol. 17.
55. Kassowitz, *Wiener med. Wochenschr.* 1902.
56. Kocher, *Archiv f. klin. Chirurgie*. 1883. Bd. 29.
57. Kraepelin, *Lehrbuch der Psychiatrie*. 1903. I. und II. Bd.
58. Kraepelin, *Monatsschr. für Psychiatrie*. 1900. VIII.

59. Koch, Die psychopathischen Minderwerthigkeiten. 1891.
60. Larger, Anatomie der äusseren Formen des menschlichen Körpers. 1884.
61. Lancereaux, Semaine méd. 1893.
62. Lorain, Lettre préface à la thèse de Janeau de la Cour. 1871.
63. Meige, Antropologie. Gazette de hôpitaux. 1898—1902.
64. Meige, L'infantilisme. Gazette des hôpitaux. 1902.
65. Meige et Allard, Nouv. Iconogr. des la Salpêtrière. 1898.
66. Merklen, Bulletin méd. 1900.
67. Monnier, Thèse de Paris. 1890.
68. Morlat, Infantilisme et insuffisance surrénale. Thèse de Paris. 1903.
69. Moreau, P., Irrsinn im Kindesalter. 1889. Uebers. von Galatti.
70. Maudsley, Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken. Leipzig 1875.
71. Müller und Schumann, Zeitschr. für Psychologie und Psychologie der Sinnesorgane. 1894.
72. Meumann, E., Die experimentelle Pädagogik. 1. Bd. 1905.
73. Meumann, E., Die deutsche Schule. 1901.
74. Müller, Paul, Ueber Intelligenzprüfungen, ein Beitrag zur Diagnostik des Schwachsinns. Monatsschr. f. d. g. Sprachheilkunde.
75. Moeli, Die Imbecillität. Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts. 96. Lieferung.
76. Neumann, Ueber d. mongolischen Typ. der Idiotie. Berliner klinische Wochenschr. 1899. No. 10.
77. Potaïn, Gaz. de hôpital. 1890.
78. Putnam, Americ. Journal of the Medical Scienc. 1898.
79. Ribot, Das Gedächtniss und seine Störungen. 1882.
80. Reverdin, Rev. médic. de la suisse Rom. 1882.
81. Richer, P., Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière. 1892.
82. Rummo e Ferrannini, Geroderma genito-distrofico. Entità clin. etc. Riforma med. 1897.
83. Schön, Ref. im Neurol. Centralbl. 1899.
- 83b. Schüle, Klinische Psychiatrie.
84. Sikorsky, Die Seele des Kindes. Leipzig 1902.
85. Siegert, Jahrbücher für Kinderheilkunde. 1901. No. 4.
86. Siegert, Diagnose des Mongolismus und des infantilen Myxödems. 23. Congress für interne Medicin. 1906. München.
87. Stratz, C. H., Der Körper des Kindes. Stuttgart 1903.
88. Sommer, Gaupp'sches Centralbl. 1904. No. 179. Dec.-Heft.
89. Sante de Sanctis, Gli Infantilismi. — Studio nosografico e clinico. Roma 1905.
90. Stern, W., Zur Psychologie der Aussage. 1902.
91. Stern, W., Die Aussage als geistige Leistung und als Verhörsproduct. I. Theil: Beiträge zur Psychologie der Aussage. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psych.-gerichtliche Medicin. Literaturheft zu Band LXII. Ref.
92. Sommer, Neurol. Centralbl. No. 20. 1905.

93. Soulard, Le puérilisme mental. Thèse de Paris. 1904.
94. Sutherland, Lancet. Vol. I. 1900.
95. Tanzi, Riv. di patolog. nerv. e ment. 1899.
96. Thibierge, Société de méd. des hôpit. de Paris. 1897.
97. Tissier, Annal. d. Dermatol. et de Syphilographie. 1889.
98. Tuczek, T., Ueber Begriff und Bedeutung der Demenz. Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie zu Jena. 1903.
99. Virchow, Ueber die Chlorose und die damit verbundenen Anomalien am Gefässapparate. Berlin 1872.
100. Vivier, H., Sur l'Infantilisme. Thèse. Paris 1898.
101. Wollenberg, R., Die nosologische Stellung der Hypochondrie. Centralbl. für Nervenheilkunde. XXVIII. No. 193. Juli 1905.
102. Ziehen, Ideenassoziationen des Kindes. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie. Bd. I. Heft 6.
103. Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. I. u. II. Heft. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie.
104. Zeitschrift für pädagogische Psychologie und Pathologie. I. u. II. Jahrg.