

XXI.

Aus der Königl. Universitäts-Klinik und Poliklinik für
psychiatrische und Nervenkrankheiten in Göttingen
(Director Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Cramer).

Jugendirresein.

Von

Dr. Rizor,

jetzigem Abtheilungsarzt der Provinzial-Heil-Anstalt Münster i./W.

~~~~~

Kahlbaum war der Erste, der unter den Paraphrenien d. h. den Krankheiten, die im Anschluss an eine physiologische Entwicklungsphase auftreten, neben der Paraphrenia senilis die Paraphrenia hebetica oder Hebephrenia als die auf Grund des Pubertätsprocesses sich entwickelnde Psychose aufgestellt hat. Ihr klinisches Bild hat sein Schüler Hecker (1871), dem sich dann Ball, Christian u. A. anschlossen, skizzirt. Wie wenig präcis es aber gekennzeichnet war, beweisen die damals angeführten procentualen Angaben über die Häufigkeit derselben, die zwischen 0,3 und 3,0 pCt. schwanken (Daraskiewicz). Bei der genauen Sichtung der von Kahlbaum beobachteten Fälle von Hebephrenie ergaben sich bald auch 2 Reihen; die Fälle der einen verliefen mehr stürmischer und endeten frühzeitig mit geistigem Verfall: die eigentliche Hebephrenie; die Fälle der zweiten Reihe verliefen gleichmässiger, verliefen im Allgemeinen nicht in Verwirrung und Schwachsinn und waren meist heilbar; die zweite Form schlug Kahlbaum vor, Heboidophrenie oder Heboid zu bezeichnen.

Während in dieser Zeit und in der folgenden Periode vor allen Dingen auf die Zustandsbilder bei der betreffenden Erkrankung der grösste Werth gelegt wurde, war es zuerst Kraepelin, der den Verlauf der Fälle in Betracht zog. Er kam zu dem Schluss, dass den meisten Fällen ein Schwächezustand eigen ist, der im Vergleich zu anderen Psychosen insofern eine wesentliche Bedeutung habe, als er primär ist. Er zog aus seinen Beobachtungen vor allem die Schlüsse,

dass Besonnenheit und Orientirung lange erhalten bleiben, das Gedächtniss wenig leidet, das Gemüth eine gewisse Stumpfheit oder Reizbarkeit zeigt, dass sich zwischen Gefühl und Verstandesleben eine Lockerung entwickelt (Scholz), dass die betreffenden Individuen auf Grund von Verlust der Aufmerksamkeit unfähig werden, sich geordnet zu benehmen, auszudrücken, zu denken, zu fühlen und so den eigenen Antrieb zur Thätigkeit verlieren, mithin die erste und grösste Schädigung in ihrer Willens- und Urtheilskraft erleiden, also ihre Selbständigkeit einbüssen. Der endgültige Schwächezustand ist verschieden: leichte und schwere Verblödung: nur 13pCt. genesen anscheinend (Kraepelin); und auch da ist die Heilung noch sehr zweifelhaft; denn meist waren es bei der zurückgebliebenen verringerten Widerstandsfähigkeit nur Remissionen.

Während also die anderen Autoren bei der Behandlung der Psychosenfrage darin geradezu eiferten, auf einzelne Symptome, sei es des Gemüths, ob sich z. B. gewöhnlich eine Depression einstelle (Kemmler) oder sei es der motorischen Sphäre, war es eben, wie gesagt, Kraepelin's Verdienst, die verschiedensten Fälle trotz ihrer ganz differenten Zustandsbilder zu einer Krankheitsgruppe vereint zu haben und zwar auf Kosten der Katatonie, Paranoia etc.; er wählte den von den Franzosen eingeführten Namen *Dementia praecox* nur mit Rücksicht auf den fast immer und dann primär auftretenden geistigen Schwächezustand. Er zweifelte trotz der ungeheuren Fülle von Verlaufsmöglichkeiten nicht an der Einheitlichkeit der Krankheitsfälle, ebenso wie man ja auch an der Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen der progressiven Paralyse keinen Anstoss nimmt. Er wies sogar direct auf die Analogie mit der progressiven Paralyse hin und zwar in Bezug auf die Verschiedenartigkeit der Symptomencomplexe, die Remissionsfähigkeit, die Gleichartigkeit der Prognose.

Seine weiteren Beobachtungen führten ihn dazu, seine allererste *Dementia praecox*-Gruppe, seine *Dementia paranoides*- und *Katatonie*-Gruppen mit einander zu vereinen, weil sie alle das Wichtige, worauf nach seiner Meinung der meiste Werth zu legen ist, gemein haben, nämlich, dass sie einen eigenartigen Verblödungsprocess bilden, eigenartig, weil der geistige Schwächezustand bald früh, bald etwas später, doch verhältnissmässig sehr bald eintritt und weil er zeitlich im krassen Gegensatz zur Verblödung der Rückbildungsjahre im jugendlichen Alter auftritt; er theilte seine *Dementia praecox* in *hebephrene*, *katatone* und *paranoide* Form ein.

Was nicht ausbleiben konnte, kam: die *Dementia praecox*-Gruppe nahm mehr und mehr zu; wuchs die *Paranoia*-Gruppe vorher in dem Umfange, dass sie 80pCt. aller Psychosen ausmachte, entfielen jetzt die

80 pCt. auf die *Dementia praecox*. Kraepelin nennt dies Moment kürzlich selbst eine „Umschmelzung von einem grossen Topf in einen anderen.“ „Schon die Bezeichnung selbst trägt den Stempel des Nothbehelfes, der einem bestimmten Abschnitt unserer klinischen Entwicklung entsprungen ist“ (Kraepelin). Vielseitig wird sogar gegen die Kraepelin'sche Lehre Front gemacht (Anton, Marandon, Moravcsik, Régis, Serbsky, Smith, Stransky, Ilberg), zumal es auch selten ist, ganz reine und isolirte Fälle zu beobachten, denn gewöhnlich hat man gemischte Typen (Bernstein, Mucha, Meens).

Leider können wir hier aber weder auf dem Wege der Aetiologie noch der pathologischen Anatomie weiter arbeiten: „Wir kennen die Ursachen des Leidens durchaus nicht und auch das krankhafte Rindengebiet gestattet uns noch keine sichere Diagnose. Gerade darum fehlen uns noch alle zuverlässigen Anhaltspunkte dafür, wo wir bei der *Dementia praecox* den Hebel anzusetzen hätten, um die schier unübersehbare Masse von Formen in natürliche Gruppen zu zerlegen. Dass unsere bisherige Eintheilung in einfache, hebephrene, paranoide, katatone Formen den Kern der Sache nicht trifft, ist mir nicht zweifelhaft.“ So äusserte sich neulich noch kürzlich Kraepelin.

Soviel kann man aber wohl mit gewissem Recht und mit vollkommener Berücksichtigung der Anatomie behaupten, dass es nicht nur berechtigt, sondern sogar erforderlich ist, die juvenilen Irreseinsformen zusammenzufassen. Denn es liegt doch klar auf der Hand, dass ein unfertiges Organ nicht nur leichter erkranken kann, sondern seine Erkrankung auch andere Erscheinungen und einen anderen Verlauf darbieten muss, wie die eines vollkommen entwickelten Organs. „Je jugendlicher die befallene Person, je grösser darnach die Zahl der klinischen Möglichkeiten, um so schwieriger, um so wichtiger für das ganze Leben wird die Prognose“ (Trömmner). Und so wollen auch verschiedene Autoren (z. B. Pick, Vallon, Colni) die *Dementia praecox* nur, resp. mehr wie bisher, auf die jugendlichen Fälle ausgedehnt wissen. Ganz besonders treten für die Pubertät als das wichtige Moment ein: Finzis Vedrani, Malschin, Marro, Mairet, Mucha, resp. konnten sie feststellen, dass der Beginn stets in die Pubertät zurückreichte (Elmiger, Frick, Ilberg, Rienecker).

Die Pubertät spielt eben eine überaus wichtige Rolle. Schon allein wie wesentlich sind zu dieser Zeit die Veränderungen des Körpers im Allgemeinen: die Geschlechtsreife, das excessive Wachsthum des Körpers, die Vergrösserungen bestimmter Organe auf der einen, Verödung oder Verkleinerung auf der anderen Seite, Auftreten gewisser secundärer

Geschlechtscharaktere, Veränderung der Stimme, Vergrößerung der Muskulatur beim Mann, Entwicklung der Brust bei der Frau u. s. w.

Wie wichtig sind aber erst die Veränderungen im Gehirn, denn seine Entwicklung erreicht zu dieser Zeit in den feineren Elementen ihren Abschluss. Betrachten wir zuerst das Gewicht des Gehirns: nach Marchand nimmt es in den Kinder- und Jugendjahren, also bis ungefähr zum zwanzigsten Jahre, ständig zu. Erst von dem Lebensabschnitt an bleibt es stationär. Dass das Gewicht des Gehirns eine wesentliche Rolle spielt hat erst jetzt wieder Vogt in seiner Abhandlung über Organgewichte von Idioten bewiesen, indem er, besonders die Breite der Häufigkeit (Ziehen) in Betracht ziehend, feststellte, dass fast alle Idioten eine Herabsetzung des Hirngewichtswerthes zeigen.

In mikroskopischer Hinsicht hat Kaes bekanntlich gefunden, dass der Faserreichthum des Gehirns sogar bis zum 40. Lebensjahre zunimmt und dass dann allmählig ein Ruhepunkt in der Entwicklung einzutreten scheint.

Am meisten springen für die Wichtigkeit der Pubertät die klinischen Symptome in's Auge; man muss sich nur klar machen, wie der geistige Zustand vor, in und nach der Pubertät ist.

Vor der Pubertät haben wir ein Individuum vor uns, dass noch nicht in abstracten Vorstellungen denken kann; seine Gedankenreihen sind kurz; es setzt dieselben rasch in die That um; Hemmungen und Ueberlegung sind nicht zu finden; man kann sagen, sein Handeln ist triebartig. Mit einem Wort: „Vor der Pubertät ist der Mensch ein kurzsichtiger urtheilsloser Egoist ohne Altruismus und ethisches Vorstellungsvermögen“ (Cramer).

Wie zeigt er sich in der Pubertät, in der Zeit, die der Laie Backfisch- oder Flegeljahre nennt?

Er wird sich seiner Person so recht bewusst, überschätzt seinen Werth und seine Leistungen und sucht den Mangel an innerem Werth durch Aeusserlichkeiten zu verdecken. Kritik kennt er nur anderen gegenüber, nicht bei sich selbst. Aber die altruistischen Gefühle werden in ihm wach; er schliesst Freundschaften. Mit der Zeit wird er sich auch darüber klar, dass er Pflichten hat, Pflichten gegen Lehrer, Angehörige, seinen Nächsten und gegen sein Vaterland. Es erwacht in ihm das Verständniss für die hohen Ideale, der Ethik und des Christenthums. Bei allem zeigt er jedoch übertriebenen Affect und schlägt leicht in Extreme um. Er findet allmählich Freude an der Arbeit, jetzt, wo er zum selbstständigen Denken fähig ist. Allerdings hat er hauptsächlich an hochtönenden Phrasen, Schlagworten und Gemeinplätzen Gefallen. Neben

der starken Selbstüberschätzung zeigt er grossen Mangel an Selbstkritik und eine gewisse Oberflächlichkeit.

Langsam entwickeln sich dann so „ein selbstständiges, ruhiges Denken, ein klares Urtheil über die Bedeutung der eigenen Persönlichkeit in ihrer Beziehung zur Aussenwelt, Selbstbeherrschung und höhere ethische Vorstellungen“ (Cramer.). Er erlangt mit Abschluss der Pubertät soviel Wissen und Können, dass er sich in seinem Kreis im Leben behaupten kann!

In dieser so bedeutungsvollen Periode ist aber der Geisteszustand so ausserordentlich schwankend und labil, dass schon ein geringer Anstoss das Gleichgewicht stört. „Das in der Entwicklung begriffene Gehirn gleicht geradezu einem Entzündungszustande“ (Anton).

Unterlassene Ruhepausen können dann zur blossen geistigen Erschöpfung führen, die Aufmerksamkeit lässt nach; Interessenlosigkeit, Unlust, Angstgefühl, auffälliger Wechsel der Stimmungslagen, Auftreten bizarrer Neigungen, Fragesucht (Anton). Doch bei genügender Ruhe erholen sich die Individuen gewöhnlich schnell.

Bei der enormen Labilität des Geisteszustandes ist auch die Gefahr eines Stillstandes der geistigen Entwicklung sehr gross. Es braucht sich dabei noch nicht jedesmal um den Stillstand sämtlicher Fähigkeiten zu handeln. Nur einzelne Fähigkeiten bleiben in der Entwicklung zurück. Wie leicht kann es da also zu einer unharmonischen Ausbildung derselben kommen: von leichten Graden wie Labilität der Stimmung oder Zwangsvorstellungen oder Mangel an Begriffen von Treue, Pflicht etc., kurz, Symptome wie man sie so Allgemein bei den sogenannten *Dégénérés supérieurs* findet, bis zum schwersten Grade des allgemeinen Stillstandes.

Die Pubertät begünstigt dann auch das Auftreten bestimmter Psychosen, und noch weiter, sie modificirt sogar ihren Verlauf und ihre Symptome in bestimmter Weise (Ziehen's hebephrene Modification). Die wichtigste Modification ist dann: Gesteigerte Labilität der Affectstörungen, Incongruenz der mimischen Reaction und der Affectstörungen, Incohärenz des normalen Vorstellungsablaufs und Wahnbildung, Neigung zu mimischen, verbalen u. s. w. Stereotypien, unlogischer, alberner zum Theil phantastischer Inhalt der Wahnideen. Dabei zeigen sie dann noch Tendenz zu periodischem resp. circulärem Verlauf einerseits und Gefahr zu progressiver Demenz anderseits. Die Psychosen müssen also anders wie solche, die auf dem Boden eines fertigen Gehirns sich entwickeln, verlaufen und verlaufen auch wirklich anders; Krankheitsbilder bei gleichzeitiger Erkrankung von Familien-Angehörigen, wie z. B. Mutter (erwachsen) und Tochter (jugendlich) wie man sie in der

Litteratur (Vizoureux) fanden, bestätigen dies völlig. Und hinterher treten oft nicht Defecte des Intellects, des Gedächtnisses etc. auf, sondern es bleiben oft moralische Defecte zurück. Auch bei einem blossen Stillstand des Gehirns ohne Psychose fallen die moralischen Defecte oft am meisten in's Auge (sogen. Moral insanity); gewöhnlich sind intellectuelle Defecte daneben auch vorhanden.

Fälle mit einfachem Stillstand, wo die moralische Seite weniger betroffen ist — Trömmner nennt sie „Verblödung ohne Sang und Klang“ — kommen seltener in die Anstalt, aber sie bilden als die Crux der Angehörigen oft reichliches Material für die Sprechstunden eines Neurologen.

In den Fällen, wo in der Pubertät ein Stillstand der geistigen Entwicklung eintritt, ohne dass es zu einer Psychose kommt, kann man aber eigentlich von einem Verblödungsprozess, wie mit der Bezeichnung *Dementia praecox* gemeint und ausgedrückt ist, noch nicht sprechen. In anderen Fällen, wo eine Psychose auftritt, kommen ja auch wirklich Heilungen vor (Du Pré, Sachs u. a.). Auch wir können uns der jetzt wieder von Pfersdorff neu vertretenen Ansicht nicht anschliessen, dass es bei der *Dementia* nur Remissionen und keine Heilungen giebt.

In beiden Fällen präjudicirt der Name *Dementia praecox* dann zuviel (Kreuser), ebenso, wie in dem Fall, wo beim Abklingen und schliesslichen Ende der Psychose nicht ein Defect im Sinne eines Ausfallssymptoms, sondern nur eine Schädigung im Sinne der Hemmung insoweit eintritt, dass das Individuum sich von nun an nicht mehr geistig weiter entwickelt, also ein unfertiges Gehirn behält, also nicht das leisten kann, was von einem normalen ausgewachsenen Gehirn verlangt wird (Mairet, Masselon, Conolly).

In dem Sinn möchte ich Kraepelin durchaus zustimmen, der in seinem auf der vorjährigen Versammlung Bayrischer Irrenärzte in München gehaltenen Vortrage sich dahin aussprach, dass es „nur auf die Art des Endzustandes, nicht auf dessen gradweise Abstufungen“ ankomme. Wichtig ist nur die bestimmte Eigenthümlichkeit des durch den Krankheitsvorgang erzeugten Siechthums, also in diesem Fall, ob der geistige Defect ein Stillstand oder ein Rückgang, ein Ausfall ist.

Unter diesen Gesichtspunkten entwickelte Cramer auf der Versammlung der Irrenärzte der Provinzen Hannover und Westfalen in Hannover 6. Mai 1905 seine Ansichten über die sogenannte *Dementia praecox*-Lehre. Indem er Kraepelin's Gruppe zum Theil erweitert, aber doch wieder ihre Grenzen enger zieht, schlägt er den Namen „Jugendirresein“ vor, um damit das Endresultat der Erkrankung offen zu lassen. Nach seinen Erfahrungen müsse man in Rücksicht auf Ge-

nese, Zustandsbilder, Verlaufsart und auch Prognose bei dem Jugendirresein wieder verschiedene Krankheitsgruppen von einander trennen und zwar folgende vier Unterformen:

1. Stillstand der geistigen Entwicklung als vorzeitiger Abschluss in der Pubertät; in diesen Fällen bisher gute Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; dann Stillstand ohne irgend welchen Verlust des bisher erworbenen geistigen Kapitals und ohne Begleitung anderweitiger Symptome. Diese Art der Erkrankung kann in jedem Moment der Pubertät einsetzen; es treten aber keine psychotischen Symptome auf.

2. Als zweite Form führte er Fälle an, in denen man im Pubertätsalter eine ausgesprochene Psychose irgend welcher Art zur Entwicklung und zur völligen Ausheilung hat kommen sehen. Entsprechend der noch unfertigen Entwicklung der ganzen Psyche verlaufen diese Psychosen etwas anders als die, die auf dem Boden eines ausgewachsenen Gehirns sich entwickeln, sie tragen bekannte, eigenartige Züge an sich. Die Psychose kann, wie gesagt, ausheilen, sie kann aber auch zum Stillstand der geistigen Entwicklung führen.

3. Die dritte Gruppe umfasst Fälle, die in mehreren Schüben verlaufen; ihre Prognose ist absolut ungünstig. Hier handelt es sich nicht nur um einen Stillstand der geistigen Entwicklung, sondern auch um einen Verlust des bisher erworbenen Kapitals. Die Kranken erleiden nach jeder Attaque einen weiteren geistigen Defect, bis das Stadium der völligen Verblödung, die aber sicher eintritt, erreicht ist. In den attaquefreien Zeiten treten die psychotischen Symptome zurück.

4. Als vierte Gruppe stellt er Fälle hin, in denen man die geistige Erkrankung nach verhältnissmässig kurzem Verlauf zur absoluten Verblödung führen sieht.

Die dritte und vierte Gruppe entsprechen besonders der hebephrenen Form der Dementia praecox von Kraepelin und hier findet man auch öfter katatone Symptome.

Als letzte Gruppe erwähnte Cramer dann noch Fälle, bei denen ein von vornherein untaugliches Gehirn (leichte Imbecillität) in der Pubertät acute und psychotische Symptome und dann rasche Verblödung aufweist. In den Fällen ist man bei nicht genügender Kenntniss der Anamnese leicht geneigt, anzunehmen, dass die Psychose als solche zur Verblödung geführt hat. In Wirklichkeit war aber schon ein invalides Gehirn vorhanden.

Unter den Gesichtspunkten dieses neuen Eintheilungsprincipes habe ich jugendliche Fälle der letzten 10 Jahre der Göttinger Klinik genau geprüft, vor allem die, wo es mir gelang, durch ausgiebige Erkundigungen an den zuständigen Stellen und ausführliche Nachrichten den Verlauf

und das Ende der betreffenden Erkrankung ausserhalb der Anstalt zu erfahren, also katamnestisch zu erforschen. Ueber die allgemeinen und besonderen Schlüsse, die ich daraus ziehen zu dürfen glaubte, werde ich mich später verbreiten; ich möchte hier zunächst die betreffenden Krankengeschichten in kurzen Zügen mit den Auskünften, geordnet nach dem vorher erwähnten Eintheilungsprincip, wiedergeben und auf einzelne Fälle eventuell genauer eingehen.

### Theil I.

## Stillstand der geistigen Entwicklung als vorzeitiger Abschluss in der Pubertät.

Fall 1. P. G., 19 Jahre alt. Schüler, 12. August 1903. — x.

Ca. und Tbc. in der Ascendenz. Als Kind nervös. Mit Beginn der Pubertät moralische Defecte. Criminell. Gleichgültigkeit. Hang zu Aeusserlichkeiten. Mangel an Aufmerksamkeit, Affect, Initiative und Urtheil auf Grund fehlender Begriffe.

Der Vater des Patienten ist an Phthise, die Mutter an Ca. gestorben; Ca. und Phthise sind öfter in der Familie vorgekommen. Gr. war als Kind nervös, zeigte in den späteren Schuljahren wenig Neigung zum Arbeiten, machte seiner Stiefmutter und seinem Vormunde ständig Kummer und Sorge, und da sich auch bald moralische Defecte einstellten, wurde er in einer Erziehungsanstalt untergebracht; er nahm es mit der Wahrheit nicht genau, unterschlug ihm anvertrautes Geld, konnte sich zu nichts aufraffen, lebte planlos in den Tag hinein, machte unsinnige Einkäufe (pro Tag 1200 Mk.), trug als Schüler Abzeichen von studentischen Corporationen, spielte im Hotel den grossen Herrn und contrahierte enorme Schulden; dies gab den Anlass zu seiner Aufnahme in die Klinik.

Was den körperlichen Befund anlangt, so zeigte er typischen weiblichen Habitus (Brüste, Schamhaarbegrenzung, starke Hüften). Psychisch bot er grosse Gleichgültigkeit, er machte sich aus dem Aufenthalt in der Anstalt nichts, liess alles über sich ergehen, zeigte von selbst keinerlei Neigung sich zu beschäftigen, sucht sich ständig von der Arbeit zu drücken und muss immer kontrollirt werden, damit er nicht alle möglichen Schwindeleien macht. Gegen die Aerzte stets ehrerbietig, sucht er aber die Kranken immer zu necken. Sein albernes, kindisch-läppisches Benehmen steht im krassesten Widerspruch zu seinem eleganten Aeussern und seinem Interesse für Toilette.

Der jetzt neunzehn Jahre alte Patient ist für sein Alter ein eclatantes Beispiel für den geistigen Stillstand: mit Beginn der Pubertät auf die Presse: auch dort scheitert er in Folge seiner absoluten Unfähigkeit, etwas zu thun; er ist für Vorstellungen absolut unzugänglich, es fehlt ihm an intensiver Aufmerksamkeit; er besitzt wohl Beobachtungsgabe zur Genüge, aber vor allem für die Aeusserlichkeiten, speciell der



Kleidung: er ist völlig unterrichtet über die neuesten Moden und die Gebräuche der einzelnen Berufsklassen. Aber Aufmerksamkeit im eigentlichen Sinn, die Fähigkeit seine Gedanken auf irgend etwas intensiver zu concentriren, geht ihm völlig ab; dann erscheint ein weiterer Defect auf der Seite der Moral und des Affects. Ganz eingenommen von dem Sinn für Aeusserlichkeiten scheut er keine Mittel und keine Wege, um sich in den Besitz der ihm durchaus nicht zukommenden Dinge zu setzen; er unterschlägt und betrügt wo er kann und dabei in der dummsten und einfältigsten Weise; es fehlt ihm das ganz einfache Urtheil, das ein Mensch in dem Alter haben muss, einmal, dass ihm derlei Dinge nicht zukommen, und zweitens, dass er mit seinen Plänen Fiasco machen muss; er kommt trotz seiner neunzehn Jahre nicht aus den Kinderschuhen heraus; er wiederholt immer wieder dieselben Trics trotz seiner vorhergehenden Misserfolge und seiner verschiedenen Strafen. Dazu das pathologische Lügen: er lügt nicht mit einer gewissen Logik, sondern immer nur mit einem Blick auf seine jeweilige Lage, ohne Rücksicht für die sich aus dieser entspinrenden neuen Verhältnisse; es fehlt ihm auch da jede Uebersicht, jede Fähigkeit, Consequenzen auch nur für die allernächsten Fälle zu ziehen.

Ferner der Mangel an Affect: es ist niemals bei ihm auch nur der geringste Grad von Reue zu sehen; er bleibt jeglichen Vorstellungen und Einwendungen gegenüber kalt und unzugänglich.

So lauten die Urtheile bei der Aufnahme in die Klinik und genau so lauten sie auch heute noch; nicht die geringste Veränderung ist in den 4 Jahren seines Aufenthaltes eingetreten, seine geistigen Fähigkeiten haben nicht die geringsten Fortschritte gemacht. Er lebt planlos in den Tag hinein, hat heute die, morgen jene Pläne; für seine Verfehlungen geht ihm jede Einsicht ab; was aus ihm werden soll, ist ihm gleich, den Ernst des Lebens kennt er nicht. Er ist nicht im Stande, sich über einzelne Begriffe auszulassen, eben weil er keine hat: den Begriff der Pflichttreue, Vaterlandsliebe, Elterntreue u. s. w. kennt er nicht; er hat kein Urtheil über das Verhältniss seiner Person zur Aussenwelt; Bewusstsein von Pflicht und Verantwortlichkeit ist ihm unbekannt.

Zu seinem Sinn für Aeusserlichkeiten, der sich wohl noch mehr gesteigert hat, hat sich mit der Entwicklung der Pubertät noch über-grosse sexuelle Appetenz gesellt: er ist in auffälliger Weise für alles, was in dies Kapitel gehört, sehr empfänglich; seine Unterhaltung mit anderen dreht sich nur um Weiber und Unanständigkeiten.

Wie früher so auch jetzt kein menschliches Gefühl für seine Mutter; er schreibt die rohesten und brutalsten Briefe an sie, behandelt

sie bei ihren Besuchen so schlecht als möglich; Bitten kennt er nicht; nur Forderungen, und zwar meistens unglaubliche, die sich sämmtlich auf seine Toilette beziehen.

Eine Aenderung ist in den Jahren nicht eingetreten und steht wohl auch nicht zu erwarten: er gewinnt nie seine Selbständigkeit; in Folge seines Mangels an jeglichem Urtheil auf Grund fehlender Begriffe wird er im Leben stets Fiasco machen und würde aller Wahrscheinlichkeit nach bei einer eventuellen Entlassung nur wieder criminell werden.

Fall 2: H. W., 20 Jahre alt, Landwirth. 5. Mai 1903 bis 5. October 1903.

Hereditär belastet. Stets gesund. In der Schule intelligent. Mit 18 Jahren unstetes Wesen, moralische Defecte. Fiasco in verschiedenen Berufen. Criminell. Sinn für Aeusserlichkeiten. Initiative und Affect mangelhaft. Begriffe von Treue, Altruismus etc. fehlen. Urtheils- und Kritiklosigkeit. Nach der Entlassung wieder criminell.

Dieser Fall zeigt ein Individuum, wo sich der geistige Stillstand nicht zu Beginn, sondern mehr gegen Ende der Pubertät geltend gemacht hat.

Der erblich belastete (V.: leicht erregbar, rührselig, M.: Potatrix und Morphinistin, viele Familienmitglieder Potatoren). H. W. war als Kind immer gesund, kam in der Schule sehr gut voran, galt stets für intelligent. Seit ungefähr 2 Jahren zeigt er mangelhaften moralischen Halt und lässt sich strafwürdige Handlungen zu Schulden kommen, während er vorher stets einen ehrbaren gutmüthigen Charakter gezeigt hatte. Er hat jetzt ein unstetes Wesen und Neigung zum Lügen. Alle möglichen Berufe hat er durchprobt und ist überall an den Neigungen zu leichtsinnigen Streichen und Schuldenmachen gescheitert und kam so auf criminellem Wege in die Klinik.

Er ist ein mittelgrosser, gutgenährter, kräftig gebauter junger Mann, der ausser geringer Asymmetrie des Schädels, einer niedrigen Stirn, einem breiten steil abfallenden Hinterkopf, spitz nach oben ausgezogenen Ohrmuscheln und angewachsenen Ohrläppchen keine körperlichen Besonderheiten bot.

Das psychische Bild war folgendes: Stets orientirt. Gegen Personal und Aerzte harmlos freundlich, stets lächelnd, scheint aber hinter dem Rücken der Aerzte dumme Streiche treiben zu wollen. Schreibt humorvolle Briefe nach Hause, fasst die ganze Verbringung in die Klinik als einen gelungenen Scherz seines Vaters auf, kommt über Aeusserlichkeiten nicht hinaus, beschäftigt sich mit Mathematikarbeit, bleibt aber nie intensiv bei der Sache. Von seiner Zukunft, seinem Verhältniss zu seinen Eltern, irgend welchen Pflichten, die er zu erfüllen hat, macht er sich anscheinend nur vage Vorstellungen.

Patient wurde ungeheilt entlassen. Im Mai 1904 theilte der Vater mit, dass der Sohn in die alten Verfehlungen zurückgefallen sei, und dass er die Zwecklosigkeit seiner damaligen Entlassung völlig einsähe.

Im März 1905 wurde er polizeilicherseits (Bericht der „Leipziger Neuesten Nachrichten“) festgenommen, als er auf einer Art Hochzeitsreise sich befand und sich auf alle mögliche Weise Geld zu erschwindeln suchte.

Wir haben also in ihm ein Individuum vor uns, das auf der Schule sogar als intelligent bekannt war. Er machte seine Examina stets pünktlich und gut. Aber was wurde aus ihm im Leben? Nichts! Als Offizier untauglich: schon als Avantageur musste er quittiren, dann Kaufmann; auch hier brach stets sein Sinn für unstetes Wesen und seine Neigung zum Lügen durch: wie Fall I nur Sinn für Aeusserlichkeiten; in seiner Garderobe musste er stets etwas Neues haben, und ging es nicht mit seinem ihm auf ehrliche Weise zur Verfügung stehenden Gelde, dann griff er zum Schuldenmachen, und auch Betrug musste er zur Hand nehmen. Nach dem Kaufmannsberuf versuchte er es mit der Landwirthschaft: in ihr eigentliches Wesen drang er nie ein, daher auch hier kein Erfolg. Nur kriminelle Conflicte durch leichtsinnige Streiche und Schuldenmachen. Er scheiterte überall.

Was zeigt er jetzt? Seine allgemeine Bildung entspricht der eines Schülers, der sein Abiturientenexamen gemacht hat: er hat ein gutes Schulwissen, aber was kann er damit machen, wie verwendet er es? Diese Art der Examina beschränken sich im Wesentlichen nur darauf, das Vorhandensein eines gewissen Quantum von Wissen festzustellen, aber zielen weniger darauf hin, festzustellen, was für ein Grad von Können mit diesem Wissen verbunden ist, was für ein Gebrauch mit diesem Wissen gemacht wird.

Die höchste Aufgabe, welche dem Gehirn gegen Ende der Pubertät gestellt wird, ist die, das richtige Wissen und Können zu erwerben, das einem ermöglicht, ein richtiges Urtheil über das Verhältniss der eigenen Persönlichkeit zur Aussenwelt zu bekommen, sich Begriffe von Pflicht und Verantwortlichkeit zu bilden; das geht dem H. W. völlig ab. Deshalb genügt er in keinem Berufe. Es laufen nur Klagen über seine Führung ein. Von seinem jeweiligen Berufe und dessen Aufgaben hat er nicht die geringste Kenntniss. Zu dem, was er auf der Schule gelernt und gesehen, hat er nichts hinzu gelernt und das, was er von der Schule her kann, kann er nicht anwenden. Sein unstetes Leben ist die Folge und die moralischen Defecte können nicht ausbleiben; er verfällt, um seinen Sinn für Aeusserlichkeiten und sexuelle Freuden befriedigen zu können, auf Lug und Trug. Den besten Beweis geben die Zeitungsnotizen aus den späteren Jahren.

Fall 3. G. S., 21 Jahre alt. Ehefrau. 26. Januar 1901 bis 9. März 1901.

Keine Heredität. Bis Pubertät normal entwickelt. Dann mora-

lische Defecte. Criminell. Völliges Versagen bei Anforderungen an Willenskraft, Urtheil, Pflichtgefühl. Affecte. Keine Selbstständigkeit.

Fall 3 giebt ein Beispiel für das weibliche Geschlecht.

Die erblich nicht belastete G. S. hat sich normal entwickelt und ist stets gesund gewesen. Seit 1897 verheirathet. Ein Kind von  $\frac{5}{4}$  Jahren. Seit  $2\frac{1}{2}$  Jahren besteht die Sucht, alle möglichen Toilettengegenstände zu kaufen. So hat sie für mehrere Tausend Mark Seidenstoffe, Hüte u. s. w. gekauft. Die Sachen hat sie nicht getragen, sondern vor ihrem Manne versteckt, zur Bezahlung der Schulden mehrfach das Wirthschaftsgeld unterschlagen und dafür Schulden beim Bäcker und Schlächter gemacht. Gütliche und selbst ernstliche Vorstellungen ohne Eindruck; einige Minuten hinterher sogar völlig vergnügt. Zeitweise redet sie ununterbrochen wie in fieberhafter Aufregung. Sie erklärt dann, sie könne nicht anders.

Sie ist eine grosse, gut genährte Frau mit frischer gesunder Gesichtsfarbe. Körperlich besteht ausser einem sehr hohen und schmalen Schädel, nichts Besonderes.

Psychisch hat man folgenden Eindruck: Stets vergnügtes und zufriedenes Wesen. Stets orientirt. Gelegentlich schnippische und boshafte Bemerkungen über andere Kranken. Ueber die geschäftlichen Verhältnisse ihres Vaters und ihres Mannes kann sie keine Auskunft geben. Sie weiss nur, dass ihr Vater ziemlich wohlhabend ist. Was sie als Mitgift bekam, wieviel ihr Haushalt kostet, weiss sie nicht; ebenso wenig kennt sie die Höhe des ihr ausgesetzten Haushaltsgeldes.

Verlauf. Am 1. April 1901 nach der Entlassung schreibt der Mann, dass der Aufenthalt hier einen guten Einfluss auf seine Frau ausgeübt habe, da sie sich wesentlich intensiver ihren Pflichten als Mutter und Hausfrau unterzieht als früher. Diese Besserung war aber nur eine scheinbare. Nach ganz kurzer Zeit verfiel Patientin wieder in die alten Sünden, wurde wieder criminell. Entmündigung ist in die Wege geleitet. Wiederaufnahme in die Klinik wurde vor nicht allzu langer Zeit erforderlich.

Nehmen wir nochmals alles kurz zusammen: keine Belastung; sie hat sich stets normal entwickelt; zeigte nie irgend welche Symptome der Abnormität und unerwartet kommt ein solcher Status zu Stande. Bald nach der Verheirathung, als sie zeigen soll, dass sie selbständig ist, dass sie den neuen Verhältnissen, die jetzt eine Anforderung an ihre Willenskraft, Schatz an Begriffen, Erfüllung von gewissen Pflichten etc. stellen, gewachsen ist, fällt sie ab. Also gemeinsam mit den früheren Fällen: Fehlen jeglichen Ernstes, Fehlen von Urtheil über Pflichttreue und Obliegenheiten, die sie zur Aussenwelt haben muss; sie kann nicht die Stelle als Mutter, nicht als Gattin vertreten; ihr Sinn ist nur auf Aeusserlichkeiten gerichtet; sie scheut ebenfalls kein Mittel, um ihre Ziele zu erreichen. Schulden und Unterschlagungen blieben nicht aus. Bei aller Einsicht und jedes Affectes. Wie kann

das auch anders sein, wenn die Urtheilskraft so gering ist, wenn sie noch nicht mal ihre eigenen Verhältnisse kennt, geschweige denn die Pflichten, die ihr im Hausstande erwachsen. Die Folge ist „ein völliges Versagen.“

Fall 4. v. R., 30 Jahre alt. Leutnant a. D. 12. April 1905 bis 27. Mai 1905.

Keine Heredität. Bis Pubertät normal entwickelt. Etwas eigenartig. In der Pubertät auffallender Charakter: Geiz, Eitelkeit, Selbstüberschätzung. Oberflächlich. Gleichgültig. Reizbar. Mangel an Affect. Mangelhafte Aufmerksamkeit und Beobachtungsgabe; Fehlen von Altruismus, Ausdauer und Initiative. Mangel an höheren ethischen Gefühlen. Urtheils- und Kritischschwäche. Criminell vor Aufnahme und nach Entlassung. Entmündigung eingeleitet.

Der Fall 4 von R. zeigt ein Bild, wo schon einige Jahre lang ein solcher Stillstand besteht, der in der Pubertät eingesetzt hat, aber erst manifest wurde, als das betreffende Individuum selbständig wurde.

Der angeblich nicht belastete 30jährige v. R., Leutnant a. D., soll sich in der Jugend körperlich gut entwickelt haben. In geistiger Beziehung sei er stets etwas eigenartig, aber gut begabt gewesen. Von anderen Charaktereigenschaften sind seine bis zum Geiz getriebene Sparsamkeit, starker Ehrgeiz und hochgradige Eitelkeit mit der Neigung, seine Fähigkeiten zu überschätzen, hervorzuheben. 1893 trat er als Leutnant ein. 1895 Differenzen mit seinem Commandeur, weil er ein bescholtenes Mädchen heirathen wollte. Auch später mit anderen Vorgesetzten (mehrfach versetzt) Differenzen, er wusste sich nie ein gutes Verhältniss zu seinen Vorgesetzten zu bilden; ständig Conflicte, ständig Unzufriedenheit, ständig Beschwerden über Vorgesetzte. Mehrfach in Anstalten als geisteskrank; verschiedene Diagnosen in den Anstalten: 1. 1895/96 Sargemünd: Schwachsinn auf degenerativer Basis; momentanes Zustandsbild; Manie relativ geheilt. 1899 Regimentsarzt: Querulantenwahn. 2. 1903 Bremen: erbliche intellectuelle und gemüthliche Verblödung und Querulantenwahn. 3. Tournay: Querulantenwahn. 4. Lindenhaus: erhebliche Schwäche des Urtheils und des ethischen Empfindens; Querulantensymptome.

Ist jetzt wieder in Beobachtung zwecks Einleitung seiner Entmündigung. Er ist ein mittelgrosser, kräftig gebauter Mann, Ohr läppchen angewachsen. Augenbrauen zusammengewachsen. Bei lebhaftem Sprechen und in der Erregung unregelmässige Zuckungen der Gesichtsmuskulatur. Gaumen flach. Genitalien auffällig klein. Leichte Andeutung von Plattfuss. Ganz leichter, feinschlägiger Tremor der gespreizten Finger. An zwei Fingern jeder Hand Andeutung von Quinquaud. Er verhält sich während seines Aufenthaltes ruhig und correct. Er ist stets zuvorkommend; von seinen freien Ausgängen kommt er pünktlich zurück. Versuch mit Alkohol ergibt geringe Intoleranz. Es fällt auf, dass er sich an die jüngeren Patienten anschliesst, denen er durch sein vornehmes Aeussere, durch seine Erzählungen von seinen Erlebnissen,

besonders mit Weibern zu imponiren versucht. Irgend welches Interesse für eine Beschäftigung ist nicht zu entdecken, über seine Ausgänge kann er nur wenig berichten, bei der Unterhaltung kann man bemerken, dass er über gelesene Sachen gut Auskunft ertheilen kann, aber die eigentlichen Pointe nicht erfasst hat. Wie in seinem Benehmen, so auch in seinen Beobachtungen und Erzählungen oberflächlich und gleichgültig. Er zeigt eine heitere Lebensauffassung; cynisch in seinen Reden und Verhalten. In auffallender Weise fehlen ihm jegliche Zeichen von Anhänglichkeit, Zuneigung, Liebe gegenüber Verwandten und anderen; nirgends wärmerer Affect. Keine Achtung vor irgend welchen Berufsarten, Ständen oder Stellungen.

Reproductionsfähigkeit und Gedächtniss gut. Vorstellungsablauf nicht krankhaft verändert. Ausdrucks- und Darstellungsweise: fliessend, gewandt und anschaulich. Sprechschatz: entspricht Bildung und socialer Stellung. Auffällig ist: mangelhafte Aufmerksamkeit und Beobachtungsgabe. Die unharmonische Ausbildung seiner geistigen Anlagen, die geistige Schwäche zeigt sich vor Allem in der geringen Breite seines Gemüthslebens, in der überaus herabgesetzten Aufmerksamkeit. Gleichgültigkeit gegen Tagesereignisse und alles, was nicht Beziehungen zu seinem persönlichen Vortheil hat oder dazu dienen könnte, sein Behagen im gewöhnlichen Sinne zu vergrössern. Geistige Genüsse höherer Art kennt er nicht; eine hochgradige Interessenlosigkeit an jeder höheren geistigen Thätigkeit. Mangel an höheren ethischen Vorstellungen, die für gewöhnlich bei einem Manne seines Standes, seiner Erziehung und seines Berufes die Richtschnur für das Denken und Wandeln bilden sollen.

Die Folge des geistigen Defects ist ein brutales und rücksichtsloses Denken und Verhalten.

Dieser Mann hat bis vor 10 Jahren keinerlei Abnormität geboten; er entsprach dem Durchschnitt seiner Kameraden und Altersgenossen. Bald fing er aber an, aus der Rolle zu fallen; er war seinem Milieu, den Alters- und Berufsgenossen nicht gewachsen; er hat nicht erreicht, was ein Mann seines Standes, seiner Herkunft und seines Berufes haben muss: vor Allem ein Urtheil über seine Stellung. Immer wieder strauchelte er; es traten in seinem Leben immer allerlei neue Momente auf, die ihn schliesslich aus dem ihm durch Geburt und Erziehung zugewiesenen Berufe und aus einer geordneten Lebensstellung herausgedrängt haben. Bei ihm trübt das Bild leicht der Umstand, dass er im gewissen Sinne sehr schlau und gerissen zu sein scheint; dem ist aber nicht so, dies ist nur der moralische Defect: absolute Rücksichtslosigkeit gegen Verwandte und Vorgesetzte; nur seine Person im Vordergrund; jedes altruistische Gefühl geht ihm ab. Er hat das, was ein Kulturmensch erreichen soll, nicht erreicht: den Sinn für Altruismus, krasser Egoist; aber ein Unterschied gegen die ersten Fälle: weniger grosser intellectueller Defect; er scheut das Gericht und weiss oft die criminellen Klippen gut zu umgehen; aber es fehlt ihm an Ausdauer

und Energie, irgend eine Stellung länger zu behalten, seiner ihm durch seine Geburt überkommenen Stellung fühlt er sich nicht gewachsen; für Arbeiten des minderen Standes fühlt er sich zu stolz; Ursache, Mangel an Einsicht und Ueberlegung, Mangel an Aufmerksamkeit und Mangel an dem für einen Menschen dieses Altersnöthigen Begriff und Vorstellungen, Mangel an Urtheilskraft, der intellectuellen Eigenschaft, die in der geistigen Entwicklung zuletzt erreicht wird.

v. R. entwich aus der Klinik. Nach dem oben geschilderten Zustande war es nicht anders zu erwarten, dass er in der Freiheit sofort wieder Fiasco machen würde. Das blieb auch nicht aus. Einige Wochen später wurde er wieder criminell. Bei einem Rencontre mit der Polizei erschoss er einen Schutzmann. (Zur Zeit Anstalt in Fr.)

Fall 5. W. B., 27 Jahre alt. cand. phil. 18. Februar 1904 bis 22. März 1904.

Keine Heredität. Bis zur Pubertät normale Entwicklung. Versagt auf der Universität. Neurasthenische Beschwerden und hypochondrische Klagen. Aufnahme auf eigenen Wunsch. Aufmerksamkeit und Auffassungsvermögen herabgesetzt. Mangel an Interesse, Energie und Initiative. Labilität der Stimmung. Nach der Entlassung Zustand bis heute derselbe.

Der Fall 5 zeigt, wie eine Neurasthenie fast zur Psychose ausartet, aber doch das typische Bild eines geistigen Stillstandes giebt.

Der erblich nicht belastete W. B. (Vater nervös) hat eine Kindheit und Jugend o. B. Das Gymnasium absolvirte er glatt. Auf der Universität führte er, ganz entgegen seinen bisherigen Anschauungen, und ganz entgegen allen Erwartungen ein planloses Leben; 16 Semester ohne Examen. Wegen neurasthenischer Beschwerden vom Militär nach  $1\frac{1}{2}$  Jahr als Ersatzreservist entlassen. Seit einigen Jahren Selbstvorwürfe, Schlaflosigkeit, Unfähigkeit zur Arbeit, massenhafte hypochondrische Beschwerden. Intoleranz gegen Alkohol. Allerlei Kuren und Narcotica angewandt. Masturbation.

Aufnahme auf eigenen Wunsch. Körperlich: gross, kräftig. Spitzohr; Ohr läppchen angewachsen, Gaumen steil und hoch; Zäpfchen nach links; linker Gaumenbogen bleibt zurück. Tremor manuum. Im Uebrigen normaler Befund sowohl der Organe wie der Innervation. Psych.: Klagt über benommenen Kopf, nervöse Angstanfälle. Als Ursachen führt er einmal an körperliche Ueberanstrengungen zwecks Unterdrückung sexueller Empfindungen und Belästigungen, dann geistige Ueberanstrengung; zu gewissenhafter Schüler, viel Romanlectüre, fortwährend quälendes Bewusstsein, dass die betriebene Onanie die Hauptschuld an der Erkrankung sei; hypochondrische Befürchtungen einer Gemüthskrankheit. Zunehmende Schlaflosigkeit, Abnahme der Energie und Initiative erzeugten bei ihm die Vorstellung, dass die geistigen Kräfte rapide abnähmen, Arbeit wurde ihm schwer, fast unmöglich. Zunehmende deprimirte Verstimmung. Monophobie.

Jahrelang beschäftigt sich der Kranke mit seinen Klagen. Es fehlt ihm jede Lust und jede Fähigkeit. Müdigkeit; Druck und Hitze im Kopf; Schwindelgefühl, Flimmern vor den Augen. Der Schlaf ist natürlich schlecht. Mit seiner schlaffen, trägen Haltung macht er einen träumerischen, zerstreuten und ängstlichen Eindruck. Objectiv kann man in psychischer Beziehung neben Unaufmerksamkeit und herabgesetztem Auffassungsvermögen eine deutliche Gedächtnis- und Erinnerungsschwäche feststellen. Der Mangel an Interesse und Energie lassen ihn zu nichts kommen; planlos lebt er in den Tag hinein, consultirt bald diesen, bald jenen Arzt; hochgradige Monophobie treibt ihn rastlos weiter.

Dabei ist er frei von jeder Art Beziehungsideen; keine Hallucinationen oder Illusionen. Nur die enorme Labilität der Stimmung und des ganzen psychischen Verhaltens steht im Vordergrund.

Jetzt eingezogene Erkundigungen haben ergeben, dass sich der Zustand in nichts geändert hat, ewige Kuren, ständiges Klagen über seine Gesundheit, das ewige Mitsichbeschäftigen lässt ihn zu einer geistigen Thätigkeit nicht mehr kommen; es fehlte ihm aber dazu auch jegliche Energie und Aufmerksamkeit.

Fall 6: C. D., 31 Jahre alt, Rentier. 15. October 1903—x.

Keine Heredität. Bis Pubertät keine Störung in der Entwicklung. Dann unstetes Verhalten. Interessenlosigkeit. Hat es bis heute zu nichts gebracht. Leicht reizbar und bestimmbar. Mangel an Initiative, Aufmerksamkeit und Ausdauer. Neurasthenische und hypochondrische Beschwerden. Urtheilsschwäche.

Fall 6 betrifft ebenfalls einen sogenannten Neurastheniker.

Der erblich nicht belastete C. D. hat bis zur Pubertät nichts Besonderes und Auffallendes in seiner Entwicklung geboten. Erst dann fiel er auf durch Gleichgültigkeit in seinem Wesen, Interessenlosigkeit, unstetes Verhalten, er fiel seinen Angehörigen ständig zur Last.

Er ist ein mittelgrosser, ziemlich kräftig gebauter, blass aussehender junger Mann. Mässiger Haar- und Bartwuchs. Etwas Spitzohr. Stirn hoch. Im Uebrigen normal.

Sein Wesen zeichnet sich durch stets mürrische und verdrossene Fragen und Antworten aus; er jammert stets, er sei nervös und angespannt. Drängt immer nach Haus. Ständig unzufrieden. Producirt mündlich und schriftlich in monotoner Weise stets dieselben Klagen. Keine Ausdauer bei der Beschäftigung. Stellt Sinnestäuschungen in Abrede. Keine Wahnideen. — Vorstellungsablauf ohne Störung. Leicht hypochondrische Vorstellungen. Grosse Affectlosigkeit. Keine Ausdauer bei der Arbeit. Etwas apathisch, immer mürrisch, abweisend.

Bei einer ganz oberflächlichen Untersuchung möchte man wohl bei diesem Fall den Eindruck bekommen, dass der Kranke ganz verblödet



ist; auch das Aeussere bestärkt einen in der Ansicht. Dem ist aber nicht so: er besitzt noch einen ziemlich grossen Wissenschatz; nicht nur Schulkenntnisse, sondern auch noch spätere erworbene Anschauungen und Vorstellungen über Kunst und dergleichen, und doch ist ein Defect in der geistigen Leistungsfähigkeit vorhanden: es besteht eine auffällige Gleichgültigkeit und Unaufmerksamkeit. Die Stimmung ist, wie D. selbst angiebt, von jeher leicht deprimirt, misstrauisch, er sei menschenscheu, habe ein unliebenswürdiges, abstossendes Wesen an sich. Daneben fällt eine leichte Reizbarkeit und Bestimmbarkeit, bei der Unterhaltung sogar Rührseligkeit auf. Ausserdem aber eine starke Gleichgültigkeit gegen Fragen, die seine Zukunft, seine Angehörigen und Vermögen betreffen. In seinen mündlichen und schriftlichen Aeusserungen vollziehen sich eine gewisse Monotonie und abgesehen von verdrossenem Wesen grosse Affectlosigkeit, er kann täglich die nämlichen Klagen mit denselben Worten mündlich oder schriftlich vorbringen.

Es bestehen keine Sinnestäuschungen und keine Wahnideen; keine Verfolgungs- oder Ueberschätzungsideen.

Glaubt selbst nicht daran, dass er draussen leben kann. „Er muss noch eine Zeitlang in eine Anstalt und dann auf ein Bureau“. Am meisten treten im Vorstellungsinhalt doch hypochondrische Anklänge hervor; „kapute, schlechte Nerven“ und dergleichen.

Trotzdem er viel liest und gelesen hat, ist er in der Handhabung und Erklärung abstracter Vorstellungen ungeschickt, beschränkt, weiss immer nur andere Ausdrücke anstatt Erklärungen anzugeben.

Unschlüssig zu jeder Arbeit; er fängt immer wieder tausenderlei an, aber es geht ihm oft so, dass „ihm etwas zu Anfang Spass mache, dann verliere er die Lust dazu“; er kann nicht dabei bleiben, er kann einen Gedanken nicht lange festhalten, ihm fehlt und mangelt es an Aufmerksamkeit.

Eine gewisse Urtheilsschwäche lässt sich deutlich bei ihm nachweisen; vor allem aber steht im Vordergrund die absolute Energielosigkeit, die immer wieder auf seinen hypochondrischen und neurasthenischen Beschwerden deutlich fusst.

---

Lassen wir diese Fälle schnell noch einmal an uns vorüber gehen, so müssen wir zugeben, dass sie viel Gemeinschaftliches haben und zwar folgende wichtige Merkmale: 1. die Individuen haben sich bis zur Pubertät normal entwickelt; 2. die Erkrankung setzt ein mit der Nichterwerbung oder mangelhaften Erwerbung eines nothwendigen geistigen Kapitals, das heisst, der geistigen Fähigkeiten und Eigenschaften, die

ein Individuum in der Pubertät erwerben muss, um sich einige Jahre später im Leben behaupten zu können; 3. Diese Individuen können sich in Folge dessen im Leben, das heisst im Kampf um's Dasein nicht behaupten und machen in Folge dessen Fiasco, der eine früher, der andere später; 4. sie bieten alle 6 keine psychotischen Symptome. Wie ist das zu erklären?

Bei allen Individuen war zu constatiren, dass sie bisher gute Schüler gewesen sind, dass man nie etwas Auffälliges hat an ihnen bemerken können. Bei allen kam ganz unerwartet eine Veränderung in ihrem Verhalten und Wesen. Wie zeigte sich diese nun? Es mangelte bei jedem zunächst an der Aufmerksamkeit; sie beobachteten nicht mehr genügend; sie ermüdeten leicht, sie hatten keine Ausdauer bei geistiger Thätigkeit; es fehlte ihnen an der Regsamkeit, sie empfanden keine Freude mehr daran, zu lernen; sie erwarben in Folge dessen nicht mehr das, was in ihrem Alter erworben werden muss, die Begriffe, die sich in diesen Jahren bilden müssen: dies sind die höherwerthigen Begriffe, die sittlichen, socialen, religiösen und ethischen Begriffe: sie lernen nichts kennen von Pflicht, Verantwortlichkeit, Treue zum Vaterland, zu den Eltern, Freunden etc., Liebe u. s. w.; in Folge dessen haben sie für ihr Handeln und für ihre Affecte keine Barrieren; die sinnlichen Befriedigungen gehen mit ihnen durch; um sich Behagen zu verschaffen, scheuen sie keine Mittel und Wege; es kommen nur nach der Richtung des Schlechten Strebungen auf; der gesteigerte Egoismus zeigt oft trotz des ungeschwächten Denkvermögens und Intellects sogar einseitige Verschärfung in Form egoistischer Schlaueit.

Sie zeigen ihr ganzes Leben hindurch den Mangel an Aufmerksamkeit; es werden daher ihr ganzes Leben hindurch die Eindrücke nur mangelhaft und oberflächlich sein; dieselben werden sich immer sozusagen verwischen. Eine mangelhafte Treue in der Reproduction beruht ebenfalls auf diesem Moment; sie berichten falsch, sie lügen nicht aus Gewohnheit im Sinne der Absicht „und des Vergnügens“; sie berichten „bona fida“ und doch immer unrichtig und mangelhaft. Sie unterscheiden nicht zwischen wahren und eingebildeten Bildern. Sie können sich in Folge ihres ständigen Fiaskos im Leben eigentlich nur mit sich selbst beschäftigen. Es fehlt ihnen völlig das Beschämende ihrer Lage, sie kommen sich sogar gross vor; sie beschäftigen sich mit allen möglichen Grössenideen, ohne dabei irgend welche fixe Wahnideen im Sinne eines Systems zu bilden. Schlimmer und ernster ist die Lage, wenn die Kranken es empfinden, wenn die Individuen ihre Unfähigkeit fühlen. Man kann dann sagen: der Process ist ernster und tiefgreifender; die Grenze der Psychose ist nahe und dann auch leicht überschritten.

Sie verarbeiten auch nichts mehr; sie haben eine auffallend mangelhafte Ideenverknüpfung. Das, was sie im Leben sehen und erfahren, verwerthen sie nicht mehr, sie benutzen ihre Erfahrungen auch nicht und sie setzen sie nicht um, sie produciren sie nicht mehr. Ihr mangelhaftes Urtheil zeigt sich vor Allem auch in der Beurtheilung ihrer eigenen Person, ihrer Stellung zur Aussenwelt, der Stellung, die sie durch Geburt überkommen haben; sie schränken in Folge dessen ihre Ziele bedeutend ein; es mangelt ihnen an Initiative. Sie nehmen kein Interesse an ihrer Umgebung und ihrem Fortkommen; ihr Blick geht nicht weit in die Zukunft; nur auf den Augenblick sind sie bedacht. Sie sind äusserst leicht bestimmbar, haben keinen ausgeprägten Charakter; sie zeigen keine wahre Selbstständigkeit, kein Selbstbewusstsein, respective ein falsches, ein krankhaft gesteigerte oder auch vermindertes.

Diesem veränderten Selbstbewusstsein, je nachdem sie zugleich ihre Lage empfinden oder nicht empfinden, entspricht auch die Gemüthslage. Sie sind in gewisser Beziehung entweder meist etwas gehobener Stimmung, zeigen im Allgemeinen eine heitere, leichte Lebensauffassung, sind sich ihrer geistigen Schwäche nicht bewusst. Im Gegentheil zeigen sie meist eine gewisse Selbstüberschätzung, suchen durch ihr Aeusseres zu imponiren; aber, wie der Laie richtig sagt, „steckt nichts dahinter“; sie wollen überall den grossen Herrn, den Ersten, spielen; Mittel und Wege dazu sind ihnen gleich, sie werden daher eventuell sogar criminal. Bisher von den Angehörigen nie für krank angesehen, werden sie dann zum Psychiater gebracht und der Tenor des Gutachtens lautet gewöhnlich: es besteht ein leichter Grad von Schwachsinn, aber doch sind sie in gewisser Hinsicht verantwortlich. Sie bilden Jahre lang die Crux der Angehörigen, bis sie schliesslich in die Anstalt kommen und dort als sogenannte „Dégénérés supérieurs“ ebenfalls hervorzuragen versuchen. Sich selbst überlassen und unbeachtet, kommen sie dann so recht aus sich heraus, zeigen dann deutlich ihr läppisches, kindisches Verhalten. Da sieht man erst, dass sie wirklich in den Kinderschuhen gelieben sind.

Ein grosser Theil dieser Fälle läuft gewöhnlich unter der Diagnose: „Moral insanity“. Es muss in den Fällen genau geforscht werden, ob nicht Mangel an Erziehung und missliche äusserliche Verhältnisse den moralischen Defect verursacht haben, vor Allem aber, ob nicht doch auch ein intellectuellder Defect vorhanden ist und dieser wird sich in den allermeisten Fällen nachweisen lassen. Angeborener Defect muss natürlich auch ausgeschlossen werden. Alles dies berücksichtigt, werden die Fälle, die zum Jugendirresein gehören, übrig bleiben.

Neben den Individuen mit der heiteren Gemüthsstimmung findet man auch solche, doch in bedeutend geringerer Anzahl, die deprimirt sind; sie laufen meist unter der Diagnose der Neurastheniker, in schlimmen Fällen der Hypochonder. Sie empfinden ihre wirklich bestehende geistige Verarmung und der Beobachter will sich erst auch noch gar nicht so recht davon überzeugen. Und dieselbe besteht doch. Man wird bei genauer Prüfung Herabsetzung der Aufmerksamkeit, Verarmung an Begriffen, deutliche Urtheilsschwäche feststellen können. Gedächtniss ist dabei ganz intact, ebenso wie die Merkfähigkeit. Subjectiv wird leicht ein Mangel darin empfunden, besteht aber objectiv nicht. Sie zeigen eine absolute Energielosigkeit; in Folge ihres geringen Selbstvertrauens und ihrer geringen Selbstständigkeit, ihres Mangels an Initiative und oft auch Mangels an ethischen Gefühlen sehr grosses Misstrauen gegen ihre Umgebung. Man ist in diesen Fällen anfangs leicht geneigt, auf äussere Momente und Ursachen bei den hypochondrischen Klagen der Patienten zu viel Gewicht zu legen. Wahnideen und Sinnestäuschungen sind nicht vorhanden, wenn man auch gelegentlich darauf Verdacht haben kann, zumal von dem Kranken bei dem mehr und mehr hervortretenden Gefühl der geistigen und körperlichen Unfähigkeit allerlei krankhafte Empfindungen vorgebracht werden. Kraepelin nennt diesen Krankheitsprocess die einfache hypochondrische Verblödung.

Auf den höheren Schulen kann man in den oberen Klassen schon öfter den Beginn derselben sehen; man spricht dann mit einem Mal von Schwachbegabten, die vorher ganz gut oder wenigstens regelmässig „mitkamen.“ Mit Aufbietung aller Kräfte, durch andauernden Nachhülfeunterricht, durch seelische Reizmittel: Erweckung von Ehrgeiz, Furcht vor Strafe (Benda) geht es dann noch eine Zeit lang; aber bald versagen die Individuen doch ganz. Sie zeigen, dass sie jene Grenze geistigen Lebens erreicht haben, die für sie erreichbar war.

In allen Fällen also besteht jedenfalls ein Manquo in geistiger Beziehung: Schwäche des Urtheils bei gut erhaltenem Gedächtniss, Erhaltensein des früher erworbenen geistigen Kapitals bei Unfähigkeit des Neuerwerbs, gelegentlich gute Einzelkenntnisse bei mangelhafter Verwerthung der Lebenserfahrungen und zwar ist es kein Defect im Sinne eines Verlustes, sondern in dem Sinne, dass etwas nicht erworben ist: Mangel an Zuwachs von geistigem Kapital, von Neuerwerbungen, es ist eine mangelhafte unharmonische Ausbildung der geistigen Anlagen, der Fähigkeiten, die in der Pubertät erworben werden. Bisher haben ihre Fähigkeiten ausgereicht. Bei den in der Pubertät erhöhten Anforderungen von Seiten des Lebens reichen sie nun aber nicht mehr aus. Wo die Individuen in's Leben hinaustreten, beweisen sie ihre Unselbstständig-

keit zur Genüge. Es bewährte sich in den Fällen mal wieder klar, dass das Leben ein feinerer Diagnostiker als die Anstalt ist; was Beruf, Gesellschaft, Familie von ihnen fordert, leisten sie nicht: aus Mangel an Anpassungsfähigkeit, Selbstbewusstsein, Vertrauen und Charakterfestigkeit; stumpf gegen edle Neigungen lernen sie nie den Sinn für Familie, Freundschaft und höhere Lebensinteressen kennen.

Man dann von ihnen nicht behaupten, dass sie in geistiger Beziehung einem Menschen vor der Pubertät entsprechen. Die Hirnentwicklung der Pubertät setzt bei ihnen doch ein, aber sie entwickelt sich nur unvollkommen, bleibt rudimentär, kommt niemals zum normalen Abschluss. Die Individuen erlangen eben nicht soviel Wissen und Können, dass sie sich in ihrem Kreise im Leben behaupten können.

Was wird aus ihnen? Etwas Ordentliches nie! Zunächst kommt es auf den Stand, d. h. auf die socialen Verhältnisse, in denen sie aufgewachsen sind, an. Zunächst die, die den besseren Ständen angehören und eine höhere Schule besuchen, machen unter strenger Controlle auch wohl noch gelegentlich ein Examen und mit Stolz wird dies Factum dann dem Psychiater von den Angehörigen entgegengehalten; da bewährte sich bald darauf aber die alte Erfahrung, dass Examina oft nur ein Prüfstein für ein erworbenes Wissen, aber nicht für die Verwerthung desselben oder mit anderem Worte für das Können sind.

Die Individuen, die den besseren und vermögenden Ständen angehören, probiren darauf alle möglichen Berufe durch: die vom Officier, Jurist, Kaufmann, Landwirth; immer ohne Erfolg, ohne jemals auch nur das eigentlich Wesentliche des betreffenden Berufes zu erfassen; bei ihren Manipulationen erleiden sie gewöhnlich schliesslich Schiffbruch, sie collidiren mit dem Strafgesetzbuch; dann erst werden sie zum Psychiater gebracht.

Die Angehörigen der niederen Stände, die criminell werden, wandern bei Nichtbegutachtung oft ungerecht in's Gefängniss; deren Lebenslauf ist natürlich ganz verdorben: sie geben den grossen Theil der Gewohnheitsverbrecher ab. Werden sie einem Psychiater gezeigt, so kommen sie oft in die Fürsorgeerziehung, vorausgesetzt, dass sie das entsprechende Alter haben; meist sind sie aber doch über die Pubertät und damit über das 21. Jahr hinaus, wenn das Manquo zu Tage tritt.

Bei ihnen ist der Nachweis der nicht angeborenen erworbenen intellectuellen Schwäche Grund und Hauptbedingung. Dies ist für die Prognose sehr wichtig. Denn ist das Zurückbleiben der sittlichen Entwicklung auf Mangel an Erziehung zurückzuführen, so ist der Fall besserungsfähig; die Fälle mit intellectuellem Defect aber nicht. Oder einen grossen Theil trifft man unter dem „wandernden Volk“ an; es

sind oft auch solche, die sich umhertreiben und schliesslich ganz der Vagabondage anheimfallen.

Sehr oft spielt der geistige Stillstand eine grosse Rolle beim Militär (Meyer, Ilberg), weil psychopathische Individuen im Militärdienst viel eher scheitern, als in der Freiheit des bürgerlichen Lebens (Meyer). Leider wird dann die Erkrankung oft erst zu spät erkannt, nachdem die Soldaten gewöhnlich schon ungerechter Weise in Strafkompagnien oder in's Gefängniss gekommen sind (Schott, Puppe, Meynert); wohl auch besonders in den Fällen der unerwarteten Selbstmorde und vor Allem auch in criminellen Fällen.

Wie gross ist schon normaler Weise in der Pubertät die Gefahr, criminell zu werden. Die leichte Bestimmbarkeit giebt oft den Anlass zu Diebstählen, das Erwachen der sexuellen Appetenz beim männlichen Geschlecht zu Sittlichkeitsverbrechen, bei dem weiblichen Individuum zum Verfall in die Prostitution, das Erwachen der körperlichen Kraft zu Vergehen und Verbrechen gegen die Person (Puppe). Und wie enorm ist erst die Gefahr, wenn zu dieser Zeit die geistige Entwicklung und speciell die Entwicklung des Urtheils, der Vorstellungen und Begriffe über Ethik, Altruismus stehen bleibt?

Um noch einmal zu recapituliren: es besteht bei der ersten Gruppe nicht ein psychischer Defect im Sinne des Verlustes, ein Rückgang der geistigen Fähigkeiten, sondern ein Ausbleiben des geistigen Fortschritts, ein Stillstand der geistigen Entwicklung zur Zeit der Pubertät.

Man muss deshalb in dem Fall die Defecte nicht als Ausfalls-, sondern als Hemmungssymptome ansehen; denn die Symptome betreffen psychische Leistungen und Eigenschaften, die in diesem Alter, also im Lauf der Pubertätszeit, erworben werden.

Zunächst wird mir entgegnet werden: Weshalb werden die Fälle des degenerativen Irreseins mit hineingezogen? sie bieten doch einen so typischen Verlauf! Warum soll diese Diagnose nicht beibehalten werden? Der Name kann ja auch ruhig dafür bleiben und gebraucht werden. Das Wesentliche an dem Krankheitsbild ist der Verlauf: nämlich der, dass die befallenen Individuen nichts werden; sie führen ein unstetes Leben, beginnen dies, beginnen das, sie bringen es zu nichts. Und weshalb nicht? Was ist die Ursache für einen derartigen Verlauf? Ihre Psyche, ihr Gehirn ist mangelhaft ausgebildet, es zeigt eine ausserordentliche geringe Widerstandsfähigkeit; es ermüdet enorm leicht. Sie können sich in Folge der mangelhaften Ausbildung ihrer intellectuellen Fähigkeiten nicht das erforderliche Urtheil bilden, das sie besitzen müssen, um sich ein Bild von richtigen Beziehungen von ihrer Umgebung

zu sich selbst machen zu können, um sich eine Position im Leben zu schaffen, d. h. productiv thätig sein und ihre Stellung behaupten zu können. Das Gehirn ist mangelhaft, einseitig; es kann nichts Genügendes leisten. Es wird aber auch immer so bleiben; die Individuen ändern sich daher auch nicht. Sie kommen mehr und mehr im Lauf der Zeit herunter! In der frühen Jugend berechtigen sie noch zu den besten Hoffnungen. Gewiss ist nicht zu bezweifeln, dass in manchen Fällen Belastung, wohl auch starke, von Seiten der Vorfahren vorliegt, also der Name: „Degenerirt“ in den Fällen wohl besser zutrifft; aber wie oft liegt auch keine Belastung vor! Ist auch dann das Wort „Degeneration“ im Sinne eines Processes, innerhalb der Generation berechtigt?

Im Sinne Sommer's, der die Degeneration als Bezeichnung des „endogenen Moments“ des Processes aufgefasst haben will, lässt sich das degenerative Irresein am einfachsten als deutlicher Hemmungsprocess erkennen und erklären. Es soll damit nicht gesagt sein, dass die Hemmung oder besser gesagt, der Stillstand der Hirnentwicklung immer ein vollkommener ist, sondern es kann sich eventuell auch nur um eine nicht harmonische Ausbildung handeln, wobei einzelne Functionen, zumal der intellectuellen Seite, durchaus keinen Stillstand in ihrer Entwicklung erlitten zu haben brauchen, im Gegentheil sogar hoch entwickelt sein können.

Der Name „degeneratives“ Irresein bezeichnet vorzüglich den Verlauf der Krankheit, trifft aber nicht das Wesentliche, wodurch dieser Verlauf bedingt ist; nämlich dadurch, dass das Gehirn nicht fertig geworden ist in seiner Ausbildung.

Das degenerative Irresein lässt sich von den beschriebenen Fällen noch weiter abgrenzen. Voraussetzung für seine Diagnose ist der Nachweis der Degeneration, der geführt wird durch erbliche Belastung und Degenerationszeichen, insbesondere auf psychischem Gebiet. Nur eine Häufung dieser Symptome erlaubt die Bezeichnung „Degeneration“. Erst hierauf baut sich das Irresein auf, dessen charakteristische Züge die Unberechenbarkeit des Verlaufs, die Vielgestaltigkeit der Symptome, das plötzliche Einsetzen und Wiederverschwinden sind. Aber es braucht nicht dauernden Defect einzelner psychischer Leistungen zu zeigen, gleichgültig, ob dieser Defect durch Nichtausbildung oder durch Verlust entstanden ist.

Das ist aber bei den Fällen des Jugendirreseins von Wichtigkeit und dadurch lassen sie sich noch schärfer vom degenerativen Irresein abgrenzen. Also: nicht alle Psychosen der Degenerirten sind „degeneratives Irresein“, sondern nur die mit charakteristischem Verlauf. Auch die Prognose ist anders: das degenerative Irresein kann heilen; es bleibt

dann nur die degenerative Grundlage, aber keine Psychose bis eine neue Attaque kommt. Die degenerative Grundlage ist aber kein Ausfall. Bei der Gruppe I ist immer ein Ausfall durch Nichtausbildung da.

Von anderen Autoren würden die Fälle anders bezeichnet werden; Kraepelin würde diesen oder jenen in seine Gruppe der Haltlosen, der krankhaften Lügner und Schwindler, der Nervosität, der constitutionellen Verstimmung rechnen. Das würde nach meiner Meinung wieder sehr symptomatisch klingen, was vermieden werden soll.

Andere würden entgegen: Was bleibt da noch für die Rubrik „Moral insanity“ übrig? Zunächst giebt es überhaupt keine reine Moral insanity, dann gehören auch nicht alle Fälle in die oben angeführte Gruppe des geistigen Stillstandes; die sog. „Moral insanity“ hat ganz verschiedene Ursachen; es können Fälle von Imbecillität oder einem geistigen Stillstand in der Pubertät oder Fälle im Sinne eines Erziehungsdefectes sein. Schon Binswanger hat darauf gedrungen, den Ausdruck „Moral insanity“ ganz zu meiden und alle erworbenen moralischen Irreseinbilder einfach auf die Grundursachen zurückzuführen und sie nach Krankheitsformen, denen sie zugehören, zu benennen. Auch Möller, Cramer, Näcke haben dies verschiedentlich betont. Fälle im Sinne einer Imbecillität oder eines Erziehungsdefectes gehören hier nicht hinein. Nur die Fälle sind gemeint, bei denen die ersten Momente sicher ausgeschaltet sind. Liegt Imbecillität vor, so sind die Kinder schon vor der Pubertät abnorm gewesen, man muss sich nur genau erkundigen, muss Urtheil der Lehrer und fremder Personen hören, nicht nur die Ansichten der Eltern, die wohl zu leicht geneigt sind, eine acute Erkrankung, einen plötzlichen Anfang anzunehmen. Es werden sich neben dem ethischen Defect auch in den früheren Jahren Defecte der Aufmerksamkeit, Auffälligkeit der Handlungsweisen, kurz auffallende Abweichung von dem Wesen und Verhalten der anderen Kinder in dem gleichen Alter nachweisen lassen, wenn die ganze Lebensführung genau untersucht wird.

Auch Erziehungsdefecte müssen sorgfältig ausgeschaltet werden, denn es ist klar ohne Zweifel, dass „schlechte Erziehung, mangelhafter Schulbesuch, andauernde Entbehrung geistiger Anregung, schlechte Ernährung, unregelmässiges Leben“ (Bonhoeffer) hochgradige Defecte des Wissens und eine im Ganzen ausschliesslich egoistische, moralische, tiefstehende Denkrichtung erzeugen können (Tuczek).

Der Unterschied gegen unsere Fälle — und das ist das Wichtigste — ist das, dass die sog. Moral insanity auf Basis des Erziehungsdefectes besserungsfähig ist, die zur Gruppe I gehörigen Fälle aber nicht. Selbst die beste Erziehung und ärztliche Aufsicht und Beobachtung macht sie



nicht gesund, wohl für diese oder jene Beschäftigung bei genauer Berücksichtigung der krankhaften Symptome noch brauchbar; diese verschwinden aber nicht.

Eine andere Einwendung könnte noch gemacht werden: Warum sind das nicht Fälle, die zur Imbecillität gehören? Gewiss, es sind eigentlich auch solche Fälle, aber man müsste sagen Imbecillität der Pubertätsperiode, um verstehen zu geben, dass der Stillstand erst in dieser Zeit aufgetreten ist. Es ist aber der gleiche Process, den man sonst gewöhnlich unter Imbecillität versteht, nur in einem späteren Lebensalter. Differentialdiagnostisch gegen angeborenen Schwachsinn muss hervorgehoben werden, dass bei der Entwicklungshemmung in der Pubertät niemals leiden die sogenannten niederen Functionen: die Orientirung über Zeit, Raum und Umgebung, das Gedächtniss und die Fähigkeit, mechanische Arbeiten zu leisten, also nur die höheren geistigen Functionen eine Einbusse oder richtiger gesagt: eine Nichtvervollkommenung erleiden.

Differentialdiagnostisch kommt vor Allem noch die chronische nervöse Erschöpfung in Betracht. Die wesentlichsten Unterschiede sind einmal, dass die chronische nervöse Erschöpfung eine äussere Ursache hat, meistens Ueberarbeitung und Ueberanstrengung oder sexuelle Ausschweifungen und zweitens, dass nach entsprechenden Ruhepausen völlige Erholung und Heilung eintritt. Immerhin sind auch solche Fälle nicht zu leicht zu nehmen, aber vor Allem muss man sich sehr vorsehen, dass nicht unter zu grosser Berücksichtigung der äusseren Momente, die stets sofort als Ursache angegeben werden, gewisse wirklich womöglich schon vorhandene intellectuelle Defecte als geistige Interessenlosigkeit und mangelnde Initiative, kurz eine gewisse geistige Stumpfheit nicht beachtet werden, somit der Beginn des geistigen Stillstandes ausser Acht gelassen wird.

Auch an eine beginnende Hypochondrie wäre zu denken. Aber die Hypochondrie ist, wie Wollenberg erst kürzlich in einem umfangreichen Referat festgestellt hat, nicht eine Krankheit *sui generis*, sondern hat nur eine symptomatische Bedeutung.

Ein Moment ist noch hervorzuheben, das ist bei allen diesen Individuen die eklatant vorhandene Intoleranz gegen Alkohol. Bei einzelnen eben angeführten Kranken wurde direct der Versuch mit grösseren Alkoholgaben gemacht und stets der gleiche Erfolg; auch immer somatisch nachzuweisen träge Reactionen der Pupillen und träges oder aufgehobenes Kniephänomen; beides Symptome, die für eine Schädigung des Centralnervensystems in Folge der geringen Widerstandsfähigkeit sprechen. Ein zweites Moment ist die enorm starke sexuelle Appetenz,

wenn auch damit noch nicht gesagt sein soll, dass sie auf normale Weise befriedigt wird.

Nochmals eng zusammengefasst, es handelt sich in diesen Fällen um einen Stillstand der geistigen Entwicklung. Da der geistigen Erkrankung in der Pubertät oft eine Hysterie, Neurasthenie oder Hypochondrie vorangeht (Pick, Jastrowitz, Desci, Anton), so kann bei einer Charakterveränderung eines Individuums in der Pubertät nicht genügend zur Vorsicht gewarnt werden. Gewöhnlich sind genannte Erkrankungen in den Fällen gar nicht Krankheiten per se, sondern sozusagen das echte Symptom der viel schwereren Affection, der Minderung der Intelligenz. Für den Laien wichtig die Charakterveränderung: gewöhnlich das Gegentheil wie bisher, gewöhnlich Labilität der Stimmung. Der Psychiater kann dann aber schon Armuth an Gedanken und Vorstellungen im Verhältniss zu dem, was man nach dem Alter und der Erziehung erwarten sollte, Schwäche der Aufmerksamkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Schwäche der Energie, vor allem Kritik- und Urtheilsschwäche feststellen. Schott betont da mit Recht Wollenberg's Ansicht, dass man diese Momente bei Berücksichtigung der geistigen und körperlichen Persönlichkeit im ganzen findet; es besteht eben eine gänzliche Umwandlung der Persönlichkeit; sie fallen aus ihrem Milieu heraus. Dabei sind Gedächtniss und Merkfähigkeit nicht gestört, Orientierung bleibt stets erhalten, früher erworbene Kenntnisse bestehen fort.

So kann der Krankheitszustand bleiben. Eventuell kann der Process auch weiter gehen, sich zur Psychose entwickeln. Oder mit anderen Worten gesagt: es kann bei einem einfachen Stillstand bleiben, oder es kann sich an denselben ein weiterer Ausfall anschliessen: wir haben dann das Bild der Psychose.

## Theil II.

### **Psychosen in der Pubertät, die zur Ausheilung kommen oder zum geistigen Stillstand führen.**

Ich schliesse hieran die Fälle, bei denen die geistige Erkrankung in der Pubertät in Form einer Psychose aufgetreten ist und bei denen die Psychose ganz ausgeheilt ist oder zum Stillstand der geistigen Entwicklung geführt hat.

Fall 1: E. M., Haustochter, 18 Jahre alt. 12. December 1901 bis 1. Juli 1902.

Vater nervös. Patientin bis Pubertät normal entwickelt. In der Pension subacut erkrankt: somatopsychische Wahnideen, Eigenbeziehung und unstetes Wesen. Verwirrtheit mit Hallucinationen. Hemmung. Freier.

Entlassen. Gleich darauf neu aufgenommen. Hallucinationen ohne Verwirrtheit. Angst. Geheilt. Jetzt in Stellung.

Anamnese: Vater macht einen sehr nervösen Eindruck, Facialistic. Patientin ist im grossen und ganzen stets gesund gewesen. Hat sich in normaler Weise entwickelt und hat in der Schule nichts Abnormes gezeigt. Nach der Confirmation verrichtete sie zu Hause zur Zufriedenheit alle häuslichen Arbeiten. In der Pension wurde sie sonderbar, zeitweise ängstlich, glaubte sich von dem Hausherrn und ihren Mitpensionärinnen hypnotisirt, beschäftigte sich nicht mehr, sass in ihrem Zimmer still für sich. Sie glaubte immer, man krame in ihren Sachen. Nachts lief sie umher, zündete Streichhölzer an und suchte nach Personen. Gelegentlich lief sie fort.

Status: Wird am 20. Juni 1900 in die hiesige Anstalt aufgenommen. Ist sehr lebhaft, verwirrt, giebt keine geordneten Antworten, erzählt viel durcheinander, verkennt die Personen und hält sie für Verwandte. Gesichtsausdruck meist starr. Sie ist abweisend. Sie antwortet auf Fragen nicht und befolgt die meisten Aufforderungen nur langsam und zögernd. Ihr ganzes Benehmen macht einen stark gehemmten und abgelenkten Eindruck. Bei den Besuchen deckt sie sich mit Vorliebe das Gesicht mit den Händen zu. Spricht garnicht oder nur mit leiser Stimme „ja“ oder „nein“. Sitzt theilnahmslos in den Ecken umher. Für das Vorhandensein von Sinnestäuschungen besteht nach einiger Zeit kein Anhaltspunkt mehr. So wird sie im October 1900 entlassen und hat sich dann auch bis zum December des Jahres 1901 zu Hause gut gehalten. Dann erkrankte sie bei Besuch von Verwandten von Neuem, indem sie leise vor sich hinsprach, zeitweise auch in Schimpfworte ausbrach.

Neuaufnahme: Grazil. Mässig genährt.

Status: Blass. Hirnnerven nichts Besonderes. Schädel symmetrisch. Patellar-Reflex beiderseits leicht gesteigert. Links: Genu recurvatum.

Psychisch: Es bestehen Anfangs Sinnestäuschungen und hochgradige ängstliche Verstimmungen. Sie ist verwirrt und ungeordnet, wird aber im Laufe der nächsten Monate klarer und wird auf Wunsch ihrer Angehörigen entlassen.

Katamnese: Katamnestic wurde jetzt festgestellt, dass Patientin zum 1. Mai cr. etwa im elterlichen Haushalt thätig war und die häuslichen Arbeiten unter Leitung ihrer Mutter befriedigend besorgt hat. Ihr Gesundheitszustand war ein guter, sie hatte guten Humor, und es hat ihr in den letzten zwei Jahren niemand anmerken können, dass dieselbe geistig eine derartig schwere Krankheitsperiode hat durchmachen müssen. Ihr Gedächtniss, wie ihre Verstandeskkräfte sind scharf und hat sie für alles Interesse, nicht allein, was sonst die grosse Mehrzahl der Frauen interessirt, sondern auch für politische und andere Begebenheiten, welche täglich von den Tageszeitungen berichtet werden. — Bei den Schularbeiten ihres etwa 11jährigen Bruders, welcher etwas schwer lernt, ist sie eine tüchtige Hülfe gewesen und hatte sich bei dieser

Gelegenheit z. B. von Lateinisch, welches sie in der Töcherschule nicht gehabt hatte, Vocabeln und Satzbildung angeeignet. — Wir hielten sie jetzt für vollständig gesund und haben ihr jetzt gestattet, seit 1. Mai Stellung bei einer Dame in O. anzunehmen, wo sie für  $\frac{1}{2}$  Jahr den Haushalt erlernt. — Ihren Briefen nach hat sie viel Arbeit, ist dabei aber scheinbar ganz vergnügt; das letzte Mal schrieb sie, sie habe an Körpergewicht zugenommen. — — So der Vater.

Fall 2. E. K., Haustochter, 18. Jahre alt. 29. November 1898 bis 17. Juli 1899.

Keine Heredität. März 1897: subacut. Verändertes Wesen. Stimmungswechsel, Hallucinationen, Eigenbeziehungen. August 1898: gehobene Stimmung, Grössenideen. Hemmung. Stupor. Erregung. Affect- und interesselos. Entlassung. Zu Haus weiter gebessert. Ganz geheilt.

Anamnese: Keine Heredität. In der Kindheit recht schwächlich, nach der Confirmation jedoch kräftig entwickelt. Während der Schulzeit viel Ohnmacht und Kopfschmerzen. Keine besonderen Eigenthümlichkeiten. Stets lebhaft und heiter. März 1897 wurde sie menschen-scheu. Ihre Stimmung wechselte sehr. Bald lachte sie, bald weinte sie. Viel Gehörstäuschungen mit Eigenbeziehungen. Der Zustand ging vorüber; die Stimmung wurde gleichmässiger. Sie beschäftigte sich wieder mit Handarbeiten und etwas im Haushalt. Ende August 1898 wieder grössere Unruhe in ihrem Wesen: unset, vergnügungssüchtig, hochgradige Selbstüberschätzung. Die verwegenen Pläne. Dichtete inhalts- und sinnlos. Gegen die Angehörigen sehr gereizt; oft gewalthätig. Diesmal keine Wahnideen oder Hallucinationen.

Status: Körperlich ziemlich kräftiges, gut genährtes Mädchen. Keine Innervationsstörungen.

Reflexe normal: auch sonst o. B.

Psychisch: Anfangs unruhig und unset in ihrem Wesen. Aeusserte die verschiedensten Grössenideen; sie wollte grosse Feste arrangiren, renommirt von Officieren und Studenten, schreibt die sinn- und zusammenhanglosesten Briefe, die zum Theil überhaupt nur aus Strichen und albernem Gekritzel bestehen. Prahlt, sie hätte eine hervorragende Abstammung. Zeitweise ist sie zerstörungssüchtig. December wird sie zusehends ruhiger, bald aber auch unzugänglich. Will man ihr die Hand geben, so zieht sie ihre eigene Hand unwillig zurück. Mitte December machte sie einen gehemmten Eindruck. Es tritt dann ausgesprochener Negativismus ein. Im Februar: Stupor. Sie liegt theilnahms- und regungslos im Bett. Sie spricht garnicht, öffnet sozusagen ihren Mund nur um Nahrung in sich aufzunehmen. März sitzt sie gewöhnlich in einer Ecke, hält sich die Schürze vor das Gesicht und starrt in die Weite. Ihre einzige Antwort, die sie giebt, ist nur: „Gut“ auf Befragen, wie es ihr ginge. Im April geringer Erregungszustand, indem sie erreichbare Gegenstände zerschlägt. Im Sommer tritt Beruhigung ein. Immerhin zeigt sie kein

Interesse für Beschäftigung. Ungefragt spricht sie überhaupt wenig oder garnicht und dann nur mit leiser Stimme. Bei Mittheilungen und Briefen von Seiten ihrer Angehörigen wenig Affect. August wird sie von ihren Angehörigen in diesem Zustand abgeholt.

Katamnese: Katamnestic wurde jetzt festgestellt, dass das Allgemeinbefinden der Patientin sich nach der Entlassung aus der Anstalt bedeutend gebessert hat. Sie beschäftigte sich wieder wie früher, hat an allem Interesse, die geistigen Fähigkeiten haben wohl dieselbe Höhe erreicht wie vor der Erkrankung.

Fall 3. P. Sch. aus G. 22. April 1902 bis 8. November 1902.

Keine Heredität. Entwicklung bis Pubertät normal. Frühjahr 1902 subacut. Grössenideen, Gehörs- und Gesichtshallucinationen, unstetes Wesen, motorische Unruhe. Orientirt. Incohaerenz. Ideenflucht. Erregung. Geheilt. In guter Stellung. Wiederholt persönlich vorgestellt.

Anamnese: Keine Heredität. Patient hat viele Krankheiten durchgemacht, aber sonst gesund. Ohne Störung die Realschule absolviert. Einjährig gedient. Seit 1 Jahr Angestellter der „D. B.“ in B. Vor einem halben Jahre Lues. Seit kurzer Zeit Unruhe, unstetes Wesen, planloses Umherreisen, wechselnde Wahnideen.

Status: Körperlich kräftig, keine Besonderheiten.

Psychisch: Orientirt, ruhiges und geordnetes Verhalten. Sehr viel Geichts- und Gehörshallucinationen. Auf Grund dieser wechselnden Grössenideen, ihm gehöre die „D. B.“, er müsse alles reformiren etc. Bald kurz dauernde Erregungszustände, ideenflüchtige Reden. Stimmung gehoben. Unruhe nimmt mit der Zeit enorm zu. Blick meist starr gegen die Decke. Viel Selbstgespräche in Form eines Dialoges. Ursache derselben: Hallucinationen. Grössenideen bestehen fort. Stimmung: ausgesprochen heiter. Nach 5–6 Wochen tritt die motorische Unruhe zurück. Die gehobene Stimmung, hochgradige Ideenflucht und Incohärenz im Vorstellungsablauf bestehen fort. Hält stundenlang grosse Reden. Nach weiteren 4 Wochen werden seine Antworten geordnet. Kurzer Rückfall in einen Erregungszustand, bei dem Sinnestäuschungen auf Grund früherer militärischer Erinnerungen eine grosse Rolle spielen. 5 Monate nach der Aufnahme wird er dauernd ruhig und geordnet, hält sich lange ausserhalb der Anstalt auf und kann gebessert entlassen werden. 6 Wochen vor seiner Entlassung schreibt er noch das unsinnigste Zeug, das die Form eines Briefes haben soll, zusammen.

Katamnese. Nach einem halben Jahre stellt er sich wieder vor und ist völlig klar, geordnet, in guter Stellung, psychisch völlig gesund. Keinerlei Defecte in der Urtheils- und Kritikfähigkeit, im Gedächtniss, und in der ganzen Intelligenzbreite. Wie auch noch später festgestellt werden konnte, hielt er sich im Leben gut.

Fall 4. Hereditär belastet. (Grossvater und 2 Schwestern geisteskrank.) Patient bisher gesund und normal entwickelt. Stets reizbar.

Mit 23 Jahren acut: Grössenideen. Hallucinationen. Verwirrtheit. Stimmungswechsel. Kindische Incobärescenz. Erregung klingt ab. Gebessert nach 4 Monaten entlassen. Hemmung. Dann ganz geheilt. Intoleranz gegen Alkohol zurückgeblieben.

Fall 4. F. Sch., Techniker, 23 Jahre alt. 15. Juli 1901 bis 19. November 1901.

Anamnese. Grossvater und zwei Schwestern vorübergehend geisteskrank, jetzt todt bzw. gesund. Patient selbst gesund gewesen und hat sich ohne Störung entwickelt; jedoch sehr lebhaft, aufbrausend und zu Gewaltthätigkeiten geneigt. Bestand die Prüfung für den einjährigen Dienst, wurde Techniker und hat seinen Beruf stets sehr gewissenhaft ausgefüllt. Religiösen Fragen gegenüber ziemlich gleichgültig. Im Alkoholgenuss bis auf die letzten Monate mässig. Im April 1901 plötzlich erkrankt. Unsinnige Briefe an die Angehörigen: er habe das verschleierte Bild zu Sais gesehen, sei von Gott zu grossen Dingen berufen. Es sei ihm die Erleuchtung gekommen: mein Bild ist das eines Schriftstellers, eines „Helden der Feder“. „Ich gehöre, wenn auch nicht zu den Auserwählten, so doch zu den Berufenen“. Pathetische, zusammenhanglose Sprache von religiösen Dingen, Citaten und Bibelstellen. Dann plötzlich verändert, äusserst heiter, macht Witze, wird vorlaut, querulirt gegen Angehörige. Renitent und aggressiv. Unreinlich. Völlig verwirrte Reden.

Status. Körperlich: Mittelgross, mässig kräftig. Keine Asymmetrie. Ohrfläppchen nicht angewachsen. Gaumen sehr hoch. Zunge zittert. Keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Reflexe bis auf die Patellarreflexe, die beiderseits gleich und herabgesetzt sind, normal.

Psychisch: Oertlich recht gut orientirt. Macht den Eindruck eines müden, leicht erschöpfbaren Menschen. Zeitlich nur mangelhaft orientirt. Für die Umgebung nicht viel Interessé. Hallucinationen werden zugegeben. Grössenideen wechselnd. Bei der Unterhaltung schweift er ab. Es kommt alles durcheinander. Trotzdem kann man sagen, dass seine Bildung und seine Kenntnisse seinem Stande entsprechen. Das Erinnerungsvermögen für früher und später ist gut. Die Stimmung wechselt fortwährend: in dem einen Augenblicke zugänglich und vertrauend, in dem anderen fängt er an zu schimpfen und schreit: „Fragen Sie mich nicht so dumm!“ Er ist reinlich und besorgt sich selbst. Im August gewinnt man den Eindruck eines recht albernen und läppischen Wesens. Er lacht unmotivirt und macht kindische Schnäcke, fügt in seine meist recht verfahrenen Reden in ganz sinnloser Weise Sprichwörter ein. Dabei scheint er zu halluciniren, spricht von Stimmen, die er von aussen hört, will sich auf Näheres aber nicht einlassen und schweift ab. Manchmal antwortet er mit Witzen oder giebt ganz verkehrte Antworten und ist nach kurzer Zeit nicht mehr zu fixiren. Er liest ab und zu etwas, zeigt sonst aber gar keinen Trieb zur Arbeit. Beschäftigt sich nicht. Zeitweise etwas erregt. Auch im Herbst zeigt er noch das gleiche läppische und alberne Wesen, schwatzt den grössten Unfug. Dazwischen wieder leidlich und zugänglich. Zur Beschäftigung noch nicht zu gebrauchen. Spricht meistens in ganz zerfahrener

Weise, dabei in hochnäsigem und anmassendem Tone. Hat zeitweise die tollsten Pläne. Im November hat er sich eine ganze Zeit hindurch ruhig verhalten. Macht den Eindruck, als ob er sehr von seinen Fähigkeiten überzeugt wäre. Schnoddrig in seinen Bemerkungen. Bisweilen auch albern und kindisch. In diesem Zustande entlassen.

Katamnese: Katamnestic konnte jetzt festgestellt werden, dass Patient „im Februar 1902 in der K.-Fabrik seine Beschäftigung wieder aufgenommen hat und dort bis Juni v. J. verblieben ist. Seit dieser Zeit ist er in B. M. als Constructeur bei S. & R. beschäftigt. Die Stimmung ist gut, er ist körperlich sehr kräftig und geistig befähigt. Symptome seiner Erkrankung sind nicht mehr zu erkennen; ebensowenig eine Veränderung in seinem Wesen und Verhalten im Vergleich zu dem der Zeit vor seiner Erkrankung. Während der Zeit vom November 1901 bis Februar 1902 hat er sich wissenschaftlich beschäftigt; die erste Zeit nach seiner Entlassung war er etwas wortkarg. Nachdem er wieder Stellung gefunden, wurde er gesprächiger und geistig regsamer. Alkoholhaltige Getränke geniesst er in mässigen Mengen. Von seinem Aufenthalt in G. spricht er mit grosser Dankbarkeit über die ihm dort zu Theil gewordene humane Behandlung. Als er sich beim Militär untersuchen liess, wurde er für körperlich sehr kräftig und für völlig gesund befunden; auf Grund Ihres (Göttinger Anstalt) Attestes ist er vom Militärdienst befreit worden“.

Fall 5. L. W., Hausmädchen. 22 Jahre alt. 24. Februar 1903 bis 24. März 1903.

Schwer belastet (Grossmutter väterlicherseits und Grossvater mütterlicherseits Potatoren; Mutter und Schwester geisteskrank). Patientin normal entwickelt. Vor 3 Jahren geisteskrank. Jetzt mit 22 Jahren acut mit motorischer Unruhe und heiterer Stimmung erkrankt. Orientirt. Incohärenz. Ideenflucht. Nach kurzer Zeit entlassen. Gesund geblieben. In Stellung.

Anamnese: Grossmutter väterlicherseits und Grossvater mütterlicherseits Potatoren. Mutter und Schwester vorübergehend geisteskrank. Ueber Abnormalitäten in der Kindheit und Jugend ist bei Patientin nichts bekannt. 1900 war sie schon einmal 4—5 Monate wegen ähnlicher Zustände in der Marburger Anstalt. Seit einigen Tagen ist die Kranke sehr aufgereggt, singt und betet viel. Wird dadurch anderen Personen lästig.

Status. Körperlich: Nichts Besonderes.

Psychisch: Leicht heiter; völlig orientirt. Antwortet lebhaft auf alle Fragen. Geht lebhaft im Zimmer auf und ab. In den nächsten Tagen stets freundlich und ruhig. Vorübergehend geringe Verstimmung. In den nächsten Wochen wird die Stimmung ganz gleichmässig und freundlich und Pat. wird, da sie sich in letzter Zeit sehr fleissig gezeigt hat, geheilt entlassen.

Katamnese: Jetzt wurde katamnestisch in Erfahrung gebracht, dass Patientin „Mai 1903 wieder in Stelle getreten ist zu Marburg, wo sie auch jetzt noch ist. Es ist bis jetzt keinerlei Veränderung, auch kein Rückfall eingetreten“.

Fall 6. E. Sch., Dienstmädchen, 25 Jahre alt. 1. November 1904 bis 25. Juni 1905.

Ueber Heredität keine sicheren Angaben. Bisher gesund und normal entwickelt; etwas phantastisch. Subacut: Hypomanisch. Verwirrtheit. Stimmungswechsel. Hallucinationen. Ideenflucht. Motorische Unruhe. Katatone Symptome. Angst. Incohärenz. Maniakalisch. Vorübergehend klar. Deprimirt. Krankheitseinsicht nach sechs Monaten. Stimmungswechsel. Läppisch. Geordnet im Benehmen (nach weiteren 2 Monaten) völlig geheilt.

Anamnese. Nach Angaben des Vaters keine Heredität; nach einem Bericht des Arztes: Grossvater und eine Tante geisteskrank. Patientin bisher nicht krank gewesen, hat in den Entwicklungsjahren nichts Besonderes geboten; allerdings immer etwas phantastisch und theatralisch. In letzter Zeit männertoll. Ursache der Krankheit: Aussichtslose Liebe zu dem Sohne eines Directors eines grösseren Werkes.

Status. Körperlich: Mässiger Ernährungszustand. Kindlicher Habitus. Reflexe gesteigert. Hyperalgesie. Sonst normaler Befund.

Psychisch: Völlig verwirrt. Aeusserst labile Stimmung, bald äusserst heiter, bald ängstlich. Mangelhaft orientirt. Schwer zu fixiren. Ideenflucht. Incohärenz mit Metamorphose. Motorische Unruhe mit Zerstörungstrieb. Gelegentlich Echolalie und Reimsucht. Hallucinationen nicht sicher nachzuweisen.

Katamnese: Nach 3 Wochen treten Angstaffecte in den Hintergrund. Etwas mehr geordnete und gewollte Bewegungen. Nach weiteren drei Wochen dann ausgesprochen maniakalisches Zustandsbild; grösstentheils orientirt, vor Allem auto- und somatopsychisch. Körpergewicht nimmt rapide ab. Nach  $3\frac{1}{2}$  Monaten völlig orientirt, wie aus einem Brief an die Angehörigen hervorgeht, der zu Anfang und zu Ende ganz correct ist, in der Mitte Incohärenz zeigt. Nach einem weiteren Monat auffallend läppisch und albern; motorische Unruhe und Incohärenz mit Ideenflucht sehr zurückgetreten. Stimmung meist deprimirt. Mitte März: Beginnende Krankheitseinsicht: gute Rückerinnerungen an die bestandene Krankheit, nur für allererste Zeit besteht Amnesie. Giebt frühere Hallucinationen zu. Aeusserst labile Stimmung. Immermehr wachsendes Interesse für Umgebung und Vorgänge in derselben. Völlig intactes Urtheils- und Kritikvermögen zu erkennen. Keinerlei Intelligenzdefect. Stets freundlich, bescheiden und geordnet. Der Plan, sie einer anderen Provinzial-Anstalt der Heimath zuzuführen, wird wegen der



immer zunehmender Besserung, aufgegeben. 25. April 1905 von der Mutter nach Hause geholt. Völlige Krankheitseinsicht; wohl noch etwas heiter und läppisch. Später aus der Heimath selbst verfasste gute Berichte an den Abtheilungsarzt.

Fall 7. K. v. E., Dienstmädchen, 21 Jahre alt. 18. März 1897 bis 8. April 1898.

Grossmutter väterlicherseits und Vater geisteskrank. Normal entwickelt. Subcut: verändertes Wesen; auffallend religiös. Motorische Unruhe. Maniakalisch. Deliriumartige Verwirrtheit. Nach einigen Wochen geheilt entlassen. Gesund geblieben. Jetzt als Haushälterin in Stellung.

Anamnese: Die Grossmutter väterlicherseits geisteskrank. Der Vater vor 6 Jahren schmerzmüthig. Patientin hat sich normal entwickelt; soll stets ein aufgewecktes ordentliches Mädchen gewesen sein. Seit dem 14. Jahre diente sie, ohne je zu Klagen Veranlassung gegeben zu haben. Februar d. J. erkrankte sie, wurde sehr religiös, sang viel Bibelsprüche und Gesangbuchverse, ging auffallend viel in die Kirche. Mit der Zeit erregt und aggressiv gegen die Angehörigen, so dass sie „gefesselt“ werden musste.

Status: Körperlich: Kräftiges Mädchen. Blühendes Aussehen. Mittlere Grösse. Keine Abnormitäten in nervöser Beziehung.

Psychisch: Erregt und gegen die Umgebung aggressiv. Wird isolirt. Lärmt sehr viel. Stimmung ausgelassen heiter. Spricht sehr viel. Ideenflucht und Incohärenz. Verkennung der Umgebung. Ueber die Zeit nicht orientirt. Hallucinirt, sieht Thiere und sammelt die verschiedensten Sachen zusammen. Nässt ein, zeigt Neigung zu allerlei Neckereien. Nach kurzer Zeit der Ruhe wieder sehr erregt. Zerstört und zerreisst alle erreichbaren Gegenstände. Ihre Reden sind immer noch ideenflüchtig und incohärent. Im Juni tritt die motorische Unruhe zurück. Sie zeigt auch etwas Interesse für Arbeit. Man kann sich mit ihr unterhalten. Ihr Wesen wird ordentlich, fleissig und freundlich. Fragen beantwortet sie sachgemäss und in diesem Zustand wird sie dann geheilt im April entlassen.

Katamnese: Katamnesticch konnte festgestellt werden, dass Patientin nach der Entlassung als Dienstmädchen wie früher thätig war, keinerlei psychische Abnormitäten bot und später sogar als Haushälterin sich ihr Brod verdiente.

Fall 7a. E. H., Haustochter. 18 Jahre alt. 21. Septemb. 1899 bis 3. Juni 1901.

Vater geisteskrank. Mutter hysterisch. 1 Schwester geisteskrank. Patientin stets gesund gewesen, normal entwickelt. Mit 18 Jahren acut erkrankt. Erregung. Dann Hemmung und Depression. Verwirrtheit. Hallucinationen. Maniakalisch. Unreinlich. Hemmung. Erregung

gleichmässiger. Läppisch. Gebessert entlassen. Zu Hause ganz geheilt. Kein Recidiv.

Anamnese: Vater macht einen etwas paranoikerhaften Eindruck, glaubt sich verfolgt, hört Stimmen auf der Strasse. Mutter angeblich hysterisch. Eine Schwester in der Jugend geisteskrank, noch nicht geheilt. Die Kranke selbst ist bis zum Eintritt der jetzigen Erkrankung stets gesund gewesen und hat sich auch immer normal verhalten. Menses stets regelmässig und ohne Störung. Die jetzige Erkrankung setzte ein mit einer Erregung, der sich bald aber ein apathischer Zustand anschloss, in dem sich die Kranke in sich gekehrt zeigte, keine Antworten gab und gefüttert werden musste.

Status: Körperlich: Klein, gracil gebaut. Schädel symmetrisch. Keine Störung der Sensibilität und Motilität. Keine hysterischen Stigmata.

Psychisch: Bei der Aufnahme verwirrt. Sie hallucinirt viel, behauptet ständig, ihre Angehörigen wären hier in der Stadt. Sie versucht jeden zu umarmen, hat auffallende theatralische Haltungen. Sie singt ab und zu, spricht viel und ist namentlich Nachts sehr unruhig. Nach einigen Wochen wurde sie ruhiger, starrte dann aber viel auf einen Fleck, bewegte theatralisch die Arme und spricht leise vor sich hin. Gesichtsausdruck ekstatisch, zeitweise Nahrungsverweigerung. In ihren Bedürfnissen oft unreinlich. Sie onanirt viel. Später liegt sie unbeweglich in ihrem Bett und starrt nach der Decke. Sie antwortet nicht auf Fragen, gelegentlich vielleicht mit einem Lachen, reagiert aber auf Nadelstiche. In der nächsten Zeit wird sie immer apathischer, drückt sich theilnahmslos mit untergeschlagenen Armen und vor sich hinstarrend in den Ecken umher. Wird sie beobachtet oder angeredet, so bricht sie in ein lautes Lachen aus, giebt keinerlei Antworten, kümmert sich nicht um ihre Umgebung. So in eine andere Irrenanstalt entlassen.

10. Februar 1901 bis 3. Juni 1901.

Nimmt keine Notiz von der Umgebung; wirft sich zwangsmässig laut lachend im Bett hin und her, spricht oft momentan einzelne Worte oder inarticulirte Laute vor sich hin. Recht unreinlich. Entblösst sich oft in unanständiger Weise. Beim Anreden noch wilder. Toilette ganz in Unordnung. Haar ganz wirr, theilnahmslos, unterhält sich nie.

5. August. Unfähig zu jeder Mittheilung, läppisch, heiter, sinnlos in ihren Handlungen, sehr stönend, schmutzig, rücksichtslos, brutal gegen Umgebung; schmiert.

20. October. Beim Ansprechen lacht sie albern.

26. December. Weihnachtsfeier macht wenig Eindruck.

20. Januar. Neigt noch sehr zu abrupten Handlungen.

30. März. Wird ruhiger, spricht hier und dort ganz correct, beginnt Interesse für die Umgebung zu zeigen, benimmt sich aber dem Arzt gegenüber immer noch in läppischer Weise.

18. April. Auch dem Arzt gegenüber geordneter. Hat nichts mehr von dem Läppischen, was vor Kurzem noch so charakteristisch für sie war, doch etwas verlegen.

30. April. Wird immer beweglicher und freier.

15. Mai. Stets freundlich und bescheiden, ruhig und geordnet.

3. Juni 1901. Entlassen.

Katamnese: Zeigte zu Hause keinerlei auffälliges Wesen, war stets gleichmässig, fröhlicher Stimmung und zeigte immer Neigung zur Beschäftigung. Sie war in Allem wie vor ihrer Erkrankung.

Fall 8. H. W., Dienstmädchen, 22. Jahre alt. 14. März 1902 bis 29. Juli 1902.

Vater an Gehirnerweichung †. Patientin normal entwickelt. Mit 22 Jahren acute Verwirrtheit. Stimmungswechsel. Melancholisch. Angst. Hallucinationen. Rathlos. Orientirt. Depression. Monatelang frei. Hemmung. Angst. Hallucinationen. Gebessert entlassen. Zu Hause schreitet Besserung fort. Geheilt (nach ca.  $\frac{1}{2}$  Jahr). Jetzt in verantwortungsvoller Stellung.

Anamnese: Vater an Gehirnerweichung mit Krämpfen gestorben. Pat. hat sich normal entwickelt, in der Schule gut gelernt. Im Dienst stets zur Zufriedenheit gearbeitet. Vor einer Woche plötzlich erkrankt. Aeussert Versündigungsideen und Selbstvorwürfe. Dann widerspenstig, verwirrt. Führt Aufträge unrichtig aus. Stimmung wechselt sehr. Macht die unsinnigsten Liebeserklärungen auf Postkarten. Glaubt Feuer zu sehen. Aeussert Angst.

Status. Körperlich: Mittलगross, gracil gebaut. Blass. Schädel regelmässig. Keine Innervationsstörungen. Ohr läppchen angewachsen. Reflexe normal. Sensibilität intact. Keine hysterische Stigmata.

Psychisch: Bei der Aufnahme völlig rathloser und fragender Gesichtsausdruck. In den nächsten Tagen gut orientirt. Giebt ruhig jede verlangte Auskunft, behauptet, gesund zu sein. In den nächsten Tagen wird die Stimmung weinerlich. Sie äussert Versündigungsideen: sie sei ein schlechtes Kind, hätte ihre Mutter verlassen. Dies Stadium dauert nur kurze Zeit an. Dann wird sie wieder zunehmend freier, macht sich sehr nett. Fängt an, sich selbst zu besorgen, zeigt auch Interesse für Beschäftigung. Handarbeit tüchtig. Im April zeigt sie noch einen gewissen Grad von Hemmung und eine geringe Spur von Aengstlichkeit, beschäftigt sich dabei aber doch fleissig und spricht und unterhält sich laut. Keine Herabsetzung der Merkfähigkeit. Sie schreibt heitere und zufriedene Briefe nach Hause. Bleibt andauernd eine fleissige und ruhige Arbeiterin, die sich stets geordnet benimmt, doch bleibt immer noch ein ängstlicher Ausdruck bei ihr vorhanden. So auf Wunsch der Angehörigen entlassen.

Katamnese: Patientin's Zustand besserte sich zu Hause weiter. Sie wurde gleichmässiger gestimmt. Fand wieder Freude an Beschäftigung und nachdem sie sich längere Zeit im Haushalt zu Hause beschäftigt hatte, konnte sie sich bald um andere Stellung bewerben. Sie fand dann in einer Druckerei als Einlegerin Beschäftigung und hat diesen Posten bisher zur vollsten Zufriedenheit ausgefüllt, was um so

mehr zu beachten ist, da ich durch gut unterrichtete Quelle in Erfahrung gebracht habe, dass mit diesem Posten eine recht grosse Verantwortlichkeit verbunden, zumal besonders Aufmerksamkeit und Ausdauer erforderlich ist.

Fall 8. A. H. H., 20 Jahre alt, Barbier. 7. November 1901 bis 24. Mai 1902.

Nicht hereditär belastet. Subacut mit 20 Jahren erkrankt: verändertes Wesen. Angst. Hallucinationen. Beziehungsvorstellungen. Orientirt. Hemmung. Labile Stimmung. Mangel, Ausdauer und Interesse. Gebessert entlassen. Nach fast 2 Jahren wieder voll beschäftigt. Kein Recidiv.

Anamnese: Keine Heredität. Kindheit und Jugend ohne Besonderheiten verlaufen. Barbierhandwerk erlernt. August 1901 verändert sich sein Wesen: still, zog sich zurück, wurde gehänselt, weil er dem christlichen Verein junger Männer beigetreten sei, weil er sich nicht mit Weibern einlasse. Schlaflosigkeit, Angstzustände. Gesichtshallucinationen. Lief fort und triebartig umher. Beziehungsvorstellungen.

Status: Körperlich mittelgross, blass, gut genährt. Schädelbau symmetrisch, etwas breit. Ohr läppchen angewachsen. Augenbrauen zusammengewachsen, Patellarreflexe beiderseits gesteigert. Sonst ohne Besonderheiten.

Psychisch: Orientirt, theilnahmslos. In seinen Bewegungen langsam und unentschlossen. Zögernde und leise Antworten. Verlegen. Gedächtniss für jüngere und ältere Vergangenheit gut. Aufmerksamkeit lässt zu wünschen übrig. Gedankenablauf verlangsamt. Stimmung recht labil; bald lächelt er, bald missmuthig und traurig, ohne dass er einen Grund nennen kann, Haltung verräth hochgradigen Mangel an Energie. Keine Ausdauer in irgend einer Beschäftigung. Im ganzen Verhalten grosse Schläffheit und Haltlosigkeit. Zeigt nicht das geringste Interesse. Still und zurückhaltend, „weil er sich Gedanke mache“. Entweichungsversuch, angeblich aus Heimweh. Wird unruhig. Benimmt sich wie ein kleines Kind. Gelegentlich Klagen über Angst. In Gegenwart der Aerzte still und zurückhaltend, unbeachtet wird er vorlaut, neckt andere Kranke und ist zuweilen frech und anmassend.

Allmählich gleichmässige Stimmung. Entlassen.

Katamnese. Patient wurde zu Hause allmählich freier und zeigte Neigung zur Beschäftigung. Er nahm nach einigen Wochen seine frühere Beschäftigung zur vollen Zufriedenheit seines Arbeitgebers wieder auf. Seit August 1904 beschäftigte er sich mit Zahntechnik und wurde nach einem Jahre darin selbstständig.

Fall 9. J. J., Stütze, 18 Jahre alt. 22. Januar 1899 bis 21. Februar 1899.

Eine Schwester geistig zurückgeblieben. Mutter hysterisch (?). Patientin bisher gesund und normal entwickelt. Mit 18 Jahren

acut an Depression erkrankt. Orientirt. Hemmung. Angst. Versündigungsideen. Nach einigen Wochen Besserung. Einige Monate später geheilt und in Stellung. Kein Recidiv.

Anamnese: Eine 13jährige Schwester der Patientin soll geistig zurückgeblieben sein, die Mutter an eigenthümlichen Lachkrämpfen leiden. Die Kranke selbst hat sich geistig und körperlich normal entwickelt und war bisher immer gesund. Zur Zeit ihrer Erkrankung war sie Stütze. Plötzlich zeigte sie ein verändertes Wesen. Sie war scheu und schwermüthig. Ihr Zustand wurde immer schlimmer; sie äusserte Suicidgedanken.

Status: Körperlich: mittelgross. Haut und sichtbare Schleimhäute sehr blass. Gesichtsausdruck ängstlich. Keine Abnormitäten des nervösen Befundes. Nur die Zunge und die ausgestreckten Hände zittern etwas, der Puls ist schwer unterdrückbar; etwas frequent.

Psychisch: Die Kranke ist zeitlich wie örtlich orientirt. Anfangs tiefer traurige Stimmung. Deutlich gehemmt. Zeigt keinerlei Interesse. Beantwortet alle an sie gerichteten Fragen ängstlich und zögernd oder gar nicht. Äussert Versündigungsideen: sie habe unterschlagen, habe ihre Eltern überall schlecht gemacht. „Ich gehöre in's Zuchthaus; ich habe Gott verachtet!“ Sinnestäuschungen werden abgestritten. Einmal versuchte sie ihrem Leben ein Ende zu machen. Ihr Schlaf war dabei gestört. Auch machte die Nahrungsaufnahme Schwierigkeiten. Anfangs Februar trat in dem Befinden deutliche Besserung ein. Schlaf und Nahrungsaufnahme wurden regelmässiger. Die Kranke begann allmählich wieder Interesse für die Vorgänge in ihrer Umgebung zu zeigen, fing auch an sich etwas zu beschäftigen. Sie unterhielt sich mit den Kranken, gab freundliche Antworten, und da die Besserung in psychischer wie körperlicher Beziehung anhielt, wurde sie entlassen.

Katamnese. Jetzt eingezogene Erkundigungen ergeben einen recht günstigen weiteren Verlauf und Heilung der Erkrankung. Patientin konnte sich bald nach ihrer Entlassung um eine gleiche Stellung, wie sie vor ihrer Aufnahme inne hatte, bemühen; sie füllte den Posten zur vollsten Zufriedenheit aus und konnte auch nach einiger Zeit beweisen, dass sie noch höheren Anforderungen gewachsen war. Sie musste einen grossen Haushalt, indem sie bisher die Hausfrau nur unterstützte, nach deren Tode vollkommen selbst leiten und gleichzeitig sämtlichen Repräsentationspflichten nachkommen. Sie war vollkommen widerstandsfähig, ihre Stimmung blieb gleichmässig. Ihr Urtheil wie auch sonst ihre geistige Beschäftigung zeigten, dass sich die psychischen Fähigkeiten vollkommen weiter entwickelt hatten. Ihre Stellung hat sie noch heute inne und versorgt dieselbe stets mit der gleichen Ausdauer und dem gleichen Interesse.

Fall 10. A. W., Lehrerin, 22 Jahre alt. 25. März 1904 bis 21. Juni 1904.

Nicht hereditär belastet. Keine Störung in der Entwicklung. Mit 22 Jahren subacut erkrankt: verändertes Wesen, Versündigungsideen. Depression und Hemmung. Hallucinationen. Stupor. Rathlosigkeit. Kein Affect. Langsam orientirt. Gebessert entlassen. Zu Hause Rückfall in Hemmung und Stupor. Dann völlig geheilt. Seit 1905 (Frühjahr) als Lehrerin mit guten Zeugnissen thätig.

Anamnese: Keine Heredität. Eine Schwester sehr nervös. Mit 12 Jahren schwere Lungenentzündung, sonst stets gesund. Gut begabt und talentirt, heiteres und lustiges Temperament. In den letzten Monaten still und sehr religiös. Anfang Februar: Versündigungsideen, bat den Brodherrn dauernd um Verzeihung und Trost. Starke Verminderung der Bewegungen, Verlangsamung der Vorstellungen und langsames Antworten nach traumhaftem Besinnen. Hallucinationen. Suicidgedanken. Gänzlich abweisend. Negativismus. Kataleptisch. Nahrungsverweigerung.

Status. Körperlich: Klein, kräftig gebaut, gut genährt; gesund aussehend. Keine hysterischen Stigmata; keine Degenerationszeichen. Reflexe erhöht. Schmerzempfindung: herabgesetzt.

Psychisch: Völlig rathlos und gehemmt. Mangelhaft orientirt. Leerer apathischer Gesichtsausdruck. Spontane Aeusserungen fehlen ganz. Antworten ohne besondere Betonung und Affect. Negativismus. Befehlsautomatie. Keine Katalepsie. Nässt ein. Es bedarf der stärksten und längsten Reize bis eine Vorstellung erweckt wird. Merkfähigkeit herabgesetzt. Aufmerksamkeit fehlt völlig, d. h. um sie für etwas zu concentriren, betrachtet aber die Vorgänge in der Umgebung. Ab und zu Lachen bei sonst noch immer bestehender Hemmung. Einzelne Worte werden nachgesprochen; Antworten erfolgen in „Ja“ oder „Nein“; ausführlicher kann sie nicht antworten. Nahrungsverweigerung. Nach einiger Zeit wechselt das Bild: zeitweise freundlich und zugänglich, dann wieder gänzlich abweisend. In diesem Zustande entlassen.

Katamnese. „Zu Hause“ — so ergiebt sich aus den jetzt eingezogenen Erkundigungen — war sie noch zwei Monate lang stumm und theilnahmlos, konnte nur durch Verabreichung von Confect zum Sprechen gebracht werden. Sie sah die meiste Zeit theilnahmlos vor sich hin, höchstens dass sie ein Buch zur Hand nahm und darin blätterte. Das Waschen und Kämmen musste mit Gewalt vorgenommen werden, letzteres wurde aber so schwierig, dass wir auf Anrathen des Arztes ihr das Haar abschnitten. Hierauf trat sofort eine auffallende Besserung ein, sie fing an zusammenhängend zu sprechen und auszugehen, welches bis dahin nicht der Fall war, und trat bereits Mitte November allein eine Reise nach K. zu meiner dort verheiratheten Tochter an, verblieb dort zwei Monate und kam vollständig gekräftigt zurück, worauf sie ihre Thätigkeit als Lehrerin ausübte; zuerst bei verschiedenen städtischen Schulen vertretungsweise, worüber ihr die günstigsten Zeugnisse zu Theil

geworden sind. Seit Ostern ist dieselbe bei einer höheren Privattöchter-schule thätig und sind mir hierüber auch nur gute Urtheile bekannt geworden. Eine Veränderung in ihrem Wesen und Verhalten zum Vergleich zur Zeit vor ihrer Erkrankung ist nicht aufgefallen, da sie jetzt ebenso heiter und vergnügt wie früher ist; ihre Erkrankung erscheint ihr wie ein Traum. Ihre geistigen Fähigkeiten scheinen keine Aenderung litten zu haben und ist ihr körperliches Befinden als ein sehr gutes zu bezeichnen“.

Fall 11. K. B., stud. jur., 21 Jahre alt. 20. Februar 1902 bis 10. Mai 1902.

Vater in der Pubertät geisteskrank, geheilt. Patient bisher normal entwickelt. Im 5. Semester als Student subacut erkrankt. Kleinmüthig (vor dem Examen); Suicidgedanken. Orientirt. Depression. Hemmung. Angst. Hallucinationen. Kataleptische Symptome. Allmählich freier. Zu Hause Rückfall in Depression. Dann glatte Heilung. Jetzt Referendar.

Anamnese: Heredität: Vater hatte mit 27 Jahren eine ähnliche geistige Erkrankung wie jetzt Patient hat. — Patient bisher immer gesund, körperlich und geistig leistungsfähig. Jetzt im fünften Semester. Er wollte vor drei Wochen eine grössere Seminararbeit ausführen, fühlte sich hierzu nicht befähigt, wurde kleinmüthig und kam in eine immer grössere deprimirte Stimmung. Er trug sich sogar mit Suicidgedanken.

Status: Körperlich: Gracil gebauter junger Mann, mässig kräftig. Harter Gaumen hoch und steil. Reflexe sämmtlich erhöht, sonst völlig normaler Befund.

Psychisch: Starrer Gesichtsausdruck. Grosse Angst. Psychische und motorische Hemmung. Flexibilitas cerea. Nahrungsverweigerung. Spricht kein Wort, verfolgt aber alles, was um ihn vorgeht; spielt fortwährend mit den Händen. Reinlich. In den ersten vier Wochen änderte sich der Zustand wenig. Sprach dann aber mehr; zeitweise stiess er kaum hörbar vereinzelte Worte ruckartig plötzlich hervor. Gewicht nahm ab. Allmählich freier in seinem Benehmen. Erzählt, er habe ständig Angst, Unruhe und Misstrauen gehabt, weil immer im Nebenzimmer über ihn gesprochen sei, er sollte hier beobachtet werden, weil er seine Seminararbeiten nicht fertig gemacht hätte, überall müsse er Verfolger und Beobachter wittern. Zu einem Brief an die Eltern brauchte er 10 Tage.

Katamnese: Patient war einige Monate zu Haus, wurde dort langsam freier in seinem Wesen; die gedrückte Stimmung wurde heiterer und vor allem gleichmässiger, fing an, sich mit Lesen zu beschäftigen, sprach über seine Zeit in G., erzählte in deutlicher Krankheits-einsicht von seinen Symptomen. Im Herbst fing er bereits an sich wieder mit seinen Studien zu beschäftigen und kehrte zum Winter-

semester 1902/03 auf die Universität zurück, um seine Studien fortzusetzen. Er kam schnell in's Arbeiten wieder hinein und konnte sich bald zum Examen melden. Seine schriftlichen Arbeiten erledigte er schnell und gut; auch die mündliche Prüfung machte ihm keinerlei Schwierigkeiten. Er ist jetzt Referendar.

Fall 12. H. W., Schlächtergeselle, 22 Jahre alt. Poliklinische Behandlung.

Keine Heredität. Patient normal entwickelt. Als Kind Diphtheritis. Mit 22 Jahren acut erkrankt. Hemmung. Nach kurzer Besserung Rückfall. Hallucinationen. Rathlos. Hemmung. Kataleptisch. Nach 6 Monaten ambulanter Behandlung völlig wieder hergestellt. Jetzt wieder in Thätigkeit.

Anamnese: Heredität nicht bekannt; 1 Schwester nervös. Patient als Kind immer gesund (Diphtheritis); lernte gut in der Schule. Zeigte nie Abnormitäten in seinem Wesen und Verhalten. 21. November 1904 plötzlich erkrankt; still, sah immer in die Ecke; rührte sich wenig. Bald geringe Besserung; dann 22 December Rückfall.

14. Januar 1905 in poliklinischer Behandlung. Auffallend still, antwortet auf Befragen meist garnicht, zeitweise etwas, und dann nur mit leiser Stimme „Ja“ oder „Nein“. Bewegungen etwas langsam. Rathloser Blick. Gibt Hallucinationen zu. Flexibilitas cerea. Völlig gehemmt.

Status: Ohrläppchen angewachsen. Kopf auf Beklopfen empfindlich; V-Punkte druckempfindlich; Tremor linguae. Gaumen steil. Idiomuskuläre Wulstbildung.

30. Januar 1905. Patient in Begleitung seines Bruders. Ist unter vielen Leuten ganz munter. Arbeitet aber noch nicht. Besserung ist eingetreten. Noch deutliche Flexibilitas cerea.

6. März. Status idem.

27. April. Keine Flexibilites mehr. Antwortet ziemlich prompt auf Fragen. Lacht wieder. Beginnende Krankheitseinsicht.

Katamnese: Kommt allein und zwar per Rad (2stündige Fahrt); völlige Krankheitseinsicht, erzählt ganz ausführlich seine Krankheit wäre furchtbare Angst gewesen, er hätte sich garnicht rühren, über seinen Zustand sich garnicht klar werden können, er hätte immer das Gefühl der Schwere gehabt, ferner als ob er unter jemandes Macht stände und dass bei eventueller Bewegung etwas passieren könnte; die Sprache hätte nicht herausgekonnt; in der Zeit der Besserung, die ganz langsam vor sich gegangen wäre, hätte er sich immer erst so lange besinnen müssen; er habe aber stets gewusst, wo er gewesen, was um ihn passiert sei etc.

Prüfung des Kritik- und Urtheilsvermögens, des Gedächtnisses und



der Merkfähigkeit, mithin der ganzen Intelligenz ergiebt keinerlei Defecte oder Stillstand desselben.

Fall 13. I. K., cand. theol., 30 Jahre alt. 16. September 1902 bis 11. April 1903.

Grossvater und Schwester geisteskrank. Patient körperlich normal entwickelt. Von klein auf nervös und menschenscheu. Kurz vor dem Maturum geisteskrank. Grössenideen, Hallucinationen 4 Wochen; dann Student. Fleissig. Kein Examen. Seit 3 Jahren Depression, Unfähigkeit, geistig zu arbeiten. 1902: Erregung. Grössenideen. Incohaerenz. Dann absolut geistiger Stillstand bei völligem Schwinden der psychotischen Symptome. Jetzt Gärtner.

Anamnese: Grossvater mütterlicherseits und Schwester geisteskrank. In der Jugend körperlich normal entwickelt. Von klein auf nervös und menschenscheu. In der Schule normale Fortschritte. Musste wegen Unregelmässigkeiten im Maturitätsexamen 3 Jahre in Prima sitzen. Kurz vorher erkrankte er zum ersten Male. Er war erregt, machte über seine Verhältnisse Einkäufe und hallucinirte. Nach vierwöchigem Aufenthalt im St. J.-A. zu B. geheilt entlassen. Auf der Universität fleissig, bestand aber das Examen trotzdem nicht. Erst nach einjähriger Vorbereitung bei einem Geistlichen bestand er ein theologisches Examen 1898. Er übernahm dann bei seinem Bruder eine Hauslehrerstelle. Bis Februar 1899 ging es ihm leidlich. Dann deprimirt, kraftlos, zu jeglicher Arbeit unfähig. Nachts schlief er nicht. In der Irrenanstalt S. Drei Monate nach seiner Entlassung versuchte er das zweite Examen, bestand es aber nicht. Darauf eine Hauslehrerstelle angenommen, welche er bald wieder aufgab, angeblich um das Mittelschullehrer-Examen zu machen. Es wurde nichts daraus. 1901 wieder Hauslehrer, leistete nichts Besonderes. Still und bescheiden begann er ganz plötzlich gelegentlich einer grösseren Festlichkeit ohne Anlass eine lange zusammenhanglose, vielfach anstössige Rede zu halten. Anfangs hielt man ihn für betrunken. Sein Benehmen wurde ganz unverständlich. Er rechnete sich unter berühmte Leute wie Bismarck und Moltke. Dabei gehobenes und kindliches Gebahren. Im Juni 1902 in die Irrenanstalt in H. Daselbst stets heiter und gehoben. Schwatzte viel vor sich hin und bot das Bild eines urtheilslosen sich selbst überschätzenden Schwachsinnigen. Er war meist ruhig, doch musste er ein Mal wegen eines Conflictes mit einem Arzte isolirt werden. Beschäftigte sich mit Karten- und Kegelspielen sowie Klavierübungen und nahm an den üblichen Spaziergängen der Kranken theil. Von dort im Herbst 1902 nach hier überführt, um in Familienpflege gegeben zu werden.

Status: Körperlich: Gross, kräftig, wohl genährt. Schädel symmetrisch. Geringe Innervationsstörung im Gesicht. Sonst keinerlei Störungen, ausser dass die Patellarreflexe sehr lebhaft sind.

Psychisch: Ist völlig klar und geordnet. Gibt über seine persönlichen Verhältnisse ruhige und sachgemässe Auskunft. Von subjectiven Beschwerden äussert er nur Pollutionen. Hat die wechselndsten Pläne. Sein Gedächtniss

ist völlig intact. Auffassungsgabe und Denkfähigkeit sind nicht in erheblicher Weise verändert. Die Kenntnisse entsprechen seinem Bildungsgrade. Auffallend ist die Ueberschätzung seiner eigenen Persönlichkeit und die Verken- nung seiner jetzigen Lage, damit also eine grosse Urtheilsschwäche. Daneben einen grossen Hang zu Aeusserlichkeiten, Mangel an innerem Ernst. Er wurde hier in der Gärtnerei beschäftigt. Er bietet stets ein gleichmässiges, ruhiges Verhalten. Führt mit seinen Verwandten und früheren Bekannten eine ausge- dehnte Correspondenz. Die Briefe strotzten grösstentheils von gottergebenen Phrasen. Er ist sehr labil und zeigt zu selbstständiger Arbeit keine Neigung. Entlassen.

Katamnese: Briefliche Mittheilung des Bruders vom Patienten.

„Mein Bruder hat etwas über ein Jahr im St. zu H. die Gärtnerei erlernt und sich dann entschlossen, da das Stift zu genügend vielseitiger Ausbildung die Gelegenheit nicht bot, in eine grössere Gärtnerei in H. als Volontär einzutreten, in der er sich noch heute befindet. Er hofft, im kommenden Jahr im Stande zu sein, sich seinen Lebensunterhalt als Gärtner zu verdienen.

Seine geistigen Fähigkeiten sind, soweit mir ein Urtheil möglich ist, im Wesentlichen dieselben geblieben wie vor 2 Jahren. Er geht nicht im Mechanischen seines Berufes auf, sondern ist bemüht, sich durch Lektüre von Fachschriften auch theoretisch zu vervollkommen.

Die Stimmung ist im ganzen gleichmässig, er fühlt sich durch seine Arbeit befriedigt um so mehr, als seine hervorragenden Körper- kräfte ihn befähigen, nach dieser Richtung zu excelliren und als sein Befinden nichts zu wünschen übrig lässt.“

Fall 14. W. B., Tischlergeselle. 19 Jahre alt. 1. Juni 1904 bis 25. September 1904.

Körperlich und geistig normal entwickelt. Nicht hereditär be- lastet. Mit 19 Jahren acut unter Angst mit Verwirrtheit erkrankt. Vorübergehend Besserung. Incohärent. Dann orientiert. Labile Stim- mung. Depression. Ohne Krankheitseinsicht entlassen. Geringe Widerstandsfähigkeit bis jetzt. Oft Stellenwechsel.

Anamnese: Keine Heredität. Körperlich und geistig normal entwickelt. Onanie. Als guter fleissiger junger Mann vom Magistrat bezeichnet. 4. Okto- ber 1904 acut erkrankt;ühlte sich von den verschiedensten Personen bedroht; entsetzliche Angst; triebartige Zerstörungswut. Selbstanschuldigungen. Drei Wochen im Krankenhaus. Besserung. Dann Mitte Mai neu erkrankt, das heisst es verschlimmerte sich der Zustand wieder; motorische Unruhe unter dem Einfluss von Angst. Ideenflucht, affectlos schwatzend. Wirre Reden, unberechenbare Handlungen; ständige Aufsicht. 1. Juni Irrenanstalt G.

Status: Körperlich: Ziemlich klein, doch kräftig. Schädelasymmetrie. Tremor linguae. Gaumen: hoch nach links. Reflexe: erhöht.

Psychisch: Orientirt. Stimmung sehr labil; Anfangs sehr gereizt, dann ruhiger, schliesslich sehr deprimirt. Keinerlei Krankheitseinsicht. Keine Hallucinationen nachweisbar. Vorstellungsablauf verlangsamt. So entlassen.

Katamnese: 5. October schreibt der Magistrat: Mutter des p. B. wie Arbeitgeber hätten keine krankhaften Symptome mehr bemerkt; er befrage sich sehr gut und fleissig.

Auf unsere Anfrage theilte der Vormund mit, dass Patient sehr oft seine Stelle gewechselt habe, überall nur kurze Zeit gewesen sei; allerdings wohl gute, saubere Arbeit geliefert habe, nur äusserst reizbar und empfindlich gewesen sei. Ueber jede Kleinigkeit habe er sich aufgeregt. Ferner sei auffallend, dass er bei längerer Anstrengung abgespannt sei; „die Krankheit habe auf seine Ausdauer eingewirkt“, was nach Verlauf von über einem Jahr doch zu Bedenken Anlass giebt.

Fall 15. E. Sch., Dienstmädchen, 17 Jahre alt. 5. April 1904 bis 10. Juni 1904.

Keine Heredität. Normal entwickelt. Im Wesen etwas eigenartig und zurückhaltend. Mit 17 Jahren subacut erkrankt: religiös; labile Stimmung. Rathlos. Mangelhaft orientirt. Dann heitere Stimmung. Orientirt. Schliesslich läppisch albern; keine Krankheitseinsicht. Zu Hause: bisher reizbar. Ausgang zweifelhaft. Bisher ohne productive Thätigkeit.

Anamnese: Keine Heredität, Entwicklung: normal. In der Schule gut gelernt. Immer etwas eigenartig und zurückhaltend. Seit  $\frac{3}{4}$  Jahr bedeutend stiller. Sehr religiös. Wenig Initiative zur Arbeit; kein Vorankommen in derselben. Sehr vergesslich. Gelegentlich unsinnige Reden. Schliesslich aufgeregt und unrein. Aeusserst reizbar. Triebartige Handlungen. Stimmung sehr labil und oberflächlich; unmotivirtes Lachen und Weinen abwechselnd.

Status: Kräftig. Keine hysterische Stigmata, keine Degenerationszeichen; zuerst mangelhaft orientirt. Ganz apathisch. Trennung von Angehörigen ohne Eindruck. Ab und zu blödes Lachen. Einsilbiges langsames Antworten. Völlig wunschlos und still. Kein Interesse für Umgebung. Bald zur Arbeit: dabei ganz indifferent, verrichtet die ihr aufgetragene Arbeit; keine Initiative zu irgend einer That, unordentlich in der Kleidung. Später streitsüchtig und thätlich. Stimmung schlägt nach 4 Wochen um: heiter. Krankheitsempfindung, keine Einsicht. Mit allem zufrieden. Vorstellungsablauf verlangsamt. Schwer, Aufmerksamkeit zu fixiren und bei gewissen Vorstellungen zu bleiben, da kein Interesse vorhanden. Merkfähigkeit herabgesetzt. Nimmt keinen neuen Eindruck auf. Fehlen jeglicher Initiative trotz ihres allmählig freier gewordenen Wesens. Blödes Lachen. So entlassen.

Verlauf: Jetzt theilte der Vater mit, dass seine Tochter noch sehr lange reizbar und empfindlich gewesen sei; ferner wäre sie oft vorübergehend missgestimmt und verdriesslich und ganz im Gegensatz zu

früher direct unfolgsam und sehr frech und zornig gewesen, besonders wenn man sie hart ansprach; nur durch milde Worte habe man etwas erzielt. Mit der Zeit sei sie folgsam geworden und schliesslich habe er es versucht, sie zum Nähen zu schicken. Sie gäbe sich viel Mühe und habe auch grosse Lust. Sie in Stellung zu schicken, wie sie früher gegangen, riskire er noch nicht.

Fall 16. A. U., Haustochter. 17 Jahre alt. 21. März 1902 bis 5. Juni 1902.

Keine Heredität. Patientin normal entwickelt. Stets gesund. Mit 17 Jahren subacut: mit Verwirrtheit unter Hallucinationen erkrankt. Dann orientirt. Depression. Schliesslich Stimmung gleichmässig. Keine Krankheitseinsicht. Gebessert entlassen. Ausgang zweifelhaft: zu Hause 2 Mal eine Verstimmung durchgemacht. Bisher keine verantwortliche Stellung.

Anamnese: Ueber erbliche Belastung ist nichts zu erfahren. Patientin stets gesund. Hat gut gelernt. Sehr fleissig. Hat mit grosser Selbstlosigkeit für ihren Vater und 4 kleine Geschwister gesorgt, nachdem ihre Mutter 1900 gestorben war. Diese Aufopferung hat ihr sehr geschadet. Sie wurde in letzter Zeit hinfällig und zeigte eine grosse Aengstlichkeit und Unruhe. Sie führte wirre Reden, sah Gestalten, schlief nicht und weinte. In ihren wirren Reden äusserte sie auch: ihr Vater habe sie mit in's Bett genommen, habe sie missbrauchen wollen, worauf gegen den Vater Anklage vom Staatsanwalt erfolgte. (Dieselbe wurde natürlich zurückgezogen.)

Status: Körperlich: Mittelgross. Gut entwickelt. Blasses Gesicht und blasse Schleimhäute. Kopf keine Asymmetrie. Keine Innervationstörungen. Reflexe normal. Keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen.

Psychisch: Patientin ist über Zeit und Ort völlig orientirt. Neigt sehr zum Weinen. Gewöhnt sich sehr schnell an die hiesigen Verhältnisse. Wird bald ruhig und geordnet und eine sehr fleissige Arbeiterin. Giebt als Grund für ihre Erkrankung, für die sie ein wenig Einsicht zeigt, Ueberarbeitung an. Giebt zu Hallucinationen gehabt zu haben, sehr rathlos und ängstlich gewesen zu sein, habe oft laut schreien müssen, weil sie keine Luft habe kriegen können. Sie zeigt recht gute Schulkenntnisse. Gelegentlich des Besuchs ihres Vaters etwas weinerlich; sonst aber stets gleichmässig gestimmt. Völlig geordnet und fleissig. So entlassen.

Verlauf: Es wurde festgestellt, dass Patientin nach der Entlassung fleissig ist, den Haushalt für ihren Vater führt. In dem Verlauf bis heute war sie einige Zeit missgestimmt, sodass sie ihrer Arbeit nicht hat nachgehen können, was früher jedenfalls nicht der Fall gewesen ist. Körperlich ist sie stark, im Allgemeinen ist sie heiter und lebenslustig.

Fall 17. W. M., stud. theol., 24 Jahre alt. 19. September 1898 bis 24. Januar 1899.

Grosstante (mütterlicherseits) geisteskrank. Patientin hat sich normal entwickelt geistig wie körperlich. Auf der Universität verändertes Wesen, reizbar. Erregung. Dann Scheu und unrein. Depression. Angst. Keine Krankheitseinsicht. Entlassen. Zu Hause gebessert. Examen mit Erfolg. Dann als Hülfe beim Vater. Keine selbstständige verantwortungsvolle Stellung. Exitus.

Anamnese: Eine Tante der Mutter war geisteskrank. Patient hat sich als Kind geistig und körperlich normal entwickelt, keine schweren Krankheiten durchgemacht. War auf der Schule ganz gut vorangekommen. Nach absolvierung des Gymnasiums studierte er und absolvierte das erste theologische Examen. Bereits auf der Universität oft verschlossen. Zog sich zurück. Schon vor dem Examen schrieb er Briefe an seine Eltern, in denen er sie beschuldigte, sie könnten keine Kinder erziehen, sie wären an seinem verführten Leben schuld. Das Examen bestand er gut. Bald darauf verschlossener als zuvor, machte weiter seinen Angehörigen unverdiente Vorwürfe, vergriff sich thätlich an ihnen, lief oft planlos umher.

Status: Körperlich: Keinerlei Abnormitäten.

Psychisch: Bei der Aufnahme ruhig und zugänglich; nur der Schlaf liess sehr zu wünschen übrig. Lässt Koth und Urin gelegentlich unter sich. Nach einigen Tagen scheues Wesen; spricht sich garnicht aus. Antwortet in allgemeinen Redensarten und geht nicht gern in eine Unterhaltung über seine Krankheit ein. Misstrauisch sucht er den Aerzten dauernd bei den Visiten auszuweichen. Er sieht fast stets unter sich, hält sich immer viel für sich allein und drückt sich an den Ecken und Wänden entlang, so dass er oft die Farbe der Wände an der Bekleidung hat. Hin und wieder spricht er mit sich selbst. Gelegentlich sieht er auch verweint aus. Er ist schwer in eine Unterhaltung zu ziehen. Seine Aufregungszustände, die er zu Hause gehabt, schreibt er einerseits der Ueberspannung vor seinem Examen, andererseits dem Umstande zu, dass er sich über seinen während des Studirens vollkommen versumpften Bruder und über die Gutmüthigkeit seines Vaters diesem vollkommen versumpften Menschen gegenüber geärgert habe. Im November plötzlich äusserst ängstlich. Ist fest der Meinung, mit seiner Mutter stehe es sehr schlecht und verlangt ständig die Absendung eines Thelegramms. Nach einigen Tagen wieder etwas ruhiger, wird auch gelegentlich etwas lebhafter, sucht aber dauernd seine Aufregungszustände vor seiner Aufnahme in dieser Anstalt mit äusserlichen Gründen etc. zu motiviren. Bei diesem ruhigen doch misstrauischen und sich absondernden Verhalten entlassen.

Verlauf: Katamnestisch wurde jetzt festgestellt, dass Patient nach seiner Entlassung einige Zeit in G. im Jugendbunde thätig war, dann zu den Eltern zurückgekehrt sein zweites theologisches Examen mit gut bestand. Ein Jahr war er darauf beim Vater Hülfsprediger, als er an Dysenterie schwer erkrankte, und nach 7 Leidenswochen, am 24. Juli 1903, heimging. Ganz hat ihn auch in seiner Arbeitszeit sein

Nervenleiden nicht verlassen, besonders aber in seiner letzten Krankheit litt er schwer darunter.

Bezüglich der eben angeführten Fälle möchte ich vorweg bemerken, dass ich Fall 1—12 inclusive als völlige Heilung ansehe, Fall 13 als Heilung mit Stillstand betrachte und mir über die Fälle 14—17 noch kein abschliessendes Urtheil zur Zeit erlauben kann.

Was den Beginn der sämtlichen Fälle anlangt, so hat man acuten und subacuten Beginn. Der acute Beginn ist gewöhnlich seltener als der subacute. Im acuten Stadium finden wir dann gewöhnlich die Verwirrtheit vorwiegend. Dazu möchte ich zunächst bemerken, dass man oft bei genauer Betrachtung keine eigentliche Verwirrtheit im Sinne einer völligen Desorientirtheit vor sich hat, sondern mehr ein Bild, das dem von Stransky beschriebenen Bild der Sprachverwirrtheit gleicht, mit dem Unterschied, dass es sich hier um einen sehr hohen Grad handelt. Das wichtigste Moment ist nämlich der Mangel an Aufmerksamkeit. Bei Anwendung von grosser Mühe und Geduld kann man feststellen, dass die Kranken doch verhältnissmässig ganz gut orientirt sind; oft gelingt dies einem mehr gelegentlich aus irgend welchen zufälligen Aeusserungen der Kranken zu schliessen, man ist dann geradezu überrascht. Ich möchte dieses Ausfallen der Aufmerksamkeit als eine functionelle Schwäche des Gehirns bezeichnen, die in ganz schlimmen Fällen im weiteren Verlauf zur völligen Benommenheit und zwar zur völligen Desorientirung sich ausbilden kann.

Seltener hat man bei dem ganz acuten Beginn immer eine Stimmungsänderung bei völlig erhaltener Klarheit; es kommen aber auch solche Fälle vor, ein Beispiel dafür ist Fall 9.

Wie schon oben gesagt, hat man aber gewöhnlich einen subacuten Beginn und da bildet sich vorwiegend das Bild der sogenannten Rathlosigkeit, der halben Orientirung heraus. Die Individuen können sich noch nicht in das „Neue“ hineinfinden. Ihr Gesichtsausdruck verräth deutlich, dass sie sich „ganz überwältigt“ fühlen.

Bei der Verwirrtheit als Beginn möchte ich ganz kurz die Arbeit von Stransky über Amentia erwähnen; er würde vielleicht diesen oder jenen der genannten Fälle zu seiner Amentigruppe rechnen. Dazu kann ich mich nicht entschliessen. Mit Sicherheit fehlt es erst mal hier an einer äusseren greifbaren Ursache, ferner ist bei unseren Fällen, die in Betracht kämen, die Verwirrtheit nicht so constant. Sie bildet nur ein Zustandsbild. Die jugendlichen Fälle, die Stransky anführt, würde ich nicht anstehen, mit in unsere Gruppe II aufzunehmen, zumal auch sie vollkommen geheilt sind. Genauer darauf einzugehen,

würde mich an dieser Stelle zu weit führen. Ein Moment möchte ich hier nicht verfehlen, anzuführen, dass die Amentia doch mehr ein Zustandsbild ist und dass sie bei Erwachsenen und Jugendlichen vorkommen kann; bei den Jugendlichen mit dem unfertigen Gehirn erleidet sie eben die entsprechende Modification.

Nun noch einige Worte über den Verlauf der genannten Fälle. Es gelingt bei immer erneuter Durchsicht durchaus nicht, irgend ein Schema aufzustellen. Die Zustandsbilder sind zu mannigfaltig, sie wechseln zu oft und ändern sich auch nicht in einer bestimmten Reihenfolge. Das Ende hängt aber nicht von der Menge der durchlaufenen Zustandsbilder ab.

Trotz des vielfachen Wechsels der Zustandsbilder besteht eine gewisse Monotonie und geringe Zahl der Symptome, weil eben das unfertige Gehirn eine grosse Mannigfaltigkeit complicirt angelegter Wahnideen nicht zu produciren vermag.

Eine genauere Analyse der Ideen ergiebt, dass es sich um keinen eigentlichen Wahn oder ein Wahnsystem handle, sondern nur um eine krankhaft kindische Auffassung der Situation und Umgebung, ähnlich wie man es in verringertem Maass normaler Weise in den Flegeljahren antrifft. Die Kranken fühlen sich beeinträchtigt durch alle die Personen, die ihnen zur Seite stehen (Arzt, Personal etc.); glauben überall Schutz finden zu können; bei der späteren Enttäuschung behaupten sie, die betreffenden wären von den Aerzten wissentlich falsch berichtet. Der Grössenwahn ist nichts als Renommage etc. (Kisfu). „Im Grunde genommen sind das alle nur Steigerungen von normalen Zügen der Flegeljahre, in denen der Egoist sich auch überall eingeeengt fühlt und in erster Linie immer nur sich kennt.“ Die manischen und melancholischen Zustandsbilder sind nicht identisch mit der wahren Manie und Melancholie; die Symptome wechseln viel zu rasch, treten geradezu bruchstückartig auf (Moravcsik); es treten ruhige Perioden dazwischen ein. Was speciell den Vergleich mit der Manie anlangt, so fehlt bei unserer Pubertätspsychose das eigentlich heitere Moment; die Erregungszustände sind geradezu explosiv (Moravcsik).

Kein einziger Fall entbehrt der Hallucinationen. Charakteristisch ist die Reaction auf die Sinnestäuschungen. Die echten Paranoiker mit ihrem fertigen Gehirn verbergen womöglich ihre Hallucinationen, sie sind misstrauisch gegen dieselben, sie glauben noch nicht so recht an sie. Erst später, wenn die Urtheilskraft leidet, kommen als Erfolg die Grössenideen zu Stande, erst dann ist der echte Schwachsinn der Paranoiker da. Hier bei den Jugendlichen, bei denen die Urtheilskraft, das Kritikvermögen noch nicht voll entwickelt ist, deren Gehirn eben noch nicht fertig ist, ist die Reaction anders, sie glauben sofort an die

Möglichkeit der Hallucinationen; es spinnen sich daran die blühendsten Wahnideen. Und diese sind auch nicht constant; sie wechseln häufig, heute diese, morgen jene Grössenideen.

Die grobe Schädigung des Urtheils zeigt sich aber weiter noch in anderen Momenten. Es ist kein Zusammenhang, keine Harmonie zwischen ihren Ideen und ihren Aeusserungen. Es gelingt fast niemals, richtige Antworten zu erhalten; sie sind immer unrichtig, zerfahren, zerstreut. Eine Begründung für ihre Aeusserungen und vor allem für ihre Handlungen können sie nicht beibringen, auch nie ihr Verhalten und ihre Handlungen in ein harmonisches Einvernehmen mit ihren Wahnideen und ihren Hallucinationen bringen. Was sie überhaupt hervorbringen ist gewöhnlich stets dasselbe; gewisse Einförmigkeit überwiegt stets.

Auffallend ist ferner das Verhalten ihres Affects bei den Wahnideen und Hallucinationen und zwar Hand in Hand mit der Schädigung des Urtheils; trotz der blühendsten Grössenideen, sind Erregungszustände nicht zu erwarten, selbst wenn man ihnen alles abstreitet odersie sogar auszulachen versucht. Dies hat Stransky treffend als Dissociation zwischen Noopsyche und Thymopsyche bezeichnet.

Erwähnt habe ich vorher schon die Störung der Aufmerksamkeit. Deswegen ist es eben oft so sehr schwer, ein definitives Urtheil über die Intelligenz der Kranken zu bekommen. Explorationen kann man nicht mit ihnen anstellen; oft sind die Kranken zum Antworten auch direct zu bequem. Man muss sie sozusagen belauschen; dadurch gelingt es dann einem öfter, sich Klarheit zu verschaffen. Sogar Ueberraschungen erlebt man, weil man das Resultat nach dem Verhalten der Kranken nicht erwartet; früher erworbene Kenntnisse, vor allem Schulkenntnisse sind nicht verloren gegangen; ihr Gedächtniss ist sogar gut.

Man ist vielleicht ferner überrascht, beobachten zu können, dass die Kranken auch noch während ihrer Krankheit wahrgenommen haben. Dies geschieht aber nicht im Sinn der Aufmerksamkeit; sie sehen und hören wohl, aber sie verstehen nicht, was sie hören und sehen; sie nehmen nicht mit Ueberlegung wahr, sie beobachten eben nicht. Und das ist das Hauptmoment mit für die Störung der Aufmerksamkeit.

Es gelingt bei den Fällen ferner nicht, genau festzustellen, dies ist eine paranoide Form, dies eine katatone Form etc., oder vielleicht nach Wahnideen und Hallucinationen einzutheilen, wie der Engländer Mc. Conaghey kürzlich vorschlug; erstmal typisch reine Fälle giebt es wohl so gut wie garnicht (Bernstein) und diese und jene Symptome als wesentliche und unwesentliche Factoren hinzustellen, ist für die einzelnen Beobachter



zu verschieden; vor allem aber kann jeder einzelne Fall momentan bald mehr dies, bald mehr jenes Symptom deutlicher hervortreten lassen. Besonders hinweisen möchte ich hier noch auf Fall 6 und 4. Sie boten dem Beobachter auf den ersten Blick ständig das Bild eines Verblödeten; sie zeigten ein auffallend blödes Lachen. Man zweifelte ständig an einem guten Ausgang der Krankheit. Ferner auf Fall 5 und 10 die äusserst unrein waren; schliesslich auf Fall 10 und 11, die schwere katatone Symptome darboten.

Anschliessend an diese Fälle will ich auf das Hauptmoment, das ich behandeln möchte, eingehen, auf den Ausgang der Fälle.

Ich betrachte, wie gesagt, Fall 1—12 als geheilt. Entlassen wurden allerdings sämtliche Fälle als gebessert. Der Process war eben in der Anstalt, wie die späteren Erkundigungen, so wie auch zu erwarten stand, ergeben haben, noch nicht abgelaufen; man musste eben noch abwarten, um ein definitives Urtheil zu fällen.

Die auf unsere Anfragen erfolgten Auskünfte sind in diesen Fällen ausschliesslich so genau gefasst, dass kein Zweifel besteht, dass die betreffenden Individuen wieder gesund, wieder leistungsfähig geworden sind.

Ehe ich mich nun weiter darüber auslasse, muss ich zuerst noch festlegen, wann ich einen Fall als geheilt betrachte.

Der wesentliche Factor dabei ist nach meiner Meinung der, ob die psychische Persönlichkeit dieselbe geblieben ist wie vor der Erkrankung, ferner ob der Patient wieder eine productive Thätigkeit ausüben kann, ob er wieder arbeitsfähig und „social brauchbar“, erwerbsfähig wird, das heisst, ob er vor allem in seinem Milieu wieder das leisten kann wie früher, ob er das früher erworbene geistige Kapital neu vermehren, ob er selbstständig thatkräftig sein kann. Dies letzte Moment zeigt erst deutlich, ob er social brauchbar ist, ob seine bisherige Urtheilskraft und sein Kritikvermögen unversehrt geblieben ist. Aber eins darf nicht ausser Acht gelassen werden, das ist die Berücksichtigung der betreffenden Bevölkerungsklasse, des betreffenden Milieus, in dem der Kranke gelebt hat und lebt. Die Anforderungen dürfen nicht über das individuelle Maass hinausgehen. Es muss festgestellt werden: was hat der Patient vorher geleistet, was hatte er vorher für einen Beruf, was nahm er vorher für eine sociale Stellung ein.

Kann er sich jetzt in dem heute so schweren und harten Kampf um's Dasein behaupten, wo in der verschiedensten Weise Anforderungen an Initiative, Leistungs- und Anpassungsfähigkeit, vor allem an Unternehmungsgeist und Festigkeit des Willens bei stetem Trieb zur Selbstständigkeit und Unbeeinflussbarkeit gestellt werden, dann darf man

wohl davon sprechen, dass der Kranke die wichtigsten Lebensinteressen beurtheilen kann, dass die Intelligenz keine Einbusse erlitten hat, dass nicht sein Wissen, vor allem sein Können nicht Schaden genommen hat, kurz gesagt, dass der Patient geheilt ist.

Dies wird nicht der Fall sein können, wenn der Charakter zu sehr gelitten hat, sei es, dass er zu reizbar geworden, sei es, dass er zu stumpf und interessenlos ist. In dem einen Fall wird er zu impulsiv werden, in dem andern Fall wird Arbeitsunlust und Energielosigkeit die unmittelbare Folge sein. Es darf nicht zu einer solchen Umwandlung der Persönlichkeit kommen. Solche Krankheitsreste wird das praktische Leben, auch wenn sie sich als noch so geringfügige Niveauschwankungen zeigen könnten, in aller erster Linie zum Vorschein bringen. Hier werden die Patienten sofort „anecken“, im andern Fall sich bei ihrer Indolenz im Kampf um's Dasein nicht erhalten, trotz der vielfältigsten Anregungen und allen Ansporns zum Ehrgeiz nicht vorwärts kommen können.

Kurz zusammengefasst: Es kommt darauf an, festzustellen, was konnte Patient vor seiner Erkrankung, was hat er vorher geleistet, wie war seine sociale Stellung vorher; was kann er jetzt, was leistet er jetzt, was für eine sociale Stellung nimmt er jetzt ein. Mit einem Wort: Vergleich der gesammten früheren Persönlichkeit und deren Handlungen mit der jetzigen und deren Handlungen, „die Handlungen sind der beste Prüfstein für den geistigen Vollwerth“ (Tuczek).

Gehen wir nun diese Fälle durch, so finden wir, dass die Patienten nicht nur dasselbe leisten, was sie früher leisteten, sondern noch darüber hinaus, dass sie später sogar in Verhältnisse kamen, wo sie Neues hinzu lernen sollten, was sie vorher nicht konnten, wo sie sich mit Begriffen beschäftigen sollten, die ihnen völlig unbekannt waren, ja sogar durch deren Reproduction sie anderen wieder zuführen sollten. Sie haben jetzt Erwerbszweige als Beschäftigung, die grosse Anforderungen an Pflichtgefühl, Verantwortung, Ehrgeiz, Energie, Aufmerksamkeit, Ausdauer zu geregelter Arbeit, vor allem an Urtheilskraft und Kritikvermögen, und nicht zu vergessen, an gewisse Widerstandsfähigkeit des Gemüths bei der Thätigkeit stellen. Also in keinem Fall ein Rückschritt, aber auch noch nicht mal ein Stillstand.

Zunächst Fall 1: Patientin war vor der Erkrankung im elterlichen Haushalt beschäftigt, das heisst, sie als Tochter brachte sozusagen ihre Zeit unter. Ans eigentliche Lernen, in fremde Verhältnisse sollte es gerade in der Zeit der Erkrankung gehen. Nach der Entlassung kam sie in die elterlichen Verhältnisse zurück; ihr Zustand bessert sich weiter. Sie nimmt dieselbe Beschäftigung wie früher auf. Und bald

ist sie auch im Stande, noch mehr zu leisten; sie hilft ihrem Bruder bei lateinischen Arbeiten. Zunächst muss sie dann wohl in der Lage sein, etwas ganz Neues in sich aufzunehmen, und zwar so, dass sie es durch gute Reproduction wieder anderen klarmachen und durch genügende Ausdauer die entsprechende Aufsicht ausüben kann. Dann kam sie in fremde Verhältnisse. Und hier zeigte es sich bald, dass sie sich auch der neuen Situation anpassen konnte. Patient hat jedenfalls in der Reihe von Jahren bewiesen, dass sie nicht von dem, was sie gekonnt, verloren, dass sie im Stande war, geistigen Neuerwerb sich zu verschaffen und sich den verschiedenen Lagen im Leben sich anzupassen. Dabei ist sie immerhin noch in dem Alter, wo das Gehirn noch nicht voll ausgebildet.

Zu Fall 2 möchte ich bemerken, dass von den Angehörigen extra mitgetheilt wird, dass in den letzten Jahren ihr Wesen gleichmässiger geworden ist, dass Erregungen auf Grund der geringsten Anlässe, Zeichen von Streitsucht und Launen, die im ersten Jahre nach der Entlassung sehr leicht auftraten, nicht wieder beobachtet wurden; „sie hat nie mehr über Unzufriedenheit mit sich und der Welt geklagt“. „sie brachte Allen das nöthige Interesse entgegen“. Seit der Entlassung sind jetzt 6—7 Jahre vergangen.

Bei Fall 3 ist noch besonders zu betonen, dass der Kranke sich in G. so und so oft wieder persönlich vorgestellt hat und man recht oft Gelegenheit hatte, über seine Thätigkeit, seinen Beruf, sein ganzes Wesen und Verhalten Näheres zu hören. Und immer wieder konnte festgestellt werden, dass geistige Regsamkeit und Anpassungsfähigkeit seiner Leistungen den verschiedensten Anforderungen gegenüber, die Initiative, seine Kritik- und Urtheilsfähigkeit, sein Charakter und sein Gemüth in keiner Weise eine Einbusse erlitten hatten.

Der Fall 4 zeigt den Patienten bei seiner Entlassung als einen Kranken, bei dem die psychotischen Symptome sehr in den Hintergrund getreten waren, der, seinem Benehmen nach zu urtheilen, das Bild eines typischen Schwachsinnigen bot, von dem man jedenfalls nicht so ohne Weiteres angenommen hätte, dass er noch einmal ein brauchbares Mitglied der menschlichen Gesellschaft werden könnte. Läppisch und albern lautete immer wieder der Bericht in der Krankengeschichte. Ohne jede Initiative. Dabei „hochnäsig“, „anmaassend“, „schnoddrig“, „prahlerisch“, „im höchsten Grade selbstbewusst.“ Die grösste Kritiklosigkeit zeigt sich in der ständigen Selbstüberschätzung. Ein halbes Jahr brauchte er zu Hause zur Erholung und weiteren Besserung; dann konnte er eine gleiche Stellung wie vor seiner Erkrankung annehmen. Im Hause war er wortkarg und verschlossen; es ist also noch einmal

ein Stimmungsumschlag erfolgt. In den letzten Jahren hat er sich sogar wissenschaftlich beschäftigt; ein Fortschritt gegen früher. Es verrieth jedenfalls Trieb und Initiative und die Fähigkeit, neuen geistigen Erwerb sich zu verschaffen. Seine Stellung besserte sich auch; er bekam die Stelle eines Constructeurs, die er auch heute noch bekleidet.

Bei Fall 5 fehlt mir leider die Angabe, was Patientin nach ihrer ersten Erkrankung begonnen hat; es ist auch nicht sicher bekannt, dass sie geheilt entlassen ist. War sie gesund und hatte sie wieder eine gleiche Thätigkeit wie früher angenommen, so möchte ich auch den Fall als Heilung betrachten und diese Attaque als eine neue Erkrankung per se ansehen; ich wüsste nicht, was dagegen einzuwenden wäre. Konnte sie in der Zwischenzeit in keine Stellung wieder gehen, so war die Erkrankung eben noch nicht abgelaufen, und es hat sich ein neuer Erregungszustand gezeigt. Jetzt ist die Patientin jedenfalls als genesen zu betrachten; denn seit 3 Jahren ist sie social wieder thätig und kann sich auf eine gleiche Weise wie früher ihr Brod verdienen.

Der Fall 6 war ein „Sammelsurium“ von Zustandsbildern, der vorübergehend die verschiedensten katatonen Symptome bot. Er konnte bis zum völligen Ablauf beobachtet werden, d. h. Patientin war ohne psychotische Symptome soweit Reconvalescent, dass sie den Eltern gegeben werden konnte. Von der Heimat schrieb sie verschiedene Male ausführlich an den Referenten gute Berichte und so konnten sich die Angehörigen auch bald wieder entschliessen, sie in Stellung zu schicken.

Fall 7 ist insoweit sehr interessant, als er chronologisch der älteste ist und seit der Entlassung der Kranken über 7 Jahre vergangen sind. Noch ein anderer Punkt ist zu beachten, weil dies bei weiblichen Wesen weniger der Fall ist: Patientin ist im Lauf der Zeit in eine social bessere Stelle gerückt, die einmal mehr Verantwortung und Initiative erfordert, andererseits weit bessere pecuniäre Vortheile bietet. Auch diesen Posten kann sie ausfüllen; sie hat ihn bereits im zweiten Jahre inne.

An dem Fall 7A ist besonders die schwere Belastung der Kranken und vor allem die sich daraus ergebende Ungunst der häuslichen Verhältnisse in Betracht zu ziehen. Und vor allem nicht uninteressant ist das Moment, dass die Schwester der Patientin, etwas zeitlich später — aber in dem gleichen Lebensalter wie Patientin, ungeheilt aus der Anstalt entlassen wurde und zu Hause keinerlei Tendenz zur Heilung, eher zum Gegentheil zeigte. Alles dies besonders berücksichtigt, ist es um so bewunderungswerther, dass Patientin sich zu Hause so gut hält, vor allem, da die ganzen Pflichten des Hauses auf ihr ruhen. Allem

kommt sie mit grosser Gewissenhaftigkeit und unermüdlichem Fleiss nach. Die Stimmung ist immer gleichmässig heiter; Patientin zeigt auch viel Geschick und Sinn für Musik und Handarbeit. In ihrem ganzen Wesen und Verhalten und in ihren geistigen Fähigkeiten ist keine Veränderung im Vergleich zu der Zeit vor ihrer Erkrankung eingetreten.

In Fall 8 habe ich die nöthige Bemerkung bereits früher gemacht; sie ist umso mehr zu beachten, als ich die Nachricht über das Befinden und die Thätigkeit der Betreffenden von einem Specialfachkollegen habe.

Der Fall 8A zeigt einen Patienten, der nach Ablauf der Psychose nicht nur seine frühere Beschäftigung wieder aufgenommen hat, sondern sich sogar social bedeutend verbessert hat. Zwei Jahre lang beschäftigte er sich, nachdem er sich nach der Entlassung aus der Anstalt zu Hause ganz erholt hatte, in gleicher Weise wie früher —, als Barbiergehülfe, und zwar zur völligen Zufriedenheit des Arbeitgebers, ohne die Stelle zu wechseln. Dann widmete er sich der Zahntechnik, bildete sich ein Jahr lang aus und wurde in diesem Fache selbstständig. Er versteht seine Sache sehr gut und hat gute Einnahmen zu verzeichnen.

Der Fall 9 bietet wieder das interessante Moment, was ich bereits in Fall 7 an zweiter Stelle hervorgehoben habe.

Besonders hervorheben möchte ich Fall 10; vorher erwähnte ich ihn bereits als einen besonders schweren Fall; schwere Katalepsie, blödes Lachen, ständig unrein, Symptome, die wenig Hoffnung auf Besserung, geschweige denn Heilung boten. Jetzt ist sie eine beliebte Lehrerin, die nach dem Urtheil ihrer Vorgesetzten in ihrem Fach ausgezeichnetes leistet. Es wird doch von Keinem bestritten werden können, dass genügend Urtheil und Kritik vorhanden sein muss, um nicht nur seine Ansichten klar darzulegen, sondern auch bei anderem Interesse zu wecken und deren geistige Fähigkeiten zu fördern und zu bilden; das darf man wohl eine productive Thätigkeit nennen. Dann Fall 12 insofern interessant: Der Vater erlitt eine Jugendpsychose, wurde geheilt, übt bis heute seine pädagogische Thätigkeit aus, sein Sohn bekommt eine Jugendpsychose, wird geheilt, er ist jetzt als Referendar thätig. Productiv muss er wirken; Urtheile werden von ihm gefällt; weniger wichtig die Urtheile, als vor allem deren Begründungen. Er hat sein Referendarexamen glatt bestanden. Dies Examen erfordert schon nicht allein Wissen, sondern auch Können.

Weibliche Personen haben nach ihrer Erkrankung den Haushalt erlernt, haben verantwortungsvolle Posten als Haushälterin etc., jedenfalls Stellungen, die sie vor ihrer Erkrankung noch nicht inne hatten,

und noch nicht haben konnten, da sie das, was dazu gehört, noch nicht erlernt hatten. Sie haben also etwas Neues dazu gelernt und sind in einer besseren socialen Stellung thätig (Fall 1, 7, 9). Die übrigen (4 und 5) sind in den gleichen Stellungen etc. thätig wie früher.

Männliche Personen haben jetzt Stellungen wie Bankbeamter (3), Constructeur (4).

Fall 12 bedarf noch einmal besonders hervorgehoben zu werden, da er vollkommen poliklinisch ambulant behandelt ist. Besonders interessant war die letzte Zeit der Erkrankung, wo es, wie der Kranke sich einmal selbst ausdrückte, „langsam wieder in ihm aufzudämmern begann“. Es konnte dann immer weiter beobachtet werden, wie er zunehmend freier wurde, wie er langsam für Alles Interesse bekam und dann schliesslich spontan das Verlangen nach seiner früheren Arbeit äusserte und diese auch zur vollen Zufriedenheit ausführen konnte.

Es soll hier nun nicht in Abrede gestellt werden, dass eine geringe Reizbarkeit bei den erkrankten Individuen vorhanden sein kann, auch ein gewisser Grad von Egoismus. Beides sind entschieden Charakterveränderungen und zweifelsohne auf die vorherige Erkrankungen zurückzuführen; aber wie mancher Kranke, der nicht psychisch, sondern nur körperlich krank war, bietet das Gleiche. Jedenfalls sind es Symptome so geringen Grades, dass man sie kaum zu rechnen braucht. Sind sie auffallender Natur, sind sie für den Kranken in irgend einer Weise hinderlich, so wird das von den Angehörigen ganz spontan vermerkt, wie ja die Fälle 14—17 beweisen. Von einer krankhaften Umwandlung der Persönlichkeit jedenfalls ist nicht zu reden; sonst könnten sie nicht dasselbe wie früher leisten. Denn ist einmal eine solche vorhanden, so ist die wirkliche Leistungsfähigkeit, wie Gruppe I bewies, gleich Null.

Das Hauptgewicht ist also auf die sociale Leistungsfähigkeit zu legen, die sich stützt auf Gleichgewicht der Stimmung, zielbewusste Energie, geistige Regsamkeit, ungeschwächtes Kritikvermögen und Urtheilskraft.

Nun zum Fall 14. Ihn möchte ich als typisches Beispiel für eine abgelaufene Jugendpsychose anführen, die einen geistigen Stillstand zur Folge hat: er hat es bis zum Maturitätsexamen gebracht; an den späteren Examina scheiterte er. Damals wie heute bietet er eine grosse Gedankenarmuth; enorme Energieschwäche und Entschlussfähigkeit lassen ihn zu nichts kommen. Er nimmt keine neuen Vorstellungen in sich auf; er verarbeitet auch die alten nicht mehr: Es mangelt ihm daher jedes Interesse. Ausserordentlich bestimmbar in seinem Handeln zeigt er eine auffallende Unlust zur körperlichen und geistigen Bethätigung. Dabei verräth sich noch ungeheure Urtheils- und Kritikschwäche, die sich am

besten in der Ueberschätzung seiner Persönlichkeit, Verkenennung seiner Lage und Fehlen jeglicher Pläne äussert; der Schatz des vor der Erkrankung erworbenen geistigen Kapitals hat keine Einbusse erlitten. Es ist auch kein Ausfall der Aufmerksamkeit und der Auffassung zu beobachten; nur die Urtheilsbildung hat gelitten; es ist also die geistige Eigenschaft, deren völlige Entwicklung in die Jahre fällt, in der Patient steht. Sein Gedächtniss weist keine Lücken auf; das, was er bis zu seinen letzten Schuljahren geistig sich erworben, wusste er noch. Auch jetzt kann er noch etwas hinzulernen; „er sucht sich ja durch Lectüre von Fachschriften zu vervollkommen“. Aber das Umsetzen des Wissens in's Können, worin sich erst Urtheilskraft, die Höhe der Intelligenz zeigt, fehlt ihm. Und so ist er mit wenigen Unterbrechungen seit seinem Maturum noch obendrein von psychotischen Symptomen gequält. Zu den Zeiten, wo er etwas freier war, zeigte er das oben genannte Bild. Abgelaufen ist die Psychose erst mit der Entlassung aus der Anstalt. Seitdem ist er so weit frei, dass er sich erst mal ständig beschäftigen kann, doch nicht mehr in dem Rahmen, wie seine angefangene Laufbahn vermuthen und hoffen liess, sondern in einer rein mechanischen Thätigkeit. Er ist aus seinem Milieu auch herausgefallen; er, der anfangs studirte, erwirbt sich jetzt seinen Unterhalt (1) durch mechanische Gärtnerarbeit. Scheiden wir die Zeit der Psychose bei ihm aus, berücksichtigen wir sie nicht, so werden wir in ihm das Bild des typischen geistigen Stillstandes wieder finden, wie ich ihn in der Gruppe I zu skizziren versucht habe.

Die letzten Fälle, 14—17, lassen mich im Zweifel, ob man bei ihnen von einer Heilung reden kann, zur Zeit jedenfalls noch nicht. Sie stehen sehr auf der Grenze; die Auskünfte klingen zum Theil doch sehr bedenklich, ganz anders wie die der ersten Fälle: die Charakterveränderung scheint bei ihnen doch nicht ganz leichter Natur zu sein, die gesammte Persönlichkeit ist eine andere geworden; einmal sind die Individuen noch nicht wieder in voller Beschäftigung, das heisst, es muss auf sie noch in jeder Weise zuviel Rücksicht genommen werden (14), oder es besteht eine so geringe Widerstandsfähigkeit des Gemüths, dass oft Stellenwechsel erfolgt (15), oder es besteht noch beständig der Verdacht auf ein Wiederaufflackern des Processes, der womöglich noch nicht abgelaufen ist (16).

Zunächst Fall 14: gebessert hat sich dieser Fall zu Hause noch ganz entschieden. Denn der Befund bei der Entlassung der Kranken erweckte überhaupt wenig Vertrauen für die Zukunft: Fehlen jeder Initiative zur Arbeit, keinerlei Interesse für irgend eine Beschäftigung;

blödes Lachen; direct stumpf und theilnahmslos. Seit der Entlassung ist, wie gesagt, eine Besserung erfolgt: Patientin geht jetzt zum Nähenlernen; dabei muss vor allem vermerkt werden: „viel Mühe und grosse Lust“. Darin ist der wesentliche Fortschritt zu sehen. Ferner ist auch allmählig die Reizbarkeit und die Labilität der Stimmung zurückgegangen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Besserung allmählig noch weiter geht, vor allem erst mal so weit, dass die Kranke wieder das leistet, womit sie früher ihr Brod verdient hat. Es darf aber nicht vergessen werden, dass erst verhältnissmässig sehr kurze Zeit nach der Entlassung verflossen ist, und dass sich der Zustand zur Zeit immer noch bessert.

Was ich eben bei dieser Patientin besonders hervorhob, dass nämlich die Beobachtungszeit nach der Entlassung noch zu kurz ist, vor allem dass sich der Zustand zur Zeit noch bessert, das gilt noch mehr von dem Fall 15. Der Versuch der Beschäftigung ist mit dem Kranken gemacht worden, doch mit geringem Erfolge. Er ist noch nicht so social brauchbar wie früher. Reizbarkeit und Mangel an Ausdauer hindern ihn an der vollen ihm und seine Umgebung zufriedenstellenden Ausübung seines erlernten Handwerks; „saubere und gute Arbeit“ liefert er wohl, doch wie? Was für eine Zeit braucht er dazu gegen früher! Ganz typisch ist die Mittheilung der Behörde an die Anstalt, als es sich um die definitive Entlassung handelte; sie stimmte, aber sie war nicht ausreichend; das was noch krankhaft war, das heisst vom ärztlichen Standpunkt für krankhaft angesehen werden musste, wurde absichtlich (?) nicht erwähnt. Es kam ja aber auch garnicht so wesentlich in Betracht, da es sich ja zunächst nur um die Entlassung handelte. Und gegen diese sprachen genannte Momente ja nicht.

Die Auskunft über den Fall 16 lässt noch nicht klar sehen: Die Kranke wurde verhältnissmässig gut gebessert — im Vergleich zu den eben angeführten Fällen — entlassen und es ist schon wesentlich längere Zeit vergangen. Sie ist in der gleichen Thätigkeit wie früher: sie vertritt sozusagen Mutterposten in der Familie; wenn man ihr Alter und die Erkrankung in Betracht zieht, immerhin schon eine ziemlich grosse Leistung. Sie ist aber doch nicht so anzuerkennen, als wenn sie in fremden Verhältnissen lebte, wo sie auf Gelderwerb angewiesen wäre; es kann hier immer Rücksicht genommen werden; sie kann bei jedem geringen Anlass geschont werden; und so wird es auch wohl sein. Und bis vor kurzem konnte sie noch nicht ständig und regelmässig ihrer Arbeit nachgehen. Immerhin ist auch hier die Besserung in der letzten Zeit nicht zu verkennen, doch muss zur Fällung eines definitiven Urtheils noch einige Zeit abgewartet werden.



Der zuletzt erwähnte Fall No. 17 giebt auch keine genügend klare Auskunft; sicher ist erst einmal, dass Patient bis zuletzt noch „nervenleidend im Sinne eines Laien“ war, und das will wohl beachtet sein. Nicht so wesentlich in's Gewicht fällt das Moment, dass der p. M. sein theologisches Examen mit „gut“ bestanden hat. Das kann er schon bestehen, aber wird er in seinem Fach productiv thätig sein können? Das hat er nicht bewiesen. Er war nach wie vor seinem Examen zu Hause bei seinem Vater thätig, der dem gleichen Beruf oblag und auf ihn in der denkbar günstigsten und vor allem ausgiebigsten Weise Rücksicht üben konnte; für diesen gilt in vollem Maasse das, was ich schon bei Fall 16 hervorhob: die Thätigkeit in den häuslichen Verhältnissen ist nie in dem gleichen Maasse einzuschätzen wie die gleiche in fremden Verhältnissen.

Was diese Fälle mit den ersten noch gemein haben, ist die sogenannte Krankheitseinsicht; sie ist bei Jedem vorhanden. Aber sie ist ja nur ein Beweis für das Abgelaufensein des acuten Processes und nicht für das Eingetretensein der Heilung.

Immerhin kann zur Zeit über die Fälle 14—16 noch kein abschliessendes Urtheil gefällt werden, jedenfalls nicht in dem Sinn, dass die Fälle mit Demenz geendigt hätten. Denn da möchte ich Hitzig's Ansicht besonders vertreten, dass man als solche nur solche Störungen betrachtet, welche einen stationären oder progressiven, jedenfalls unheilbaren Zustand darstellen. Das Gegentheil ist in diesen Fällen aber vorhanden und wohl zu beachten: sie haben sich in letzter Zeit immer noch geändert, und zwar nur nach der Seite der Besserung, nach dem Ziele der vollkommenen Heilung.

Zu den ersten Fällen möchte ich aus meinem Bekanntenkreis einen Fall mittheilen; es handelt sich um einen Collegen, der als Student in dem ersten Semester eine schwere Psychose durchmachte, geheilt wurde, weiter studirte, allerdings in den ersten Jahren eine gewisse Reizbarkeit zeigte, von einer Schonung keinen wesentlichen Gebrauch machte, das heisst, genau so lebte wie früher, die Freuden des Studentenlebens in vollen Zügen genoss, seine Examina trotz Allem sogar rechtzeitig und vorzüglich bestand, später seinen militärischen Uebungen regelmässig oblag und jetzt eine anstrengende aber auch einkömmliche Praxis besitzt.

Zu meinen geheilten Fällen kann mir noch erwidert werden, es könnte sich jedes Mal nur um eine Remission handeln. Gewiss, je nach der Auffassung, wenn man den Begriff der Remission eventuell sogar auf eine Zeitdauer von 10 Jahren ausgedehnt wissen will, wie es kürzlich von einem Autor geschehen ist. Viel erklärlicher und nahe-

liegender ist die Deutung, dass es sich, da der erste Process abgelaufen ist, um eine Neuerkrankung handelt, bei einer körperlichen Erkrankung würde jedenfalls so verfahren werden. Besonders auf Fall 5 möchte ich bezüglich dieses Punktes nochmals hinweisen.

Kurz zusammengefasst komme ich darauf hinaus, dass man als geheilt die Fälle wohl ansehen darf, bei denen die Individuen im Vergleich zu der Zeit vor der Erkrankung keine wesentliche Veränderung ihrer gesammten geistigen Persönlichkeit aufzuweisen haben und die sociale Leistungsfähigkeit derselben bei der Thätigkeit im practischen Leben keine Einbusse gegen die frühere Zeit erlitten hat.

(Fortsetzung im nächsten Heft.)