

Über die katatonische Demenz und deren klinische Formen.

Von

Dr. N. Skliar.

(Ord. Arzt der Irrenanstalt Tambow-Rußland.)

(Eingegangen am 10. August 1922.)

Über die Frage der Dem. praecox oder, wie wir diese Krankheit nennen, der katatonischen Demenz ist die letzten 30—35 Jahre viel geschrieben worden. Es wurde heftig und erbittert darüber gestritten, ob die katatonische Demenz wirklich als besondere Krankheitsform existiere oder zu anderen bereits bestehenden Krankheiten gerechnet werden muß? Trotz der langjährigen Debatten ist diese Frage bis jetzt noch nicht vollständig gelöst worden. Viele Gegner Kräpelins können die Dem. praecox als besondere Krankheit aus dem Grunde nicht ansehen, weil eine sichere pathologisch-anatomische oder physiologisch-chemische Grundlage nicht gefunden wurde. Freilich steht die Dem. praecox in dieser Beziehung gegen die anderen Geisteskrankheiten nicht zurück, wo meistens organische Veränderungen fehlen. Und da die positiven Wissenschaften für die Ergründung des Wesens der verschiedenen Geisteskrankheiten und deren Abgrenzung voneinander wenigstens für die nächste Zukunft wenig Aussicht auf Erfolg zu geben versprechen, so meinen wir eher zum Ziele zu kommen, wenn wir mehr auf die klinische Seite unser Augenmerk richten, indem wir auf ein großes klinisches Material von längerer Beobachtungszeit uns stützen.

Ferner kann der Kräpelinschen Schule der Einwand gemacht werden, ob denn die Dem. praecox als eine einheitliche Krankheitsform wirklich angesehen werden kann und nicht vielmehr aus verschiedenen Krankheitsformen besteht? Bekanntlich basiert die Dem. praecox auf 3 Hauptwurzeln: der Heckerschen Hebephrenie, der Kahlbaumschen Katatonie und der Kräpelinschen Dem. paranoides. Dazu kam später die Bleuler-Diemsche Dem. simplex hinzu. Nebenbei wurden nachher Bezeichnungen für Fälle gebraucht, die zur allgemeinen Benennung der Krankheit (als Dem. praecox) gar nicht paßten, wie die Dem. praecocissima im frühen Kindesalter und besonders die Spätkatatonie im höheren Lebensalter, die bei der allgemeinen Klassifizierung der Krankheit nicht genannt, aber stillschweigend als selbstverständlich dazu gerechnet wurden. — Die beiden

ersten Gruppen sind im Jahre 1897 von Aschaffenburg auf Grund der gleichen Symptome, des gleichen klinischen Verlaufes und der gleichen psychologisch-pathogenetischen Merkmale zu einer Krankheitsform, die Dem. praecox genannt wurde, vereinigt worden. Diese Ansicht fand mit der Zeit die Zustimmung der meisten Forscher und stößt gegenwärtig auf keinen Widerspruch. Nicht so verhält sich die Sache mit der Dem. paranoides. Ursprünglich hielt sie Kräpelin für eine besondere Krankheitsform. Im Jahre 1899 fügte er die Dem. paranoides als besondere Untergruppe der Dem. praecox aus dem Grunde hinzu, weil sie in eine katatonische Verblödung übergehe und im Verlaufe derselben eigenartige katatonische Erscheinungen beobachtet werden. Die letzte Zeit kam aber Kräpelin zur Ansicht, daß die paranoide Demenz durch viele Kennzeichen sich von der Dem. praecox unterscheide, weswegen er im Jahre 1912 einen Teil der Fälle der Dem. paranoides von der Dem. praecox trennte und dieselben zu einer besonderen von ihm geschaffenen Krankheitsgruppe der sog. Paraphrenien zählte; der übrige Teil aber der Fälle blieb bei der Dem. praecox, wenn nicht in einer, so doch in 2 Untergruppen als Dem. paranoides mitis und Dem. paranoides gravis bestehen.

Es wird weiter von vielen Forschern — und nicht mit Unrecht — gegen die zu weiten Grenzen der Krankheit eingewendet. Tatsächlich schwoh die Dem. praecox mehr und mehr an, und einige Anhänger Kräpelins, wie z. B. Bleuler, Urstein u. and. hielten nicht nur die Amentia, die Paranoia u. dgl., sondern auch alle möglichen Psychosen, z. B. das Querulamentum, den Alkoholismus, Idiotismus, für Dem. praecox; sie rechneten sogar die Psychopatie, die Degenerationen zu den latenten Formen dieser Krankheit. Diese so stark erweiterte Psychose stieß auf einen großen Widerstand seitens vieler Forscher, wie Fürstner, Wernicke, Schüle u. and., die die Dem. praecox für einen Sammeltopf hielten, wo alle möglichen Krankheiten zusammengeworfen wurden. Aber nicht nur die Gegner, sondern auch Kräpelin selber kam mit der Zeit zur Überzeugung, daß seine Ansicht über die Dimensionen der Krankheit sehr übertrieben war, da viele Fälle, die er für Dem. praecox hielt, sich nachher als manisch-depressives Irresein herausstellten. So entstand in der Kräpelin'schen Schule die Lehre von einer anderen wichtigen Krankheit, dem manisch-depressiven Irresein, die bei einigen seiner Anhänger die Dem. praecox in den Hintergrund drängte; jedenfalls sind die Fälle der Dem. praecox zugunsten der manisch-depressiven Psychose bedeutend verringert worden. — Hier gilt es, diese beiden Krankheiten sicher voneinander abzugrenzen und nachzusehen, was für die eine und was für die andere Krankheit charakteristisch ist und womit sie sich voneinander unterscheiden.

Viele Autoren sprechen sich ferner mit Recht gegen die Richtigkeit der Bezeichnung der Krankheit als *Dem. praecox* aus. — Endlich kann die Gruppierung der Krankheit in die Unterformen nicht als gelungen bezeichnet werden. Wir glauben deswegen, es müsse der Krankheit eine andere, dem Wesen derselben entsprechendere Bezeichnung gegeben und eine andere zweckmäßigere Gruppierung in Unterformen gemacht werden.

Um alle diese Streitfragen zu klären, sammelten wir 200 typische Krankengeschichten von Fällen (121 Frauen und 79 Männer), die in die Tambowsche Irrenanstalt vom Beginn bis zum Ende der Krankheit im Laufe von vielen Jahren, zuweilen auch Jahrzehnten (von $\frac{1}{2}$ Jahre bis 40 Jahren) in Behandlung und Verpflegung waren; viele Fälle sind von mir selber beobachtet worden.

Wir teilen das Material in 2 große Gruppen ein: 1. die katatonische Gruppe im engeren Sinne des Wortes oder die stuporöse und 2. die affektive Gruppe.

Wir beginnen mit der katatonischen (resp. stuporösen) Gruppe.

I. Die katatonische Gruppe im engeren Sinne, resp. stuporöse.

(*Dem. katatonica stuporosa*.)

(104 Fälle; unter ihnen 47 Männer und 57 Frauen.)

Charakteristisch für diese Gruppe im ganzen erscheinen die katatonischen Symptome, wo sie in der typischsten Weise auftreten. In diesen Fällen kommen im ganzen Verlauf der Krankheit Stuporererscheinungen in stark ausgesprochener oder in abgeschwächter Weise als Apathie vor, oder die Erscheinungen des Stupors resp. der Apathie wechseln mit besonderen, eigenartigen, heftigen und plötzlichen Erregungszuständen ab, die einen impulsiven, automatischen Charakter tragen. Übrigens muß gesagt werden, daß auch bei der ersten Form ähnliche Erregungszustände nicht ausbleiben, nur kommen sie in nicht so starkem Grade vor, dauern nicht so lang und treten viel seltener auf. Ferner erscheint für diese Krankheit eine eigenartige Demenz katatonischen Ursprungs charakteristisch, die oft sehr bald, im Laufe von 2, 3 Monaten auftritt.

Wir teilen deswegen diese Gruppe in folgende Untergruppen mit ihren Spielarten:

A. Stuporöse Untergruppe

mit α) einer stuporösen Spielart im eigentlichen Sinne
und β) einer stuporös-agitierten Spielart.

B. Apathische Untergruppe

mit α) der apathischen Spielart im engeren Sinne
und β) der apathisch-agitierten Spielart.

A. Die stuporöse Untergruppe.

a) Die stuporöse Spielart.

(29 Fälle, von denen 14 Männer und 15 Frauen.)

Die Krankheit fängt in 12 Fällen mit Halluzinationen und Wahnideen der Verfolgung an, infolge deren sie unruhig und aggressiv werden. In einigen Fällen sind die Kranken stark ängstlich, haben Selbstmordideen, sprechen absurde Wahnvorstellungen aus. Im Laufe von 2, 3 Monaten werden die Kranken apathisch, negativistisch, wortkarg, und bald tritt ein vollständiger Stupor ein (Erstarrung in irgendeiner Stellung, Bewegungslosigkeit, Mutazismus, Nahrungsverweigerung, Schnauzkrampf, starrer Gesichtsausdruck mit offenem Munde und Speichelfluß). — In 4 Fällen begann die Krankheit mit Angst, Ideen der Versündigung, des Selbstmordes, auch der Besessenheit. Nach 3, 4 Monaten Stupor, Verblödung, Gefräßigkeit. — In 5 Fällen fängt die Krankheit langsam, schleichend, unmerklich, ohne akute Symptome an. Allmählich werden die Kranken finster, schweigsam, apathisch, wenig beweglich, hören auf zu arbeiten, essen nur nach Ermahnung. Nach einigen Monaten werden die Kranken vollständig stuporös. Zuweilen werden sie für ganz kurze Zeit aufgeregt, gehen hin und her, drohen der Umgebung. Nachher verfallen sie in ihren früheren stark ausgesprochenen Stuporzustand.

Zuweilen kommen im Laufe der Krankheit Remissionen vor, während deren die Patienten beweglicher, arbeitslustiger und mittheilsamer werden. Solche Remissionen dauern einige Stunden, einen Tag, einige Tage, eine Woche bis zu $\frac{1}{2}$ oder ganzen Jahr oder noch länger.

Das Endstadium: In einigen Fällen, hauptsächlich bei Kranken, die im Pubertätsalter erkranken, tritt eine tiefe Dementia und ein stark ausgesprochener Stupor rasch, 2 oder 3 Monate nach dem Beginn der Krankheit ein, in welchem Zustand sie bald an Erschöpfung infolge Nahrungsverweigerung und Bewegungslosigkeit zugrunde gehen. In anderen Fällen kann der Stuporzustand mit einigen Unterbrechungen, Remissionen sich jahrelang hinziehen (in 7 Fällen weniger als 1 Jahr, in 9 Fällen 1—3 Jahre, in 4 Fällen gegen 5 Jahre, in 3 Fällen 10 Jahre, in 2 Fällen 15 Jahre, in 1 Falle 25 Jahre, in 2 Fällen 35 Jahre).

β) Stuporös agitierte Spielart.

(22 Fälle, von denen 6 Männer und 16 Frauen.)

Für den Verlauf und Ausgang der Krankheit erscheint der Wechsel des Stupors mit impulsiven Erregungszuständen charakteristisch.

In 5 Fällen beginnt die Krankheit mit Angst; in 7 Fällen kamen zur Angst Halluzinationen, Wahnideen (der Beeinflussung und Vergiftung) und Unruhe hinzu; in 1 Falle setzt die Krankheit plötzlich mit Verwirrtheit, katatonischen Erscheinungen und Unruhe ein; in 1

Falle war im Anfang ein Zustand der Ratlosigkeit, die Kranke grimassierte, war maniert, sprach singend, ächzte, lächelte. Nach diesem Anfangsstadium verfielen die Kranken bald in einen tiefen stuporösen Zustand, der mit heftigen und plötzlichen Aufregungszuständen abwechselte, während deren sie schimpften, monoton schrien, gewalttätig wurden. — In 1 Falle begann die Krankheit gleich mit einem Stupor. In 1 Falle fiel die Patientin im Anfange der Krankheit durch ein absonderliches Benehmen auf. Später ist die Kranke bald apathisch, starr, negativistisch, bald ist sie unruhig, schreit und weint, ist stark ängstlich. Diese Schreianfälle häuften sich nachher mehrmals im Tag und wurden stereotyp. — In 1 Falle ein allmählicher und unmerklicher Beginn, ohne akute Symptome; nach $1\frac{1}{2}$ Jahre verfiel die Kranke in einen Stupor, der zeitweise durch starke Aufregungen unterbrochen wurde.

Der Endzustand: Stupor, Unzugänglichkeit, Unsauberkeit, Unreinlichkeit, Verblödung; zeitweise plötzliche Aufregungen, sinnlose Schreianfälle.

B. Die apathische Untergruppe.

Bei der apathischen Form sehen wir die gleichen Symptome, den gleichen Verlauf und Ausgang, wie bei der stuporösen Form, nur mit dem Unterschied, daß die Erscheinungen hier weniger stark ausgesprochen sind.

a) Die apathische Spielart im engeren Sinne.

(23 Fälle, von denen 15 Männer und 7 Frauen.)

In 9 Fällen sind die Kranken im Anfang ängstlich, grübeln nach. Bald werden sie finster, apathisch, sprechen wenig und einsilbig, flüsternd, maniert, gekünstelt, eintönig, äußern hypochondrische, zuweilen auch absurde Wahnideen.

In 6 Fällen Beginn mit Angst, zu der bald Halluzinationen, zuweilen auch Wahnideen hinzutreten. Nach einigen Monaten werden die Kranken apathisch, gegen alles gleichgültig, untätig, wortkarg, grimassieren, liegen immer im Bett oder nehmen tagelang die gleiche sitzende oder stehende Lage ein, ohne auf die Umgebung zu achten. Zeitweise kurzdauernde leichte Erregungszustände sinnloser Natur.

In 2 Fällen allmählicher und unmerklicher Beginn der Krankheit, ohne akute Symptome; die Kranken zeigen ein absonderliches Benehmen, sprechen sinnlos, grimassieren, werden apathisch.

β) Die apathisch-agitierte Spielart.

In 2 Fällen begann die Krankheit mit Angst, Versündigungsideen, Zweifelsucht. Bald wurden die Kranken apathisch, kataleptisch, schweigsam; zeitweise traten plötzliche Aufregungszustände auf. — In 17 Fällen

beginnt die Krankheit sehr akut mit Angst, heftigen Halluzinationen, Wahnideen, meistens der Verfolgung, und starker Unruhe. Dann werden sie sehr apathisch, unbeweglich, mutazistisch. Zeitweise starke Erregungszustände: lärmern, schreien, werden gewalttätig.

Endstadium: Nach vielen Jahren werden die Kranken dement: bald ruhig, apathisch, unzugänglich, schweigsam, bald kommen plötzliche Aufregungszustände vor. In einigen Fällen treten zuweilen Angstanfälle auf (die Kranken beißen, kratzen sich u. dgl.), die nachher schwächer werden.

In 7 Fällen spielten die Halluzinationen nicht nur im Beginn, sondern auch im ganzen weiteren Verlauf der Krankheit eine dominierende Rolle. Die Halluzinationen, meistens des Gehörs, sind dauerhaft, beständig und monoton („Streikbrecher, Streikbrecher“... „Schurke, Schurke...“). Unter dem Einfluß der Halluzinationen kommen die Kranken in einen stark aufgeregten Zustand. In einigen Fällen werden, besonders im Anfange der Krankheit, Stuporzustände beobachtet. Im Laufe der Zeit werden die Kranken apathisch, wenig zugänglich, teilnahmslos, negativistisch, sprechen maniert, gekünstelt, bleiben in einförmiger Haltung. Zeitweise Aufregungszustände.

II. Die affektive Gruppe.

(96 Fälle, von denen 64 Frauen und 32 Männer.)

Die affektive Gruppe hat insofern Ähnlichkeit mit der katatonischen (stuporösen), als auch bei der ersteren katatonische Symptome vorhanden sind und dieselbe zu einer ähnlichen Demenz mit den gleichen katatonischen Zügen führt, wie die letztere. Der Unterschied besteht darin, daß bei der affektiven Gruppe die katatonischen Symptome nicht so zahlreich und weniger stark ausgeprägt sind, als bei der stuporösen (katatonischen). Ferner werden bei der affektiven Gruppe affektive, d. h. depressive und manische Symptome, mit periodischem oder cyclischem Verlauf, wie beim manisch-depressiven Irresein, beobachtet, die bei der stuporösen Gruppe fehlen. — Bezüglich des Verlaufes und Ausganges finden wir den Unterschied, daß die Krankheit bei der affektiven Gruppe viel länger dauert und die Demenz nicht so tief und nicht so schnell eintritt, wie bei der katatonischen (stuporösen) Gruppe.

Wir teilen die affektive Gruppe in eine depressive, hypomanische und agitierte Untergruppe ein.

A. Die depressive Form.

(13 Fälle, von denen 3 Männer und 10 Frauen.)

In 6 Fällen befinden sich die Kranken in einem ängstlichen Zustand; sie weinen, stöhnen, sprechen alle möglichen Befürchtungen

aus. Die Angst nimmt nachher zu; die Kranken knien oft, bitten um Verzeihung, verweigern die Nahrung. In vielen Fällen kommen Halluzinationen hinzu. Es kann später eine Remission eintreten (in 1 Falle dauerte dieselbe $\frac{1}{2}$ Jahr, in einem anderen Falle gegen 20 Jahre). Dann tritt wieder ein ängstlicher Zustand und Verwirrtheit auf; dabei leisten die Kranken allem Widerstand. Später liegen sie tagelang im Bett, antworten nicht auf Fragen, essen nicht, oder sie sind unruhig, singen, tanzen, schimpfen, schmieren, grimassieren, nehmen Zwangstellungen ein. Nach einigen Jahren können sie sich beruhigen, werden klarer, besonnener, orientieren sich gut in allem, können gut arbeiten, haben aber keine eigene Initiative, sind apathisch, still, in sich gekehrt. Einige sind erregbarer, drängen immer nach Hause, sprechen monoton, singend, grimassierend; der Gesichtsausdruck gedrückt, weinerlich. — In anderen Fällen schreitet die Krankheit ohne Remissionen fort. Die Kranken schreien fast unaufhörlich, weinen, drängen zur Tür, nach Hause in einförmiger Weise, klammern sich an alle an. Zeitweise sind die Angstzustände so heftig, daß die Patienten mit dem Kopf an die Wand schlagen und ernste Selbstmordversuche machen. Später wird das Benehmen der Kranken stereotyp, einförmig; sie murmeln beständig Gebete, bekreuzigen sich, stöhnen in stereotyper Weise Tag und Nacht; bei einigen wird Echolalie beobachtet.

In 5 Fällen beginnt die Krankheit mit einem starken ängstlichen Zustand; die Kranken stöhnen unaufhörlich, jammern, schreien, sprechen absurde hypochondrische und Verfolgungsideen aus: sie haben keinen Magen, keine Därme, keinen Schlund; ihre Kinder wolle man zerstückeln, man gebe ihnen eine vergiftete Speise, weshalb sie die Nahrungsaufnahme verweigern. Nach $\frac{1}{2}$ Jahre sitzen die Kranken noch in der gleichen Lage u. dgl. oder liegen beständig knäueelförmig, weshalb bei ihnen Contracturen an den Beinen auftreten; essen viel und schreien, daß man ihnen nichts zu essen gebe, sprechen verschiedene Unzufriedenheiten aus, klagen beständig, regen sich schnell auf. — Andere schauen sinn- und ratlos herum, wiederholen immer, wo seien sie hingeraten, was sei mit ihnen geworden, was sollen sie tun? Leisten allem Widerstand, geben auf Fragen keine Antwort. Zeitweise werden sie sehr unruhig, verwirrt, ratlos. Dieser unruhige Zustand kann manchmal sogar jahrelang dauern. Einige Kranke beruhigen sich nachher, stehen tagelang in einer Haltung an der gleichen Stelle, machen gleiche einförmige Bewegungen mit den Armen oder dem Rumpf, sind apathisch, gleichgültig.

In 2 Fällen Beginn der Krankheit mit einer Depression und Zwangsvorstellungen (in der Form der Berührungsfurcht, der Grübel- und Zweifelsucht, des Zwangslachens, verschiedener Zwangsbewegungen), die später sich fixieren und stereotyp werden; die Kranken werden

apathisch, teilnahmslos, bleiben dabei besonnen, und die Verblödung tritt erst nach längerer Zeit und nur in mäßigem Grade ein.

Der Ausgang ist in einigen Fällen (3) eine erregte Demenz mit katatonischen Symptomen: die Kranken beten unaufhörlich, bekreuzigen sich, stöhnen, stoßen einförmige Laute aus, äußern Unzufriedenheit, rasonieren etc.; dabei werden Negativismus, Echolalie, einförmige Stellungen etc. beobachtet. — In anderen Fällen sehen wir den Ausgang in eine apathische Demenz mit Stuporsymptomen. — In noch anderen Fällen tritt eine Demenz mäßigen Grades mit weniger stark ausgesprochenen katatonischen Symptomen ein, wobei die Kranken bei klarem Bewußtsein sind und sich mehr oder weniger geordnet benehmen; die Stimmung ist gedrückt bei beständiger leichter motorischer Agitation.

Betrachten wir alle Fälle der depressiven Form im ganzen, so sehen wir einerseits Symptome der Depression nicht nur im Beginn, sondern auch im weiteren Verlauf der Krankheit. Aber diese ängstlichen Zustände tragen einen besonderen Charakter. Die Kranken sprechen die ängstlichen Ideen mit Grimassen und Geberden aus; trotz des beständigen Stöhnens ist am Gesicht kein ängstlicher Ausdruck zu merken; überhaupt trägt die Angst bereits im Beginn der Krankheit den Keim der Stereotypie: die Kranken bekreuzigen sich, beten, stöhnen, schreien immerwährend, monoton und ausdruckslos. Zu diesen Depressionszuständen kommen zuweilen bereits seit dem Beginn, zuweilen aber im weiteren Verlauf der Krankheit manische Symptome hinzu: Reizbarkeit, Unzufriedenheit mit allem, Streit- und Raufsucht etc. Diese Symptome tragen in den meisten Fällen auch einen stereotypen Charakter. Andererseits werden hier katatonische Symptome, wie Negativismus, Stupor, Stereotypien und Zwangsstellungen, oder stark ausgesprochene Apathie beobachtet. Diese depressiven Zustände katatonischen Ursprungs unterscheiden sich von solchen beim manisch-depressiven Irresein noch durch den Ausgang in eine charakteristische Demenz.

B. Hypomanische Form.

(25 Fälle, von denen 10 Männer und 15 Frauen.)

Die Krankheit beginnt meistens mit Halluzinationen, Angst und Wahnideen. Nachher tritt eine Apathie ein, die sich bis zum Stupor steigert, welchem ein hypomanischer Zustand leichten oder hohen Grades mit Schwatzhaftigkeit, Beweglichkeit, gehobener Stimmung, einer Neigung zum Scherzen folgt; die Kranken sind orientiert, besonnen, rasonieren, schreiben Erzählungen, Romane, Gedichte, machen medizinische und andere Entdeckungen, ersinnen verschiedene Projekte und Pläne, allerdings absurder Natur. Dabei zeigen sie große

Defekte in sittlicher Beziehung, machen Versuche Frauen zu notzüchtigen, entblößen die Genitalien u. dgl., benehmen sich wie ausgelassene Kinder. Aber alle diese manischen Züge entbehren der echten Lebhaftigkeit, die Bewegungen sind unfrei; der Mimik fehlt die Ausdrucksfähigkeit; die Ideen und Pläne sind stereotyp, werden immer einförmig ausgedrückt, es fehlt eigentlich die echt manische Produktivität und Erfindsamkeit, ferner zeigen sie mehr oder weniger tiefe Herabsetzung des Intellektes; die Urteile der Kranken sind nicht nur oberflächlich, sondern auch kritiklos, absurd, dem normalen Menschenverstand ganz fremdartig. Die Sprache ist bei den Kranken monoton, weitschweifig; sie sprechen mit kindlicher Stimme, grimassieren, machen verschiedene Geberden, kokettieren, ziehen mit den Schultern, dem Hals, wiederholen oft die gehörten Worte. Dabei merkt man an ihnen eine Gebundenheit, Manieriertheit, einen Negativismus. Zuweilen sind sie freundlich, höflich, aber doch wenig zugänglich. Stark ausgesprochene, vorübergehende Stuporzustände wurden im Laufe der Krankheit in 16 Fällen beobachtet, die in 2 Fällen mit Erregungszuständen wechselten. — Meistens (in 22 Fällen von 25) tritt, nachdem die Krankheit viele Jahre gedauert hatte, ein terminaler euphorischer Schwachsinn ein (Demenz mit hypomanisch-katatonischen Zügen), in dem die Kranken jahre-, zuweilen jahrzehntelang verbleiben; sie sind gutmütig, heiter gestimmt, sprechen und benehmen sich wie 3 und 5-jährige Kinder, lispeln, schnarren, nâhen Puppen, sind apathisch, maniert, in Zeit, Ort und Umgebung unorientiert. — In 3 Fällen war der Ausgang eine apathische Verblödung.

In betreff des Alters muß konstatiert werden, daß alle Fälle im jugendlichen Alter, hauptsächlich zwischen dem 15. und 30. Jahr, erkranken. Am meisten charakteristisch für diese Form ist, daß die Erkrankung häufig im Pubertätsalter auftritt, und zwar häufiger als andere Formen der katatonischen Demenz, während wir in unserem Material das Auftreten im Pubertätsalter der hypomanischen Form in 8 Fällen auf 25, d. h. in 32% finden, macht das Auftreten in dem gleichen Alter der katatonischen Demenz, im ganzen genommen, 17,5% aller Fälle aus (35 Fälle auf 200). — Diese Erscheinung diente für Hecker und andere, wie bekannt, als Hauptgrund, die hypomanische Form für eine besondere, selbständige Krankheit zu halten und derselben den Namen „Hebephrenie“, als für die Periode der Geschlechtsentwicklung charakteristisch, zu geben. Die Autoren fanden ferner bei dieser Form für dieses Alter charakteristische Symptome, wie kindliches Benehmen, hochtrabende, gekünstelte Ausdrucksweise in der Rede und Schrift, kindliche Ausgelassenheit, kindlich-naïve Urteile usw. — Nun kommt aber diese Form nicht nur im Pubertätsalter, sondern auch, und zwar noch häufiger, im Alter von 20 bis 30

Jahren (10 Fälle auf 25, d. h. in 40% vor; es werden aber auch Fälle dieser Form nicht selten im Alter von 30 bis 40 Jahren in 20% (5 Fälle auf 25) und auch in dem kindlichen Alter von 10 bis 15 Jahren in 8% (2 Fälle auf 25) beobachtet. — Was aber die angegebenen Symptome betrifft, die der Pubertätszeit eigentümlich sein sollen, wie kindliches Benehmen etc., so werden sie bei der gleichen Form auch im anderen Alter und sogar bei anderen Formen der katatonischen Demenz angetroffen, und zwar in Fällen, wo die Verblödung nicht so stark ausgesprochen, sondern mäßigen Grades, und von Erscheinungen der Besonnenheit und hypomanischen Zügen begleitet ist, die zusammen das Wesen der sog. „hebephrenen“ Symptome ausmachen. Die letzteren stellen somit eine Mischung von hypomanischen Zügen katatonischen Ursprungs mit Urteilsschwäche dar und sind in keinem Falle mit einem bestimmten Alter (der Entwicklungsjahre) verbunden. — Es könnte noch der Verlauf und Ausgang als Grund dafür angeführt werden, die Fälle der hypomanischen Form für eine selbständige Krankheit zu halten. So sahen wir, daß man sogar im Endstadium in den meisten Fällen katatonisch-hypomanische Züge finden kann. Es sind aber keine kardinalen Abweichungen von der Hauptkrankheit (der katatonischen Demenz im ganzen genommen), sondern nur nebensächliche, die sie eben nur als eine besondere Untergruppe derselben charakterisieren. Daß die hypomanische Form keine selbständige Krankheit ist, kann als Beweis ferner der Umstand dienen, daß das hypomanische Bild oft auftritt, nachdem die Krankheit mit ganz anderen Erscheinungen, z. B. einem typischen stuporösen Bild, begonnen hat. Wir sehen endlich, daß auch der Ausgang zuweilen das gleiche Bild der apathischen Verblödung, wie bei der stuporösen (katatonischen) Gruppe, aufweist.

Es ist also die hypomanische Form (die frühere sog. „Hebephrenie“) keine besondere, selbständige Krankheit, sondern sie gehört als eine besondere Unterart der affektiven Gruppe zur katatonischen Demenz und kommt zuweilen als episodischer Zustand bei allen Gruppen und Untergruppen dieser Krankheit vor.

C. Agitierte Form.

Die agitierte Form teilen wir zunächst in 2 große Unterarten ein: a) die eigentlich agitierte resp. manische und b) die paranoiiforme.

a) Die eigentlich agitierte Unterart.

(37 Fälle, von denen 12 Männer und 25 Frauen, so daß die letzteren in überwiegender Anzahl vorhanden sind.)

Dem Alter nach herrscht das jugendliche vor (in erster Linie die Periode von 20 bis 30 Jahren mit 24 Fällen, in 2. Linie das Alter von

15 bis 20 Jahren und von 30 bis 40 Jahren mit je 6 Fällen); im Alter von 40 bis 45 Jahren haben wir nur 1 Fall; über 40 Jahre sind keine Fälle vorhanden.

Es zerfällt die agitierte resp. manische Unterart in 2 Spielarten: a) mit mehr chronischem Verlauf (13 Fälle), b) mit mehr periodischem resp. circulärem Verlauf (24 Fälle).

a) Die chronische Spielart.

In 5 Fällen Beginn mit Halluzinationen, Angst und Verwirrtheit. Später sind die Kranken meistens unruhig, lachen, laufen hin und her, schimpfen, lärmen, schluchzen unaufhörlich, knien. Zuweilen sind sie stuporös.

In 8 Fällen beginnt die Krankheit mit motorischer und sprachlicher Erregung, sinnlosen, monotonen Charakters. Später wird meistens eine lustige Stimmung, Beweglichkeit, Schwatzhaftigkeit beobachtet; die Kranken lärmen, schimpfen, grimassieren dabei, schneiden Gesichter; zuweilen sind sie ruhiger, aber apathisch, teilnahmslos. In anderen Fällen sprechen die Kranken unaufhörlich mit sich selber, verbigerieren, sind sehr ablenkbar, zerreißen die Kleider, Wäsche, stellen das Möbel immer von einer Stelle auf die andere etc. Dabei werden Schwachsinn, Unzugänglichkeit, starker Negativismus beobachtet.

Im Endstadium kommen meistens gleiche Zustände manieähnlichen Charakters vor, begleitet von katatonischen Symptomen (Negativismus, Teilnahmslosigkeit, Manieren, Gesichterschneiden, Echo lale, einförmige Posen). In anderen Fällen werden die Kranken sehr dement, sind in sich gekehrt, unzugänglich, negativistisch, sprechen unaufhörlich etwas Sinnloses, lächeln oft, laufen überall herum, sind stereotyp, unsauber, beschäftigen sich mit nichts. Einige sitzen an einer und derselben Stelle und machen immer die gleichen Bewegungen oder wiederholen die gleichen Phrasen.

β) Die periodische Spielart.

Die Krankheit beginnt in 13 Fällen mit Angst, Halluzinationen, Wahnideen und Verwirrtheit. Im weiteren Verlauf kommen bald stuporöse oder apathische, zuweilen depressive Zustände vor, während deren die Kranken Befürchtungen oder Versündigungsideen mit gleichgültigem Ton oder mit einer lächelnden Miene aussprechen; bald treten manieähnliche Aufregungszustände auf. Oder die Kranken gehen nach einem gedrückten gleich in einen erregten Zustand über, während deren sie hin und her laufen, unsinnig fortdrängen, mit Tränen im Gesicht lachen, mit einer lächelnden Miene weinen, die Zunge nach verschiedenen Seiten ausstrecken, sich immer an der gleichen Stelle drehen,

auf einem Bein hüpfen, sich vor- und rückwärts in sitzender Lage wiegen, sich mit den Händen die Stirn reiben, auf einem Beine Purzelbäume schlagen, von sich tierische Laute geben, grimassieren, Gesichter schneiden, theatralische Posen zeigen. Oft findet ein Rededrang statt; sie sprechen unaufhörlich und sinnlos, lispelnd und schnarrend in neugebildeten unverständlichen Sprachen. Die Stimmung ist gehoben, lustig oder zornig; sie machen Scherze und Witze dementen clownartigen Charakters. Solche Zustände kommen mehrmals im Jahr periodisch, allerdings unregelmäßig, einige Tage oder Wochen lang dauernd vor. In den Zwischenzeiten sind die Kranken ruhig, apathisch, liegen immer im Bett, grimassieren. — Nach mehreren Jahren werden sie ganz dement, zeigen keine Interessen, äußern keine Wünsche, beschäftigen sich mit nichts, schneiden Gesichter, grimassieren, lächeln, sind unzugänglich, negativistisch; zeitweise sind sie agitiert, wiederholen maniert den gleichen Satz, schnalzen mit der Zunge, lachen. — In sehr seltenen Fällen gibt es einen Ausgang in eine apathische Demenz.

In 9 Fällen beginnt die Krankheit mit Angst, die mit der Zeit zunimmt, es treten Zustände anfallsweise auf, als die Kranken unaufhaltsam laut weinen, schreien, am Boden sich wälzen, ohne erklären zu können, warum sie dies tun; klagen oft, daß die Umgebung sie reize; sie regen sich aber um Kleinigkeiten auf, weinen z. B., daß man ihnen eine zu volle Tasse Suppe gebe; bald weinen sie, weil sie den Tod oder eine Strafe erwarten; bald haben sie Angst, daß „alles Hirse und die Leute Kohlen seien“, oder sie lachen und geben an, Angst zu haben, oder sagen mit Tränen in den Augen, daß sie sich gut fühlen; dabei machen sie Gebärden, blinzeln mit den Augen, drehen mit dem Kopf, wiederholen oft mehrmals die angefangene Phrase, antworten aber ungern. Vom Weinen gehen sie rasch zum Lachen über, das auch einen impulsiven, automatischen Charakter trägt. Die Wein- resp. Lachanfälle nehmen dann zu und werden häufiger. Die Kranken werden unruhiger; es treten katatonische Erregungen manieähnlichen Charakters auf; sie laufen, hüpfen, schütteln mit dem Kopf, Armen und Beinen, stellen sich mit dem Kopf herunter, mit den Beinen hinauf, schlagen Purzelbäume, treiben Posen, grimassieren; oder sie lachen monoton unaufhörlich oder brüllen tierisch, schreien immerfort sinnlose Worte aus. Werden dement, hören auf zu arbeiten, sich für die Umgebung zu interessieren, sprechen über sich in der 3. Person. — Nach einigen Jahren sind die Kranken sehr dement, unorientiert, beschäftigen sich mit nichts, interessieren sich für nichts, sind negativistisch, verkriechen sich in die Ecken und sitzen dort, indem sie das Kleid auf den Kopf herüberziehen, geben auf Fragen keine Antwort, zürnen, schimpfen, gestikulieren, sprechen oft unaufhörlich mit sich selber sinn- und zusammenhanglos; bald lachen sie,

treiben Possen, zeigen die Zunge; bald schimpfen und schreien sie auf die ganze Abteilung. Zeitweise sind sie aggressiv, beißen, spucken, sind sehr unreinlich und unsauber. — In einigen Fällen entwickelt sich ein apathischer Schwachsinn.

In 2 Fällen begann die Krankheit mit Angst. Nachher waren bald Verwirrtheit und starke Angstzustände, während deren die Kranken an sich die Haare rissen, sich an dem Hals kratzten, Selbstmordversuche machten. Zeitweise wurden bei den Kranken manische Zustände mit Lustigkeit, Beweglichkeit, Schwatzhaftigkeit etc. beobachtet. Nach 3, 4 Jahren dement, apathisch, interessieren sich für nichts, gehen im Zimmer zerzaust hin und her, lachen laut für sich, grimassieren, sind negativistisch.

Wir sehen also in den 2 angegebenen Spielarten der agitierten Form zunächst stark ausgesprochene manische Züge mit Reizbarkeit, gehobener Stimmung, Ideenflucht, Ablenkbarkeit, Rededrang u. dgl., ebenfalls auch melancholische Züge, aber beide Zustände tragen einen katatonen (automatischen, monotonen, sinnlosen, gezwungenen) Charakter. Bei den melancholischen Zuständen zeigt sich dies darin, daß die Kranken keine Auskunft darüber, was mit ihnen vorgehe, geben können; weinen monoton sowohl darüber, daß ihnen der Tod oder eine Strafe bevorstehe, als auch darüber, daß „alles Hirse und die Leute Kohlen“ seien; oder weinen sowohl darüber, daß sie ein Tier im Leibe haben, als auch darüber, daß man ihnen keinen Tabak gebe u. dgl. Bei den manischen Zuständen drehen sich die Kranken oder trampeln einförmig an einer und derselben Stelle, hüpfen immer auf einem Bein, schnalzen mit der Zunge, schlagen fortwährend Purzelbäume, lachen fürchterlich monoton u. dgl. Der Rededrang äußert sich darin, daß die Kranken unaufhörlich die gleichen Ausdrücke, Worte, Silben oder Buchstaben wiederholen oder unaufhörlich in unverständlichen neugebildeten Sprachen sprechen. Das gleiche drückt sich auch in der Schrift aus. Die Scherze und Witze, die die Kranken machen, entbehren der echten Lebendigkeit, sind oberflächlich, sinnlos und tragen einen clownmäßigen Charakter. — Andererseits beobachten wir bei den Kranken katatonische Symptome: sie nehmen Posen ein, sind negativistisch, zeigen wächserne Biegsamkeit u. dgl. — Der Verlauf scheint der gleiche zu sein, wie beim manisch depressiven Irresein; die meisten Fälle verlaufen periodisch; wenn man aber näher zusieht, so treten die Perioden ganz unregelmäßig auf, und es kommen bald Remissionen, bald Exacerbationen, Aufregungen auf dem Boden eines mehr oder weniger lang dauernden apathischen oder melancholischen Zustandes. — Der Endzustand ist in den meisten Fällen eine agitierte Dementia in der Art manieähnlicher Erregung katatonischer Natur mit daneben verlaufenden katatonischen Sympto-

men. Es gibt aber auch einen Ausgang in eine tiefe apathische Dementia.

Die manisch-depressiven Symptome eigenartiger, katatonischer Färbung, der ganz unregelmäßige Verlauf und der Ausgang der Krankheit in eine zuweilen tiefe Verblödung, die in den meisten Fällen von den angegebenen eigenartigen manisch-depressiven Zügen katatoner Natur begleitet wird, in anderen Fällen sogar einen apathischen Charakter trägt, berechtigen uns, diese Fälle trotz ihrer scheinbaren Ähnlichkeit mit dem manisch-depressiven Irresein zur katatonischen Dementia zu zählen.

b) Paranoiiforme Unterart.

(21 Fälle, von denen 7 Männer und 14 Frauen.)

Dem Alter nach herrscht das Mannesalter vor; das jüngere und das Greisenalter fehlen.

In 9 Fällen wechseln ruhige und agitierte Zustände. Während der Erregungszustände treten Wahnideen der Verfolgung und der Größe, Vorstellungen der körperlichen Beeinflussung, auch Halluzinationen auf. Die Kranken sprechen Ideen aus, im Brote sei Fäulnis; die Mitkranken und Wärter wirken auf sie mit ihrem Blicke in besonderer Weise: die Speise sei vergiftet, man wolle sie umbringen, ihnen den Kopf abhauen, die Finger verdrehen; man impfe ihnen den Durchfall ein, elektrisiere sie etc. Es werden auch Größenideen geäußert: der Vater sei Baron, Kapitän und Dichter, Admiral. Eine Kranke hielt sich für eine Himmelsbewohnerin, die zusammen mit Gott geschaffen, mit der Arche Noahs auf die Erde gefallen, dann wieder in den Himmel gehoben sei etc. Infolge der Wahnideen kommen die Kranken in große Erregung. Die Aufregungszustände wechseln mit apathischen oder stuporösen; oder es kommen Zustände vor, während deren sie besonnen, hypomanisch, lustig, schwatzhaft, beweglich oder reizbar, unzufrieden sind. Dabei werden auch katatonische Erscheinungen, wie Negativismus, verwirrte, manierierte, schnarrende Rede, gebundenes, unfreies Benehmen und Stellungen, beobachtet. Im Endstadium sind die Kranken dement, halten sich für ganz jung, orientieren sich schlecht in der Umgebung, sprechen mit sich selber, sind unzugänglich, negativistisch. Zeitweise werden sie aufgeregt, sprechen Verfolgungsideen aus: man schlage, beleidige, beraube sie, trage sie nachts fort, wolle sie ermorden.

Weiter folgen 12 Fälle, wo der Verlauf den circulären Formen des manisch-depressiven Irreseins mehr ähnelt und wo die Stereotypen eine große Rolle spielen. Die Krankheit beginnt mit einer Angst; die Kranken sprechen hypochondrische Ideen aus, sind besonnen, sprechen aber in einer gekünstelten Sprache, grimassieren; zuweilen

werden sie etwas aufgeregt, machen eine Menge von Zwangsbewegungen: ziehen die Lippen aus, bewegen mit den Kopfhaaren, strecken die Zunge vor und verstecken sie, heben und senken das Bein. Später treten zeitweise stärkere Aufregungen auf; die Kranken zerschlagen Scheiben, sind maniert, sprechen Verfolgungs- und Beeinflussungsideen aus, die immer komplizierter werden. Die Aufregungen nehmen immer zu: die Kranken werden beweglich, sprechen viel, schimpfen über die Umgebung, äußern, man onaniere sie, sauge ihnen das Blut aus, sende ihnen Mädchen zur Unzucht, breche ihnen die Hände, den Hals, die Brust, den Rücken, das Geschlechtsglied, den After. Zuweilen treten Depressions-, zeitweise umgekehrt hypomanische Zustände auf, als die Kranken aufdringlich, händelsüchtig werden, rasonieren, denunzieren, sehr unternehmungslustig sind und Größenwahnideen aussprechen. In anderen Fällen zeigen sich Stereotypien in Rede und Schrift. Einige Kranke teilen monoton und einförmig mit und schreiben täglich die gleichen Zettel mit einem gleichförmigen und unsinnigen Inhalt („die Finsternis verbietet zu essen und zu trinken, der Wärter verbietet zu essen und zu trinken, die Biene verbietet zu essen und zu trinken etc. etc.“). Oder sie wiederholen in der Schrift nicht nur einzelne Worte oder Sätze, sondern noch häufiger einzelne Silben und Buchstaben. — Nach vielen Jahren sitzen oder liegen die Kranken an einem und demselben Ort in der gleichen Haltung, antworten nicht auf Fragen, interessieren sich wenig für die Umgebung; zuweilen machen sie einförmige Bewegungen. Sehr selten werden sie aufgeregt, sprechen abrupte Wahnideen aus, grimassieren; die Sprache ist verwirrt.

Wenn bisher die Wahnideen mit einem manieähnlichen Symptomenkomplex zusammenhängen und aus demselben entspringen, so haben wir noch 2 Fälle von Wahnideen auf dem Boden eines melancholischen Symptomenkomplexes, dessen Inhalt hypochondrische, nihilistische und phantastische, auch Besessenheitsideen absurden Charakters ausmachen. Im Endstadium Apathie, völlige Gleichgültigkeit, Unbeweglichkeit, Demenz; zeitweise Aufregung.

Wir sehen also bei den Fällen der paranoiiformen Unterart sehr viele manische Symptome (gehobene, zornige Stimmung, ein Rasonieren, Querulieren, eine Aufdringlichkeit, Neigung zur Händelsucht, ein Rededrang, dessen katatonische Natur sich allerdings in unaufhörlichen, einförmigen Wiederholungen der gleichen Worte, Sätze, Ausdrücke stereotyp äußert), zuweilen auch depressive, wie wir sie in der gleichen Weise bei den Fällen der agitierten Unterart antrafen. Im Verlauf haben diese Fälle auch Ähnlichkeit mit der agitierten Unterart (sie verlaufen auch bald periodisch, bald circular); die Verblödung schreitet hier ebenso langsam fort und die Kranken sind hier ebenso

besonnen, es kommen hier daneben katatonische Symptome, insbesondere stark ausgesprochene Stereotypien, ebenso wie bei der agitierten Unterart. Was sie aber von der letzteren unterscheidet, ist das Vorhandensein von vielen Wahnideen, die sich noch im Endstadium, allerdings in ganz abrupte, sinnloser Art, zeigen, weshalb wir sie als besondere paranoiiforme Unterart der agitierten Form der affektiven Gruppe zurechneten.

Wir wollen jetzt versuchen, auf Grund des angeführten Materials in betreff der im Anfange der Arbeit angegebenen Streitfragen Schlussfolgerungen zu ziehen.

Wir beginnen mit der Frage der Benennung der Krankheit.

Der Name „*Dem. praecox*“ oder „*Démence précoce*“ wurde zuerst von Morel (1860) der Geistesstörung im jugendlichen Alter gegeben. Hecker benannte diese Krankheit „*Hebephrenie*“. Hebephrenie, Katatonie und *Dem. paranoides* wurden im Jahre 1899 von Aschaffenburg und Kräpelin zu einer Krankheit unter dem Namen der *Dem. praecox* vereinigt. Einige Autoren nannten diese Krankheit „*Dem. primaria*“, und Wolff gab ihr den nichtssagenden Namen der *Dysphrenie*. Am meisten hat sich die Benennung „*Dem. praecox*“ eingebürgert, aber es wurden gegen die Richtigkeit dieser Benennungen Stimmen erhoben nicht nur seitens der Gegner der Kräpelinschen Schule, sondern auch Kräpelin selber hat von Anfang an diese Bezeichnung nur als eine provisorische aufgestellt. Die Benennung wird als nicht zutreffend gehalten, weil die Krankheit, wie viele Autoren hervorheben, nicht immer zum Schwachsinn führe, also keine „*Dementia*“ sei; auch trete sie oft nicht im jugendlichen Alter auf, sei also auch keine „*praecoxe*“. Freilich sind wir mit der ersten Behauptung gar nicht einverstanden; eine Demenz auf dem Gebiete der Gefühle wird bei dieser Krankheit noch in ihrem ganz frühen Stadium beobachtet. Wenn eine solche fehlt, besonders in den späteren Stadien der Psychose, muß man an eine falsch gestellte Diagnose denken. Wir müssen aber den Autoren ganz recht geben, wenn sie die Bezeichnung der Krankheit als „*praecox*“ für falsch annehmen. Zwar wird hier das frühzeitige Alter in dem Sinne gedeutet, daß dasselbe nicht nur die Zeit der Geschlechtsentwicklung, sondern auch die Periode bis zum Stillstand des Körperwachstums, d. h. bis zum 25.—30. Jahre umfaßt, worauf Aschaffenburg und Scholz hingewiesen haben. Nun müssen aber die Altersgrenzen noch viel weiter ausgedehnt werden, da es sich herausgestellt hat, daß diese Krankheit auch im kindlichen und im späten, sogar Greisenalter vorkommt, für die diese Benennung gar nicht paßt. Und da sah man sich gezwungen, neben einer *Dem. praecox* noch eine *Dem. praecocissima*, neben einer gewöhnlichen

Katatonie (juvenilis) noch eine Katatonie tarda aufzustellen. Wir müssen noch hinzufügen, daß diese Krankheit häufig auch noch im Mannesalter vorkommt, so daß die Bezeichnung der Psychose als Dem. praecox als unzutreffend gehalten werden muß. Wir meinen, der Fehler sei vor allem bei Aschaffenburg dadurch entstanden, daß er bei der Vereinigung der Hebephrenie und Katatonie in eine Krankheit mehr auf das Vorhandensein des jugendlichen Alters, als der katatonischen Symptome achtete, was aber falsch ist, denn was diese beiden Gruppen vereinigt, ist nicht das Alter, das verschieden sein kann, sondern die katatonischen Symptome, die in beiden Gruppen gleich vorhanden sind. — Das Richtigste wäre, die Benennung der Krankheit nach dem Wesen derselben zu geben. Das Wesen der Krankheit ist aber nicht ganz klar. Zwar weisen alle Merkmale auf eine organische Grundlage dieser Psychose hin, aber ein ganz klares pathologisch-anatomisches Bild ist noch nicht gefunden worden. Noch rätselhafter sind die chemischen Theorien über die Wirkung der Vergiftung, über die Stoffwechselstörung (seitens der Geschlechtsorgane, der Schilddrüse etc., der inneren Sekretion). Einige Autoren geben eine psychologische Begründung des Wesens der Krankheit. Stransky sah in der Dem. praecox eine Inkongruenz, Ataxie in der Verbindung der Vorstellungen mit den Gefühlen (der Noo- und Thymopsyche). Otto Gross sah in ihr einen Zerfall des Bewußtseins, weshalb er sie Dem. sejunctiva nannte. Auch Zweig nahm an, der Krankheit liege ein Persönlichkeitszerfall zugrunde, und gab ihr den Namen „Dem. disseccans“. Aus dem gleichen Grund nannte sie Bleuler „Schizophrenie“. — Nun kann der Bewußtseinszerfall, Persönlichkeitszerfall u. dgl. durchaus nicht für unsere Krankheit als spezifisch gelten, da diese Erscheinung auch bei der Hysterie sehr oft beobachtet wird und von Janet, Freud und zahlreichen anderen Autoren als charakteristisch für das Wesen der Hysterie gehalten wird. Was speziell die Stranskysche Theorie über die Inkongruenz der Gefühle und Vorstellungen bei der Dem. praecox anlangt, so trifft sie für mehrere Fälle zu; es gibt aber viele andere Fälle, wo wir eine vollständige Apathie und Demenz beobachten, die gar keinen Gefühlsausdruck im Gesicht, keine Bewegungen hervorrufen, wo also eine vollständige Kongruenz, Koordination in der Vereinigung der verschiedenen psychischen Elemente stattfindet. — Von einigen Autoren wird die Apathie als Grundlage der Krankheit angesehen. Die Apathie kann, wie wir später ausführlicher erörtern werden, bei der Dem. katatonica in doppelter Weise auftreten: 1. in dem Sinne abgeschwächten Stupors, und dann stellt sie ein katatonisches Symptom dar; 2. als Herabsetzung bis Fehlen der Gefühle. Diese Apathie im letzteren Sinne kann wirklich die Entstehung vieler Symptome bei dieser Krankheit, wie den Stupor, Nega-

tivismus, Nahrungsverweigerung etc., erklären; andere Erscheinungen aber, wie die Stereotypien, die Impulsivität, die Erregungszustände, der Wechsel der Erregung mit Depression oder Gleichgültigkeit etc., können durch diese Gefühlsstörung nicht erklärt werden. — Also können alle diese Theorien über das Wesen der Krankheit, so geistreich sie auch sein mögen, nicht als vollständig zutreffend bezeichnet werden, so daß es nicht statthaft ist, eine Benennung der Krankheit nach dem problematischen Wesen derselben zu geben. Aber gesetzt, es wäre die wahre Unterlage der Krankheit sicher bekannt, so wird die Benennung oft nicht nach der Pathogenese, sondern nach irgendwelchen klaren, konkreten, am meisten charakteristischen Merkmalen bezeichnet, zu denen hauptsächlich scharf in die Augen springende Symptome gehören. So wird z. B. die Benennung der *Dem. paralytica*, einer echt organischen Krankheit, nicht nach dem anatomischen Bild, sondern nach den wichtigsten Symptomen: der Demenz und den Lähmungen, die nach der anderen Benennung (progressive Paralyse) einen progressiven Charakter haben, gegeben. Ebenso müssen wir auch unserer Krankheit eine Bezeichnung nach ihren charakteristischsten Symptomen oder anderen wichtigen Merkmalen geben. — Als krassestes, typisches Symptom resp. Symptomenkomplex, das in allen unseren Fällen beobachtet wird und somit als charakteristisches Zeichen der Krankheit dienen kann, müssen die katatonischen Erscheinungen genannt werden. Ein weiteres wichtiges Merkmal dieser Krankheit ist der Ausgang in eine Demenz mit besonderen katatonischen Zügen oder Residuen derselben. Auf Grund dieser beiden hervorstechenden Merkmale halten wir es am passendsten, diese Krankheit als katatonische Demenz (*Dem. katatonica*) zu benennen. — Wir kehren somit zur ursprünglichen Bezeichnung zurück, die Kahlbaum dieser Krankheit gegeben hat, mit dem Unterschied, 1. daß Kahlbaum sie meistens für eine transitorische, in Genesung übergehende Krankheit rechnete, während wir für sie als eine der charakteristischsten Erscheinungen den Ausgang in eine Demenz, und zwar eine eigenartige halten, 2. daß Kahlbaum nur die erstere, eigentlich katatonische (stuporöse) Gruppe im Auge hatte, während wir die Krankheit im erweiterten Sinne auffassen und auch die affektive Gruppe dazu rechnen, wohin die frühere sog. Hebephrenie, ein Teil der früheren *Dem. paranoides*, die *Dem. simplex*, die *Dem. praecocissima* und die *Katatonie tarda* der Autoren gehören.

Wie ist die *Dem. katatonica* zu gruppieren?

Die gebräuchlichste Einteilung ist in 4 Gruppen: 1. die *Dem. hebephrenica*, bei der akute Symptome der Erregung in mäßigem oder starkem Grade vorhanden sind mit dem Ausgang in eine Demenz eigenartiger katatonischer Form gleichfalls mäßigen (Heckersche Form)

oder starken Grades (Daraskewiczsche Form), 2. die Dem. katatonica mit stark ausgesprochenen katatonischen Symptomen, 3. die Dem. paranoides mit Wahnideen, meistens der Verfolgung und 4. die Dem. simplex, bei der die psychischen Funktionen unmerklich veröden, wobei akute Symptome nicht beobachtet werden. — In der letzten (8.) Auflage seines Lehrbuches (1913) gibt Kräpelin 10 Gruppen der Dem. praecox an. — Diese letzte Kräpelinsche Gruppierung ist eigentlich die gleiche, wie die frühere; nur ist sie ausführlicher, detaillierter, und das ist eher ein Nachteil als ein Vorzug. Nun können wir aber auch die frühere Kräpelinsche Gruppierung nicht für zweckmäßig erachten, vor allem und hauptsächlich deswegen, weil derselben kein einziges einheitliches Prinzip, sondern 2 ganz verschiedene Prinzipien, wie z. B. das Alter der Heckerschen Hebephrenie einerseits, und die Symptome, wie der katatonische Symptomenkomplex, der Kahlbaumschen Katatonie andererseits zugrunde liegen. Diese Gruppierung ist ferner noch deswegen unzweckmäßig, weil sie einerseits zahlreiche Fälle enthält, die gar nicht zu dieser Krankheit gehören, wie z. B. die Dem. paranoides im früheren Sinne, andererseits aber alle diejenigen Fälle nicht umfaßt, die sie enthalten sollte: in betreff des Alters besagt sie nichts über die Spätkatatonien oder die kindlichen Katatonien; in betreff der Symptome besagt sie nichts über die depressiven oder manischen Formen. Zweckmäßiger wäre es, der Gruppierung ein einheitliches Prinzip (entweder des Alters oder der Symptome) zugrunde zu legen. Dem Alter nach die Gruppierung durchzuführen, erscheint ganz unmöglich, da im gleichen Alter, z. B. von 20—30 Jahren, in dem diese Krankheit am häufigsten vorkommt, verschiedene Formen derselben beobachtet werden, nicht nur nach unserer, sondern auch nach der früheren Kräpelin-Bleulerschen Gruppierung: so tritt die gleiche Katatonie sowohl im jungen, im Mannes-, als auch im höheren Alter (die Spätkatatonie). Wir halten deswegen für richtig, die Fälle nach den Symptomen zu gruppieren, und wir legten auch dieses Prinzip unserer Einteilung der Krankheit in besondere Formen zugrunde. Allerdings stützten wir uns dabei nicht nur auf die Symptome, sondern auch auf einen besonderen Verlauf und Ausgang, den wir bei jeder Gruppe, Untergruppe und Spielart beobachten konnten.

Als das wichtigste Symptom, das für die ganze Krankheit charakteristisch ist, nannten wir die katatonischen Erscheinungen. In einer Gruppe findet man dieselben in typischer, reinster Form, ohne Beimischung anderer Symptome. Das ist die stuporöse oder katatonische Gruppe im engeren Sinne. In einer anderen Gruppe (affektiven) kommen zu den katatonischen Erscheinungen viele affektive Symptome (manische, depressive oder beide zugleich) hinzu (die Dem. katatonica affectiva). Die 1. (stuporöse resp. katatonische) Gruppe

zeichnet sich durch den Ausgang in eine apathische, die 2. (affektive) Gruppe durch den Ausgang in eine erregte manieähnliche Verblödung aus.

Die katatonische resp. stuporöse Gruppe zerfällt a) in die stuporöse Untergruppe, wo der Stupor in reiner Form auftritt, und b) in die apathische Untergruppe, wo der Stupor in abgeschwächter, weniger intensiver Form vorhanden ist. Jede dieser Untergruppen teilt sich in je 2 Spielarten: in eine einfache, wo es einen beständig vorhandenen stuporösen resp. apathischen Zustand gibt (die stuporöse resp. apathische Form), und in eine kompliziertere, wechselnde Spielart, wo ein stuporöser resp. apathischer mit einem erregten Zustand abwechselt (stuporös-agitierte resp. apathisch-agitierte Form).

Die affektive Gruppe wird in 2 große Untergruppen eingeteilt: die agitierte resp. manische und die paranoiiforme. Die agitierte Untergruppe zeichnet sich durch manisch-depressive Symptome aus und zerfällt in 3 Spielarten: α) eine depressive (mit melancholieartigen Symptomen), β) eine hypomanische (mit hypomanischen Symptomen), γ) eine agitierte im engeren Sinne mit einer chronischen und periodischen Unterform. — Die paranoiiforme Untergruppe wird außer den manisch-depressiven Symptomen hauptsächlich durch Wahnideen und durch stark ausgeprägte Stereotypien charakterisiert.

Aus dieser Gruppierung sehen wir, daß die Hebephrenie, die zu Zeiten Heckers und Kahlbaums als eine besondere, selbständige Krankheitsform galt, und später zu Zeiten Kräpelins zu einer besonderen Gruppe der Dem. praecox wurde (als Dem. praecox hebephrenica), bei uns noch mehr eingeengt wird, indem sie zur Spielart (hypomanischen) einer Untergruppe (agitierten) der affektiven Gruppe der Krankheit wird.

Der leidenschaftliche Streit darüber, ob gewisse Fälle, wo neben katatonischen noch manisch-depressive Symptome vorhanden sind, zur Dem. praecox oder zum manisch-depressiven Irresein zu rechnen sind, muß nach unseren Ausführungen als ganz überflüssig betrachtet werden, da es sich erweist, daß es sehr viele Fälle, ja eine ganz große Hauptgruppe der Dem. katatonica gibt, die wir als affektive bezeichnen und die eben durch das Vorhandensein von vielen manisch-depressiven Symptomen (neben katatonischen, die allerdings die grundlegenden sind und ihren Stempel auch auf die ersteren aufdrücken) sich auszeichnen.

Die Fälle, die Kräpelin früher zur paranoiden Demenz, als besonderer Hauptgruppe der Dem. praecox rechnete, wenigstens ein Teil derselben, stellen sich nach unserem Material als solche nicht heraus, da sie in die affektive Gruppe, mit der sie so viele Punkte gemein haben, als besondere Unterart einer Untergruppe (agitierten) derselben ein-

gehen. Freilich gibt es noch andere Fälle von Kranken, die systematisiertere Wahnideen haben, besonnener sind, geordneter sich benehmen, weniger katatonische Symptome aufweisen, nicht so dement sind. Die Fälle dieser Art zählte Kräpelin die letzte Zeit zu den sog. Paraphrenien, die aber mit der Dem. paranoides nicht identisch sind, so daß man die Dem. paranoides als besondere Hauptgruppe der Dem. praecox fallen lassen muß¹⁾.

Die sog. Dem. simplex, die früher als eine der 4 Hauptgruppen der Dem. praecox galt, hat sich nach unserem Material am allermindesten als solche herausgestellt und kann durchaus nicht als einheitliche Form gerechnet werden. Die allermeisten Fälle erweisen sich als eine besondere, allmählich und unmerklich sich entwickelnde Spielart der stuporösen (katatonischen) Gruppe; ein anderer Teil der Fälle der Dem. simplex stellt sich als leichteste, einfachste Form der hypomanisch-affektiven Untergruppe (der früheren sog. Hebephrenie) heraus.

Die sog. „Spätkatatonie“ fällt bei uns aus, da sie sich in nichts von anderen Fällen der Katatonie unterscheidet. Es ist sogar keine einheitliche Form, da ein Teil der Fälle zur stuporösen Spielart der 1. (katatonischen) Gruppe gehört; ein anderer Teil der Fälle im höheren Alter erhält eine depressive Färbung und gehört zur depressiv-affektiven Untergruppe.

Ebenso unterscheiden sich nicht die Fälle im kindlichen Alter (die sog. Dem. praecocissima) von anderen Fällen der stuporösen (katatonischen) Gruppe.

Wir kommen jetzt zur Frage, ob die katatonische Demenz (die Dem. praecox anderer Autoren) als eine einheitliche, besondere, gut abgegrenzte Krankheitsform angesehen werden kann? — Viele Autoren meinten früher und einige meinen noch jetzt, besonders in Rußland, es liege hier keine besondere Krankheitsform vor, und die katatonischen Erscheinungen seien hier nur ein bloßer Symptomenkomplex, der bei den verschiedensten Krankheitsformen vorkomme, was wir aber für ganz unrichtig halten. Die bei unseren Fällen vorkommenden typischen, klassisch ausgesprochenen katatonischen Symptome sind kein bloßer Symptomenkomplex, sondern liegen im Wesen der Krankheit und sind für dieselbe ebenso charakteristisch, wie z. B. der Exophthalmus, die Struma und die Tachykardie für die Basedowsche Krankheit charakteristisch sind. Wenn wir durchaus nicht der Ansicht sind, daß man nach einzelnen Symptomen Krankheiten abgrenzen kann, so darf doch andererseits die Bedeutung der für eine Krankheit bezeich-

¹⁾ Unserer Ansicht nach gehören diese Fälle einer besonderen Spielart der chronisch-manischen Form des manisch-depressiven Irreseins an.

nenden, pathognomonischen und aus dem Wesen derselben entspringenden Grundsymptome durchaus nicht unterschätzt werden. Das Wesen aber der Dem. katatonica, als besondere Krankheitsform, erblicken wir — was hier nur kurz gestreift werden soll — darin, daß das zentrale Nervensystem sich bei der katatonischen Demenz in einem mehr oder weniger dauernden gesteigerten Spannungszustand befindet, der sich eben in der Form von katatonen Symptomen äußert und daß dasselbe dann zeitweise plötzlich in einen Entspannungszustand verfällt, sich in der Form einer anderen für die Dem. katatonica wichtigen Erscheinung, der katatonischen Erregung, entladend, die auch einen automatischen Charakter trägt. Und dadurch erklärt sich der für die katatonische Demenz besonders charakteristische klinische Verlauf, der sich durch den Wechsel von Stupor- resp. apathischen (auf Spannungserscheinungen beruhend) mit plötzlichen, automatischen Erregungszuständen (auf plötzlicher Entspannung, Entladung der lange aufgespeicherten Energie basierend) auszeichnet. Es ist eine Ansicht, worin wir mit Kahlbaum ganz übereinstimmen, der bei seiner Aufstellung dieser Krankheit sogleich sehr treffend auf den Spannungszustand des Muskel- resp. Nervensystems hinwies und sie deswegen nach dem von ihm vermuteten Wesen derselben als Katatonie resp. Spannungsirresein bezeichnete. Worauf dieser Spannungszustand beruht, wissen wir allerdings nicht. Es muß diesem Zustande eine organische Unterlage zugrunde liegen, worüber nur Vermutungen angestellt werden können.

Also muß die Dem. katatonica als eine besondere Krankheitsform angesehen werden nach dem charakteristischen Symptomenbild und nach dem klinischen Verlauf, der sich durch den Wechsel von apathischen resp. stuporösen mit automatischen Erregungszuständen auszeichnet, was auch meistens noch im Endstadium der Krankheit beobachtet wird. Der Endzustand ist bei dieser Krankheit noch insofern charakteristisch, als er eine von katatonischen Symptomen oder Residuen derselben begleitete Verblödung aufweist.

Alle diese Erscheinungen sehen wir am ausgeprägtesten bei der stuporösen (katatonischen) Gruppe, die eben Kahlbaum im Auge hatte, als er seine Katatonie in diesem eng begrenzten Sinne, und zwar unrichtigerweise in heilbarer Form, aufstellte. Wir sehen aber, daß unsere affektive Gruppe, die die frühere sog. Hebephrenie und viele katatonische agitierte Formen umfaßt, trotz der Beimischung von für diese Krankheit fremdartigen Symptomen, wie die manisch-melancholischen, auch die gleichen typischen katatonischen Symptome, den gleichen Wechsel von apathisch-depressiven und manieähnlichen impulsiven Erregungszuständen und besonders den gleichen Ausgang in eine charakteristische Verblödung katatoner Art, allerdings mit

einigen nebensächlichen, für diese Fälle als eine besondere Gruppe charakterisierenden Abweichungen, zeigt. Was die Dem. paranoides betrifft, haben wir sie als nicht zur katatonischen Demenz gehörig von unserer Betrachtung ausgeschlossen.

Wir sehen somit in der Dem. katatonica eine charakteristische, in sich geschlossene Krankheitsform. Es fragt sich nun weiter, wie weit die Grenzen der Krankheit nach außen gezogen werden können? Wir haben bereits im Beginn unserer Arbeit erwähnt, daß die Dem. katatonica von einigen zu eng, von anderen zu weit gefaßt wird. Besonders schwierig ist die Abgrenzung der Krankheit von dem manisch-depressiven Irresein, da bei beiden Krankheiten die Symptome die gleichen sein können, indem bei der Dem. katatonica häufig manisch-depressive¹⁾ und beim manisch-depressiven Irresein nicht selten katatonische Symptome vorkommen. In solchen Fällen meinen einige Autoren, wie z. B. Bleuler, Urstein, daß man bei Vorhandensein von katatonischen und manisch-depressiven Symptomen bei der Diagnosenstellung den katatonischen den Vorzug geben und die Fälle zur katatonischen Demenz rechnen müsse. Andere Autoren, wie Dreyfuß, Willmanns u. a., denken im Gegenteil, es handle sich hier um manisch-depressives Irresein. Die einen Autoren legen also mehr Gewicht auf die einen (z. B. katatonischen), die anderen Forscher halten für wichtiger die anderen (z. B. manisch-depressiven) Symptome. Nun erweist es sich aber bei näherem Zusehen, daß die Symptome bei beiden Krankheiten trotz ihrer äußeren Ähnlichkeit in Wirklichkeit gar nicht identisch und je nach dem Charakter der Krankheit, wo sie entstehen, ganz verschiedener Natur sind. So sind die katatonischen Symptome bei der katatonischen Demenz echt katatonisch, nämlich affektlos, automatisch, sinnlos, monoton, einförmig. Beim manisch-depressiven Irresein aber sieht man, daß die katatonischen Symptome einen Zweck haben, einen Wunsch, Absicht der Kranken ausdrücken, von gewissen Motiven geleitet werden. So sieht man in dem Negativismus einen Wunsch der Kranken aus irgendwelchen Gründen Widerstand zu leisten, das Gegenteil zu tun; ihr Mutismus beruht auf einem Zorn- oder irgendeinem anderen Affekt, infolgedessen sie nicht sprechen wollen; in der Zurückhaltung des Harns und der Exkremente im Klosett einerseits und in der Unreinlichkeit und der Unsauberkeit im Bett andererseits sieht man den Wunsch bei den Kranken, andere zu ärgern, zu reizen, Unfug anzurichten usw. — Ebenso sind auch die manisch-depressiven Symptome

¹⁾ Wir sahen, daß auch in unseren Fällen viele manisch-depressive Symptome vorkommen, und daß es sogar besondere Formen gibt, wo es solcher Symptome besonders viele hat und wo der Verlauf sogar ein ähnlicher ist wie beim manisch-depressiven Irresein (wir rechneten diese Fälle zur affektiven Gruppe).

beim manisch-depressiven Irresein nicht die gleichen wie bei der Dem. katatonica. Bei der ersten Krankheit sind die manischen Symptome mit einer echten Lebhaftigkeit, einer Beschleunigung im Ablauf aller psychischen Prozesse verbunden; sie haben einen Sinn, sind zweckmäßig, verlaufen frei ohne jede Hemmung, ohne jede Gebundenheit, hängen ausschließlich ab vom Grad der gehobenen, lustigen oder zornigen Stimmung, aus der sie entspringen. Die melancholischen Symptome tragen beim manisch-depressiven Irresein den Stempel einer Verlangsamung aller psychischen Funktionen, die auch ausschließlich durch den Charakter des depressiven Affektes, aus dem sie entspringen, erklärbar sind. Bei der Dem. katatonica aber sahen wir, daß die manischen resp. melancholischen Symptome einen gebundenen, unfreien, gezwungenen, monotonen, einförmigen Charakter haben und der echten Affektivität entbehren; der Ausdruck der Gesichtszüge, der Charakter der Handlungen der Kranken scheinen den Gefühlen, den Worten derselben gar nicht zu entsprechen, oder sind zweideutig, karikiert. — Aber nicht nur symptomatologisch bestehen Ähnlichkeiten unter diesen beiden Krankheiten. Auch der Verlauf kann analog sein. So sahen wir, daß die affektive Gruppe der katatonischen Demenz den gleichen periodischen, circulären Verlauf haben kann, wie das manisch-depressive Irresein. Nichtsdestoweniger besteht ein Unterschied unter diesen beiden Krankheiten auch in dieser Beziehung. Die Anfälle des manisch-depressiven Irreseins treten in vielen Fällen, hauptsächlich in der ersten Zeit der Krankheit, mit einer bestimmten Regelmäßigkeit nicht nur in der Zeit, sondern auch im Charakter derselben (depressiv oder manisch, oder circulär, oder gemischt) auf. Zwar nehmen die Perioden nachher zu, die Intervalle werden kürzer, der Charakter der Anfälle kann sich ändern, aber auch darin zeigt sich eine gewisse Gesetzmäßigkeit, die durch den Fortschritt der Krankheit sich erklären läßt. Bei der Dem. katatonica aber sind die Anfälle sowohl im Beginn, als auch im weiteren Verlauf der Krankheit ganz unregelmäßig und ungeordnet. Was die Intervalle betrifft, so sind die manisch-depressiven Kranken während derselben ganz besonnen, benehmen sich normal und zeigen außer einer gesteigerten Nervosität und einigen psychopathischen Eigentümlichkeiten keine psychotischen Defekte. In den Remissionen aber der Dem. katatonica wird bei den Kranken trotz ihres ruhigen und besonnenen Zustandes eine Abnahme der Affektivität (Apathie), der Willensenergie, eine Gebundenheit in allem, ein intellektueller Defekt in irgendwelcher Beziehung, in manchen Fällen Residuen von katatonischen Symptomen beobachtet. — Das gleiche muß auch in betreff des Ausganges der Krankheit gesagt werden. Beim manisch-depressiven Irresein ist der Ausgang jedes Anfalles im einzelnen in den meisten Fällen, wenig-

stens im Anfange der Krankheit, ein günstiger, zieht nach sich keine Verblödung, weder in intellektueller noch in affektiver Hinsicht. Wenn es auch Fälle gibt, besonders in veralteten Formen, die einen protrahierten Verlauf annehmen und in denen einige Demenz zu merken ist, so ist sie doch nicht so tiefer Natur und entbehrt ganz der katatonischen Züge. Bei der Dem. katatonica aber ist der Ausgang immer eine stärkere oder geringere Demenz, und Defekte in der Form von Apathie, Willenlosigkeit, Gebundenheit und anderen katatonischen Erscheinungen werden sogar im Endstadium der Krankheit, als die akuten Symptome längst abgelaufen sind, beobachtet.

Literatur.

- Aschaffenburg: Die Katatonie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 55, 1898. — Aschaffenburg: Die Katatoniefrage. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 54, 1897. — Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. Jena 1907. — Bleuler, E.: Dementia praecox. Handb. d. Psychiatr., herausgegeben von Aschaffenburg. Leipzig und Wien 1911. — Bonhöffer: Über ein eigenartiges, operativ beseitigtes katatonisches Zustandsbild. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. 1903. — Brosius: Die Katatonie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 1876. — Daraszkiewicz: Über Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. Dorpat 1892. — Diem: Die einfach demente Form der Dem. praecox. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 37, 1903. — Gaupp: Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. 1903. — Gross, O.: Zur Nomenklatur „Dem. sejunctiva“. Neurol. Zentralbl. 1904. — Gross, O.: Über Bewußtseinszerfall. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 15, 1904. — Hecker: Die Hebephrenie. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. 52. — Jahrmärker: Zur Frage der Dem. praecox. Halle 1903. — Jung: Über die Psychologie der Dem. praecox. Halle: Marhold 1907. — Kahlbaum: Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin: Hirschwald 1874. — Kahlbaum: Über Heboidophrenie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 46, 1890. — Kräpelin: Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl. 3. Leipzig: Barth 1913. — Kräpelin: Zur Diagnose und Prognose der Dem. praecox. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 56, 1899. — Neisser: Katatonie. Stuttgart: Enke 1897. — Neisser: Zur Dem. praecox-Frage. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1909/1910. — Nissl: Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Neurolog. Zentralbl. 1902. — Ossipow: Kahlbaums Katatonie. Kasan 1907 (russ.). — Räcke: Katatonie im Kindesalter. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 1909. — Schröder: Die Katatonie im höheren Lebensalter. Neurolog. Zentralbl. 1902. — Schüle: Zur Katatoniefrage. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 1898. — Schüle: Klinische Beiträge zur Katatonie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 1901. — Serbsky: Formen psychischer Störung, die unter dem Namen der Katatonie beschrieben sind. Moskau 1890 (russ.). — Siemerling: Diskussion im Verein der deutschen Irrenärzte. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 56, S. 260, 1899. — Sommer: Klinische Psychiatrie. Halle 1906. — Stransky: Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen, spez. der Dem. praecox. Jahrb. d. Psychiatr. u. Neurol. 24, 1904. — Stransky: Zur Auffassung gewisser

Symptome der Dem. praecox. Neurolog. Zentralbl. 1904. — Stransky: Dem. tardiva. Ein Beitrag zur Klinik der Verblödungspsychosen. Monatsschr. f. Psychiatr u. Neurol. 18, 1905. — Trömner: Das Jugendirresein. Halle: Marhold 1900. — Urstein, M.: Die Dem. praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein. Berlin u. Wien 1909. — Wernicke: Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1900. — Wernicke: Diskussion im Verein der deutschen Irrenärzte. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 58, S. 642, 1899. — Weygandt: Alte Dem. praecox. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. 27, 1904. — Wolff: Zur Frage der Benennung der Dem. praecox. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. 1908. — Zablocka: Prognosestellung bei der Dem. praecox. Berlin: Reimer 1908. — Ziehen: Psychiatrie. 2. Aufl. Leipzig 1902.
