

Psychopathien und Defektprozesse.

Von

Prof. Raecke in Frankfurt a. M.

(Eingegangen am 12. Dezember 1922.)

In der modernen Psychiatrie hat der Begriff des Psychopathentums eine große Bedeutung gewonnen, aber vielleicht mehr noch in der angewandten, der „sozialen“ Psychiatrie, als in der rein klinischen Wissenschaft, obgleich letztere erst den Namen geschaffen und uns die vorläufigen Einteilungsprinzipien geschenkt hat. Allein gerade infolge der heutigen Bestrebungen unserer Gesellschaft, die ihr unbequemen geistig abnormen Elemente durch eine großzügige „Psychopathenfürsorge“ zu überwachen, sind die Psychopathien in den Brennpunkt des öffentlichen Interesses gerückt worden, und es besteht die Gefahr, daß durch übermäßige Dehnung des Begriffes nicht nur in Laien-, sondern allmählich auch in Ärztekreisen das Wort „Psychopathie“ falsch ausgelegt und verwandt wird, so daß es seine ursprüngliche Bedeutung verliert. Wollen wir demgegenüber daran festhalten, daß nur das eigentliche Grenzgebiet zwischen Geisteskrankheit und Geistesgesundheit, nicht das Irresein selbst mehr mit Psychopathie bezeichnet werden darf, so ist es unbedingt erforderlich, daß wir uns psychiatrischerseits bemühen, zu einer immer schärferen Erkenntnis des Wesens und der Umgrenzung der Psychopathien zu gelangen. Wie entstehen Psychopathien, und welche Beziehungen bieten sie zu den Psychosen, namentlich zu den fortschreitenden und in Defekt ausmündenden Gehirnprozessen?

Auf den ersten Blick erscheint wohl diese Trennung einfach genug: Es ist heute keine Rede davon, daß etwa wirklich das gesamte breite Gebiet zwischen geistiger Gesundheit und ausgesprochener Geisteskrankheit mit allen seinen mannigfachen Schattierungen und Abstufungen geistiger Minderwertigkeit zur Psychopathie im klinischen Sinne gerechnet würde, sondern man hat sich gewöhnt, alle flüchtigeren Störungen wie Schlaftrunkenheit, leichteste Bewußtseinstörungen bei Fieber und Intoxikationen, nach Insulten usw. überhaupt auszuschneiden und lediglich die nicht vorübergehenden Dauerzustände geistiger Minderwertigkeit gelten zu lassen. Ihre jeweiligen Träger, die sich schon von Haus aus stets hart an der Grenze geistiger Gesundheit

bewegen, mögen wohl gelegentlich im Laufe des Lebens durch Einwirkung äußerer Schädlichkeiten vorübergehend über diese Grenze hinausgeworfen werden, kehren aber in ihren Ausgangszustand zurück. Entwickelt sich dagegen bei ihnen ein fortschreitender Defektprozeß, so ist eben der letztere als etwas Neues zur ursprünglichen Psychopathie hinzutreten, hat sich der minderwertigen Konstitution gewissermaßen aufgepfropft. Die psychopathische Konstitution selbst wird somit als angeboren, ja als ererbt betrachtet.

So definiert z. B. *Birnbaum*¹⁾ die Psychopathien als „auf abnormer Veranlagung beruhende Zustände leichter Art“, die sich wissenschaftlich auch als „psychische Entartungsformen“ kennzeichnen ließen, und nennt als die zwei Hauptquellen, von denen sich die Entartungsströme herleiteten, erworbene Keimschädigung und hereditäre Belastung. Auch *Kraepelin*²⁾ neigt zur Annahme „umschriebener seelischer Entwicklungshemmungen“, deren Ursachen er wiederum in erblicher Entartung, Keimschädigung, vielleicht auch gelegentlich in fötalen Erkrankungen sucht.

So weit scheint alles klar zu sein, dennoch ergibt sich hier bereits die erste Schwierigkeit: Handelt es sich wirklich bei allen solchen Symptomenbildern, die wir heute zu den Psychopathien zu zählen pflegen, um sicher angeborene Zustände? Schon *Birnbaum* glaubt, neben den mancherlei Schädlichkeiten, die den werdenden Menschen im Mutterleibe treffen mögen, auch noch Störungen während der Geburt³⁾ und in der frühesten Kindheitsentwicklung als denkbare ätiologische Faktoren der Psychopathie zugeben zu sollen, obgleich damit die scharfe Trennung zwischen wahrhaft konstitutionellen, d. h. in der Anlage gegebenen und zwischen den durch Krankheiten des Lebens erworbenen Defektzuständen aufgehoben wird⁴⁾. So unbequem das für die geforderte schematische Umgrenzung des Psychopathiebegriffs sein mag, ist doch nicht zu verkennen, daß die Gewalt der Tatsachen allerdings zu einer derartigen Konzession zwingt.

Wohl das bekannteste Beispiel bilden die häufigen Psychopathien in Fällen cerebraler Kinderlähmung. Hier lehrt die Erfahrung, daß der Heredität als solcher keine wesentliche Bedeutung zukommt, mehr schon den Noxen der Foetalzeit und den Geburtstraumen, vor allem aber den im Laufe der ersten Lebensjahre erworbenen Infektionskrankheiten wie Masern, Scharlach, Keuchhusten. Nach *Strümpell* und

¹⁾ Psychopathische Verbrecher. S. 10 und 12.

²⁾ Psychiatrie. 8. Aufl., IV. Bd., S. 1977.

³⁾ Vgl. *Schwartz*: Die traumatische Geburtsschädigung des Gehirns. Münch. med. Wochenschr. 1922, S. 1110.

⁴⁾ Auch für die Idiotie leugnet *Henneberg* die Möglichkeit einer Abtrennung der endogenen von den exogenen Formen. Berl. Ges. f. Nervenkrankh. 12. VI. 22.

Oppenheim scheint sogar eine besondere Form der nichteitrigen Encephalitis zugrunde liegen zu können. Auch wenn bei dem bis dahin normal entwickelten Kinde das Leiden erst im 2. bis 3. Jahre akut einsetzte, bleibt nicht so selten außer den körperlichen Lähmungserscheinungen eine ausgesprochene geistige Minderwertigkeit zurück, die weniger die Intelligenz, als die Charakterentwicklung ungünstig beeinflußt und zurzeit wenigstens von der sogenannten konstitutionellen Psychopathie nicht zu unterscheiden ist. Aus dem mir zur Verfügung stehenden Material will ich hier nur kurz 2 Fälle anführen:

Fall I: Else W., 19 J. alt. Mutter gestorben an Grippe, Vater nervöser Pedant, 2 Geschwister gesund und ordentlich. Geburt der Pat. verlief ohne Störung; sie erschien normal, lernte früh laufen und sprechen. Dann erkrankte sie fieberhaft, fiel seitdem immer und es entwickelte sich halbseitige Schwäche. Hausarzt nahm „spinale Kinderlähmung“ an. Es entwickelte sich Spitzfuß, der Tenotomie notwendig machte. Stottern. In der Schule trotzdem leicht gelernt, nur Mühe mit Schreiben und Handarbeiten. Im Haushalt ungeschickt, zerschlug oft Sachen. Fahrig, reizbar, zappelig, zerstreut, weinte bei jeder Gelegenheit. Gelegentlich Zornausbrüche, doch nie Krämpfe oder Schwindel, Ohnmachten. Nach der Schule versagte sie in jeder Stellung, war faul und leichtsinnig, log und stahl. Daher brachte sie der Vater zur Beratung in unsere Fürsorgestelle.

Stat.: Klein, kräftig, gut genährt. Pup. o. B. Strabismus. Leichter Exophthalmus. Conjunct.-Reflex erhalten. VII l. mehr als r. Chvostek beiderseits. Zunge n. r. Weiche Struma. Rechte Hand kleiner und schwächer als die linke. R. Vorderarmumfang 1 cm geringer als l.; Sehnenreflexe am r. Arm gesteigert. Beim Gehen r. Bein geschont; es ist kürzer und dünner: Unterschenkelumfang r. $2\frac{1}{2}$ cm geringer als l. PtR. beiderseits gesteigert. AS. links lebhaft, r. fehlend; Tenotomie. R. Klumpfuß. Bab. r. vorhanden, l. 0; desgl. Oppenheim. Gordon beiderseits 0. Romberg 0. Sens. frei. Herztöne rein. Puls 100. Krampfartiges Stottern: Manchmal wird kein Wort herausgebracht, dann ruckweise Silben, dann geht es fließend. Beim Sprechen Mund rüsselförmig vorgeworfen, ruckartige Zuckungen erschüttern den ganzen Körper; heftiges Kopfnicken, Oberkörper beugt sich vor, Hände falten sich, schütteln; dann mit Ruck Kopf in Nacken geworfen, Stirn gerunzelt, Augen krampfhaft geschlossen; Schnüffeln und schmatzende Lippenbewegungen. Alle Mitbewegungen steigern sich bei Gefühl des Beobachtetwerdens. Andererseits kommt es auch ohne Sprechen gelegentlich zu Kopfnicken und Fratzenschneiden.

Allgemeinenkenntnisse entsprechend. Vor allem wird rasch und richtig gerechnet. Aber auch Urteilsfragen werden ziemlich beantwortet, z. B. (Unterschied von Kind und Zwerg): „Ein Kind ist meist gerade gewachsen, der Zwerg ist krumm, und meist bleibt er so, während das Kind wächst.“ (Geiz und Sparsamkeit): „Wenn der Mensch Geiz besitzt, will er keinen Pfennig verwenden, und zwischen Sparsamkeit versteht man das, er kauft nur, was er braucht.“ (Warum mehr nach Taten beurteilen?): „Die Menschen soll man mehr nach den Taten beurteilen, weil man sieht, was sie machen. Wegen der Worte weiß man nicht, was sie machen.“ Das ganze Gebaren hat aber etwas Kindliches. Ihre Darstellung erwies sich stark zu ihren Gunsten gefärbt und unzuverlässig. Sie hatte die besten Vorsätze und versprach alles.

Allein trotz sorgsamer Beaufsichtigung fortgesetzt faul und schmutzig, unbrauchbar in jeder Arbeit, läuft Männern nach, stiehlt und lügt. Sie tut das

Gegenteil von dem, was sie verspricht, völlig haltlos, frech und vorlaut. Ist in freier Stelle nicht zu halten, sittlich gefährdet. Soll in ein Heim.

Fall II: Karl v. G., 35 J. alt. Schwester des Vaters war geisteskrank, sonst keine Heredität. Ein Bruder an Lungenentzündung gestorben, 5 Geschwister gesund und ordentlich. Pat. war der jüngste, machte unauffälligen Eindruck, bis er im 1. oder 2. Lebensjahre durch Keuchhusten in schwer benommenen Zustand verfiel und angeblich von 3 Ärzten aufgegeben wurde. Es sei schließlich ein starkes Mittel angewandt worden, das Aushusten erzwang, aber linksseitige Lähmung hervorrief. (Die Darstellungen der einzelnen Verwandten über Zeitpunkt und Verlauf der Erkrankung gehen auseinander.) Seither sehr langsam entwickelt, erst mit 3 Jahren stehen und mühsam gehen gelernt. Eltern suchten die Lähmung mit gymnastischen Übungen, Elektrizität und Hydrotherapie, orthopädischen Verbänden, schließlich mit homöopathischen Mitteln zu beeinflussen. Aus der Schule wiederholt wegen Kopfschmerz und Übelkeit heimgeschickt. Trotz Hauslehrer und Nachhilfestunden war das Mitkommen auf dem Gymnasium unmöglich, dagegen machte Pat. die Bürgerschule durch. Früh entwickelte sich Stehlneigung, er trug den Schwestern Sachen fort und verkaufte oder versetzte sie; log und onanierte viel. Daneben auffallende Frömmerei. Wiederholte Stirnhöhlenoperationen und Eingriffe wegen Blinddarm und Wanderniere. Bei dieser Gelegenheit wurde er Morphinist. Im kaufmännischen Berufe versagte er, wollte Pfarrer werden, zitierte immerfort aus der Bibel. Nach einem Kurs für innere Mission verschafften ihm seine Verwandten verschiedene Stellungen, die er aber immer bald verlor, da er sich durch seinen haltlosen Lebenswandel unmöglich machte. Er arbeitete nichts, machte Schulden, log und trog. Wegen seiner Morphiumsucht kam er auch vorübergehend in Behandlung der Psychiatrischen Klinik. Schließlich ward ich vom Gericht mit seiner Begutachtung beauftragt, da seine Geschwister gegen ihn, der sich unfähig erwies, auf eigenen Füßen zu stehen, endlich die Entmündigung wegen Geistesschwäche beantragt hatten.

Stat.: Klein, schwächig, mäßig genährt. Auffallende Minderentwicklung der ganzen l. Körperseite. L. Bein ungefähr $1\frac{1}{2}$ cm kürzer als r. Umfang des l. Beines, bes. am Unterschenkel, geringer. Spannungen in der Muskulatur. Linker Arm bedeutend verkürzt, zeigt allgemeinen Muskelschwund, bes. an Hand und Vorderarm. Sehnenreflexe links gesteigert. Tastgefühl an der l. Hand herabgesetzt. Bei Zielbewegungen grobes Zittern. Bab. ist l. vorhanden, r. 0. Dagegen Oppenheim und Gordon beiderseits 0. Pup. o. B. AB. frei. VII und XII o. deutl. Diff. Herz und Lungen frei. Verschiedene Operationsnarben.

Gedächtnismäßige Kenntnisse ungefähr entsprechend. Auch für einfache Unterschiedsfragen genügt die Urteilsfähigkeit, dagegen besteht auffallende Einsichtslosigkeit und Reuelosigkeit für das Scheitern im Leben. Ethische Empfindungen mangelhaft entwickelt. Im Vordergrund steht die große Willensschwäche und Haltlosigkeit. Auf dieser ist der Morphinismus erst sekundär erwachsen. Pat. bummelt am liebsten untätig umher, faßt wohl lendenlahme gute Vorsätze, hat aber keinerlei Trieb, sich an ihre Ausführung zu machen, und erliegt jeder Versuchung. Eigensinnig und mißtrauisch verwirft er jeden wohlgemeinten Rat, überschätzt das eigene Können, will sich nicht freiwillig einer Entziehungskur unterwerfen. Demgemäß ward begutachtet, daß er wegen Geistesschwäche infolge seines Gehirndefektes dringend des vormundschaftlichen Schutzes bedürfe, um nicht moralisch, gesundheitlich und wirtschaftlich zugrunde zu gehen. Ein Vorgutachter hatte sich zur Annahme von Geistesschwäche nicht entschließen können, sondern nur „Charakterschwäche“ behauptet.

In beiden Fällen, denen leicht noch weitere ähnliche angereicht

werden könnten, würde man „haltlose Psychopathie“ zu diagnostizieren geneigt sein, wenn nicht die körperlichen Lähmungserscheinungen hier eine genauere Krankheitsbezeichnung erlaubten. Lediglich die letzteren geben uns die Gewißheit, daß hier ein erworbener Defektzustand des Gehirns besteht, woraus dann die Wahrscheinlichkeit folgt, daß nicht nur der physische, sondern auch der psychische Ausfall auf diesen Defekt zurückzuführen sei. Gerade die Feststellung erscheint mir von grundsätzlicher Wichtigkeit, daß wir bei Fehlen körperlicher Begleitsymptome heute noch nicht gelernt haben, zwischen einer konstitutionellen Psychopathie im strengen Sinne und einer im Leben erst erworbenen zu unterscheiden. Das häufige Auftreten psychopathieartiger Bilder im Anschluß an eine Encephalitis lethargica des Kindesalters, das eine Parallele zu den obigen Beobachtungen bildet, muß uns gleicherweise nachdenklich stimmen. Es ist nicht meine Absicht, auf die umfangreiche einschlägige Literatur hier näher einzugehen, doch sei betont, daß z. B. *Bonhöffer*¹⁾ in seiner Veröffentlichung seelischer Residuärzustände nach Encephalitis epidemica ausdrücklich darauf hinweist, solche hemmungslosen, unsozialen, schikanösen, zu Affektausbrüchen geneigten Individuen mit oft überschnittlicher Intelligenz verrieten eine so auffallende Ähnlichkeit mit den unsteten, asozialen Psychopathen, daß sich daraus greifbare Vorstellungen in bezug auf die genetischen Beziehungen der psychopathischen Konstitutionen und ihre Lokalisation zu ergeben schienen. Falls *Bonhöffer* damit andeuten will, daß vielleicht eine Reihe der heute als Psychopathien diagnostizierten Symptomenbilder in Wahrheit nur residuäre Defektzustände eines in früher Jugend abgelaufenen Gehirnleidens sind, so möchte ich auf Grund eigener Beobachtungen dieser Vermutung durchaus zustimmen. Schon vor Jahren²⁾ hatte ich darauf aufmerksam gemacht, daß manche scheinbare Imbecillität erst infolge eines ungewöhnlich frühzeitigen Schubs von Dementia praecox entstanden sein mag, indem die Fortentwicklung des Gehirns durch den Krankheitsprozeß eine dauernde Störung erfährt. So können die verschiedenartigsten Gehirnaffektionen gleich unheilvoll wirken. Es kommt lediglich auf die Schwere und die Ausbreitung des betreffenden Leidens an, ob sich das Residuärbild als Schwachsinn oder als Psychopathie darstellt. Beide Bilder sehen wir nach einer zu cerebraler Kinderlähmung führenden Encephalitis oder nach einer Lethargica zurückbleiben³⁾, beide auch nach einem frühen Schub von Dementia praecox. Nachstehend sei zunächst ein Beispiel

¹⁾ Psychische Residuärzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern. Klin. Wochenschr. 1922, S. 1446.

²⁾ Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 1909, 45, 245.

³⁾ Vgl. auch *Kleist*: Diskussionsbemerkung zu *Ewald*, Südwestdeusch. Vers. Erlangen 21. X. 1922.

von anscheinender Psychopathie nach Kinderkatatonie kurz mitgeteilt:

Fall III: Frieda S., 23 J., wird vom Mädchenschutzhaus der Poliklinik als haltlose Psychopathin zur Untersuchung vorgeführt. Sie war von der Polizei unter falschem Namen eingeliefert worden, nachdem sie wiederholt von Hause fortgelaufen, nicht in Stellungen geblieben war, sich mit Männern umhergetrieben hatte, obgleich sie gute Arbeit leisten konnte. Im Auftreten „sympathisch und manierlich“, entschuldigte ihr Fortlaufen mit häuslichen Zwistigkeiten, sprach bald lebhaft, bald zögernd, ohne eigentlichen Affekt, zuweilen etwas schauspielerisch in Mimik und Geste. Gesundes Aussehen, normale Reflexe. Innere Organe o. Bes. Keine wesentlichen intellektuellen Defekte nachweisbar. Anscheinend geringe Entwicklung der ethischen Empfindungen. Nachdem sie sich im Heim eingefügt hatte, wurde sie versuchsweise als Aushilfe in einen Haushalt geschickt und brannte sofort durch.

Aus ihrer Vorgeschichte ergab sich nun folgendes: War als Kind gesund und ordentlich gewesen, anscheinend nicht erblich belastet. Mit 14 Jahren erkrankte sie an *Dementia praecox*: $\frac{1}{2}$ Jahr nach dem Einsetzen der Menses trat läppische Erregung auf mit Singen, Schreien, Zerreißen, Einnässen, Spucken, triebartigem Nägelkauen. Sie hörte Stimmen, die ihr häßliche Worte zuriefen, wurde gewalttätig gegen die Mutter und mußte 1 Monat in der Irrenanstalt behandelt werden. Bei der Entlassung auf Drängen der Mutter war Pat. noch ungeheilt, trieb albernen Unfug, arbeitete nichts, drängte sich an Männer heran, machte unnütze Einkäufe, war nasch süchtig, verlogen, schimpfte sehr gemein. Allmählich ward sie ruhiger, apathisch, konnte stundenlang untätig umhersitzen mit gleichgültigem Gesicht. Von da ab blieb sie verändert, immer haltlos, ohne Arbeitstrieb. Da sie in keiner Stellung gut tat, nur lose Streiche angab, sich umhertrieb und Diebstähle beging, gelangte sie in Fürsorgeerziehung. Hier ward an ihrer Charakterschwäche nichts geändert, sondern sie entgleiste, so oft man sie in Stellung gab, während sie in Anstalten sich einfügte. In den dortigen Berichten heißt es: „Faul, oberflächlich, muß zur Ordnung in Kleidern angehalten werden, leicht beleidigt.“ Bei einer ärztlichen Untersuchung wurde sie als „leichter Schwachsinn mit Mängeln im Verhalten und Gefahr der Verführung“ aufgefaßt. Da brach im 20. Jahre ein neuer katatoner Schub aus: Pat. zerriß Kleider und Wäsche, schmierte mit Kot und mußte aus der Erziehungsanstalt nach einer in der Nähe gelegenen Irrenanstalt überführt werden. Dort nahm man ohne Kenntnis der Vorgeschichte „Schwachsinn“ an; die Intelligenz ward „mittelmäßig“ befunden, das Verhalten „trotzig“. Pat. war unr ein, schmierte, zerriß, verweigerte Einläufe. Allmählich aber wurde sie wieder ruhiger, lenksamer, beschäftigte sich und konnte der Erziehungsanstalt zurückgegeben werden. Kaum von der Mutter abgeholt, beging sie Zechprelleien, gab falsche Namen an, zog sich schließlich eine Anklage wegen Urkundenfälschung zu. Damals gelangte sie in die hiesige Psychiatrische Klinik zur Beobachtung und wurde exkulpiert mit der Diagnose „läppischer Folgezustand von *Dementia praecox* mit Vagabundieren, Urteilslosigkeit bei gutem Gedächtnis“.

An das Verhalten dieses Falles III nach Ablauf des ersten katatonen Schubes erinnern die von *Bonhöffer* und anderen Autoren mitgeteilten Kinderbeobachtungen von Encephalitis-Folgezuständen, denen wir ähnliche an die Seite stellen könnten. Es muß aber ergänzend hinzugefügt werden, daß nicht nur bei Kindern, sondern auch noch bei schon älteren Jugendlichen im Anschluß an eine Encephalitis lethargica sich un-

günstige Charakterveränderungen und moralische Entartungen herausbilden können, wie die folgenden beiden Beispiele zeigen:

Fall IV: Else J., 22 J., Arbeiterin, kommt auf Wunsch der Angehörigen zur Beratung in die Fürsorgestelle, weil sie in keiner Stelle gut tat. Klagt mit monotoner Stimme Müdigkeit.

Stat.: Starres Gesicht. Keine Gesten. Hockt steif, vornübergebeugt. Beim Gehen kein Schlenkern der Arme, die angewinkelt. Haare gelichtet. Pup. o. Bes. Strabismus divergens. sin. Beiderseits Chvostek. Bei Zeigen der Zunge keine Mitbewegung der Lippen, Zungenwogen. Sehnenreflexe erhöht. Andeutung von Fußklonus r. Keine path. Reflexe. Innere Organe o. Bes.

Keine Intelligenzstörung nachweisbar. Behauptet selbst, seit 2 J. im Anschluß an Grippe 1920 viel an Kopfweh, Herzklopfen und innerer Unruhe mit Neigung zu plötzlichem Einschlafen zu leiden.

Nach Angabe der Angehörigen war Vater Potator, Mutter erregbar. Pat. sei als Kind lebhaft und klug gewesen, habe gern Klavier gespielt. Hat dann 2 Jahre im Hutgeschäft der Schwester gelernt. Ward Kontrolleurin im Kurhaus in H., mußte die Stelle wegen Go. aufgeben. Nach abgeschlossener Behandlung als Verkäuferin tätig, bis der Vater erkrankte. Pfl egte ihn. Vor 2 Jahren „Schlafkrankheit“ und Haarausfall. Seither gänzlich verändert: Immer müde, schlief sogar stehend an der Wand ein. Zusammengesunkene Haltung, oft abgespreizte Arme. Zu nichts Trieb mehr, auch keine Lust zur Musik. Gähnte in der Elektrischen 25mal hintereinander. Sogar im Theater nur anfangs „begeistert“, dann apathisch. Aus jeder Stellung wegen ihrer Faulheit und ihres Stumpfsinns entlassen. Machte sich nichts daraus, äußerte gleichgültig: „Es war wieder nichts mit der Herrlichkeit!“ Ward reizbar und unverträglich, hörte nicht, trieb sich umher oder döste untätig, vergeßlich, „ging immer mehr zurück“. Nachts unruhiger Schlaf. Stimmungsschwankungen. Nach Suizidversuch Juli 1920 in die Nervenheilstätte K., wo ihre Unverträglichkeit und Unlust zu jeder Beschäftigung auffielen. Sept. 1920 ins Psychopathenheim H. überführt: Heimweh und Entweichungsversuche. Nachlässig im Äußeren, sehr langsam in der Arbeit, suchte sich um jede Arbeit zu drücken, lag viel herum. Andererseits viel Wünsche und Beschwerden. Drängte sich immer vor, verleumdete, hetzte; bössartige Streiche mit Zerschlagen, häßliche Redensarten. Frech, stahl, schwer zu lenken, überall wegen ihrer Unverträglichkeit unbeliebt.

Nach der Entlassung zu Hause wohl etwas fügsamer, aber keine Arbeitsfreude. Schief auf dem Stuhle ein. Immer Kopfweh. Behauptete, gegen die „qualvollen Nächte“ helfe nur Geschlechtsverkehr, suchte Herrenverkehr. Wusch sich aus Faulheit nur mangelhaft, kämmte sich im Bette, war überhaupt „unbegreiflich träge“. Dadurch Streit mit Mutter. Im Geschäft der Schwester hielt sie höchstens morgens aus, dann Klagen über Ziehen in Hüften, versagte.

Nach Liegekur und Kalktherapie vorübergehend besser, frischeres Aussehen, freiere Bewegungen. Doch in neuer Stellung unmöglich wegen Langsamkeit der Bewegungen. Auch absolut nicht an Ordnung zu gewöhnen. Mischung der Trägheit mit störender Unruhe, unverträglich reizbares Wesen.

Fall V: Otto St., 22 J. alt, sucht die Vermittlung unserer Fürsorgestelle nach, da er seine Stellung verloren habe und keine neue bekomme. Seit Erkrankung an Kopfgrippe erweise sich sein starrer Blick für sein Fortkommen schädlich. Klagt Kopfweh, Reizbarkeit, Vergeßlichkeit und Schwächeanfälle mit Umsinken.

Stat.: Starre Haltung. Weit offene Augen mit seltenem Lidschlag. Wenig Mienenspiel. Zittern der r. Hand und zeitweises Zucken der Zunge. Dagegen keine merkbare Verlangsamung der sonstigen Bewegungen. Arme schwingen

beim Gehen. Sprache soll früher tonlos gewesen sein, ist es nicht mehr. Pup. o. Bes. AB. frei. Chvostek beiderseits. Bei Lidschluß Flattern um die Augen. Armreflexe schwach. PtR. und AS. lebhaft. Romberg angedeutet. Keine Adiadochokinesie. Sens. frei. Innere Organe o. Bes.

Vorgeschichte ergibt: Großvater mütterlicherseits vorübergehend wegen Depression in Anstalt. Pat. hatte gut gelernt, war immer ordentlich bis zur Erkrankung an Kopfgrippe 1919. Seither immer müde und schlapp, arbeitsunlustig. Langsame Sprache und Speichelfluß, maskenartiges Gesicht mit ruckartigem Züngeln und Schnalzen. Vor allem fing er an zu bummeln, zeigte nur noch Interesse für Mädchen und Sport. Gegen seine Mutter ward er heftig und brutal, packte sie bei Wortwechsel an der Kehle. Nahm ihr Geld fort und verjubelte es. War wehleidig und aufdringlich, immer unruhig, sagte selbst, er werde wie von einem inneren Drange getrieben. Hielt in keiner Stelle mehr aus. Auch bei Behandlung in Psychiatrischer Klinik immer unzufrieden und anspruchsvoll, übertrieb seine Beschwerden, bekam hysterische Anfälle, die fast gemachten Eindruck erweckt haben sollen. Seine angeblichen Kopfschmerzen schwanden prompt auf indifferentes Pulver.

Zurzeit ergibt Untersuchung keinen Intelligenzdefekt. Doch besteht gleichgültig einsichtsloses Gebaren. Fragt nur immer nach Stellung, beteuert seinen Arbeitswunsch, tut aber sonst keine Schritte, ist mit Vorschlägen nicht einverstanden. Lebt ziellos in den Tag hinein. Wird den Angehörigen durch seine brutale Reizbarkeit beschwerlich.

Beiden Fällen ist gemeinsam, daß erst im Alter von 20 Jahren nach Erkrankung an Encephalitis lethargica eine Charakterentartung sich entwickelt haben soll. Nach Mitteilung der Angehörigen hätten sich außer Müdigkeit und Arbeitsunlust Verlust der sittlichen Empfindungen, Neigung zum Umhertreiben, Reizbarkeit und Unverträglichkeit geltend gemacht. Alle Ermahnungen und Behandlungsversuche erwiesen sich gegenüber diesem Defekt erfolglos. Trotz aller guten Vorsätze entgleisten die Betroffenen immer von neuem, waren an keine geregelte Tätigkeit mehr zu gewöhnen. Dabei fielen an ihnen Stimmungsschwankungen, störende Unruhe, Aufdringlichkeit und Neigung zu törichten Streichen oder Gewalttätigkeit auf. Immerhin erscheint hier die Beobachtungsdauer noch zu kurz, um zu entscheiden, ob es sich schon um Dauerzustände handelt. Die bemerkte Wandelbarkeit der körperlichen Symptome läßt an die Möglichkeit denken, daß auch auf psychischem Gebiete noch Änderungen zu erwarten wären. Freilich pflegen nach unseren bisherigen Erfahrungen gerade bei encephalitischen Folgezuständen verheißungsvolle Remissionen allzu oft von Exacerbationen gefolgt zu sein. Das Wesentliche für unsere Betrachtungen liegt aber mehr darin, daß im Falle IV und V die an haltlose Psychopathie erinnernden Symptomenbilder zusammen mit körperlichen Störungen charakteristischer Art im Anschlusse an eine encephalitische Erkrankung hervorgetreten waren. Versagen der Hemmungen und Vorherrschen des Trieblebens lassen sich allgemein als Zeichen von Gehirnschädigung auffassen, gleichgültig welcher Art im

einzelnen der betreffende Gehirnprozeß gewesen sein mag. Auch schwere Kommotionen können in gleicher Richtung wirken. Aber ein Vergleich der verschiedenen psychopathieähnlichen Residuärformen untereinander wird uns vielleicht mit der Zeit dahin führen, ihre Ätiologie auch ohne die Krücke der körperlichen Begleiterscheinungen zu erkennen.

Nicht minder wichtig als die Tatsache, daß die nach Ablauf akuter Gehirnprozesse zurückgebliebenen Defektzustände den als konstitutionell angesprochenen Psychopathien zum Verwechseln ähnlich sehen können, ist die weitere, ebenfalls bereits bekannte, doch nie genügend gewürdigte Feststellung, daß auch der erste schleichende Beginn eines Defektprozesses wie z. B. der *Dementia praecox* sich vollständig in das Gewand einer psychopathischen Haltlosigkeit zu kleiden vermag. Gerade hier kommt es leicht zu verhängnisvollen Fehldiagnosen, falscher Beratung von Angehörigen und Behörden, zwecklosen Drangsalierungen der Kranken und nutzlos kostspieligen Erziehungsversuchen. Aus dem leider nur allzu reichlich vorhandenen Beobachtungsmaterial seien 2 besonders lehrreiche Fälle herausgegriffen:

Fall VI: Karl B., 21 J. alt, wird vom Wohlfahrtsamt zur Untersuchung in die Poliklinik geschickt, ob er arbeitsfähig sei, da er nichts tue und sich von seiner alten Mutter ernähren lasse, obgleich er durch ärztliches Gutachten für 70% erwerbsfähig erklärt worden sei. Pat. hatte in einer schroffen Eingabe an den Magistrat den betreffenden Arzt für einen „Hanswurst“ erklärt und „Entschädigung für alle Gaunereien“ verlangt, durch die die Stadt ihn nervenkrank gemacht habe!

Stat.: Groß, hager, gebückt mit leichter Kyphose im Brustteil und Lordose im Lumbalteil der Wirbelsäule. Weiche Struma. Ohrmuscheln verbildet. Augenbrauenbrücke. Schmalere Gaumen. Alle Reflexe erhalten. Keine Lähmungserscheinungen. Zittern der Zunge, nicht der Hände. Lebhaftes Grimassieren. Starre Haltung. Innere Organe o. Bes. Mürrisch und abweisend, antwortet nur einsilbig, ist schreckhaft und überempfindlich gegen Geräusche. Klagt zahlreiche hypochondrische Sensationen, um dann wieder zu verstummen. Allmählich nur lassen sich allerlei Beeinträchtigungsideen erfahren: Man hat ihn vergiftet und schwach gemacht, so daß er jetzt nicht mehr arbeiten könne. Lehnt alle Behandlungsvorschläge ab, will „Entschädigung“, wobei ihn die völlig einsichtslose Mutter unterstützt: Man habe ihn durch Fürsorgeerziehung krank gemacht.

Als *Dementia praecox* der Psychiatrischen Klinik überwiesen, wo die Diagnose bestätigt und die dauernde Unterbringung in einer Bezirksanstalt in die Wege geleitet wird. Sehr interessant erwies sich nun hier die Vorgeschichte:

Beide Eltern Psychopathen, ein Bruder später auch an *Dementia praecox* erkrankt. Pat. hatte in der Schule mangelhaft gelernt, viel Kopfschmerzen geklagt. In der Lehre versagte er, blieb in keiner Stelle. Arbeitete schließlich gar nicht mehr, saß zu Hause oder besuchte Volksvorlesungen. Sagte die Mutter was, bekam er Wutanfälle. Endlich ward 1915 Fürsorgeerziehungsverfahren eingeleitet. Ein ärztliches Attest sprach sich für nur leichten Schwachsinn aus; es handle sich um einen willensschwachen, haltlosen, aber erziehbaren Psychopathen. In der Erziehungsanstalt für Schwachbefähigte St. erfolgte 1916 eine zweite psychiatrische Begutachtung: Einfacher Schwachsinn, kein Anhalt für Jugendirresein. Der ausführliche pädagogische Bericht betonte sogar eine „ganz gute

Leistungsfähigkeit“ in den verschiedenen geistigen Betätigungen. Er stehe über der Stufe der Abgangsklasse der Volksschule. Er besitze genügend Fähigkeit, neu aufzufassen und das Gelernte anzuwenden, nur ermüde er leicht und versinke dann in einen apathischen Zustand. Doch fehle es ihm nicht an gutem Willen und Ausdauer. Sicher weise er auf dem Gebiete des Gefühlslebens „psychopathische Züge“ auf, durch die eine sozial einwandfreie Stellungnahme zu Menschen und Dingen erschwert werde; dennoch erscheine er erziehungsfähig. Erst 1918 berichtete die gleiche Erziehungsanstalt über den Pat.: „Es ist klar, daß er vollständig undisziplinierbar ist, gegen Milde und Strenge gleich unzugänglich; auf jede noch so freundliche Einwirkung erwidert er mit einem Affektausbruch.“ Es liege wohl eine ausgesprochene Psychose vor. Infolgedessen ward Pat. 1919 mit deutlich katatonischen Erscheinungen der Psychiatrischen Klinik zugeführt, er war bald negativistisch stuporös, bald hatte er halluzinatorische Erregungen. Nach eingetretener Beruhigung holte ihn die Mutter ab, aber er war nicht zu einer geregelten Beschäftigung zu bewegen, ging spazieren und trug hypochondrische Beschwerden vor. Da die Mutter nur an ein körperliches Leiden glauben wollte, wies sie die Einwirkung aller Fachärzte zurück, und es ward erst dann ein Eingreifen möglich, als sie sich außerstande erklärte, ihn weiter zu ernähren. Auch jetzt protestiert sie aber noch gegen seine Anstaltseinweisung.

Fall VII: Auf *Auguste H.*, 19 J. alt, Arbeiterin, ward unsere Fürsorgestelle im Juli 1922 aufmerksam gemacht durch die Beratungsstelle für Frauen. Es stellte sich heraus, daß Pat. im März 1921 durch die Polizeifürsorgerin dem Mädchenschutzhause zugeführt worden war. Sie erschien dort reizbar, verstimmt, eigensinnig und beschränkt. Sie hatte angeblich in der Schule schwer gelernt, war stets aufgeregt gewesen. Später hätte sie sich mit Männern umher getrieben, war aufgegriffen und wegen Syphilis in Zwangsbehandlung verbracht worden. Als hysterische Psychopathin mit unsozialen Neigungen wurde sie der Psychiatrischen Klinik zugeführt. Hier sträubte sie sich gegen jede Untersuchung, verweigerte zeitweise die Nahrung, gab wenig Auskunft, erschien eigensinnig und trotzig. Nachts redete sie manchmal vor sich hin. Allmählich fügte sie sich besser, schlief ruhig, bat, aufstehen zu dürfen. Zur Heilerziehung wurde sie ins Psychopathenheim H. überführt und galt dort als Imbecillität mit Hysterie. Sie war dauernd sehr widerstrebend, schimpfte gemein, zerriß, schlug, drohte, Fenster zu zertrümmern. Da eine Beruhigung weder im Bett noch im Einzelzimmer zu erzielen war, und sich Pat. zu keiner Beschäftigung herbeiließ, erfolgte Juli 1921 die Verlegung nach der Bezirksirrenanstalt. Auch hier wurde die Diagnose nicht geändert, obgleich Pat. grundlos gewalttätig blieb gegen Arzt, Pflegerinnen, Mitkranke. Sie spuckte, näßte, zerriß, war sehr unruhig. Erst im April 1922 erschien sie umgänglicher, zeigte aber wenig Beschäftigungstrieb, drückte sich um jede Arbeit. Juli 1922 wurde sie durch den Stiefvater gegen ärztlichen Rat abgeholt.

Bei unserer ersten Untersuchung (Dr. *Landauer*) bot Pat. ein auffallend maniirtes Wesen, grimassierte stark, so daß es manchmal fast an choreatische Bewegungsunruhe erinnerte. Sie sprach wenig und leise, ohne Affekt, berichtete über Gehörstäuschungen und Verfolgungsideen. Später wechselte ein ausgesprochen negativistisch stuporöses Verhalten mit motorischer Unruhe und erotischem Gebaren. Zwischendurch impulsive Verkehrtheiten: Einmal wollte sie aus dem Fenster, dann hatte sie sich plötzlich den Fuß mit heißem Wasser verbrüht. Da unter solchen Umständen weitere häusliche Verpflegung nicht anständig war, mußte, trotz Widerspruchs der Mutter, wegen *Dementia praecox* die Überführung in die Psychiatrische Klinik in die Wege geleitet werden.

Gewiß bieten die Fälle VI und VII theoretisch nichts Neues¹⁾, allein dennoch sind sie praktisch höchst wichtig, weil solche Verwechslungen von Psychopathie und fortschreitender Defektpsychose zu unerträglicher Belastung der Heilerziehungsheime und nutzlosen Geldaufwendungen führen. Die Schwierigkeit einer scharfen Abgrenzung bei dem heutigen unbefriedigenden Stande der Lehre vom psychopathischen Grenzgebiete ist ohne weiteres einzuräumen, sollte jedoch zu immer erneuten differentialdiagnostischen Untersuchungen auffordern. Besonders beachtenswert gerade im Beginne eines schleichenden schizophrenen Prozesses scheint das Symptom des blinden Negativismus zu sein, das in unseren beiden Beobachtungen früh anzutreffen war, dann die zeitweise Versunkenheit, die nur zu leicht mit Ermüdung oder Apathie aus angeborener Indolenz verwechselt wird. Oft ließe sich anamnestisch aufklären, ob hier gegen früher eine Wesensänderung sich herausgebildet hat. Feindseliges und aggressives Verhalten richtet sich bei Psychopathen mehr gegen einzelne bestimmte Persönlichkeiten, als wahllos gegen die gesamte Umgebung. Bequemlichkeit und Faulheit äußern sich bei geeigneter Prüfung verschieden, als der absolute Mangel jeder Initiative überhaupt. Waches Monologisieren nachts und ohne Affekt ist immer verdächtig auf Psychose. Man soll sich hüten, triebartige Verkehrtheiten und affektloses Widerstreben als Übermut und Eigensinn zu deuten. Darauf ist ja früher wiederholt von den verschiedensten Autoren hingewiesen worden²⁾. Gleichwohl ist es nicht überflüssig, diese Forderung zu unterstreichen, weil heute mancherorts die Annahme von Negativismus schlechthin unbeliebt geworden ist, und statt dessen eine Motivierung des ablehnenden Gebarens versucht wird. Man mag derartigen Bestrebungen noch so sympathisch gegenüberstehen, dennoch soll man nicht versäumen, bei jedem Anschein von Negativismus sich auch die Möglichkeit einer Defektpsychose zu überlegen. Bleibt das Widerstreben unbeeinflußt bei jedem Wechsel der Behandlungsart, erweist es sich als völlig ziellos, so wird eine ernstere psychische Störung wahrscheinlich, die die Erziehbarkeit überhaupt in Frage stellt, und meist werden sich dann früher oder später noch weitere katatone Zeichen auffinden lassen.

Damit soll keineswegs gesagt sein, daß der Katatone auf erregende Vorgänge der Außenwelt nicht auch unter Umständen reaktiv antwortet; ist doch satzsaam bekannt, wie oft alte schizophrene Anstaltsinsassen durch falsches Verhalten des Personals zu Zornausbrüchen, Angriffen und plötzlichen Verkehrtheiten veranlaßt werden. In noch

¹⁾ Vergleiche aus der jüngsten Literatur z. B. *Schmelcher*: „Der Fall Engelhorn“. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 78, S. 634.

²⁾ Vgl. auch neuerdings *Wichmann*: Zur Differentialdiagnose zwischen Dem. praecox und Hysterie. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 64, S. 258.

höherem Maße sind die Exacerbationen chronischer Prozesse in der Freiheit Reaktionen auf äußere Ereignisse, und oft genug bemerkt die bis dahin ahnungslose Umgebung erst an einer solchen Reaktion, daß eine Geisteskrankheit sich entwickelt. Besonders interessant und praktisch wichtig werden da immer diejenigen Fälle bleiben, in denen der manifeste Beginn einer Defektpsychose im Sinne einer Dementia praecox zunächst den falschen Eindruck einer hysterischen Reaktion auf psychopathischer Basis erweckt. Hierher gehören z. B. die von mir früher beschriebenen „katatonischen Situationspsychosen“ Krimineller¹⁾ in der Untersuchungshaft. Auf entsprechende Bilder bei schizophrenen Unfallkranken hat ferner *Hans Maier-Zürich*²⁾ aufmerksam gemacht. Nur ein einschlägiges Beispiel sei der Vollständigkeit halber angeführt:

Fall VIII: Der jetzt 41jährige Eisendreher *August H.* steht seit Jahren unter Aufsicht unserer Fürsorgestelle; auch seine Frau und Kinder sind in unserer Poliklinik wegen psychopathischer Erscheinungen behandelt worden. Er selbst hatte im Felde Juli 1916 eine Schußverletzung am r. Unterschenkel erlitten. Als er am 16. August 1916 ins Heimatslazarett eingeliefert wurde, fand sich eine 18 cm lange, bis 4½ cm breite, lebhaft rote und auffallend empfindliche Wundfläche an der Außenseite der Wade; kein Fieber. Der Fuß erschien unbeweglich. Es ward zunächst mechanische Behinderung durch „Narbenzerrung an der Muskulatur“ angenommen, dann Peroneuslähmung und Operation vorgeschlagen, aber verweigert. Pat. erhielt einen Schienenhülsenapparat, mit dem er hinkend ging. Dienstuntauglich entlassen. Juli 1918 wurde im Nervenlazarett hysterische Fußlähmung diagnostiziert. Pat. war bei der Untersuchung seines Spitzfußes auffallend ängstlich und mißtrauisch und entzog sich der weiteren Behandlung durch mehrfaches Fortlaufen, wollte aber hinterher nicht wissen, wie er dazu gekommen sei. Infolgedessen am 16. August 1918 Verlegung in die Psychiatrische Klinik, wo ich ihn zuerst zu sehen Gelegenheit hatte.

Stat.: Groß, kräftig, blaß. Alte reaktionslose Narbe an der Außenseite des r. Unterschenkels. R. Fuß steht steif in Spitzfußstellung, Steppergang. Umfang des r. Unterschenkels 3 cm geringer als l. Tast- und Schmerzempfindung von der Mitte des r. Unterschenkels nach abwärts aufgehoben. Elektrische Erregbarkeit nicht gestört. Äußerer Fußrand hängt nicht. Aktiv werden mit dem r. Fuße überhaupt keine Bewegungen ausgeführt; Pat. behauptet, ohne Stützapparat und Stock nicht gehen zu können. Im übrigen bietet der körperliche Befund nichts Auffälliges. Hypnose lehnt Pat. ab. Auch gegen das Dauerbad sträubt er sich erst, gewinnt dann aber darin rasch vollständige Beweglichkeit des Fußes wieder und geht nun ohne Hinken. Bleibt indessen psychisch auffällig, ist einsilbig, scheu, klagt öfters Kopfweg und Schwindel. Bei eingehender Exploration unter 4 Augen entwickelt er mir dann plötzlich seine Gedanken: Werde von der Umgebung verfolgt und beschimpft, man deute ihm an, daß er ein „warmer Bruder“ sei, drehe ihm den Hintern zu, auch habe er schon das Wort „Eulenberger“ zu hören geglaubt. Das gehe bereits lange so und habe ihn vor dem Kriege zu häufigem Stellungswechsel gezwungen, bis er bei Bedienung des Fahrstuhls einen

¹⁾ Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 55, S. 771.

²⁾ Über Versicherungshebeephrenien. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 78, S. 442.

Posten fand, wo er mit keinem zusammen zu arbeiten brauchte. Auch in Feld und Lazarett habe er unter ähnlichen Anfeindungen gelitten, sei deshalb fortgelaufen. Jetzt höre er zuweilen seinen Namen rufen, habe unheimliches Gefühl, als wollte man ihm was antun. Seiner Frau traue er gar nicht; das letzte Kind sei bestimmt nicht von ihm.

Nach Mitteilung der Frau war Pat. stets eigen, menschen-scheu, reizbar gewesen, hatte zu Eifersuchtsanwandlungen mit gröblichem Schimpfen und Gewalttätigkeit geneigt. Daher sei auch seine erste Ehe geschieden. Potus für früher zugegeben, spiele aber jetzt keine Rolle mehr. Dagegen sehr sonderbare Äußerungen und Manieren, besonders nach dem Kriege. Seine Schwester sei auch nicht ganz richtig. Die weitere, z. T. poliklinische Beobachtung, die sich bis heute schon über 4 Jahre erstreckt, bestätigte, daß es sich um eine paranoide Form der Dementia praecox handelt. Der schleichende Beginn muß vor dem Kriege angesetzt werden. Die Verschlimmerung im Anschluß an die Verwundung täuschte episodisch das Bild einer sogenannten traumatischen Neurose vor. Nach suggestiver Beseitigung der psychogenen Lähmung ist die paranoide Färbung wieder deutlicher hervorgetreten. Ohne Kenntnis der Vorgeschichte vermag offenbar in ähnlich gelagerten Fällen sehr leicht einmal der falsche Eindruck zu entstehen, als ob erst aus der psychischen Reaktion auf das Trauma sekundär die Defekt-psychose sich herausgebildet habe.

Ebenso kann es sich im Beginne einer Dementia praecox um Reaktion auf ein beliebiges anderes affektives Ereignis handeln, so daß dann nur noch schwer oder gar nicht mehr zu erkennen ist, wie weit die äußere Einwirkung tatsächlich eine Exacerbation auslöste, wie weit sie lediglich vorübergehend das Bild färbte und der in schleichendem Entstehen begriffenen Defektpsychose eine reaktive Maske vorhängte, ganz zu schweigen von der Verwechslung mit einer psychogenen Entstehung der Dementia praecox selbst. Es ist nicht überflüssig, auch auf letztere Fehlerquelle hinzuweisen, nachdem eine Reihe von Kriegs-veröffentlichungen sichtlich zur Annahme einer traumatischen Genese mancher Dementia praecox-Fälle neigt¹⁾. Meist wird aber eine sorgfältige Ergänzung der Vorgeschichte Klärung bringen, wie z. B. folgende Beobachtung lehrt:

Fall IX: Frau *Selma B.*, 41 J. alt, wird vom Ehemanne zur Poliklinik gebracht mit der Angabe, sie sei geistig erkrankt, seit ihr Kind vor 3—4 Monaten in den Wascheimer fiel und das Genick brach. Sie grüble den ganzen Tag darüber, mache sich Selbstvorwürfe, bilde sich ein, die Nachbarn sprächen darüber und drohten mit der Polizei. Pat. war damals schwanger, wurde 4 Wochen nach dem Unglück entbunden; das Kind befindet sich im Kinderheim. Pat. vernachlässige seither alles, sitze untätig jammernd umher, wolle aber auch nicht zu

¹⁾ Vgl. die Ausführungen bei *K. Schneider*: Schizophrene Kriegspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 43, S. 420.

Hause bleiben, sondern dränge immer wieder plötzlich weg. Bisher war sie bei einer Schwester in Pflege, doch diese hält es nicht mehr mit ihr aus. Daher hat sie der Mann wieder zu sich genommen. Heredität negiert.

Stat.: Kleine Frau von dürrtiger Ernährung. Normale Reflexe, keine Lähmungserscheinungen. Innere Organe ohne Besonderheiten. Bei der Unterredung fällt auf, daß ihr Gesichtsausdruck ständig wechselt, bald Lachen, bald Weinen. Manchmal antwortet sie daneben. Aber immer wieder kommt sie darauf zurück, ihr Kind sei ins Wasser gefallen, es sei aber nur wenig Wasser im Eimer gewesen. Wiederholt stereotyp: „Ich konnte nichts dafür!“ Der liebe Gott habe es gewollt, es sei ihr jedoch in die Nerven gefahren, sie habe schwache Kopfnerven bekommen, könne nicht arbeiten. Der Kopf sei so leer. Sie könne das Essen für den Mann nicht herrichten, könne nicht arbeiten. „Ach es war ein so goldiges Geschöpf!“ Es sei aufgeweckt und lustig gewesen. Jammert so weiter über das tote Kind, aber ohne rechten Affekt, ebenso über ihren leeren Kopf, die schwachen Nerven. Dreht mit diesen Erzählungen sich fortgesetzt im Kreise, sagt: „Ich weiß alles noch, aber ich habe die richtige Zusammenstellung nicht mehr. Ich will jemand um mich herum haben, daß ich es wieder lerne. Keinen Strumpf kann ich mehr stopfen, früher ging alles am Schnürchen.“ Zwischendurch lacht sie bei einem Scherz, um gleich wieder mit monotoner Stimme zu sprechen: „Es war kein heißes Wasser, es war nur ein Tropfen Wasser, ich sehe es immer noch vor Augen!“ Früher hätten alle Leute sie wegen ihrer Tüchtigkeit belobt; krank sei sie nicht gewesen.

Die Vorgeschichte ergab, daß Pat. bereits vor 7 Jahren in Behandlung der Psychiatrischen Klinik gestanden hatte wegen eines ersten katatonen Schubs. Damals hatte die Geburt eines unehelichen Kindes als auslösendes Moment gegolten. Nach ihrer Behauptung wäre sie vergewaltigt worden; ihr Mann hatte ihr verziehen. Dennoch redete sie dauernd über den Vorgang, wählte, von dem Betreffenden hypnotisiert worden zu sein. Daheim äußerte sie Lebensüberdruß, klagte Schlaflosigkeit und andere nervöse Beschwerden. In der Klinik war sie unzufrieden, drängte eigensinnig fort, bis der Ehemann sie nach wenigen Wochen herausnahm. Bei der baldigen Wiederaufnahme war sie deutlich negativistisch, wollte sich nicht waschen, abstinierte, war zu keiner Beschäftigung zu bewegen. Zeitweise nörgelte, zeitweise jammerte sie. Nach ihrer 2. Abholung durch den Ehemann gegen ärztlichen Rat blieb sie stumpf und initiativlos, bis der neue Unglücksfall mit dem Kinde eine abermalige Exacerbation auslöste.

Hier lag also ein vor Jahren klinisch beobachteter Beginn der Dementia praecox zutage, so daß es sich trotz des stellenweise reaktiv anmutenden Bildes heute nur um eine Wiederverschlimmerung handeln konnte, ähnlich wie nicht selten ein späteres Wochenbett die im früheren Puerperium erstmalig aufgetretene Dementia praecox zu neuem Aufblühen und rascherem Vorwärtsschreiten treiben mag. Sehr viel schwieriger gestalten sich natürlich die Verhältnisse da, wo kein früherer Schub einwandfrei festgestellt wurde, und zunächst aus der Anamnese keine Anhaltspunkte für die Annahme eines vor dem betreffenden erschütternden Ereignisses bereits vorhandenen Leidens zu gewinnen sind¹⁾. Trotzdem dürfte auch in solchen Fällen in der Regel eine schleichende

¹⁾ Vgl. *Wilmanns*: Die Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 78, S. 325.

Entwicklung lange vor dem manifesten Ausbruche zu vermuten sein. Lehrreich ist in dieser Beziehung das folgende Beispiel, in dem später tatsächlich der Nachweis früherer krankhafter Erscheinungen glückte:

Fall X: In der Beratung unserer Fürsorgestelle befand sich vor 3 Jahren eine 39jährige Schutzmannswitwe E. mit Remission nach schwerer katatonischer Erregung. Der manifeste Ausbruch hatte sich in ihrem 35. Jahre akut vollzogen im direkten Anschluß an die erschütternde Nachricht von der Ermordung ihres Mannes. Sie wurde am 11. I. 1918 in verwirrtem Zustande in die Klinik eingeliefert, schlug und trat um sich. Sie war außerordentlich widerstrebend gegen alles, nahm keine Nahrung. Dann versank sie in einen Stupor, sprach nicht, außer bei Besuchen von Angehörigen. Manchmal weinte sie und jammerte vor sich hin; dann wieder war sie zornig erregt, neigte zu äußerlich unmotivierten Angriffen auf ihre Umgebung. Zeitweilig erschien sie heiter, erotisch, sang und redete viel von ihrem Manne, warum er sie nicht besuche, um dann plötzlich in verzweifelter Weinen umzuschlagen, als sei ihr die Erinnerung an die Wirklichkeit gekommen. Bisweilen verlangte sie auch drohend Aufklärung über ihren Mann, schien zu glauben, daß ihn ihr die Pflegerinnen, gegen die sie stets besonders gereizt war, vorenthielten. Nur anfangs war sie zeitlich und örtlich ungenau orientiert. Bei allen längeren Explorationsversuchen aber machte sie die größten Schwierigkeiten, antwortete überhaupt nicht oder tat Äußerungen, die in keinem Zusammenhange mit den Fragen standen. Ebenso sträubte sie sich heftig gegen jede körperliche Untersuchung. Nur recht allmählich ward sie ruhiger und äußerlich geordneter, verlangte nun nach den Kindern. Allein ein Entlassungsversuch auf Verlangen der selber psychisch abnormen Schwester scheiterte; nach 2 Tagen ward die Pat. in neuer, schwerer Erregung zurückgebracht.

Erst $\frac{1}{4}$ Jahr nach dem Beginn des Ausbruchs ebte die Erregung langsam ab. Doch blieb Pat. zunächst noch vielfach verworren in ihren Worten und Handlungen, hatte ausgesprochene Beeinträchtigungsideen, neigte zu plötzlichen Gewalttätigkeiten. Sie behauptete, ihre Schwester sei auch mit ihren Widersachern im Bunde, sperre sie ein, um sie um ihr Eigentum zu bringen. Von ihrem Manne sprach sie nicht mehr, dagegen umarmte und küßte sie gern einzelne Pflegerinnen. Gegen die Ärzte blieb sie stets abweisend, mißtrauisch. Obgleich sie allmählich von ihren Angriffen auf die Umgebung ließ, sich mit Hausarbeit beschäftigte und auch zu Unterhaltungen eher bereit war, fiel dauernd ihr unruhig zerfahrenes und sprunghaftes Wesen auf, ihre sonderbar geschraubten Äußerungen und manirierten Bewegungen. Noch 2. X. 1918 benahm sie sich bei einem Ausgang so auffallend, daß gebeten ward, sie nicht mehr zu beurlauben, die Kinder hätten sich vor ihrer Aufregung gefürchtet. Sie schwatzte viel in abspringender Weise, erzählte ohne Gefühl vom Tode des Mannes, wie sie die Nachricht erhalten habe usw., machte gleich im Zusammenhange damit neue Heiratspläne. Auf ihr heftiges Drängen wurde sie am 20. XII. 1918 versuchsweise entlassen. Der körperliche Befund bot keine Auffälligkeiten, alle Reflexe waren erhalten, innere Organe o. B. Im Liquor Zellzahl leicht vermehrt, $15/3$, aber kein Globulin. Wass. in Blut und Liquor negativ.

Noch März 1919 berichtete der für Pat. bestellte Pfleger, ihr Geisteszustand sei so krankhaft, daß man ihr die Führung des Haushaltes und die Erziehung ihrer Kinder nicht anvertrauen könne. Sie sitze meist untätig umher, sei fortgesetzt reizbar, mißtrauisch, beschimpfe die Verwandten in gemeinster Weise und könne sich leicht von einer Zornaufwallung zu Tätlichkeiten hinreißen lassen. Erst im Sommer 1919 trat eine wesentliche Besserung ein, insofern die große Erregbarkeit sich gab. Pat. fing an, sich als Putzfrau zu beschäftigen, und kam

mit den ihr anvertrauten beiden älteren Knaben leidlich zurecht. Sept. 1919 wurde die Pflegschaft aufgehoben. In den 2 folgenden Jahren ging es abgesehen von einer gewissen Fahrigkeit und Affektlabilität besser, und nur selten liefen ernstere Klagen über aufgeregtes Gebaren ein. Allein Mai 1922 berichteten die Fürsorgerinnen von einer sich ausbildenden Liebllosigkeit gegen die Kinder, Vernachlässigung des Haushalts, Umhertreiben mit Männern; Pat. scheine jetzt „mannstoll“ zu werden. Immerhin hat es sich bis jetzt möglich erwiesen, sie außerhalb der Anstalt zu belassen. Für die Kinder ward eine Schutzpflegschaft eingerichtet.

Wichtig sind nun zur Beurteilung des Falles folgende spätere Ergänzungen der Vorgeschichte aus den Fürsorgeakten: Krankhafte Erscheinungen waren bei Pat. schon vor dem Verlust des Mannes beobachtet worden: Während dieser als tüchtiger und gewissenhafter Beamter galt, fiel sie bereits Jahr und Tag auf durch „hysterische Erregtheit“, hatte zeitweise Haushalt und Kinder gröblich vernachlässigt. In der letzten Zeit überließ sie es gänzlich dem Manne, für beide zu sorgen. Suchte er sie zur Mitarbeit anzuhalten, legte sie sich einfach tagelang ins Bett und drohte, ihn bei seinen Vorgesetzten zu verleumden. Bereits damals war ihre Umgebung der Überzeugung, sie habe einen „geistigen Defekt“. Der älteste Knabe war infolge aller solcher Verhältnisse auf dem Wege zu verwahrlosen und wurde erst nach der Anstaltsaufnahme der Mutter wieder auf bessere Bahnen gelenkt. Endlich die oben erwähnte Schwester der Pat. wird in den gleichen Akten geradezu als „schwachsinnige Querulantin“ bezeichnet, die jedem Eingreifen im Interesse der Kranken oder deren Kinder den heftigsten Widerstand entgensetzte, unablässig auf Entlassung drängte und schließlich wegen ihrer Hetzereien nicht mehr zu Besuchen zugelassen werden durfte.

In der Klinik war bei der ersten Aufnahme zunächst der Eindruck der gewesen, als handle es sich um eine akut im Anschluß an den Mord aufgetretene Psychose. In der Tat spielte der Tod des Mannes anfangs eine hervorstechende Rolle in den krankhaften Äußerungen. Allein später rückte dieses Moment ganz in den Hintergrund, und die Pat. sprach gleichgültig, ja fast lieblos von dem Toten, äußerte den Wunsch nach neuer Verehelichung. Erotisches Gebaren trat nicht nur in der Klinik, sondern auch besonders nach der Entlassung zeitweise stärker hervor. Durch Ergänzung der Anamnese wurde der Nachweis erbracht, daß sich bereits vor dem anscheinend auslösenden Shock Zeichen der fortschreitenden Defektpsychose bemerkbar gemacht hatten. Offenbar hat also hier die sich schleichend entwickelnde Dementia praecox der Frau infolge des erschütternden Ereignisses der Ermordung des Ehemannes eine vorübergehende Exacerbation erfahren, ähnlich wie im oben geschilderten Falle VIII, mit einzelnen reaktiv anmutenden Zügen. In gleicher Weise dürften wohl die meisten, wenn nicht alle Fälle scheinbar affektiv entstandener Dementia praecox-Fälle zu deuten sein. Die Schwierigkeit sicherer Feststellung des Sachverhaltes liegt nur in der Gewinnung einer wirklich zuverlässigen und erschöpfenden Vorgeschichte. Von den Angehörigen allein ist nicht immer alles Gewünschte zu erfahren. Manchmal haben sie weniger scharf gesehen, als andere Personen der Umgebung; häufiger noch wollen sie sich

selbst gegenüber nicht wahr haben, daß der Beginn des Leidens weiter zurückliegt, sondern klammern sich an der Hoffnung fest, es handle sich nur um einen momentanen Ausfluß übermäßiger Gemüterschütterung.

Fassen wir das Ergebnis unserer Betrachtungen kurz zusammen, so ist einmal zu sagen, daß die scharfe Unterscheidung zwischen Psychopathien und Defektpsychosen heute noch mannigfachen Hindernissen begegnet. Will man sich vor unangenehmen Täuschungen schützen, darf man der scheinbaren Abhängigkeit eines psychischen Ausnahmezustandes von einer äußeren Situation oder einem Affekterlebnisse nicht ohne weiteres eine ausschlaggebende Bedeutung beimessen. Immer ist die zweite Möglichkeit zu erwägen, daß das reaktive Zustandsbild nur eine als Exacerbation aufzufassende Episode im Verlaufe einer schon länger schleichend entwickelten Defektpsychose sich darstellt. Ferner müssen wir uns vor Augen halten, daß heute unter dem allgemeinen Begriffe Psychopathien keineswegs einheitliche Bilder zusammengefaßt werden; vielmehr bedürfen diese noch sehr der Zerlegung nach ätiologischen Gesichtspunkten. Nicht jede sogenannte Psychopathie ist sicher angeboren, noch weniger ererbt. Erkrankungen der Kindheit und des Foetallebens sind als mögliche Ursachen in Betracht zu ziehen. Endlich kennen wir noch keine einwandfreien Beziehungen zwischen den einzelnen Psychopathentypen und den einzelnen Formen der Psychosen. Darum ist es verkehrt, wie letzthin *Ewald*¹⁾ treffend ausführte, wenn so verschwommene und weitreichende Begriffe wie Schizothymie und Schizoid aufgestellt werden, um zu einer brauchbaren Einteilung der Psychopathien zu gelangen. Da ist die wenigstens nichts präjudizierende vorläufige Einteilung rein nach dem Symptomenbilde in Erregbare, Haltlose usw. immer noch besser gewesen, weil sie uns nicht auf falsche Fährten lockt. Daß sie freilich auf die Dauer nicht genügen kann, ergibt sich schon aus der obigen Betrachtung, wonach derartige, äußerlich gleiche Bilder sowohl bei konstitutionellen Psychopathien als auch bei erworbenen Defektzuständen gefunden werden. Hier hat erst noch ein gründliches Studium der betreffenden Krankheitsbilder einzusetzen, um Vorarbeiten für eine wirklich befriedigende Einteilung und Umgrenzung psychopathischer Symptomenkomplexe zu schaffen.

Es ist sehr wohl denkbar, daß wir mit der Zeit zu einer erheblichen Einschränkung des Bereiches echt konstitutioneller Psychopathien gelangen werden, und daß sehr viel häufiger, als bisher geahnt, scheinbare Psychopathien sich in Residuärzustände früherer Defektprozesse verwandeln. Anzustreben ist die Klarlegung der mancherlei Zusammen-

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 77, S. 439.

hänge mit endokrinen Störungen. Tetanoide und basedowide Erscheinungen sind ja gerade bei Psychopathien recht häufig, um nur zwei Beispiele herauszugreifen. Andererseits sind die Beziehungen psychischer Eigenschaften zum Körperbau bei Gesunden noch viel zu wenig geklärt, als daß wir hoffen dürften, hieraus einen brauchbaren Maßstab für die so verwickelten Verhältnisse im psychopathischen Grenzgebiete zu gewinnen. Das Gleiche gilt von allen voreiligen Versuchen psychologischer Einteilung¹⁾. Nur von einer Verfeinerung unserer klinischen Untersuchungsmethoden und namentlich der genauesten Beachtung aller feinsten körperlichen Abweichungen²⁾ ist ein differentialdiagnostischer Fortschritt gegenüber dem heute noch so verwirrenden Durcheinander psychopathischer Zustandsbilder zu erwarten. Der „Umweg über die begleitenden Symptome“, um mit *Reiß*³⁾ zu reden, wird sich vielleicht schließlich als der kürzeste Weg zu einer brauchbaren Diagnostik erweisen.

Anm. bei der Korrektur: *Ursteins* Arbeit „Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie“ (Karger 1922) kam mir erst nach Abschluß dieses Aufsatzes zu Gesicht.

¹⁾ Vgl. *W. Jaensch*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **59**, S. 104.

²⁾ Vgl. *Jacobi*: Einseitiger Intentionstremor als einziges Residuum einer cerebralen Kinderlähmung. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. **24**, S. 47.

³⁾ Über erbliche Belastung bei Schwerverbrechern. Klin. Wochenschr. Jg. I, Nr. 44.