

Das reaktive psychotische Syndrom und sein klinisches Bild bei Untersuchungshaft¹⁾.

Von
N. Bruchansky.

(Aus dem Institut Gerichtlich-Psychiatrischer Expertise, gegründet zur Erinnerung an Prof. W. P. Jerbsky [Dir.: Ds. E. N. Dowbnya] und der Universitätsklinik für Geisteskranke, Moskau [Dir.: Prof. D. P. B. Gannuschkina].)

(Eingegangen am 25. Januar 1923.)

Psychogene psychotische Zustände bei Untersuchungsgefangenen sind eine von den brennendsten Fragen der gegenwärtigen Psychiatrie. Im Laufe der letzten 25 Jahre sind verschiedenartige, im Gefängnis beobachtete Krankheitsformen beschrieben worden. Ihnen wenden wir uns nun zu.

1897 beschrieb *Ganser* in Halle einen mit Auftreten falscher Antworten begleiteten eigentümlichen Dämmerzustand. *Westphal*, *Lücke*, *Hey* und andre halten diesen Dämmerzustand des Bewußtseins für charakteristisch. *Raecke* schreibt in seiner 1922 gedruckten Abhandlung, daß im Kern des Vorbeiredens eine Denkstörung liege. Durch Beobachtungen gelangte man zur Überzeugung, daß man das *Gansersche* Vorbeireden nicht als *ein* spezifisches Syndrom einer beliebigen Erkrankung ansehen kann, weil es bei verschiedenartigen Geistesstörungen zutage tritt. *Raecke* schied die beim *Ganserschen* Syndrom von Bewegungs- und Geisteshemmung begleiteten Zustände in eine besondere Gruppe aus, die er „*Hysterischer Stupor* bei Strafgefangenen“ bezeichnete.

Dupré hat unter dem Namen „*Puerelisme mentale*“ einen dem *Ganserschen* verwandten Zustand beschrieben, nur ist hier der Dämmerzustand dadurch ausgeprägt, daß die Psyche einen infantilen Charakter annimmt. *Sträußler* und *Sterling* haben an derselben Frage gearbeitet.

¹⁾ Vortrag, gehalten auf der Psychiaterversammlung „Kleine Freitage“ am 6. X. 1922 und im Moskauer Neuropathologen- u. Psychiaterverein am 27. X. 1922. Im Mai desselben Jahres vorhergehende Berichterstattung des 1., 2., 3. u. 4. Falles auf der Jahresversammlung des I. G. P. E., im selben Monat wurde der 1. Fall im Psychiaterverein „Kleine Freitage“ demonstriert.

Aus dem erwähnten Vorbeireden entwickelte sich auch der Begriff „*Pseudodemenz*“, beschrieben von *Stertz*, *Schuppius*, *Wernicke*. Hier finden wir dies Symptom (Vorbeireden) als selbständigen Komplex frei von Bewußtseinstrübung.

Kraepelin umgrenzte mit dem Namen „*Gefangenewahnssinn*“ ein der von *Birnbaum* beschriebenen „*Wahnhaften Einbildung*“ entsprechendes Krankheitsbild. Die Beeinträchtigungs-, Größen-, Verfolgungs-, Selbstbeschuldigungswahnideen, Ideen abenteuerlicher Erlebnisse und phantastische Konfabulationen haben hier keine Dauerhaftigkeit und Festigkeit, sie treten auf die Oberfläche und verschwinden wieder, ohne zu einem Teile der Gesamtpersönlichkeit geworden zu sein; sie sind oberflächlich, flüchtig, abhängig von äußeren Ursachen, mit Färbung von „*Spiel*“ und „*Schauspielerei*“. Nach *Birnbaum* gleicht der Wahnaufbau der Wahnfabel. Weiterhin entwickelt sich der Wahn nicht.

Kraepelin und *Birnbaum* sehen zwischen der von ihnen beschriebenen Krankheitsform und der *Hysterie* einen engen Zusammenhang. „*Dennoch*“, sagt *Kraepelin*, „würde es wohl zu weit gegangen sein, hier einfach von hysterischen Psychosen zu sprechen. Abgesehen davon, daß immer nur ein Teil der Kranken Stigmata darbot, entfernt sich hier die im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehende phantastische Wahnbildung doch recht erheblich von den landläufigen Gestaltungen der *Hysterie*. Anderseits hat sie unverkennbare Beziehungen zu bestimmten Formen der psychopathischen Veranlagung.“ *Birnbaum* schreibt: „Beim degenerativen Wahnvorgang handelt es sich nicht, wie bei anderen Psychosen, vor allem auch der *Paranoia*, um einen aus innerer Gesetzmäßigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt einsetzenden, in bestimmter Weise verlaufenden und an eine bestimmte Dauer gebundenen Prozeß.“

Diese eben besprochenen Krankheitsformen haben viel Gemeinsames mit den von *Bonhoeffer* beschriebenen „*pathologischen Einfällen*“. Es ist hier wohl nicht vonnöten, auf den sichtbaren Zusammenhang zwischen diesen Wahnproduzierungen und der *Pseudologia phantastica* hinzuweisen.

Nahe verwandt den obengenannten Krankheitsbildern sind die *Kutnerschen* „*Katatonen Zustände der Degeneraten*“. Einen analogen Symptomenkomplex beschreibt *Risch*.

Hier haben wir vor uns das schizophrene Syndrom, den schizophrenen Reaktionstypus; Erscheinungen, die Frage nach der Existenzmöglichkeit, die Prof. *P. B. Gannuschkina* (1914) in seiner bezeichnenden Schrift („*Die schizophrene Veranlagung*“, eine Fragestellung) als Erster so entschieden aufgerollt hat. „Das schizophrene oder katatone Syndrom im weiten Sinne des Wortes kann bei den verschiedenartigsten seelischen Erkrankungen beobachtet werden; ganz genau wie alle übrigen Syndrome, alle anderen Reaktionstypen . . . Die Existenzmöglichkeit akuter

(binnen mehr oder minder kurzer Frist günstig abgelaufener) Psychosen schizophrener Artung und psychogenen Ursprungs scheint uns eine Tatsache zu sein, deren Interesse und Bedeutung außerordentlich groß sind.“

Die beschriebenen haftpsychotischen Komplexe sind miteinander eng verbunden. „Freilich“, meint *Kraepelin*, „wird man in Hinblick auf das wechselnde Verhältnis zwischen inneren und äußeren Ursachen und die Verwandtschaft der verschiedenen Formen (oben beschriebener) psychopathischer Veranlagung untereinander nicht erwarten dürfen, daß die hier versuchten Abgrenzungen ganz scharfe sind; vielmehr werden wir naturgemäß mit Übergangsformen zu rechnen haben.“ Die Mehrzahl der Verfasser zählt die psychopathischen Zustände der Untersuchungsgefangenen zu den hysterischen, wobei sie nur die spezifische Färbung, die die Haft hervorruft, betonen. Die Erforschung der Hysterie in den letzten Jahren führte jedoch viele zur Überzeugung, daß die Hysterie nicht als eine Erkrankung *sui generis* anzusehen sei, und daß hysterische Krankheitsmerkmale bei den verschiedenartigsten Krankheitsformen sich zeigen können. „Sehr innig sind die Beziehungen zwischen der Hysterie und Psychopathie,“ schreibt *Kraepelin*, „ja, wir können sagen, daß die Hysterischen nur eine Untergruppe der krankhaften Persönlichkeit bilden“ ... Derselbe Autor sagt im letzten Bande seiner Vorlesungen: „Die Hysterie ist demnach nicht eigentlich eine Krankheit, sondern eine Rückständigkeit der Willensentwicklung, die sich mit verschiedenartigen Krankheitszuständen vergesellschaften, allerdings auch als selbständige Unzulänglichkeit der Umgebung auftreten kann. Am leichtesten und häufigsten kommen daher hysterische Störungen dort zur Ausbildung, wo ein schwacher, hilfloser Wille ungewöhnlich schweren, gemütlichen Belastungsproben ausgesetzt wird.“ *Hoche* spricht von der „Hysteriebereitschaft“ eines jeden Menschen. Noch deutlicher drückt es *Forster* aus: „Hysterie als Krankheit gibt es nicht, sondern nur eine hysterische Reaktion, und diese ist an sich nicht krankhaft, jeder ist mehr oder weniger diesen hysterischen Reaktionen geneigt.“ *Bumke*, der auch diese Ansicht vertritt, schlägt vor, die hysterische Reaktion als psychogen zu betrachten. „Man kam wohl zu der Vorstellung,“ meint *Jaspers*, „daß jeder Mensch seine ‚Grenze‘ habe, an der er reaktiv erkranke.“ — „Aus der einzelnen Reaktion ohne weitere Kenntnis der Persönlichkeit und der Begleitumstände läßt sich die Diagnose des Pathologischen nicht stellen“ (*Bumke*). „In der Regel ist aber“, nach der Meinung von *Oppenheim*, „bei den durch gewaltsame Erschütterungen körperlicher oder seelischer Art aufgelösten Nervenstörungen von funktionellem Charakter eine Prädisposition und psychopathische Reaktion nur dann anzunehmen, wenn die Vorgeschichte Anhaltspunkte dafür ergibt.“

Bei all diesen Krankheitsformen wirkt, nach *Bonhoeffer*, das psychogene Moment. *Hellpach* betont in seiner Abhandlung über die Kriegsneurasthenie folgende psychische Traumen: „seelisches Einzelerlebnis, seelische Spannung, seelische Reibung und seelische Umstellung.“ Diese Momente sind gewiß auch stets bei den Untersuchungsgefangenen vertreten.

Jaspers charakterisiert kurz das Gemeinsame der echten Reaktionen, wenn er, wie folgt, schreibt: „Wir fassen zum Schluß noch einmal zusammen, was den echten Reaktionen gemeinsam ist: Der Anlaß, der in enger zeitlicher Verbindung mit dem reaktiven Zustand steht, ist für unser Verständnis zureichender. Zwischen Inhalt des Erlebnisses und Inhalt der abnormen Reaktion besteht ein verständlicher Zusammenhang. Da es sich um die Reaktion auf ein Erlebnis handelt, gleicht sich die Abnormität im Laufe der Zeit aus. Besonders mit Wegfall der Ursache fällt auch die abnorme Reaktion fort. Dadurch steht die reaktive Abnormität im Gegensatz zu allen spontan auftretenden krankhaften Vorgängen.“ Vom selben Verfasser wird vorgeschlagen, die reaktiven Zustände folgendermaßen voneinander zu trennen: 1. nach den Anlässen der Reaktion, 2. nach der eigenartigen seelischen Struktur der reaktiven Zustände, 3. nach den Arten der seelischen Konstitution, die die Reaktivität bedingt. „Die Reaktionsformen können bekanntlich“, so meint *Meyer*, „die allerverschiedenartigsten Bilder aufweisen, deren Einteilung einstweilen noch nicht nach qualitativ einheitlichen Gesichtspunkten erfolgt. Sie werden bald mehr nach ihrer sozialen Wirkung (Querulantenwahn), bald nach dem äußeren Entstehungsmoment (Haftreaktion) oder nach den klinischen Einzelsymptomen und schließlich nach der Konstitutionsform ihre Bezeichnung erhalten.“

„Selbst dort aber,“ spricht *Kraepelin* in seinen Vorlesungen, „wo die seelischen Einflüsse als die wirklichen Ursachen einer Störung anzusprechen sind, läßt sich in der Regel zeigen, daß eine krankhafte Veranlagung die günstige Vorbedingung für ihre Wirksamkeit bildete.“

Bei Erörterung der psychotischen Komplexe heben die meisten Verfasser, hauptsächlich sich auf Kriegsmaterial stützend, die krankhafte Veranlagung in Form des einen oder andern Defektes hervor. Diese Ansicht vertreten: *Jolly*, *Bonhoeffer*, *Förster*, *Mörchen*, *Meyer*, *Fränkel* und andere.

Oft lassen psychotische Komplexe bei Untersuchungsgefangenen den Gedanken an eine Simulation zu. Ohne Zurückweisung dieses Gedankens wird von Autoritäten einstimmig behauptet, daß eine reine Simulation ohne krankhafte Grundlage nur vereinzelt vorkomme. *Birnbaum* führt Beispiele an, wo pathologische Lüge, Simulation, wahnhaftes Einbildung, phantastische Wahnbildung und hysterischer Dämmerzustand eng zusammengehört und zusammenhängt. „Aus vielleicht an-

fänglicher Simulation kann zuweilen eine Krankheit, der der Kranke nicht widersteht, entstehen“ (*Jaspers*). In seiner Abhandlung: „Die Gesetze der unwillkürlichen Reflexverstärkung“ behauptet *Kretschmer*: „,daß ganz vorwiegend solche Leute auf Vortäuschung verfallen, bei denen sich Zeichen habitueller nervöser Minderwertigkeit mit einzelnen Unausgeglichenheiten und Labilitäten oder auch mit allgemeiner Schwäche der Persönlichkeit verbindet. Diese Konstellation bezeichnet man im weitesten Sinne des Wortes als „hysterische Anlage“.“ *A. Rosanoff* meint daß das, was die einen als Hysterie, die andern als Simulation beschrieben, ein und dieselbe Erscheinung sei; Hysterie ist der Ausdruck für den medizinischen Gesichtspunkt, Simulation jedoch für den rechtswissenschaftlichen.

Nach *Alzheimers* Ansicht ist eine funktionelle und endogene Geisteserkrankung nur als „Ergebnis der Fortentwicklung und Umgestaltung einer pathologischen Individualität“ anzusehen. Die pathologische Persönlichkeit, die größte Variation des Menschentypus, ist nur eine Abweichung von der Durchschnittsveranlagung (*Jaspers*). Nach *Kraepelin* „erscheint es anderseits unmöglich, eine wirklich vollständige Aufzählung aller Spielarten von psychopathischen Persönlichkeiten zu geben. Jede einzelne seelische Unzulänglichkeit kann einmal im Vordergrund des klinischen Bildes stehen, während andere schwächer angedeutet sind oder fehlen, so daß sich eine unabsehbare Zahl von umschriebenen Verkümmерungszuständen ergeben würde, die dann noch alle möglichen Abstufungen zeigen können.“ *Fränkel* hält in seiner Abhandlung „Über die psychopathische Konstitution der Kriegsneurotiker“ die verschiedenartigen Psychopathieumgrenzungen für willkürlich und überflüssig. *Bumke* behauptet, daß „eine scharfe Trennung konstitutioneller Anomalien und krankhafter Reaktionen schlechterdings unmöglich ist . . . Nicht bloß die konstitutionelle Stimmungslabilität, sondern ebenso die psychogenen Reaktionen, die krankhaften überwertigen Ideen, die Psychosen der Haft, der Querulantenwahn, die Unfallsneurosen setzen eine gewisse krankhafte Anlage immer voraus. Starke Anlässe lassen freilich auch verhältnismäßig rüstige Menschen entgleisen, die Mehrzahl aber wird schon durch Schädlichkeiten aus der Bahn geworfen, die nervös ganz widerstandsfähige Personen spielend ertragen.“

Die Bedeutung der Konstellation wird in letzter Zeit beim Studium der psychotischen Komplexe besonders hervorgehoben. „Nach den Gesetzen der Konstellationspathologie“, so behauptet *Tendeloo*, „gibt es weder ein pathognomonisches Symptom oder einen Symptomokomplex, noch „die spezifische Reaktion““. Reaktionen haben stets nur einen relativen Wert, weil sie bei verschiedenen Konstellationen auftreten und anderseits ausbleiben können, obwohl der „spezifische Faktor“ vorhanden ist, falls die Konstellation ihr Auftreten nicht ermöglicht“. —

„Jedenfalls“, sagt *Mayer*, „ist erst die Gesamtheit aller dieser konstellativen Momente imstande, das Unfallereignis zu einem derart bestimmenden Faktor zu machen, daß erst durch diesen die für das betreffende Individuum krankhaften Störungen ausgelöst werden.“

Nach dieser kurzen Literaturübersicht und Erwähnung der zeitgemäßen Ansichten über die uns interessierende Frage will ich nun in kurzer Fassung einige unserer Krankengeschichten anführen.

Fall 1. A., 34 Jahre alt, Abteilungschef der Arbeiter- und Bauerninspektion, aufgenommen aus dem Butuirky-Gefängnishospital. Aus der dortigen Krankengeschichte entnehmen wir folgendes: Innere Organe gesund, Kniestehnenreflexe gesteigert, die Reflexe der oberen Extremitäten normal. Schläft die ganze Zeit. Keine Reaktion der Pupillen. Öffnet ab und zu die Augen, blickt den ihn Aufweckenden stier an und schlält sofort wieder ein. Reagiert auf die Umgebung und auf Nadelstiche gar nicht. Ganz teilnahmlos seiner Fütterung gegenüber, schluckt aber frei. Kein Stuhlgang, urinierte nicht. Wurde katheterisiert. 5. II. ins I.G.P.E. überführt.

Aufnahmebefund: Schlafzustand, Gesichtsausdruck wie in Hypotaxie. Bleich, abgemagert. Puls schwach, labil. Dumpfe Herztonen, zweiter Ton akzentuiert. Injektion von Coffein, Weininföllung. Pupillen verengt, reagieren auf Licht. Sehnenreflexe der Knie gesteigert, der oberen Extremitäten normal. Pathologische fehlen. Klonus der linken Kniestiebe. Exkretionstätigkeit sehr herabgesetzt. Rachen- und Gaumenreflexe fehlen. Reagiert nicht auf Nadelstiche. Schläft den ganzen Tag. Nach energischem Wecken öffnet er mit Anstrengung die Augen, um sie sogleich wieder zu schließen und weiterzuschlafen. Erwachte um 7 Uhr abends, bat zu essen, sagte, daß das letzte Datum, an das er sich erinnere, der 25. Januar sei, und schlief wieder ein. Wurde katheterisiert. Die folgenden 5 Tage im selben Schlafzustand. Ein nahrhaftes Klistier. Trotz großer Anstrengung ist es oft unmöglich, den Kranken zu erwecken. Wachte mehrmals auf einige Minuten auf. Paraparesen der unteren Extremitäten, die Parese links deutlicher ausgedrückt. Aktive, wenn auch schwache Bewegungen der linken Hand, die rechte kann er kaum bewegen. Bedeutende Herabsetzung der Sensibilität. Antwortet mit großer Hemmung und Anstrengung. Zuweilen beim Sprechen rüsselartige Lippenbewegungen. Bald recht klares Bewußtsein, bald Dämmerzustand. Wenig zugänglich. Reagiert fast gar nicht auf die Umgebung. Gemütsstimmung indifferent. Im Laufe dieser 5 Tage nannte er während des Wachseins seinen Vornamen, erzählte, er habe 3 Kinder, sei in der „Tscheka“ gewesen, weshalb, wisse er nicht, zur Zeit befindet er sich im Krankenhaus, jetzt sei Januar; arbeitete nach der Mendelschen Theorie, vollführte Experimente, künstliche Zeugung betreffend. Sein Gehirn werde übertragen, dieses vollziehe sein Onkel, der sich mit Gehirnübertragung von Menschen auf Tiere und umgekehrt beschäftige. Habe hier davon seinen Onkel sprechen gehört. In seinem Kopfe befinden sich Schlangen, in den Augen ein Gefühl gewisser Flecken. Klagte über Kopf- und Magenschmerzen.

Oft Nahrungsverweigerung, ißt im allgemeinen jedoch genügend, ausschließlich Flüssiges vom Löffel. Puls niedrig, labil. Uriniert selbständig während des abendlichen Wachseins. Erstmaliger Stuhlgang nach Klistier am 8. II.

Noch 2 Monate lang befand sich der Kranke in solchem Schlafzustand, nur eine halbe bis eine ganze Stunde war er täglich wach. Im Schlaf verteilt er oft mit recht stereotypen Bewegungen der linken Hand irgend etwas vom linken Ohr, lachte einmal unerwartet laut auf. Beim Aufwachen sind seine

Augen zuerst fixiert, haben einen zerstreuten, nichtssagenden Ausdruck, der dann müde, verschlafen, jedoch forschend wird. Jetzt gewöhnlich während des Wachseins ein klares Bewußtsein. Spricht wie früher dieselben Wahnideen aus, klagt über dieselben Sinnestäuschungen, auch noch über Bienengesumm im Kopfe. Hypochondrische Beschwerden, räsonniert darüber viel. Er kennt den Arzt, weiß, daß jetzt Februar ist. Erinnert sich, daß er am 25. erkrankte und vorher noch den Untersuchungsrichter schlagen wollte. Schlaff, zugänglich, reagiert fast gar nicht auf die Umgebung. Beim Ausgefragtwerden bemüht er sich, eine Scheidewand vor sich aufzurichten. Schläft sogleich wieder ein, wenn er seine Wahnideen, Empfindungen und Klagen ausgesprochen.

Einst erwachte er nachts, fragte forschend die Aufseherin nach ihrer früheren Beschäftigung aus, erzählte hierauf voller Bewußtsein und lebhaft von seinem Leben, seiner Familie, seiner Schwärmerei für die Mendelsche Theorie, seinen gegenwärtigen Sinnestäuschungen.

Einmal beim Erwachen ein traumähnliches Bewußtsein mit Übergang in Verwirrung und Wahmphantasie: er ist auf dem Lande, befiehlt die Pferde zu putzen, sie zu tränken, teilt Befehle den Knechten aus, erzählt vom lustig verlebten gestrigen Abend. In den Augen eine unruhige Bewegung, dann eine schroffe tonische Muskelspannung des Körpers, Grimassen im Gesicht, Schmatzen mit den Lippen und Schlaf.

Trotz des anhaltenden Schlafzustandes, der Unumgänglichkeit und Unzähligkeit des Kranken befand sich doch in dessen Wesen etwas, was ihn unwillkürlich zum Mittelpunkt der Umgebung machte.

Während dieser Zeit nimmt er vom Löffel nur flüssige und weiche Nahrung zu sich. Ist in der Auswahl der Speisen, obgleich er sich im Schlaf befindet, sehr wählerisch und launenhaft. So spuckt er z. B. ein gestern zubereitetes Hühnerkotelett aus, bittet einst, eben aufgewacht, um Weißbrot, da er schwarzes nicht esse.

22. II. Ärztliche Begutachtung (Diagnose: Katatonie), die die Überführung des Kranken in eine Zivil-Irrenanstalt bestimmte. Der Zustand des Kranken verändert sich stark. Schläft viel, aber mit Unterbrechungen. Das Wachsein wird öfter und öfter und verlängert sich. Schläft im allgemeinen nicht mehr als 3 bis 4 Stunden täglich. Spricht im Laufe des Februars recht standhaft Verfolgungswahnideen aus. Einst am Abend ließ er den Arzt zu sich rufen und erzählte ihm, er habe das Gefühl, ein Hundegehirn zu besitzen, ging darauf gleich auf laufende politische Fragen über. Das Mitgeteilte hatte den Charakter einer gewissen Absurdität, an die der Kranke selbst nicht zu glauben schien. Hier findet man Tendenz zur Größenwahnbildung: er ist ein hervorragender und großer Staatsmann. Er würde sofort befreit werden, wenn Lenin und Kalinin von seinem Arrest nur wissen würden; sein Arrest würde dem Kreml sorgfältig verheimlicht, er müsse es nur am rechten Orte mitteilen und alle seine Feinde, unter ihnen auch Dscherschinsky, bekämen die gerechte Strafe. Er ist vollkommen unschuldig. Halluzinatorische Empfindungen von summenden Bienen sind seltener. Klagt jetzt über schwere Träume. Viele hypochondrische Beschwerden. Räsonniert. Im allgemeinen ein ziemlich lebhafter und interessanter Gesellschafter. Anfang März ist der Wahn bleicher und wird sehr oberflächlich. Gegen Ende des Monats klagt der Kranke nicht mehr über Halluzinationen, wird nur von sehr schweren Träumen geplagt.

Im April mißtrauisch: er glaubt zuweilen, es seien hier Spione, die ihn beobachten. Von seinem Vergehen spricht er nie. Bewußtsein klar, genau orientiert, Stimmung im allgemeinen gleichförmig-ruhig, ist zwar zuweilen etwas kapriziös, gut informiert über den laufenden politischen Moment, am meisten interessiert ihn sein schwedendes Gerichtsverfahren. Irgendwelche Gedächtnisstörungen werden nicht beobachtet. Kann sich an seine Krankheit nur vom 1. bis 2. III. an erinnern.

Sein Vergehen (Bestechung) erwähnt er nie; meint, er wisse nicht genau, wessen man ihn beschuldige, es scheine jedoch der Konterrevolution, einige Mitarbeiter der „Tscheka“ halten mit ihm persönliche Abrechnung.

In den Vordergrund (obgleich sich die Bewegungen der rechten Extremitäten allmählich wiederherstellen) treten jetzt die Triplegie und beinahe tägliche hysterische Anfälle, wobei der Kranke oft vom Bette auf die Diele fällt. Beschädigte sich kein einziges Mal dabei. Das Schlafbedürfnis wie früher, nur ist es viel leichter, den Kranken aufzuwecken.

Am 5. V. 1922 in die psychiatrische Klinik (Dir.: Prof. *P. B. Gannuschkkin*) überführt gemäß der folgendermaßen lautenden Gerichtsbestimmung: „Das Verfahren ist einzustellen bis zur Genesung des Kranken, der in eine Zivilirrenanstalt zu transferieren ist.“ Trotz dieser, den Kranken sehr beunruhigenden Doppelheit der Gerichtsbestimmung bewirkt schon allein die Überführung des Kranken in die Klinik eine scharfe Besserung in seinem Zustande. Schläft viel weniger. Erwacht bisweilen selbstständig oder nach Anruf im Gesprächston. Objektiv werden keine Anfälle beobachtet. Der Kranke selbst klagt über ungefähr zweiminutenlange Krämpfe in den Händen und Füßen. Hergestellt sind wieder die Bewegungen der rechten Hand, die des linken Fußes beginnen sich zu zeigen. Sitzt im Lehnsstuhl. Pupillen ungleich, prompt reagierend. Eine recht oft wechselnde Stimmung. Eine falsch aufgefaßte Bemerkung, eine unangenehme Mitteilung vom Laufe seiner Gerichtssache — all dieses ändert scharf sein Selbstbefinden. Er erschläft, sieht müde und bleich aus; Puls 140—150, verliert den Appetit, wird schlaftrig — einige beruhigende Worte und das Bild verändert sich: wieder lebhaft, frisch, lacht und scherzt. Lügt viel und oft wegen Kleinigkeiten.

Interessiert sich lebhaft für die Umgebung. Liest viel. Sein Betragen ist im Beisein des Arztes viel einfacher, als wenn Fremde zugegen sind. Den Frauen gegenüber etwas kokett, erzählt viel von sich, akzentuierend „so bin ich“. Versteht es, sich interessant zu machen — immer befindet sich jemand neben ihm. Spricht von einer Beschuldigung als Konterrevolutionär und nur beiläufig und flüchtig erwähnt er die „dumme und abscheuliche“ Anklage. Erkundigt sich, ob hier nicht „Tschekisten“ sich befinden. Zuweilen hypochondrische, leicht zerfließende Beschwerden neben völliger Gleichgültigkeit seinen Krankheitserscheinungen (Schlafsucht, Paralyse) gegenüber.

Gegen Ende seines Aufenthaltes in der Klinik kann er schon gut gehen, klagt nicht mehr über Anfälle, schläft nicht am Tage. Pupillen von normaler Form mit sehr prompter Reaktion. Hat im Gewicht zugenommen.

Sicheres und etwas herrisches Auftreten. Ist von Verehrerinnen umringt. Gemütsstimmung gleichmäßig und ruhig. Entgegenkommend, korrekt, zurückhaltend, Lügenhaftigkeit und Prahlgerei schwach ausgedrückt. Sein Horizont ist der eines mittleren Intelligenten, bei genauerer Bekanntschaft jedoch zeigen sich Lücken im Elementarwissen. Will sich erholen und dann ein großes öffentliches Amt übernehmen. Die ihm Nahestehenden halten ihn für vollkommen gesund.

9. VI. Nach vielen Bemühungen des Bruders und dessen Bürgschaft befreit. Nach den im August erhaltenen Mitteilungen arbeitet er viel und befindet sich wohl.

Aus den anamnestischen Mitteilungen, gesammelt von nahen Verwandten, Bekannten und vom Kranke selbst entnehmen wir folgendes:

Stammt aus einer ungebildeten reichen Bauernfamilie. Vater: 72 Jahre alt, körperlich gesund, geistig in den letzten Jahren schwachsinnig, hat einen schwärmerischen, unverträglichen, leicht erregbaren Charakter. Großmutter väterlicherseits: geisteskrank, starb früh. Alle Brüder und Schwestern: leicht erregbar, egoistisch, energisch, tüchtig. Eine 8jährige Schwester starb an traumatischer Spondylitis, eine andere, 24 Jahre alt, an Gehirnentzündung. Der Kranke selbst ist eine Früh-

geburt, erst mit 4 Jahren begann er zu gehen und zu sprechen. Im Kindesalter: Masern, Scharlach, Diphtheritis, Lungentzündung. Sexualleben von 16 Jahren an. Trinkt vom 17. Jahre an, trank während des Krieges viel. Im Rausche ist er reizbar, zuweilen aggressiv. Venerische Krankheiten negiert. Lernte schlecht, war genötigt, deswegen aus dem Gymnasium auszutreten. Keine Fehlgeburt der ersten und zweiten Frau. Gesunde Kinder.

Von Kindheit an lebhaft, unternehmungslustig, schlau, selbstliebend, prahlerisch, teilnahmsvoll, nichts nachtragend, beeinflußbar, leicht erregbar und dann heftig, sehr schwärmerisch, großer Damenfreund. Die Gemütsstimmung schwankend: bald ist er höchst erregt und voll Mut, bald niedergedrückt. Ungenügend folgerichtig in der Diensttätigkeit, verliert bald das Interesse bei systematischer Arbeit. In einer für ihn neuen Sache — ein unersetzlicher Organisator, arbeitet dann unermüdlich, fieberhaft. Einst, im Alter von 8 Jahren, brach er nach einer seiner Meinung nach ungerecht erlittenen Strafe in Tränen aus, kroch unters Bett und schlief ein. Schließt dreimal 24 Stunden. Durchlebte im Schlaf seine Kindheit. (Unangenehme Erinnerungen an Hänselei der Spielgenossen wegen seiner Unfähigkeit zu gehen und zu sprechen.)

1915, von der Front eben zurückgekehrt, wo nach großen Unannehmlichkeiten ihm das Kriegsgericht drohte, telephonierte er seinem Bruder, der ihm mitteilte, daß seine Lieblingsschwester an Gehirnentzündung gestorben. „Das Herz krampfte sich zusammen, alles wurde trübe“, ein Anfall und er schlief ein. Die erste Woche schlief er ohne aufzuwachen. Im Laufe der folgenden Woche ändert sich der Schlafzustand: Schlaf wechselt mit Muntersein. Gegen Ende der zweiten Woche ist er vollständig gesund. Im Schlaf durchlebt er die unangenehmsten Episoden aus dem Leben mit seiner ersten Frau.

1917 machten künstliche Zeugung betreffende Experimente seines Onkels, sowie Gespräche über die mögliche Gehirnübertragung aus einem Tier ins andere einen großen Eindruck auf ihn.

Arrestiert am 7. I. 1922 wegen einer großen, allgemein bekannten Tat. Be-schuldigung: Erpressung und Bestechlichkeit. Am 17. I. drohte er mit Hungertod, wurde hierauf in Einzelhaft transferiert. Im letzten Verhör (25. I.) wurde ihm der im Zusammenhang mit seinem Vergehen stehende Arrest seiner Frau mitgeteilt, er warf sich auf den Untersuchungsrichter und begann ihm Hiebe zu versetzen; wurde ergriffen, kurz und lahm geschlagen. Stürzte auf die Erde, bekam einen Anfall und fiel in einen Schlafzustand. 2. II. transportiert ins Gefängnishospital.

Nun wollen wir ganz kurz diesen Fall analysieren.

Das Krankheitsbild der ersten Zeit erinnert an Lethargie oder Stupor (unter diesen Namen verstehe ich hier nur die Symptomenkomplexe und nicht die klinischen Krankheitsformen sui generis). In der Folgezeit treten Züge katatonen Stupors immer deutlicher hervor. Auf diesem Krankheitsfond kann man zuweilen beobachten: Dämmerzustand des Bewußtseins, der „wahnhaften Einbildung“ nahestehende Wahnbildung, Träume, Halluzinationen, verbunden mit affektiv gefärbten Vorstellungen, Rüdinsche paranoide Züge. Der Kranke ist im Brennpunkt der Aufmerksamkeit aller, nimmt stets sein eigenes Interesse wahr, ist die ganze Zeit über reinlich. Lebhafter in Abwesenheit der Ärzte als in ihrer Anwesenheit. Somatisch: Entkräftung, labiler Puls, Unbeständigkeit der Pupillengröße und der Reaktion auf Licht, Herabsetzung der Exkretionsfähigkeit, hysterische Anfälle. Ursache, Ver-

lauf und Ausgang der Erkrankung sind in engem Zusammenhang mit äußeren Umständen. Seitens der Heredität: Geisteskranke und Psychoopathen. Unser Patient war in seiner Entwicklung bedeutend zurückgeblieben; mißbrauchte den Alkohol. Die Psyche des Kranken weist Charakterzüge der pathologischen Schwindler, Lügner und Triebmenschen auf. In der Vergangenheit nach psychischen Traumen analoge Zustände in sich enthaltende stark affektbetonte Erlebnisse.

All dieses gestattet uns, von der letzten Erkrankung als von einer reaktiv psychotischen zu sprechen; die sich bei einer geistig defekten, erblich belasteten, dem Alkohol ergebenen, körperlich geschwächten Persönlichkeit entwickelte. Das grundlegende klinische Bild baut sich nach gewohnter affektiv betonter Weise auf. In der Erkrankung selbst ist fraglos „Zielelement“ enthalten.

Fall 2. N., 27 Jahre alt, aufgenommen am 20. IX. 1921, aus dem Butuirky-Gefängnishospital. Von der „Tscheka“ arretiert am 14. VIII. 1921 und am selben Tage ins Gefängnislazarett transferiert. Beschuldigung: Konterrevolution.

Bedeutende Abmagerung. Viel Acne. Puls labil. Dumpfe Töne. Über und unter dem rechten Schlüsselbein: rauhe Töne. Häufiger Gesichtsmuskelktic, begleitet bisweilen von Kopfzucken. Pupillen erweitert, träge reagierend auf Licht. Paraplegie der linken Extremitäten, Paralyse der rechten Hand und des dritten bis fünften Fingers der linken. Kniesehnenreflexe werden nur schwer hervorgerufen. Pathologische und Klonus fehlen. Sphincter normal. Tremor der Zunge. Reagiert nicht auf Nadelstiche. Rachen- und Konjunktivalreflexe fehlen. Standhafte Dermographie. Scharf ausgeprägte Muskelwellen.

Liegt die ganze Zeit bewegungslos auf dem Rücken. Das Gesicht aufgedunsen. Gesichtsausdruck gleichgültig, stumpf, trübe, der Blick leer. Spricht oft undeutlich mit sich selbst. In den ersten zwei Tagen unzugänglich. Antwortet gar nicht auf Fragen. Reagiert nicht auf die Umgebung.

Die folgende Woche antwortet er, jedoch nicht gleich. Ist sichtlich bemüht, sich zu erinnern oder das passende Wort zu finden, im allgemeinen spricht er zusammenhanglos mit grammatischen Fehlern. Mitunter ein naives kindliches Lächeln. Auf die Bitte, die einfachsten Gegenstände zu bezeichnen, sieht er einige davon, ohne sie nennen zu können, verwundert an, andere bezeichnet er nach einiger Unentschlossenheit richtig. Weiß nicht, wo er sich befindet, bemüht sich auch nicht, es zu erfahren und bleibt vollkommen teilnahmlos, wenn man es ihm erklärt. Tagsüber eine große Schläfrigkeit, nachts schläft er unruhig, wacht oft auf, fürchtet sich vor irgend etwas. Wird mit dem Löffel gefüttert. Reinlich.

29. IX. Abends ein hysterischer Anfall mit breiten, weit ausholenden Bewegungen, Krümmung des Körpers, wird auf dem Bette in die Höhe geworfen, Pupillen reagieren auf Licht, klagt nach dem Anfall über allgemeines Unwohlsein.

In den nächsten Tagen zugänglicher. Antwortet gewöhnlich mit großer Hemmung, zuweilen aber überhaupt nicht. Sagt auf die meisten Fragen: „ich weiß nicht“ oder gibt verkehrte Antworten, aus denen man jedoch ersieht, daß die Fragen richtig aufgefaßt sind. Sieht sich von Schlangen umringt, sie kriechen auf seinem Körper. Hört ihr Zischen. Bittet, ihn irgendwoandershin zu plazieren, wo keine Schlangen sind. Anfälle beinahe täglich. Klagt über Kopfschmerzen.

3. X. In die ruhige Abteilung versetzt. Zugänglicher. Weiß, daß er sich im Krankenhouse befindet, kann aber das Datum seiner Aufnahme in dasselbe nicht nennen. Erinnert sich, wenn auch sehr unklar, daß er an der Front gewesen, kon-

tusiert und verwundet worden, habe den Typhus durchgemacht, kann aber nicht sagen, wann und wo; ebenso weiß er nicht, daß er arretiert ist, meint, er sei in der Krim erkrankt, womit er sich dort beschäftigt, dessen erinnert er sich nicht; weiß nicht, ob er Verwandte und Bekannte hat, wo er gelernt und früher gelebt. Auf alle sich auf die Zeit der Armeen von Denikin und Wrangel beziehenden Fragen antwortet er: „Ich erinnere mich nicht“. Zählt mit Lücken, die meisten einfachsten Rechenaufgaben löst er falsch, mit Charakter von „Vorbeireden“. Aufgefordert, etwas vorzulesen, nimmt er erst nach langer Zeit das Buch in die Hand und sieht mit gespanntem Ausdruck angestrengt hinein. Auf die ersten Buchstaben weisend sagt er „P“ anstatt „G“ und „O“ anstatt „E“. Neat die Farben nicht richtig. Recht üppige und lebhafte Gesichts- und Gehörhalluzinationen: sieht seine Mutter und hört ihre Stimme, sie verflucht ihn; sieht und fühlt Schlangen. Spricht recht standhafte Verfolgungswahnideen aus: er muß umkommen, weil die Weisen von Zion ihn in die Zahl der zu Tode verurteilten eingeschlossen, man beobachte ihn, wolle ihn vergiften, lese seine Gedanken. Nachts komme immer irgend jemand zu ihm. Fürchtet sich vor der Dunkelheit. Erzählt, daß gestern seine Tante ihn besucht habe. Ist meist teilnahmlos oder weinerlich gestimmt. Beim Rundgang der Ärzte sieht er forschend in ihr Gesicht. Konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Die Pupillengröße schwankt, hängt von äußeren Ursachen ab, gewöhnlich prompte Reaktion, bisweilen etwas träge. Oft hysterische Anfälle. Im allgemeinen ist das Betragen des Kranken ohne äußere Defekte. Reinlich die ganze Zeit über. Solch ein Zustand währt ungefähr 10 Tage. Alle Aufmerksamkeit und Fürsorge der übrigen Kranken sind auf ihn gerichtet. Im Laufe der nächsten 2 Wochen wird er allmählich zugänglicher und geselliger. Bewußtsein klar, genau orientiert. Meistens gedrückte Stimmung, weint oft. Klagt seltener über Gesichts- und Gehörhalluzinationen, die Verfolgungswahnideen sind sehr oberflächlich, spricht sie viel seltener aus; behauptet in allem unschuldig zu sein. Beträchtliche Gedächtnisschwäche, kann sich an die erste Zeit seiner Erkrankung nicht erinnern. Kann lebhaft von seinem Leben bis zum Herannahen der Roten Armee in die Krim erzählen. Im Elementarwissen recht große Lücken: zählt schlecht, gibt verkehrte Antworten, kennt keine Gebete. Sieht formell wie ein Debiliker aus, deutlicher in Gegenwart des Arztes. In der Tagesordnung gut orientiert, paßt sich bequem an. Etwas reizbar und egozentrisch.

Am 2. XI. ärztliche Begutachtung, die N. als unzurechnungsfähig erklärte und seine Überführung in eine Zivilirrenanstalt bestimmte. Von diesem Tage an bessert sich das Befinden des Kranken schnell. Halluzinationen und Wahnideen verschwinden. Das verlorene gewesene Wissen stellt sich wieder ein. Der Kranke erzählt ausführlich von seinem Leben in der Krim, seiner Ankunft in Moskau und seinem Arrest. Die frühere Niedergeschlagenheit fehlt. Die Stimmung ist schwankend, vom Laufe seiner Gerichtssache abhängig. Ziemlich leicht erregbar, kapriziös, reizbar. Erhöhte Selbstschätzung und etwas Prahlgerei. Zuvorkommend, korrekt. Allmählich stellen sich die Bewegungen der Hände wieder ein, im Zustande von Hypotaxie geht der Kranke. Anfälle sind merkbar seltener, aber immer von äußeren Ursachen abhängig, von ihnen hervorgerufen sind auch die Klagen über Kopfschmerzen. Der Horizont und die Interessen des Kranken entsprechen gegen Ende seines Aufenthalts im I. G. P. E. vollkommen denen eines mittleren Intelligenzten. Gut bewandert in der Geschichte und Literatur. Kann gut reden. Beherrscht alle europäischen Sprachen. Bei der Überführung (30. XI.) mußte der Kranke auf Händen hinausgetragen werden, im Alexeewischen Irrenhause jedoch beginnt er schon am folgenden Tage selbständig zu gehen. Anfälle und Sensibilitätsstörungen wurden nicht beobachtet. Die Bewegungen aller Extremitäten haben sich im vollen Umfang wieder eingestellt. Nach einigen Tagen aus der Anstalt entlassen und seinen Verwandten übergeben.

Aus anamnestischen Mitteilungen erfahren wir, daß N. in Moskau auf der Straße von einem Mitarbeiter der „Tscheka“ arretiert worden war, der zur Zeit, als unser Patient einen verantwortungsvollen Kriegsposten in der Krim einnahm, dort im geheimen lebte. In der „Tscheka“ wurde ihm während des Verhörs seine Beschuldigung — Erschießung von Arbeitern und Roten Soldaten — vorgewiesen; er bekam einen Anfall und fiel in den Zustand, in welchem er ins Gefängnishospital transportiert worden.

Unser Patient ist der einzige Sohn, beendete das Pagenkorps und das Archäologische Institut, bestand das Eintrittsexamen in die Generalstabsakademie. 1914 wurde er einberufen, an der Front zweimal verwundet und zweimal kontusiert. Nach der Kontusion: Hemiparese, Gehör- und Gesichtshalluzinationen und hysterische Anfälle. All diese Krankheitserscheinungen währen 2—3 Monate. Außerhalb der genannten Erkrankungen sind keine Anfälle beim Kranken beobachtet worden. Erhielt im Kriege das Georgskreuz und die Goldwaffe. Hatte immer einen unbeständigen und heftigen Charakter.

Vater starb während des Aufstandes am Schlagfluß. Mutter leidet an Tbc. pulm. Onkel mütterlicherseits Alkoholiker, einer von ihnen starb an der progressiven Paralyse.

Die erste Zeit über trägt der Geisteszustand von N. den Charakter katatonen Stupors. Hier werden bald beobachtet: Züge von Puerelisme mentale und vom Ganserschen Syndrom; weiterhin; Pseudodemenz, hier und da erinnert das Bild an „wahnhaftes Einbildung“; auch hat es zuweilen einen paranoiden Anflug im Rüdinschen Sinne.

Im Wesen des Kranken ist folgendes als charakteristisch hervorzuheben: Gedächtnisstörung in Form von retrograder und anterograder Amnesie bei Gedächtnisbewahrung für weit zurückliegendes, unerklärbare Anpassungsfähigkeit, mehr lebhaftere Stimmung in Abwesenheit als im Beisein des Arztes, anfänglich leerer, weiterhin forschende Ausdruck der Augen; somatisch: Körperliche Entkräftigung, labiler Puls, hysterische Anfälle, Lähmungen und Kopfschmerzen, die von äußeren Ursachen abhängen. Sein Arrest und die Beschuldigung eines mit der höchsten Strafe belegten Verbrechens sind als Ursache der Erkrankung anzusehen. Fortentwicklung der Krankheit — verbunden mit äußeren Umständen, Ausgang — Wiederherstellung ad status quo ante — von günstiger Situationsveränderung abhängig. Die Psyche des Kranken weist einige Züge der pathologischen Haltlosen und Lügner auf. In der Vergangenheit analoge, durch Kontusion hervorgerufene Erkrankungen.

Die obige Erörterung führt zur Folgerung, diese besprochene Krankheitsform als eine reaktiv-psychotische bei einem Haltlosen zu bezeichnen, dessen Vorgeschichte hereditäre Belastung und einen schon gebahnten Weg für ähnliche Zustände aufweist. Die Erkrankung selbst enthält ein gewisses „Zielelement“.

Fall 3. A., 29 Jahre alt, Fortifikationslehrer der Ingenieurschule, aufgenommen am 9. VII. 1922. Arrestiert am 23. VI. Beschuldigung: Spionage und Übergabe von geheimen Zeichnungen an ausländische Gesandtschaften.

Aufnahmefund: abgemagert, bleich. Puls stark erregbar. Reine Töne. In den Lungenspitzen Ausatmen und trockene rauhe Töne. Pupillen erweitert, mit prompter Reaktion. Zunge sich nach rechts abneigend. Die rechte Hand paralysiert. Parese des rechten Fußes. Schleift beim Gehen den Fuß am Boden. Kniestreckenreflex gesteigert, Hautreflexe lebhaft. Pathologische fehlen. Beim Schließen der Augen fällt er auf den Rücken, steht aber weiterhin mit geschlossenen Augen,

ohne zu taumeln. Analgesia totalis, rechts deutlicher ausgedrückt. Rachen- und Gaumenreflexe lassen sich hervorrufen. Ein beständiges Zucken mit dem Kopfe.

Gesichtsausdruck kindisch — verwundert oder stier — gespannt: als ob er etwas vergessen und sich daran zu erinnern suche. Gemütsstimmung unruhig, oft Tränen in den Augen. Bei der Aufnahme hört er die an ihn gerichteten Fragen ruhig an, kann sie nicht begreifen, lächelt kindisch. 2 Stunden später beginnt er zu sprechen, faßt aber die Fragen nicht gleich auf und begreift, dem Anscheine nach, den größten Teil von ihnen nicht. Sagte, daß er sich an nichts erinnern könne. Kennt nicht seinen Familiennamen, sein Alter, weiß nicht, wo er sich befindet, wann und wo er gelernt, wo seine Frau; kann die Jahreszahl nicht nennen, mit Mühe erinnert er sich an den Namen seiner Tochter; weiß es nicht mehr, daß er heute seine Frau gesehen.

Die ersten 3 Wochen liegt der Kranke die ganze Zeit über. Derselbe Gesichtsausdruck wie bei der Aufnahme: lächelt bisweilen sinnlos schuldbewußt, seine Augen füllen sich mit Tränen. Antwortet auf Begrüßungen, erkennt aber den Arzt nicht. Wenig zugänglich, verkehrt mit niemand, interessiert sich aber sichtlich für die Umgebung. Kann nicht folgerichtig sprechen. Vergißt Worte und ersetzt sie durch sinn- und lautverwandte. Begreift die Fragen richtig, antwortet aber gewöhnlich: „ich erinnere mich nicht, ich möchte alles begreifen“. Herausfallen von Elementarkenntnissen, starke Gedächtnisschwäche. Glaubt in der Kriegsschule zu sein, der Arzt sei ein Vorgesetzter, die Mitkranken seien Hörer, jetzt sei das Jahr 1921; kennt seinen Vor- und Vatersnamen, jedoch nicht seinen Familiennamen. Auf die Frage: „A., wie ist Ihr Familienname?“ antwortet er mit gänzlich verlorenem Ausdruck: „Ich weiß nicht.“ Meint, seine Frau sei in Kijew. Kann einfache Gegenstände (Bleistift, Feder und ähnliches) nicht sogleich erkennen und richtig bezeichnen. Kann weder schreiben noch lesen: „C“ liest er wie „O“, „K“ wie „J“ usw. Klagt über starke Kopf- und Rückgratschmerzen. Behauptet, ein Nagel sei in seinem Kopf eingeschlagen. Er habe ein Gefühl, in der Luft zu liegen. Hört unbestimmte Stimmen, Klopfen ans Fenster, Glockengeläute und ähnliches. Etwas, was im Zustande und Betragen des Kranken sich befindet, trägt ihm die Zuneigung der Umgebung ein und macht ihn zum Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Reinlich und akkurat. Puls die ganze Zeit über labil. Besonders große Pupillen bei irgendeiner Erregung. Uriniert selten und schwer. Schläft und isst genügend.

Im Laufe der folgenden Woche bessert sich das Befinden. Geht ein wenig, lahmt etwas. Beschränkte Bewegungen der Hand beginnen sich zu zeigen. Die Zunge neigt sich nur ein wenig seitwärts ab. Gesprächiger. Viel lebhafter in Abwesenheit der Ärzte. Hat freundschaftliche Beziehungen mit zwei intelligenten Kranken angeknüpft. Das Gedächtnis stellt sich wälzerisch wieder ein: erinnert sich an vieles aus seinem verflossenen Leben, erzählt recht ausführlich von seinen mit der Kontusion (1915) und dem Arrest (1919) zusammenhängenden Erkrankungen; lesen und schreiben kann er noch immer nicht. Einfache Rechenaufgaben löst er langsam und meistenteils falsch. Ist der Meinung, wegen Nahrungsmittelleinkäufe im lettischen Kaufladen arretiert zu sein. Die Lage seiner Familie beruhigt ihn. Gehörhalluzinationen wie früher, ebenso das Gefühl, in der Luft zu liegen. Puls leicht erregbar. Gaumen- und Rachenreflexe fehlen.

9. VIII. Ärztliche Begutachtung (Diagnose: traumatische Psychoneurose), die A. als unzurechnungsfähig erklärte und seine Überführung in ein Zivilirrenhaus bestimmte. Einige Tage nachher werden die krankhaften Erscheinungen in ihrer Intensität sichtlich schwächer oder verschwinden auch ganz. So sind alle Bewegungen in vollem Umfange wieder hergestellt. Die Zunge neigt sich nicht mehr zur Seite ab. Klagt nicht mehr über Halluzinationen. Schnell stellt sich das verlorene Wissen wieder ein, später als alles andere — Lesen und Schreiben. Macht

den Eindruck eines vollständig Gebildeten. Arbeitet viel und mit Hingabe: erlernte die Buchbinderei im Laufe einiger Tage, zeichnet sehr gut. Liest außer belletristischen auch spezielle technische Bücher. Immer zuvorkommend. Korrekt. Zutraulich, leicht beeinflußbar. Die Stimmung hängt ganz von äußeren Ursachen ab. Die kleinste Unannehmlichkeit macht ihn mutlos und drückt ihn nieder, häufig Tränen in den Augen; er liegt im Bette, kann sich mit nichts beschäftigen, fühlt sich wie zerschlagen, spricht hypochondrische Beschwerden aus. Solche Depressionen sind gewöhnlich von sehr kurzer Dauer. In der letzten Zeit beherrscht er sich mehr und gibt sich Mühe, seine Verzagtheit und seinen Kleinmut vor der Umgebung zu verbergen.

Die Frau des Kranken und er selbst gaben folgende anamnestische Mitteilungen.

Vater: leicht erregbar, kein wertvoller Mensch, starb an der progressiven Paralyse. Mutter: eine energische tüchtige Deutsche. Schwester: starb, 2 Jahre alt, an Gehirnentzündung. Brüder: gesunde, wertvolle Menschen.

Unser Patient ist vollkommen intelligent, von großem künstlerischem Geschmack, ein tüchtiger Ingenieur, guter Mathematiker. Ein ehrlicher, guter, friedfertiger, vorsichtiger, etwas ängstlicher, mißtrauischer, kleinmütiger, schüchterner,träumerischer, kein Selbstvertrauen habender, leicht beeinflußbarer Mensch von labiler Stimmung. Sehr arbeitsam, guter Familienvater. Heiratete vor 6 Jahren (vorher jungfräulich). Hat eine gesunde Tochter. Keine Fehlgeburt der Frau. Lues et gonorrhoea negiert. An der Front trank er einige Monate lang, aber mäßig. 1919 kontusiert: wurde mehrere Fäden weit zurückgeschleudert, sein linkes Trommelfell war zerrissen worden. Nach Bewußtlosigkeit konnte er 8 Tage lang nicht sprechen, die Zunge neigte sich nach rechts ab; Hemiparesis rechts, konnte weder lesen noch schreiben. All diese krankhaften Erscheinungen verschwanden vollständig im Laufe von 3—4 Monaten, wobei die Fähigkeit zu lesen und zu schreiben sich später als alles andere einstellte. Machte 1916 einen akuten Lungenprozeß durch, wurde Tbc. wegen vom Kriegsdienst vollständig freigesprochen. Im Juli 1919 von der „Tscheka“ als der Spionage verdächtig arretiert. Einige Tage später, als der Untersuchungsrichter während des Verhörs einen Schuß abgab, um den Kranken zu erschrecken, bekam dieser einen Anfall, wonach die rechten Extremitäten die Bewegungsfähigkeit verloren. Die Zunge neigte sich nach rechts ab, konnte nur mit großer Anstrengung sprechen; wurde katherisiert. Recht bedeutende Gedächtnisstörung, üppige Gehör- und Gesichtshalluzinationen, schwere Depression; wurde nach 4 Monaten freigesprochen. Gesundete vollständig.

Die gegenwärtige Erkrankung entwickelte sich folgendermaßen: Er wurde von der „Tscheka“ wegen Verdächtigung der Spionage und Übergabe geheimer Zeichnungen an ausländische Gesandtschaften arretiert. Schon während des ersten Verhörs, als man ihn nachts photographierte, bekam er einen Anfall, nach dem seine rechten Extremitäten paralysiert waren; Halluzinationen traten auf, eine schwere Depression. Wurde auf Forderung der anderen Arrestierten ins Gefängnis hospital und von dort ins I. G. P. E. transferiert.

Körperliche Krankheitserscheinungen, Betäubtsein, allgemeine Herabsetzung der Geistesfähigkeit, des Gedächtnisses im besonderen — all dieses gab (in den ersten Tagen der Beobachtung im I. G. P. E.) den Anschein einer organischen Erkrankung in Form von Bluterguß.

In den nächsten 2—3 Wochen bestärkte einerseits die Krankheitsentwicklung den Gedanken an unmittelbar nach dem Bluterguß sich entwickelt habenden „ver-einten“ Schwachsinn, anderseits jedoch herrschte keine Übereinstimmung zwischen der allgemeinen Besserung und dem Grade des Herauffalls von Elementarkennt-

nissen und der Gedächtnisschwächengröße (z. B. kann er seinen eigenen Familiennamen nicht nennen, trotzdem er mit demselben angedeutet wird).

Im symptomatologischen Bilde halte ich für notwendig, folgendes zu betonen:

Entkräftigung, leicht erregbarer Puls, Kopfschmerzen, Unbeständigkeit der Pupillengröße und der Schleimhautreflexe, labile Gemütsstimmung, beständige Akkuratesse, etwas, was ihm trotz seiner schweren Zugänglichkeit die Zuneigung der Umgebung einträgt, und ein etwas anderes Betragen in Abwesenheit der Ärzte.

Weiterhin überwiegen krankhafte Erscheinungen in Form von Pseudodemenz, organische Störungen treten jedoch in den Hintergrund. Die Anerkennung als unzurechnungsfähig führt zu einer fast vollen Wiederherstellung seiner Persönlichkeit ad status quo ante. Seine Psyche steht der psychasthenischen am nächsten. Von seiten der Heredität: organisches Leiden des Zentralnervensystems.

Die obige Erörterung nebst analogen Erkrankungen der Vergangenheit (die erste mit Kontusion verbundene schließt ein Vorhandensein organischen Substrats nicht aus, die zweite ist eine rein psychogene) lassen behaupten, daß die oben besprochene Krankheitsform eine reaktiv-psychotische ist, die bei einer erblich belasteten, körperlich entkräfteten Persönlichkeit von etwas defekter Psyche sich entwickelte.

Es ist möglich, daß bei der Kontusion das psychische Trauma und das körperliche so eng zusammenhingen, daß der Mechanismus der nachgefolgten Erkrankungen als ein Bedingungsreflex angesehen werden muß. Dadurch wird dann das von uns beobachtete ursprüngliche Bild in vieler Beziehung erhellt.

Fall 4. R., 52jährig, aus der „Tscheka“ aufgenommen am 30. IX. 1921. Das inkriminierte Verbrechen, der Lauf des Prozesses und die Erkrankung sind im Begleitschreiben nicht erwähnt. Dort gibt es nur Anordnungen über Einzelhaft und äußerst strenge Beaufsichtigung.

Auf einer Tragbahre hereingetragen. Körperlich entkräftet. Dumpfe Töne. Unelastische Arterien. Puls labil, von recht schwachem Druck. Pupillen gleichmäßig verengt, reagieren etwas träge auf Licht. Beim Heraustrecken neigt sich die Zunge nach rechts ab. Paraplegie. Kniestreckenreflexe gesteigert. Pathologische und Klonus fehlen. Sphinkter normal. Händekraft geschwächt. Tremor der Hände und der Zunge. Keine Sensibilitäten der Füße und des unteren Körperteiles. Rachen- und Gaumenreflexe vorhanden. Bedeutende Sprachstörung. Spricht undeutlich, stotternd, mit Charakter von Paraphasie, dem Anschein nach das Auf-fassungsvermögen des Gesagten erhalten. Spricht oft nicht das, was er will, begreift seine Worte; bei gewisser Beharrlichkeit bekommt man vom Kranken eine richtige Antwort. Allgemeiner Eindruck, daß man es mit einem intelligenten Menschen zu tun hat. In den ersten Tagen wenig zugänglich. Reagiert fast gar nicht auf die Umgebung; ganz ungesellig. Liegt die ganze Zeit auf dem Rücken, die Augen geradeaus gerichtet. Gesichtsausdruck maskenähnlich, niedergeschlagen, etwas gespannt. Greift sich oft, bald mit der einen, bald mit der anderen Hand an die Stirn, als ob er sich an irgend etwas zu erinnern bemühe. Klagt über starke Kopfschmerzen, in der Stirn und an beiden Schläfen. Gemütsstimmung beinahe unruhig zu nennen. Keine Zeitorientierung, weiß nur unklar, daß er sich im Krankenhaus befindet. Beträchtliche Gedächtnissstörung. Weiterhin sind die Antworten unzusammenhängend, zerrissen, jedoch mit Charakter von Vorbeireden. Auf Fragen nach Daten des Krieges und der Revolution nannte er das Jahr 1905 und 1914,

wobei seinen Worten nach der Krieg mit Deutschland 1905 gewesen. Gibt auf die meisten Fragen die Antwort: „Ich weiß nicht.“ Kann sein Geburts- und Hochzeitsjahr nicht nennen, ebenso nicht die Namen seiner Kinder. Beim Antworten wiederholt er oft und akzentuiert ein wenig einige Worte: „Zurjupa, Kreml, aus dem Hause fortgejagt“; spricht Verfolgungs- und Benachteiligungswahnideen aus, die recht oberflächlich, labil, anscheinend von äußeren Ursachen abhängen.

Beim einfachen Rechnen immer die gröbsten, läppischsten Fehler; vollständig gleichgültig gegenüber den kindisch-naiven Fragen des Arztes. Zuweilen, und hauptsächlich in Anwesenheit der Ärzte, unakkurat und unanständig in seiner Toilette, entleert sich laut seiner Gase. Reinlich die ganze Zeit. Schläft schlecht. Aus kurzen, wie zufällig fallen gelassenen Sätzen und Worten konnte man sich folgendes Bild seines Arrestes zeichnen: Verwandte von Zurjupa nahmen sein Haus in Ufa ein, hierbei hatte er mit ihnen Zusammenstöße. Als er am Ende des Sommers in Moskau zur Vorstandsversammlung der Gouvernementsjagden eintraf, war er auch im Kreml bei Zurjupa, wonach man ihn noch am selben Tage arretierte. Sorgt sich um seine Tochter. Nannte richtig die Adresse seiner Frau. Trotz Un geselligkeit und äußerer schwerer Zugänglichkeit befand sich im Wesen des Kranken etwas, was ihn unwillkürlich zum Pflege- und Aufmerksamkeitszentrum der Mit kranken und des Personals machte.

In solchem Zustande befand sich der Kranke (ungefähr einen Monat lang) bis zum Tage, als ihm die Übergabe eines Bekannten überreicht wurde. An diesem Abend, in Abwesenheit des Arztes und des Aufsehers, erzählte der Kranke seinem Nachbar einiges aus seinem Leben und seiner Gerichtssache. Bald darauf erhielt er einen Brief seiner Frau mit der Nachricht, daß alles gut und in Ordnung, die Tochter sei gesund und satt. Der Zustand des Kranken verbessert sich etwas, beim Herausstrecken neigt sich die Zunge nicht mehr seitwärts ab. Rachen- und Gau menreflexe fehlen. Pupillen von normaler Form, gleichmäßig, reagieren recht lebhaft auf Licht. Hebt sich auf Kissen in die Höhe. Paraplegie unverändert, klagt darüber nie, als ob ihn die Bewegungslosigkeit nichts angehe. Bewußtsein klar. Spricht keine Wahnldeen aus. Sehr vorsichtig: glaubt, man beobachte ihn. Von seinem Vergehen spricht er nie, behauptet beharrlich, wegen persönlicher Rechnung mit Zurjupa arretiert zu sein. Bisweilen reizbar, händelsüchtig, finster, dann bereitet ihm das Sprechen noch mehr Schwierigkeit. Meistenteils entgegenkommend freundlich, lebhaft. Im allgemeinen ein defektloses äußeres Betragen. Trotz seiner Gedächtnisstörung Herausfallen der Elementarkenntnisse, wie z. B. das einfache Rechnen, läßt doch der Kranke ab und zu eine vollkommen richtige und wertvolle Bemerkung fallen. Die krankhaften Erscheinungen sind in Anwesenheit der Ärzte immer deutlicher ausgeprägt. Viel hypochondrische Beschwerden.

Am 1. XII. ärztliche Begutachtung (Diagnose: Dementia arteriosclerotica), welche die Überführung des Kranken in eine Zivilirrenanstalt bestimmte. Von diesem Tage an ein Umschlag im Befinden des Patienten. Einige Tage später trägt er am Abend im Kreise seiner Mitkranke und des Arztes verständnisvoll, mit Gefühl und Ausdruck ein langes Gedicht von Nekrassow vor; macht oft scharfsinnige Bemerkungen, aus denen man sein Interesse und seine Kenntnis von den brennendsten Tagesfragen erfährt. Allmählich bessert sich der psychische Zustand des Kranken. Gemütsstimmung gedrückt, hauptsächlich vom Laufe seiner Gerichtssache abhängig. Ein sehr egoistischer, zuweilen reizbarer Mensch mit weitem Horizont und großer Beobachtungsgabe. Zeigt Neigung zu spitzbübischer Er pressung von Produkten seiner bessergestellten Mitkranke, die in ihm ihren auf richtigsten Freund sehen. Liest viel. Über Schwäche in den Händen klagt er nicht. Kann die unteren Extremitäten schon bewegen, liegt aber noch und geht nicht.

In solch einem Zustande, auf der Tragbahre, wurde der Kranke (10. IV. 1922) ins Alexeewsche Irrenhaus transportiert, wo er schon am nächsten Tage selbständig geht, wenn auch mit paretisch-atactischem Charakter. Nach 3 Tagen aus der Anstalt entlassen und seinen Verwandten übergeben. Zu Hause werden keine Gehstörungen beobachtet.

Aus der Vorgeschichte, die wir von unserm Patienten, seiner Frau und einen ihm gut Bekannten erhielten, ist folgendes hervorzuheben:

Vater litt an Taboparalysis mit Paraplegie. Der Kranke selbst ist sehr intelligent, nahm verantwortungsvolle, öffentliche Ämter ein. Ein starker, fester, beharrlicher, schwärmerischer, heftiger Charakter. Guter Familienvater. Hält sich für einen Anarchisten. Ist in der Vergangenheit in eine große Expropriation verwickelt gewesen, wobei er wahrscheinlich einen Teil des Geldes sich angeeignet hatte. Zweimal verheiratet. Kräftige und gesunde Kinder. Keine Fehlgeburt der ersten wie der zweiten Frau. Trank mäßig. Lues negiert.

Im Frühjahr 1921 machte er den Typhus exanthematicus und recurrens durch. Nach Worten seines Bekannten erkrankte er, vor ungefähr 25 Jahren, nach dem Tode seiner Tochter an einer knapp zwei Monate lang währenden Nervenkrankheit mit Paraplegie und Bewußtseinstrübung; lag im Krankenhouse, gesundete vollständig.

Arretiert wegen Verdachtes der Organisation eines bewaffneten Aufstandes. Die gegenwärtige Erkrankung begann in der „Tscheka“, wo er bald nach seinem Arreste Schüsse und Schreie der Erschossenwerdenden hörte; wurde plötzlich bewußtlos, seine Füße waren gelähmt.

Im ersten Monat gleicht R.s Krankheitsbild einer an Schwachsinn bei Bluterguß erinnernden oder luetischen Dementia organica.

Im allgemeinen klinischen Bilde findet man Züge des Ganserschen Syndroms; weiterhin wird Pseudodemenz beobachtet. All dieses hat das Gepräge von „wahnhafter Einbildung“ und vom Rüdinschen Paranoid.

Symptomatologisch ist hervorzuheben: Gedächtnisstörung, Lücken im Elementarwissen, Abnormität und Verwirrtheit des Urteils, unwillkürliche Aufmerksamkeitsfixieren der Umgebung auf den Kranken, eigenständliches Bekanntwerden der Ärzte mit den Sachverhältnissen durch im Zusammenhanglosen Gespräch wie zufällig fallen gelassene Worte, verschiedenes Betragen in Gegenwart der Ärzte und in ihrer Abwesenheit, beständige Reinlichkeit; somatisch: Entkräftung, Arteriosklerosis, labiler Puls, Unbeständigkeit der Schleimhautreflexe, Kopfschmerzen, Schwankungen der Pupillengröße und ihrer Reaktion auf Licht und eine organische Erkrankung simulierende körperliche Störungen. Der Krankheitsbeginn ist mit dem Arrest, der Beschuldigung wegen eines schweren Staatsverbrechens und dem Geschrei hören der Erschossenwerdenden verbunden. Verlauf und Ausgang abhängig von äußeren Ursachen. Vater starb an Taboparalyse. Die Psyche unseres Kranken weist einige Züge der pathologischen Schwindler auf. In der Vergangenheit: eine analoge Erkrankung nach psychischem Trauma.

Die obige Erörterung berechtigt uns, von der reaktiv-psychotischen Natur dieser Krankheitsform zu sprechen, die sich bei einer körperlich

entkräfteten, etwas psychotisch minderwertigen, mit beginnender Arteriosklerose belasteten Persönlichkeit entwickelte.

In der Vergangneheit möglich gewesene, mit der Krankheit des Vaters verbundene affektiv gefärbte Vorstellungen, das Alter und Vorhandensein arteriosklerotischer Krankheiterscheinungen erhellen das ursprüngliche klinische Bild und machen es teilweise verständlicher.

Fall 5. Sch., 34 Jahre alt, Händler, die letzten 2 Jahre Mitarbeiter der „Tscheka“, arbeitete gegen die Spekulation. Aufgenommen am 18. II. 1922. Am 10. X. arretiert wegen Amtsübertretung. Erkrankte, den Worten der Frau nach, sogleich nach dem Arrest.

Seitens der inneren Organe und des Nervensystems keine Abnormitäten. Der Kranke sieht älter als seine Jahre aus. Beträchtliche Schwäche. Gekrümmmt, kann kaum seine Füße am Boden schleppen. Gesicht aufgedunsen. Gesichtsausdruck müde-teilnahmlos. Niedergeschlagene Augen. Sieht den Arzt nicht an; beim Aufsehen ein recht verständiger und forschender Ausdruck in den Augen. Liegt die ganze Zeit über im Bette, ungesellig, schweigsam, unterhält sich nicht mit den Mitkranken, wenig zugänglich, negativistisch. Sehr stereotyp im Auftreten und Gespräch; spricht oft mit kindlich-weinerlicher Stimme. Wenn sich jemand dem Kranke nähert, wird dieser im Bette unruhig: wühlt in seiner Decke herum, legt seine Kissen anders, hierbei wiederholt er: „Hundfleisch, Taugenichts, Landstreicher, verfluchte Juden“. Alle Kommunisten sind Trinker, sie haben Rußland verkauft und vertrunken, sind alle von Juden bestochen, welche von Rußland nichts nachlassen werden. Alles wird ausgestohlen und zerstört. Kommunisten und Juden verfolgen ihn, wollen ihn verderben, seine Wohnung ausplündern. Man will ihn durch vergiftete Nahrung umbringen, aber das Gift habe keine Wirkung auf ihn, und ihn mit Stöcken schlagen könne man doch nicht. Behauptet, seine Frau habe mit den Ärzten eine Verschwörung gegen ihn angezettelt, sie sei auch von Juden bestochen, versuchte schon, ihn durch Tabak zu vergiften. Beim Brotausteilen nimmt er nie das ihm zugeteilte Stück, will sich selbst eins auswählen und bemüht sich, das unterste zu nehmen. Nicht aus allen Händen nimmt er Nahrung an. Seiner Frau und Schwester gegenüber verhält er sich während der Zusammenkünfte gleichgültig, ist aber aus ihren Händen alles, was sie ihm geben. Während seiner vollständigen Nahrungsverweigerung zweimal Sondenernährung. Neben Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahnideen ist auch noch Größenwahn zu finden: er ist zum Präsidenten des 5. Gouvernements einschließenden Trestes ernannt. Behauptet, von Kalinin zum Gouverneur des Nowgorodschen, Twjerschen, Kostromschen, Jaroslawischen und Wologodschen Gouvernements ernannt zu sein: Müssé sein Amt am 1. I. 1922 antreten; meint, jetzt sei Oktober 1921. Habe 40 jüdische Spekulanter arretiert, diese bestachen die nötigen Personen und bemühen sich jetzt ihn zu bestechen. Als Gouverneur werde er schonungslos gegen die Juden kämpfen und sie aus seinem Gebiet ausweisen. Zu diesem Zwecke müsse man vor allen Dingen nach „Tatsachen“ bei Juden suchen, und da ausnahmslos jeder Jude etwas zu verbergen habe, so kann man sie mit vollem Recht ausweisen. Klagt, daß die Juden ihm etwas zuflüstern und sich die ganze Zeit über ihn lustig machen.

Zuweilen kann man beobachten, daß der Kranke die Fragen begreift, denn auf einige antwortet er wie beim „Vorbeireden“. So z. B. auf die Frage, ob er den Arzt J. N. aus dem Kreisirrenhause kenne, antwortet er: „Kolotinsky hat mich vergiftet;“ auf die Frage, wie alt er jetzt sei, wenn er mit 22 Jahren in die Kreisirrenanstalt eingetreten, sagt er: „10 Jahre quälen mich die Juden,“ und bittet zugleich lispelnd um „süßes Brötchen“ und „frisches Eichen“.

Reinlich und akkurat. Wird bisweilen erregt, wenn jemand ihn durch Be-
schimpfen oder Fragen verdrüßt. Bietet dann das Bild eines angriffsbereiten
Menschen dar. Wenn der Arzt sich trotzdem nicht vom Bette des Kranken ent-
fernt, so greift dieser, nach einer ganzen Reihe komplizierter Bewegungen, nach
dem Krankenkittel des Arztes oder wirft recht vorsichtig ein Stück Brot nach ihm.

Ärztliche Begutachtung am 17. V. 1922 (Diagnose: Schizophrenie) erklärte Sch.
als unzurechnungsfähig und bestimmte seine Überführung in eine Zivilirrenanstalt.
Jedoch bis Ende September gab zum letzteren die Gerichtsbehörde keine Einwilli-
gung. Die ganze Zeit über ist der Krankheitszustand ebenso eintönig stereotyp.
Dieselben Verfolgungs- und Größenwahnideen. Wiederholt seine gewöhnlichen
Scheltworte: „Hundefleisch, Landstreicher, verfluchte Juden“. Verweigert die
Krankenhausnahrung, isst nur (mit dem Kopfe unter der Decke steckend) von zu
Hause Geschicktes. Zieht Eier roh vor, sieht sie fraglos ungefährlicher zum Ver-
giftetwerden an. Sehr geschwächt. Puls leicht erregbar.

27. IX. ins Alexeewsche Irrenhaus transportiert mit der Anmerkung, Sch.
dürfe ohne Erlaubnis der „Tscheka“ die Anstalt nicht verlassen. Am Tage der
Überführung lebhaft, packt selbst seine Sachen ein, zog sich selbst an.

Im Alexeewischen Irrenhause ein bedeutend besserer Zustand. Zugänglich,
höflich, korrekt, gibt bei der Begrüßung die Hand. Ein ganz verständiger Ge-
sichtsausdruck. Mimik und Bewegungen lebhaft. Beim Gehen keine Abnormi-
täten. Lispelt nicht, zieht nur die Worte in die Länge. Den Mitkranken gegen-
über wenig mitteilsam. Liegt meist im Bette, den Kopf nicht verdeckend. Keine
Aktivität, interessiert sich für nichts. Ist zugleich aber vom Leben in der Anstalt
gut unterrichtet. Orientiert. Erzählt, daß er in der „Tscheka“ gearbeitet, kennt
seine Mitarbeiter, nennt ihre Namen. Meint, er sei wegen seiner „Judenprojekte“
arrestiert. Mit seiner Frau spricht er sachlich auch über abstrakte Themata, beim
Näherkommen des Personals verstummt er. Für sein Kind interessiert er sich
immer. Nimmt genügend Nahrung zu sich, aber nur das von seiner Frau Ge-
brachte. Teilt dem Arzt mit, daß er zu niemand Vertrauen habe und sich vor dem
Vergiftetwerden fürchte. Nach dem Essen oft Erbrechen. Sehr akkurat. Sorgt
für seine Bequemlichkeit. Neben völlig richtigen Antworten und Bemerkungen
trifft man oft falsche Antworten, Erinnerungsfälschungen oder noch öfter chrono-
logisch falsche Umstellung der Tatsachen, Unrichtigkeit im Urteile, Größen-, Ver-
folgungs-, Unschuldswahnideen — all dieses ist nicht fest, sehr ober(lächlich), trägt
fast den Charakter von Rhetorik, Ironie, kindlicher Ausgelassenheit (so fordert er
die Ausbesserung des Fensters, an dem er liegt; nach Erfüllung seiner Bitte bemerkt
er: „sonst könnten Diebe mich stehlen“).

Aus der Vorgeschichte, die wir von der Frau unseres Patienten er-
hielten, entnehmen wir folgendes:

Vater, 70 Jahre alt, ein ruhiger Charakter, gesund. Mutter starb in hohem
Alter, war gesund. Onkel väterlicherseits geisteskrank, starb krank; worin sich
seine Krankheit ausdrückte, ist unbekannt. Der Bruder und zwei Schwestern des
Kranken sind gesund, von anderen Verwandten fehlt jede Nachricht. Auf dem
Lande geboren und aufgewachsen. Kindheit und Jugend ist der Frau unbekannt,
heiratete ihn vor 14 Jahren. Hatte damals einen etwas heftigen, empfänglichen, un-
geselligen Charakter. Forderte von der Frau Unterwerfung, war sehr unduldsam.
Trank nicht. Hatte seine eigene Warenhandlung. Führte sein Geschäft gut; lebte
in guten materiellen Verhältnissen. Zwei Schwangerschaften der Frau, keine
Fehlgeburt. Das ältere Kind, ein 15jähriger Knabe, gesund; die jüngere Tochter
starb einjährig.

1911 arrestiert wegen Reichskreditpapierfälschung. Nach einjähriger Unter-

suchungshaft erklärte ihn das Gericht für schuldig und verurteilte ihn zu 6jähriger Zwangsarbeit.

Gleich nach dem Urteilsspruch begannen sich Zeichen von Geistesstörungen zu zeigen, wurde ins Gefängnislazarett transferiert und von dort in die Moskauer Kreisirrenanstalt, wo er am 28. I. 1912 eintraf. Krankenliste Nr. 1042.

Aufnahmebefund: Körperlich etwas geschwächt; seitens der inneren Organe und des Nervensystems keine Abnormitäten. Vollführte mit den Händen eine ganze Reihe besonderer Bewegungen, gestikuliert viel. Leistete bei der Untersuchung einigen Widerstand. Gesichtsausdruck verständig. Spricht viel und schnell, stereotyp einige Worte oft wiederholend. Redet ziemlich zusammenhanglos; bricht den angefangenen Satz oft ab; häufige Gedankensprünge. Antwortet manchmal gar nicht, oder in Sätzen, die in keinem Zusammenhang mit der Frage stehen, oder wiederholt stereotyp: „weiße Wäsche, Hunde schimpfen“; oft Vorbeireden. Er weiß nicht, wo die Anstalt sich befindet, ihn habe der Feldscher betrogen, der ihm versprochen, ihn zu seiner Frau zu begleiten und statt dessen ihn nach Moskau gebracht. Auf die Frage, ob er nachts gut schlafe, antwortet er bejahend, zugleich hinzusetzend, daß man ihn wegen nächtlichen Gebetesingens schelte. Auf die Frage, ob er lange im Krankenhaus gelegen, sagt er, es seien zwei Ärzte — „einer ist gut, der andere Hund schimpft“. Nur auf die einfachsten, ihm unerwarteten Fragen antwortet er richtig. So teilte er folgendes richtig mit: seinen Vor-, Vaters- und Familiennamen, daß er Händler und Schlosser, verurteilt wegen Falschmünzerei zu 6 Jahren Zwangsarbeit.

Im ersten und zweiten Jahre (1912 bis 1913) ist der Geisteszustand im allgemeinen recht gleichförmig.

Liegt die ganze Zeit mit bedecktem Kopf. Wenig zugänglich, verschlossen. Antwortet nicht auf Begrüßungen, wendet sich ab. Auf Fragen antwortet er fast niemals. Interessiert sich für nichts; fällt durch nichts auf. Beim schnellen Sprechen lispelt er immer. Reicht viel komplizierte und affektierte Bewegungen. Eine alberne Mimik. Rollt beim Spaziergang immer gleichförmige kleine Blätterkugeln. Spricht oft halblaut mit sich selbst oder singt Gebete, zuweilen stereotyp ein und dasselbe Wort wiederholend. Etwas gedrückte Stimmung. Schüchtern, ängstlich, zuweilen reizbar. Eine recht schwache Intelligenz. Kann fast nichts von sich erzählen, kennt sogar nicht den Namen seiner Frau. Spricht standhafte Wahnideen aus: man habe ihn durch Betrug hierhergeführt; Mitjka, der Telegraphist, will ihm seine Frau abwendig machen; erwolle sie betrügen; Gift werde in seinen Teller geschüttet. Verweigert stets die Nahrung, behauptet: „alles ist vergiftet“; bittet „ein frisches Eichen“; isst nur Extraportionen. Bisweilen schluchzt er kindisch, bittet „süßes Brötchen, was Tante Pascha gab“. Ins Klosett geht er selbstständig, sputet sich, sieht sich um, wehrt irgend etwas von sich ab, oder hält sich die Ohren zu. Hält sich für gesund, erklärt oft: „heute fahre ich nach Hause“. Seiner Frau gegenüber gleichgültig bei der Zusammenkunft. Reinlich die ganze Zeit über. Schläft genügend. In diesem Zustande bisweilen heftiges Aufbrausen, hervorgerufen immer durch Schimpfworte der Umgebung. Wenn er Schimpfworte hört, springt er auf, zittert, schreit, schlägt die sich Schelten, zerreißt die Wäsche. Mehreremals seiner Aggressivität wegen in die unruhige Abteilung versetzt, wo er ruhig, niemand anrührte, aber gänzlich die Nahrung verweigerte, leistete Widerstand bei der Sondenernährung, nahm im Gewicht sehr ab. Wurde deswegen nach einigen Tagen zurückversetzt. Während eines von diesen Erregungszuständen, im Juni 1912, trat Erbrechen nach dem Essen ein, was man von dieser Zeit an fast täglich zwei Jahre lang beobachtete.

Anfang 1914 wieder ganz unzugänglich, boshaft, spricht nicht, aber schreit; antwortet auf alle Anreden stereotyp: „99, Hundefleisch, nach Hause“. Das Erregungsaufflammen wird seltener beobachtet, ist aber viel intensiver.

Vom 26. I. 1914 ein zweimonatelanger Erregungszustand; die Stimme ist vom beständigen Schreien schwach und heiser geworden, zerreißt die Wäsche und die Matratze; beständige künstliche Ernährung. Sehr schwach und entkräftet.

Ende März beginnt er selbstständig zu essen. Lebhaft, guter Stimmung, gutmütig. Geht auf den Arzt zu und begrüßt ihn mit Händedruck. Beachtet Scheltworte wenig. Antwortet wie gewöhnlich „99“ auf Fragen. Klagt, daß man ihn früher mit Tabak gefüttert habe, er habe in der Hölle gebrannt; bittet um rohe Eier, besonderes Eßgeschirr und neue Kleidung. Nach Erfüllung seiner Bitte kann er sich von seinem Teller und seinem Krug nicht trennen, zeigt allen, was für gute Beinkleider, Krankenkittel usw. er bekommen. Spricht keinen Vergiftungswahn mehr aus. Erbrechen nur selten. Fährt zusammen beim kleinsten Geräusch.

In der Folgezeit bessert sich der Zustand. Interessiert sich lebhaft für die Umgebung. Lebt sich mit den anderen Kranken gut ein. Spricht verständig von allem. Recht gleichgültig seiner eigenen Lage gegenüber. Mißtrauisch. Läßt selbstständig. Arbeitet viel: verfertigt Schuhe; gibt für sich keinen Kopeken aus. Wird zuweilen, wenn er Schimpfworte hört, wie früher erregt, fängt aber keine Prügelei an. Bei Verweigerung irgendeiner Bitte wird er grob, boshaft, verweigert die Nahrung, beginnt jedoch selbstständig zu essen, wenn versucht wird, ihn mit Gewalt zu füttern.

1915 und 1916 ein etwas besserer Zustand. Arbeitet 12 bis 14 Stunden täglich. Dieses „verbessert die Stimmung, lenkt von unangenehmen Gedanken ab“. Verhält sich zu allem mit vollem Bewußtsein. Im allgemeinen ist sein Verhalten defektlos. Schmeichlerisch oder, umgekehrt, grob dem Personal gegenüber. Erhöhte Selbstschätzung: „alle kennen Sch.“ Macht viel Handelspläne. Läßt keinen Zufall vorüber, irgend etwas für seine Bequemlichkeit zu erbitten. Beharrlich begreift er seine Lage nicht. Hält sich für gesund. Mißtrauisch. Gibt dem Arzte zu verstehen, daß seine Beschuldigung ihm nicht bekannt sei. Man habe ihm erzählt, daß er seinen Bruder erschlagen habe, dieses leugne er auch nicht, könne sich nur nicht-daran erinnern. Ist überzeugt, seine Gerichtssache werde nochmals durchgesehen und er daraufhin befreit werden. Bat mehrmals um Begutachtung und um Entlassung. Als man seine Bitte abwies, wurde er boshaft, verschlossen, lag die ganze Zeit mit bedecktem Kopfe im Bette. Verweigerte die Nahrung; gedrückte Stimmung. Einst nach Verweigerung ihm Eier zu verschreiben, nahm er 10 Tage lang nur Brot und Wasser zu sich; war finster, unzugänglich, wendete sich von den Ärzten zur Seite ab.

Am 19. XII. von der Ärztekonferenz als strafvollzugsfähig erklärt (1. Diagnose: Dementia praecox, 2. Diagnose: Psychosis degenerativa) und im Januar 1917 ins Gouvernementsgefängnis transferiert, von dort nach einigen Tagen ins Kolmowsche Krankenhaus (die Frau kennt die Ursache der Überführung dorthin nicht). Nach Verlassen des Krankenhauses, wo er ungefähr 3 Monate sich befand (im Zusammenhang mit der Februarrevolution befreit), zeigte er keinerlei Wunderlichkeiten, war nur ungeduldiger und reizbarer. Beschäftigte sich wieder in Wuischni-Wolotschock mit Handel. Handelte mit Erfolg und Glück. Verlebte die Februar- und Oktoberrevolution still und ruhig. 1918 siedelte er nach Moskau über. 1919 von der „Tscheka“ wegen Spekulation arretiert. Da er viele Spekulanten kannte, so schlug man ihm vor, in die „Tscheka“ als Mitarbeiter einzutreten. Arbeitete gegen die Spekulation. Führte die Aufträge erfolgreich aus, als Mitarbeiter geschätzt.

Von der Gerichtssache weiß die Frau, ihren Worten nach, fast gar nichts, spricht höchst unklar von seiner Beschuldigung wegen Diebstahls eines wichtigen Dokuments aus der „Tscheka“. In der gegenwärtigen Erkrankung unseres Patienten findet seine Frau viel Ähnlichkeit mit dem ersten Zustande.

Klar tritt der schizophrene Charakter der gegenwärtigen Erkrankung hervor. Aus der allgemeinen Grundlage dieses fast stuporösen Zustandes möchte ich zerstreute, nicht in die Augen fallende Züge hervorheben, welche schon vom Aufnahmetage des Kranken an im J. G. P. E. Zweifel am Vorhandensein eines Krankheitsprozesses erweckten. Und zwar meine ich folgendes: der zuweilen verständige forschende Gesichtsausdruck; die beständige Akkuratesse und Reinlichkeit; während der Erregungszustände keine entsprechende Übereinstimmung zwischen der angriffsbereiten Haltung und dem Affekt selbst; bisweilen Züge von Puérilisme mentale oder Gancersches Vorbeireden; der fraglose Zusammenhang zwischen den Wahnideen und den äußereren Ursachen, die den Kranken in die Haft führten (sein Spekulationsbekämpfen).

Die gegenwärtige Erkrankung ist ihrem klinischen Bilde nach mit der ersten identisch. Beide traten unter Einwirkung bestimmter psychischer Traumen auf, nur mit dem Unterschiede, daß der Anlaß zur ersten Erkrankung keine Untersuchungshaft wie im 2. Fall, sondern die Verurteilung zu sechsjähriger Zwangarbeit war. Vom Haftcharakter abhängig sind wahrscheinlich auch die *Rüdinschen* paranoiden Züge, die im ersten Krankheitsbilde zahlreich hervortraten. Zweifellos fand sich in den letzten Jahren seines Aufenthaltes im Moskauer Kreisirrenhause neben gesteigerter Selbstschätzung und ungenügender Auffassung seiner Lage auch Tendenz zu Unschulds- und Begnadigungswahnideen. Diese Richtung haben auch die sehr oberflächlichen, ihm fremden Erinnerungsfälschungen, als ob er seinen Bruder ermordet. Die Überführung unseres Patienten in ein Zivilkrankenhaus, im zweiten Krankheitsfalle, befreit ihn zwar aus der Haft, läßt ihn aber noch in Abhängigkeit von der Gerichtsbehörde. Unter Einfluß günstiger Situationsveränderung bessert sich das allgemeine Befinden des Kranken. Diese Auseinandersetzung und der Ausgang der ersten Erkrankung berechtigen mich, dieses Leiden nicht als ein progrediierendes, sondern als ein reaktiv-psychotisches zu bezeichnen. Einige schizophrene Charakterzüge gestatten von der Verwandtschaft mit den Verschrobenen oder von der Möglichkeit einer schizophrenen Grundlage, wo ähnliche Zustände sich entwickeln können, zu sprechen. Psychopathische Züge der Schwindler sind außerdem noch beim Kranken zu bemerken.

Nun gehen wir zum Versuche einer Verallgemeinerung, zu einigen Schlußfolgerungen über.

Gut bekannte und als klinische Zustände von selbständiger Vorkommnis und Bedeutung beschriebene Erscheinungen bildeten in unseren Krankheitsbildern mehr oder minder stark ausgeprägte Teilkomponenten, Teilerscheinungen eines einheitlichen Ganzen.

Gancers Dämmerzustand, hysterischer Stupor, Puérilisme mentale, Pseudodemenz, katatonische Zustände Degenerierter, wahnhafte Ein-

bildung, Gefangenewahnsinn: Züge aller dieser Zustände waren in jedem unserer Krankheitsbilder vertreten.

Dieselben Verhältnisse finden wir auch in der Kasuistik anderer Autoren vor.

Demzufolge sind wir geneigt zu glauben, in unseren Bildern ein Symptomenkomplex beobachtet zu haben, dessen soeben genannte Teilkomponenten nur in vereinzelten Fällen, als selbständige, vom Komplex losgelöste, einzeln und für sich dastehende Phänomene zur Beobachtung gelangen können.

Eine zusammenfassende Charakteristik dieses Symptomenkomplexes würde folgendermaßen lauten: Anfang akut, manchmal eine Initialerregung, Benommenheit, auf der Höhe ausgeprägter Stupor, manchmal motorische Ausfallserscheinungen, Retentio urinae et alvi; Urteilsbildung fehlerhaft, verworren; Kenntnisse elementarster Art fallen aus; Gedächtnisstörung, meist in der Form retrograder und anterograder Amnesie bei gut erhaltenen Erinnerungen entrückterer Vergangenheit. Die Fragen des Arztes werden unter Sperrungen beantwortet. Spontane Fragen, die der Kranke selbst stellt, ungesperrt. Im Benehmen eine gewisse Gabe, die Aufmerksamkeit der Umgebung zu erregen und dauernd zu fesseln, gute Anpassung, keine Unreinlichkeit; Blick oft leer; manchmal forschend.

Auf diesem Hintergrund eine Menge Sinnestäuschungen und Wahnsieden, sehr labiler, an äußere Eindrücke anknüpfender Art. Somatisch: allgemeine Schwäche, Kopfweh, stets Pulsabilität, Pupillenweite oft sehr schwankend und zwar in Abhängigkeit von äußeren Umständen, ungleiches Verhalten der Schleimhautreflexe.

Später verwischen sich die stuporösen Züge, jetzt beherrschen die Szenerie das Sich dumm Stellen in *Ganserscher Form*, die Pseudodemenz usw. Auffallend wrd jetzt der Unterschied im Benehmen des Kranken in An- und Abwesenheit des Arztes. Die Stimmung ist meist depressiv.

Der Verlauf hängt ganz von äußeren Umständen ab. Dauernd und anhaltend eine erhöhte Reaktivität. Stets ein paranoischer Einschlag im Sinne *Rüdins* (Wahnbildungstendenz in der Richtung von Verfolgungs-, Unschulds-, Begnadigungsideen).

Ausgang — bei günstiger Situation — eine Wiederherstellung ad statum quo ante.

Den Anlaß für die Erkrankung gibt stets eine seelische Umstellung, bewirkt durch eine Gemüterschüttung. In allen unseren Fällen ist die Erkrankung (wie auch ihr Inhalt) jedesmal zeitlich mit einem wichtigen Erlebnis verbunden; desgleichen auch frühere Erkrankungen derselben Patienten laut ihrer Anamnese.

Alle diese Eigentümlichkeiten, wohl auch die eigenartige Verlaufs- und Ausgangsart, führen uns zum Schlusse, daß das zu untersuchende

Syndrom der Gruppe echter reaktiver Psychosen beizurechnen ist und nicht denjenigen der Phasen oder Prozesse. Letztere können ebenfalls reaktiv verlaufen: sind die Verhältnisse identisch, kann auch das klinische Bild in mancher Hinsicht sehr ähnlich ausfallen, aber der Kern der Sache, das Grundbild wird stets eine spezifisch-gesetzmäßige Verlaufsweise annehmen, die dem Wesen der betreffenden Psychose (Phase oder Prozeß) eigen ist. Der *Willmannschen* Ansicht, daß unser Wissen über die Gesetzmäßigkeiten, die das Verhältnis zwischen der ursprünglichen Veranlagung und der auf ihrem Boden zur Entwicklung gelangenden krankhaften Reaktion beherrschen, höchst dürftig ist, muß ich durchaus beistimmen.

Und nun die Frage von der Veranlagung unserer Patienten, von den Charaktereigentümlichkeiten, die dieser Veranlagung entspringen. In dieser Hinsicht ist unser Material in bezug auf die Anamnese so ungünstig beschaffen, daß uns bloß die Vermutung erlaubt scheint, daß ein derartiges Syndrom eher bei psychopathischen Persönlichkeiten, als bei geistig vollwertigen, zu erwarten ist; und zwar scheint uns ihre Mehrzahl der Lügner- und Schwindlergruppe anzugehören.

Nach *Kretschmers* Ansicht gibt es drei Phasen im Ablaufe hysterischer Entäußerungen (in weitem Sinne): auf den akuten Affektreflex folgt als zweite Phase seine willkürliche Steigerung, die Aggravation, worauf drittens die Phase des chronischen, zur Gewohnheit gewordenen Reflexes folgt — die Phase einer eigentümlichen Krankheit. Diese Erwägung ist besonders einleuchtend in bezug auf Zustände, wo Uhrmechanismen in Bewegung gesetzt werden.

Nun wird uns auch unser klinisches Bild verständlicher: die Benommenheit würde den akuten Affektreflex repräsentieren; das darauf folgende Sich-dumm-Stellen würde sich als die psychologisch einfachste Form der willkürlichen Steigerung und Modifikation des Reflexes deuten lassen, eine Form, die hier sehr leicht verständlich ist, wenn man an den Psychopathentypus krankhafter Lügner und Schwindler denkt.

Die reiche Mannigfaltigkeit der Erscheinungen im Bereich des Sich-dumm-Stellens und der paranoide Einschlag (*Rüdin*) verleihen den Erkrankungen Untersuchungsverhafteter eine besondere Färbung, wobei das Kolorit der Färbung durchaus durch die persönlichen Eigentümlichkeiten und die Art der Veranlagung bestimmt wird.

Es ist verständlich, daß das zweite Stadium im Verlaufe des psychotischen Syndroms bei nicht in der Haft verlaufenden Fällen ein ganz anderes Bild abgeben wird: dieses in Abhängigkeit von der Konstellation, wobei das Zielmoment am ausschlaggebendsten ist. Eine Bestätigung dieser Behauptung finden wir in analogen, von uns gesehenen Fällen, wo bei nicht verhafteten Patienten das Sich-dumm Stellen überhaupt fehlte oder nur angedeutet war, desgleichen auch das *Rüdinsche*

Paranoid. Dasselbe gilt von den Kriegsneurotikern: im zweiten Stadium existieren hier meist motorische Störungen, ein in bezug auf das Zielmoment durchaus zureichender Befund, um die Befreiung vom Militärdienst, als solcher, zu bewirken.

Dies alles führt zum Schlusse, daß wir über die Natur einer Erkrankung nur in dem Falle sicher urteilen können, wenn alle Konstellationsmomente insgesamt in Betracht gezogen sind.

Dann würden vielleicht mehrere Veröffentlichungen eine ganz andere Beleuchtung finden können (z. B. Fälle *Gauppscher abortiver Paranoia*, *Friedemanns milde Paranoiaformen usw.*).

Literaturverzeichnis.

- Alzheimer*: Die diagnostischen Schwierigkeiten der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1910. — *Birnbaum*: Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten. Halle 1906. — *Birnbaum*: Über degenerativ Verschrobene. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 21, H. 4. — *Birnbaum*: Der Aufbau der Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 75. 1919. — *Bonhoeffer*: Über den patholog. Einfall. Dtsch. med. Wochenschr. 1904. — *Bonhoeffer*: Degenerationspsychosen. Halle 1907. — *Bonhoeffer*: „Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind?“ Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 48. 1911. — *Bonhoeffer*: Zur psychogenen Entwicklung und Hemmung kriegsneurotischer Störungen. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 40. — *Bonhoeffer*: Psychiatrisches im Kriege. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 36. — *Dupré*: Le puérisme mentale. Ber. Neurol. 1913. 861. — *Friedmann*: Beitrag z. Lehre von der Paranoia. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 27. — *Forster*: Traumatische Neurosen. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 38. — *Forster*: Hysterische Reaktion und Simulation. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 42, H. 61. 1917. — *Fränkel*: Über die psychopathische Konstitution bei Kriegsneurosen. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 47, H. 5. 1920. — *Ganser*: Über einen hysterischen Dämmerungszustand. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 30. — *Ganser*: Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustand. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenheilk. 38. — *Gannuschkin, P. B.*: Über die schizophrene Veranlagung, eine Fragestellung. Moderne Psychiatr. (russisch). 1914. — *Gaupp*: Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 28. 1909. — *Gaupp*: Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 56. — *Hellpach*: Kriegsneurasthenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 45, H. 3—4. 1919. — *Hoche*: Über Hysterie. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 56. — *Hey*: Das Gansersche Symptom. Berlin 1904. — *Jolly*: Kriegshysterie und Beruf. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 59. — *Kraepelin*: Psychiatrie. 8. Aufl. 4. 1915. — *Kraepelin*: Einführung in die psychiatrische Klinik. 3. 1921. — *Kretschmer*: Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 45, H. 3—4. 1919. — *Kretschmer*: Die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung in ihrer Bedeutung für das Hysterie- und Simulationsproblem. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 41, H. 4—5. 1918. — *Kretschmer*: Hysterische Erkrankung und hysterische Gewöhnung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 37, H. 1—2. — *Lücke*: Über das Gansersche Symptom. Berlin 1914. — *Meyer, E.*: Berl. klin. Woehnschr. 1917. — *Mayer, M.*: Der Begriff der Kon-

stellation und seine Bedeutung für das Problem der Beurteilung von Psychoneurosen nach Unfällen. Arch. f. Psychiatr. u. Neurol. **65**, H. 1—3. 1920. — *Moeli*: Über irre Verbrecher. Berlin 1888. — *Moeli*: Über Hysterie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. **58**. — *Mörchen*: Das Versagen und die seelisch-nervösen Abwehrreaktionen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **44**. — *Oppenheim*: Der Stand der Lehre von den Unfallneurosen. Berlin 1918. — *Raecke*: Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenheilk. **58**. — *Raecke*: Das Vorbeihalluzinieren, ein Beitrag zum Verständnis des Krankheitssymptomes des Vorbeiredens. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. **65**, H. 1—2. 1922. — *Rüdin*: Klinische Formen der Gefängnispsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. 1901. — *Risch*: Über die Verkennung psychogener Symptomenkomplexe der frischen Haft und ihre Verwechslung mit Kataraktie. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. **25**, H. 4. 1909. — *Rosanoff*: Arch. of neurol. a. psychiatry. Chicago 1919. — *Schuppitus*: Das Symptomenbild der Pseudodemenz und seine Bedeutung für Begutachtungspraxis. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **22**. 1914. — *Sterling: W.*: Über eine eigenartige Form d. hysterischen Dämmertzustandes. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. — *Stertz*: Über psychogene Erkrankungen und Querulantenzwahn nach Trauma. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. **37**, Nr. 7—8. — *Sträußler*: Über Haftpsychosen und deren Beziehungen zur Art des Beobachtungsmaterials. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **18**. 1913. — *Tendelao*: Über Konstellationspathologie. Berl. klin. Wochenschr. 1920. Nr. I. — *Westphal*: Über hysterische Dämmertzustände. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1903. 1—2. — *Westphal*: Ein Fall von traumatischer Hysterie mit eigenartigen Dämmertzuständen und den Symptomen des Vorbeiredens. — *Wilmanns*: Die Psychopathien (Handbuch d. Neurol. von Lewandowsky. Berlin 1914). — *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. 1920.
