

(Aus der Dr. Hertzschen Kuranstalt in Bonn [Leitende Ärzte: Prof. Dr. *König* u. San.-Rat Dr. *Wilhelmi*.])

Zur Frage der Reaktionstypen.

Von

Dr. Walter Gerson,
Volontärarzt der Anstalt.

(Eingegangen am 3. November 1924.)

Die Symptomatologie der Infektionspsychosen ist ein viel umstrittenes Problem. Es dreht sich wohl im wesentlichen um die Frage, ob gleichartige Noxen gleichartige Zustandsbilder herbeiführen können. *Kraepelin* betont, daß eine Form der Amentia fast ausschließlich bei Typhus vorkommt, bei der die rasche Entwicklung lebhafter, verwirrter Erregungszustände mit Ideenflucht und abenteuerlichen Größenideen hergeht. „So könnte man denken, daß andere Gifte wieder mehr katatonen Zustandsbilder zeitigten.“ *Kraepelin* nimmt an, daß man die jeder Grundkrankheit eigene Reaktionsform erkennen könne. Denselben Standpunkt vertritt *Knauer* bei den Rheumatismuspsychosen. Ohne die Spezifität der Rheumatismuspsychosen für entschieden zu halten, sieht er doch das Gesamtbild in seiner Zusammensetzung für so typisch an, daß es diagnostisch nicht leicht zu verwechseln sei. Die meisten Forscher vertreten einen entgegengesetzten Standpunkt. So leugnet *Runge* die Spezifität der Grippepsychose und gibt nur eine spezifische Färbung durch die stark depressive Affektlage zu. Am häufigsten seien durch starke Bewußtseinstrübungen gekennzeichnete, delirante und amentiaartige Symptomenbilder. *Riese* lehnt gleichfalls eine Influenza-psychose mit scharf umschriebener symptomatologischer Ausprägung und bestimmtem Verlauf ab und reiht sie in das Gebiet der Infektionspsychosen ein. *Hitzenberger* beobachtet ebenfalls keinen Unterschied zwischen den Delirien nach Grippe und denen anderer fiebiger Erkrankungen. Der letztgenannte Autor beschreibt einen Fall, bei dem während einer Grippe Delirien aufgetreten seien, dagegen bei einer zweiten, durch ein Empyem bedingten Temperatursteigerung keine Psychose beobachtet sei. Er zieht daraus den m. E. berechtigten Schluß, daß es zur Psychose der spezifischen Grippeoxine bedürfte. —

Bonhoeffer hat mit seinem Begriff der „exogenen Reaktionstypen“ eine Klärung geschaffen. Als reine Typen der exogenen Schädigung betrachtet er die mit Benommenheit einhergehenden Delirien und den

amnestischen Symptomenkomplex, ähnlich wie *Hitzenberger*, der bei Grippepsychosen zwischen Fieberdelirien und postfebriler Amentia unterscheidet. Das Zustandekommen der Delirien erklärt *Kraepelin* in der Weise, daß unser Gehirn auf eine Reihe verschiedenartiger, vorwiegend äußerer Schädigungen gleichmäßig in der geläufigen Form des Traumzustandes reagiert mit den Abänderungen, die durch das Fehlen des sonst den Traum begleitenden Schlafes und gewisse Besonderheiten der ursächlichen Einflüsse bedingt werden. *Bonhoeffer* hält diese Prädilatationsarten im wesentlichen unabhängig von der speziellen Natur der gerade vorliegenden Schädigung, will aber rückschließend aus dem Vorhandensein solcher Zustandsbilder eine exogene Schädigung erkennen. —

Somit liegt die Frage nahe: „Lassen sich derartige Zustandsbilder von denen endogener Psychosen wirklich unterscheiden?“

Specht leugnet den prinzipiellen Unterschied zwischen der exogenen und endogenen Symptomatologie. Nach seiner Ansicht bringen wohl äußere Ursachen massive Krankheitsbilder und endogene Momente zartere Formen hervor, aber endogene Krankheitsbilder können ebenso durch einschleichende, exogene Noxe entstehen, wie exogene Krankheitsbilder zutage treten können, wenn die endogene Noxe plötzlich einsetzt.

„Wie nach Quantität und zeitlicher Entfaltung die Ursache, so der allgemeine Charakter der Erkrankung. Die spezifische Eigenart der Noxe und die individuelle Empfänglichkeit kommen erst in zweiter Linie.“ Auch *Kleist* sieht bei den Infektionspsychosen mehr heteronome, d. h. dem normalen Seelenleben fremdartige Zustandsbilder, die wohl den massiven Krankheitsbildern *Spechts* entsprechen und seltener homonome Bilder, die sich mit *Spechts* zarteren Formen decken. Um das Auftreten der Psychosen nur bei gewissen Individuen zu erklären, nimmt *Kleist* neben der autochthonen und der reaktiven Labilität eine symptomatische Labilität an, d. h. eine spezifische Empfindlichkeit des Gehirns für infektiöse und andere Schädlichkeiten. Dies ist um so einleuchtender, da — wie *Riese* betont — von den Irren selbst nur ein geringer Bruchteil erkrankt. Außerdem wird eine Parallele zwischen der Schwere der Infektion und der Psychose nirgends zugegeben. Nur *Hitzenberger* betont im Gegensatz hierzu, daß jeder geistesgestört werden kann, wenn er von einer so heftigen Intoxikation wie z. B. den Grippeoxinen heimgesucht wird. *Kleist* betont ferner, daß die individuelle Disposition zu Infektionspsychosen fast immer einseitig in der Richtung verläuft, daß bei wiederholten Erkrankungen immer dasselbe Zustandsbild auftritt. „Die individuelle Bereitschaft zu symptomatischen Psychosen enthält fast immer eine Bereitschaft zu ganz bestimmt einhergehenden Reaktionsformen.“ Ferner nimmt *Kleist* eine besondere fa-

miliäre Veranlagung zu Infektionspsychosen an und führt als Beispiel zwei Schwestern an, die, nicht belastet oder abnorm veranlagt, nach Jahren das gleiche Bild eines Stupors mit Ratlosigkeit bzw. erregter Verwirrtheit mit anschließendem Stupor nach Infektion zeigten. Wir haben es wohl hier mit dem später noch zu besprechenden schizophrenen Reaktionstyp zu tun. Desgleichen hat *Riese* das Krankheitsbild zweier Brüder veröffentlicht, die nach Influenza an einem gleichartigen halluzinatorischen Verwirrheitszustand erkrankt waren.

Die Meinungsverschiedenheit bei der Symptomatik der Infektionspsychosen ist vielleicht dadurch bedingt, daß es sich einmal um Reaktionstypen, die mit den Infektionspsychosen nichts zu tun haben, handelt und bei denen die auslösende Infektion für die Symptomengestaltung belanglos ist. Im anderen Falle handelt es sich um eine direkte Schädigung bestimmter infektiöser Noxen, von denen wir annehmen, daß sie der Psychose ein bestimmtes Gepräge geben können. Warum soll es nicht analog zu den Alkoholpsychosen auch spezifische Grippe-, Rheumatismus- usw. Psychosen geben, die von den Reaktionstypen durchaus zu trennen wären? Die Unterscheidung von Psychosen bei spezifisch-fieberhaften Erkrankungen wird oft nicht durchführbar sein, zumal es sich ja oft auch um eine spezifische Infektionspsychose und um eine Reaktionpsychose handeln kann. Jedenfalls ist doch der Symptomatik z. B. *Kraepelins* und *Knauers* größte Beachtung zu schenken. Die Kraft der schädigenden Noxe, die Widerstandsfähigkeit des Gehirns und die symptomatische Labilität wären die Faktoren, die bei den Infektionspsychosen in Betracht kämen. Und so würden je nach der Kräfteverteilung und dem eventuellen Vorhandensein der symptomatischen Labilität eine spezifische Infektionspsychose, eine Reaktionpsychose oder beide zusammen in Erscheinung treten. *Kehrer* schreibt in der neuesten Arbeit, sich stützend auf die von *Kraepelin* aufgestellten Unterscheidungsmerkmale zwischen den Cocaindelirien einerseits und den Veronal- und Trinkerdelirien andererseits, folgendes: „Es ist m. E. erwiesen, daß der bei jedem Menschen angelegten Apparate, die auf Gifte ansprechen, zwei Kategorien anzunehmen sind, eine, die in jedem Falle konstant angeschlagen wird und eine andere Reihe von Nebenapparaten, die daneben wahlweise durch je eine bestimmte Giftverbindung in Gang kommen.“ Daß jeder Grundkrankheit eine eigene Reaktionstypen zu kommen soll in Form einer bestimmten Taste, die nur durch ein bestimmtes Gift angeschlagen werden kann, scheint uns unwahrscheinlich. Außerdem glauben wir die beiden Kategorien trennen zu können.

Nun begegnen wir aber neben den Prädilektionstypen vielfach katatonen Zügen, Krankheitsbildern, wie sie *Bonhoeffer* unter der katatonen Form der Fieberamentia beschreibt, wobei er hervorhebt, daß es tatsächlich kein einziges katatonen Symptom gäbe, das sich nicht auch

bei den Infektionspsychosen fände. Auch *Kraepelin* betont, daß bei vielen Formen des Irreseins, namentlich bei infektiösem und traumatischem Irresein Krankheitsbilder auftreten, die von den schizophren bedingten nicht zu unterscheiden sind, und *Kleist* kennt unter den Influenzapsychosen u. a. zwei Gruppen: Stupor und hyperkinetische Erregungszustände mit Echolalie und Echopraxie, Bilder, die von denen der Schizophrenie wohl kaum zu trennen sind. Hier setzt *Popper* mit seinem Begriff des schizophrenen Reaktionstyps ein. „Ohne latent schizophren sein zu müssen, ohne jemals eine Weiterentwicklung in schizophrener Richtung erkennen zu lassen, ohne im gewohnten Kreise auch nur andeutungsweise Spuren heboider Wesenheit darzubieten, können sie unter entsprechenden Verhältnissen als Ausdruck endogener, ihnen aber spezifischer Reaktionsweise Zustände aufweisen, deren Symptomatologie den Verlaufsbildern echter Schizophrenien weitgehend und vorläufig gar nicht unterscheidbar ähnelt.“ — „Der schizophrene Reaktionstyp bedeutet einen Komplex von Individualfaktoren, deren die Wesenheit, das Verhalten, die affektiven Entladungen verfärbende, reaktive Äußerungen die schizophrene oder schizoide Reaktion schaffen, die vom schizophrenen Krankheitsvorgang und überhaupt vom Krankheitsvorgang der Schizophrenie strikte zu sondern sind.“ *Popper* versucht, die schizophrenen, reaktiven Zustände symptomatologisch von der echten Schizophrenie in der Weise abzugrenzen, indem er die Denk-, Apperzeptions- und Konzentrationsstörung, die bei so vielen psychogenen Reaktionen und bei sicheren Schizophrenien wohl durchweg vermißt werden, bei den schizophrenen reaktiven Zuständen öfters vorhanden findet. *Kahn*, der betont, daß die Reaktion selber es ist, die durch irgendwelche Reize hervorgerufen wird, führt den Begriff des schizophrenen Reaktionstyps weiter aus und nimmt einerseits eine Erbanlage zu schizoid, andererseits eine Erbanlage zur schizophrenen Prozeß-Psychose an. Der schizophrene Reaktionstyp ist bedingt durch die Erbanlage zu schizoid — es fehlt die Erbanlage zur Prozeßpsychose — und durch eine besondere Reagibilität — die wohl dem Begriff der symptomatologischen Labilität *Bonhoeffers* entspricht — die ihrerseits durch verschiedene, gleichfalls genotypisch fundierte Mechanismen gegeben sein kann. Seiner Ansicht nach ist der schizophrene Reaktionstyp von den Schizophrenien keineswegs abzutrennen, sondern in mancher Hinsicht geradezu als ein Bindeglied zwischen den schizoiden Persönlichkeitstypen und den schizophrenen Krankheitsprozessen zu betrachten. Die Manifestationen des schizophrenen Reaktionstyps, so schreibt *Kahn* weiter, sind einmal durch ihre schizophrene Symptomatik und weiterhin dadurch charakterisiert, daß sie weder bei schizophrenen Prozeßpsychosen noch bei anderen Psychosen als aktive in dem zerstörenden Prozesse mitwirkende Bestandteile auf-

treten, sondern einen Verlauf nehmen, der die betroffene Persönlichkeit in ihrer Ganzheit ebensowenig alteriert oder schädigt wie die rein psychogenen Störungen. „Der schizophrene Reaktionstyp kommt nicht allein in psychogenen Syndromen, die gelegentlich die erste oder einzige für uns erkennbare phänotypische Realisation der schizoiden Anlage seiner Träger ist, sondern auch im Verlauf schizophrener Prozeßpsychosen, sowie anderer endogener Psychosen, vielleicht sogar bei symptomatischen Psychosen vor.“

Unser Fall, den wir jetzt folgen lassen wollen, soll als Material zur Klärung des Begriffs des schizophrenen Reaktionstyps beitragen.

Krankengeschichte (sehr gekürzt):

Anamnese: Patientin E. R., geb. 26. III. 1899. In der Familie des Vaters einige Psychosen. Großvater und Onkel vorübergehend geisteskrank. Vater Neurasthениker. Pat. hat zwei gesunde Schwestern. Normal entwickelt, intelligent, sehr gutmütig, fromm, sensibel.

Mit 12—13 Jahren Attacke von Unruhe, Rededrang, religiöser Übererregbarkeit. Nach einigen Monaten Heilung.

Erste Aufnahme in der Kuranstalt Dr. von Ehrenwall. Ahrweiler, 5. V. 1914. Hat sich seit Februar körperlich nicht wohl gefühlt. Seit 14 Tagen Unruhe, Rededrang, übermäßig geschäftig. Fieber unbestimmten Charakters. Seit 10 Tagen kataleptische Symptome, Halluzinationen, vermehrte Unruhe. Zahlreiche religiöse Wahnideen. Versündigungsfurcht. Abstinenz, großer Negativismus, typischer Autismus, zahlreiche schizophrene Symptome, die auch jetzt anhalten. Ist sehr kataleptisch, hält Urin an. Kein Fieber bei der Aufnahme, kein besonderer organischer Befund. Wird mit der Sonde gefüttert. Näßt zuweilen ein. Der Zustand dauert bis zum 1. VI., wo sie plötzlich während des Besuches ihrer Eltern aufwacht. Ist ordentlich, spricht lebhaft, hat fast keine Erinnerung für die 6 Wochen, die sie im Dämmerzustand war und bietet einen vollkommen normalen Eindruck in jeder Beziehung.

Zweite Aufnahme am 20. IV. 1916 in der Dr. Hertzsch'schen Kuranstalt.

Anamnese: Bis vor 6 Wochen gesund. Damals Erbrechen, Durchfall und einige Zeit Fieber. Danach leichte Erregung, Redseligkeit, gehobene Stimmung, Singen und Lärmen. Nach 8 Tagen Depression. Ist gehemmt, hält die Glieder in bizarren Stellungen, lässt keinen Urin. Hat die Vorstellung, sie dürfe nicht essen.

21. IV. Verweigert jegliche Nahrung. Muß mit der Sonde gefüttert werden. Der nach oben geführte Arm verbleibt eine Zeitlang in der ihm gegebenen Stellung.

22. IV. Singt: „Stille Nacht, heilige Nacht.“ Sagt einmal während der Fütterung: „Ich fürchte den lieben Gott.“

23. IV. Ist heute unruhig, drängt viel aus dem Bett. Lächelt vielfach schelmisch, grimassiert, macht allerhand kurze abrupte Bemerkungen.

25. IV. Pat. näßt in den letzten Tagen ein. Ein ihr am Morgen eingegebenes Ei hat sie nach einiger Zeit wieder ausgebrochen. Macht im Anschluß daran die Bemerkung: „Nun hatte ich das Jesuskindchen in mir, nun ist es wieder draußen.“

30. IV. Nimmt von dem Erscheinen ihrer Eltern und Geschwister keinerlei Notiz. Nimmt häufig unbequeme, starre Haltungen ein. Hat hin und wieder in ihrem ganzen Wesen viel kindlich Schelmisches und Schalkhaftes an sich. So gebärdet sie sich bei der Einführung des Schlauches in den Mund und bei der Aufforderung, ihn zum Einschieben eines Keiles zu öffnen, fast jedesmal wie ein schel-

misches Kind, das sich darin gefällt, seine Umgebung etwas zum besten zu halten. Schließt krampfhaft die Lippen, lugt unter halb geschlossenen Augen nach der Umgebung.

20. V. Zustand unverändert. In den Garten gebracht, hüpfst sie einige Schritte auf einem Bein unher. Die Schwierigkeit beim Füttern ist geringer geworden. Ihre Bemerkungen sind meistens ohne Zusammenhang mit der Situation.

3. VI. Zum Öffnen des Mundes zwecks Einschiebung des Keiles lässt sie sich häufig dadurch veranlassen, daß man ihr die Sonde wie einem Fisch die Angel hinhält. Sie sucht sie dann wie im Scherz mit dem Munde zu schnappen.

15. VIII. Während der beiden vergangenen Monate völlig unverändert geblieben. Seit 3 Tagen besteht bei der Pat. hohes Fieber bis zu 40,5, für das auch die Untersuchung durch einen hinzugezogenen Internen keine Erklärung findet. Pat. gibt aber auffallenderweise seit dem Bestehen des Fiebers zum ersten Male regelmäßige Antwort.

17. VIII. Temperatur besteht nicht mehr. Psychisch scheint sich langsam aber stetig eine Wiederkehr der geistigen Klarheit vorzubereiten.

25. VIII. Seit einigen Tagen allein gegessen. Jetzt völlig klar, noch etwas still und schüchtern. Stellt keinerlei Fragen über ihre Krankheit.

15. IX. Pat. erscheint an der gemeinsamen Tafel, macht Spaziergänge mit ihren Angehörigen, hat starke Eßlust, ist aber auch nach den Aussagen der Eltern jetzt psychisch genau so wie in ihrer gesunden Zeit.

1. XI. Wird heute entlassen. Macht den Eindruck eines jungen frischen Mädchens.

III. Aufnahme 16. V. 1917 in die Dr. Hertzche Kuranstalt.

Anamnese: Nach der Entlassung November 1916 anfangs etwas wild, überprudelnd, dann völlig normal. Januar 1917 Erkrankung an Diphtherie. Hohes Fieber, Seruminspritzung, lag einige Wochen zu Bett. Nach der Erkrankung zuerst ausgelassen, lachte laut und viel. Dann wurde die Stimmung ernst, fühlte sich matt. Seit 4 Wochen klagt sie über Kopfmüdigkeit. In den letzten Nächten sehr schlecht geschlafen. Stärkere Betonung religiöser Vorstellungen. Heute plötzlich starr geworden, hält die Augen geschlossen, murmelt zeitweise religiöse Sachen vor sich hin. Auf der Fahrt ziemlich ruhig.

16. V. Nahrungsverweigerung. Unruhe, Grimassieren.

17. V. Drängt aus dem Bett, legt sich auf die Erde, hält die Arme in katatoner Weise von sich und wiederholt immer: „Was ist die Parole?“ Läßt keinen Urin, muß katetherisiert werden.

18. V. Legt sich auf den Boden, hopst umher. Pat. ist im großen und ganzen das photographisch getreue Abbild der damaligen Erkrankung. Unendlich viele kleine charakteristische Bemerkungen sind ähnlich wie bei der ersten Aufnahme.

25. V. Pat. muß gefüttert werden, ist völlig verwirrt, spricht abrupte Worte und Sätze ohne Zusammenhang. Hin und wieder nimmt sie allerhand Posen und Gesten an. Gelegentlich wie jemand, der einen ausgelassenen Scherz machen will, z. B. schlägt lachend auf die Pflegerin los.

3. VI. Ist nicht zu fixieren, kommt meistens keiner Aufforderung nach, näßt vielfach ein, hin und wieder auch unrein mit Kot, springt und tanzt manchmal durch die Stube, singt gelegentlich Lieder, namentlich religiöse.

6. VII. In ihrem Wesen viel Schelmisches, sieht den Eintretenden einen Augenblick an, verschwindet dann unter der Bettdecke. Flüstert und schreit abwechselnd einige Sätze. Zeitweilig lebhafter Bewegungsdrang.

20. VII. Ist apathisch, still, äußert zu der Pflegerin religiöse Ideen und sagt: „Geh zurück, geh zurück, ich muß Herrn Jesu fangen.“

17. VIII. War an einem Tag stundenweise ganz klar, dann wieder wie vorher. Die motorische Unruhe hat nachgelassen, bleibt im Bett.

28. VIII. In letzter Zeit sehr still. Muß immer noch gefüttert werden. Beim Anziehen muß man sie hinsetzen. Sie bleibt nie stehen oder hüpfst auf einem Bein umher. Näßt noch gelegentlich ein.

12. X. Nimmt heute wieder alle Nahrung zu sich, erkennt ihre Umgebung, hat einen klaren, freien Blick, äußert lebhaften Affekt über das Erscheinen ihrer Angehörigen, glaubt 8 Tage krank gewesen zu sein.

20. X. Ist noch etwas müde, aber vollkommen klar und geordnet.

1. XII. Die körperliche Ermüdbarkeit beginnt nachzulassen. Äußert hin und wieder noch religiöse Skrupel und Zweifel, die nach Angaben ihrer Mutter schon seit früher Kindheit bestanden haben. Ißt am gemeinsamen Mittagstisch mit, durchaus unauffällig.

7. I. 1918. Ist noch etwas still und in sich gekehrt, fängt an, Gesangstunden und Turnstunden zu nehmen.

7. II. Ist jetzt gesprächiger, hat guten Appetit, ihren Mitpatientinnen gegenüber hin und wieder ein eigentümlich schnippisches Benehmen, was sie auch bei der vorigen Aufnahme hier hatte.

28. II. Hat sich weiterhin gut erholt, macht den Eindruck eines frischen jungen Mädchens. Wird heute entlassen.

IV. Aufnahme. 11. XI. 1920.

In der Zwischenzeit vollkommen gesund. Vor 8 Tagen erkrankte Pat. mit ganz akut hohem Fieber und Kurzatmigkeit. Temperatur bis 40. Gestern begann Pat. religiöse Ideen zu äußern. Hörte Stimmen, verweigert die Nahrung. Bietet bei der Aufnahme dasselbe Bild wie bei der früheren. Ist ausgelassener Stimmung, singt, lacht, schreit. Ideenflüchtige und schnurrige Redensarten. Echolalie und Echopraxie angedeutet, Katalepsie der erhobenen Arme.

16. XI. Nimmt allerhand komische Stellungen im Bett ein, lacht und grinst, mitunter gegen die Pflegerin ausfahrend. Nennt die Personen, die sie von früher her kennt, mit dem richtigen Namen. Nur oberflächlich orientiert.

23. XI. Muß gefüttert werden, reimt, ist ideenflüchtig, halluziniert stark. Lacht und weint in einem Atem. Neigt zu dummen Streichen, z. B. reißt Mitpatientinnen an den Haaren.

26. XI. Temperaturanstieg plötzlich auf 40. *Widalsche Reaktion 1:10: positiv, 1:50: negativ.* Paratyphus: negativ.

1. XII. bis 6. XII. Zur Klärung der Diagnose (Typhusverdacht) auf die Isolierabteilung der Medizinischen Klinik verlegt. Temperatur fiel dort zur Norm. Kein Milztumor, keine Leukopenie, keine Durchfälle.

14. XII. Temperatur normal geblieben. Sondenfütterung muß fortgesetzt werden. Flexibilitas cerea, Echolalie und Echopraxie und Innehalten von eigenständlichen Armstellungen sind zeitweise ausgeprägt vorhandene Symptome. Da zwischen Lachen, Singen und schnurrige Redensarten.

20. I. 1921. Muß weiter mit der Sonde gefüttert werden. Zum Teil unsauber mit Urin. Hin und wieder zeigt sie ein übermüdig kindliches Tun.

15. II. Schizophrene und manische Züge unverändert wie vorher.

17. III. Reagiert nicht auf den Besuch ihrer Angehörigen, hat abwechselnd starre Gesichtszüge und dann wieder lebhaftes, übermüdiges Mienenspiel.

16. IV. Ist unruhiger geworden, rennt auf der Abteilung umher, bleibt plötzlich in einer manierierten Stellung stehen. Bei dem Versuch, sie zu dirigieren, reagiert sie mit einer Rigidität sämtlicher Muskeln; gegebene Stellungen hält sie lange Zeit inne, ahmt auch gelegentlich klopfende Handbewegung und häufig wiederholte Worte nach.

24. IV. Ist heute plötzlich mit einem Schläge klar geworden. Läßt sich mit den Schwestern der Abteilung, die ihr unbekannt sind, bekannt machen, ist örtlich und ungefähr zeitlich orientiert. Pat. ist in ihrem Benehmen gleich wieder wie in ihrer guten Zeit. Hat das Wesen eines dankbaren und liebenswürdigen Mädchens.

25. IV. Hat das Gefühl, als wenn sie eine schwere Krankheit hinter sich hätte. Bietet nicht das geringste Krankhafte mehr. Hat keine Erinnerung mehr an ihre Krankheit.

1. V. Hat guten Appetit, kommt an die gemeinsame Tafel.

21. V. Zeigt sich in jeder Richtung hin verständig, spricht auch ruhig und sachlich von der Möglichkeit einer neuen Erkrankung und macht bei ihrer heutigen Entlassung wieder durchaus den Eindruck eines frischen gesunden jungen Mädchens.

Wir haben es also in unserem Falle — die Störung in der frühen Jugend mit gerechnet — mit dem 5maligen Auftreten einer Psychose zu tun, die bei den 4 letzten Erkrankungen jedesmal im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung — einmal war es Diphtherie, ein andermal eine typhöse Erkrankung — und zwar nach Abklingen des Fiebers eintrat, und bei deren Beginn jedesmal ein manisch-depressives Zustandsbild zu erkennen war. Im Anschluß an die manisch-depressive Phase schloß sich dann eine Psychose an, die in der Hauptsache ein schizophenes Gepräge hatte. Sogar bis in die kleinsten, wohl charakterologisch bedingten Einzelheiten glichen sich die Psychosen. Das Wiederkehren derselben Zustandsbilder beim mehrmaligen Auftreten einer Psychose erwähnt ja, wie schon vorher angeführt wurde, *Kleist* bei den Infektionspsychosen. Die verschiedenartigen, die Psychosen auslösenden Infektionen üben keinen Einfluß auf die Zustandsbilder der Psychosen aus, was sich mit der von uns vorher geäußerten Ansicht über die Symptomatik der Reaktionspsychosen durchaus deckt.

Da endogene Psychosen nicht selten durch einen fieberhaften Prozeß, besonders durch Fieberabfall, ausgelöst werden, könnte man bei der Diagnosenstellung in unserem Falle an eine manisch-depressive Form der Schizophrenie oder, im Sinne der mehrdimensionalen Diagnostik *Kretschmers* gesprochen, an ein manisch-depressives Irresein denken, das neben einer Katatonie besteht, welche in Schüben auftritt und die ihrerseits — sei es durch das manisch-depressive Irresein, sei es durch den Fieberabfall — ausgelöst ist. Allein das Charakteristische der schubweisen Katatonie, die geistige Schwäche, die bald sichtbar wird und von Anfall zu Anfall stetige Fortschritte aufzuweisen pflegt, fehlt bei unserer Patientin gänzlich. Nun tritt der schizophrene Reaktionstyp als Reaktion auf eine Schädigung ein, und zwar in Gestalt von anderen Psychosen, Infektionen und seelischen Traumen. Die Tatsache, daß z. B. die progressive Paralyse durch Fieber bzw. fieberhafte Erkrankungen wie Malaria und Recurrens günstig beeinflußt wird, läßt daran denken, daß bei der nur kurze Zeit dauernden Schizophrenie analog der Paralyse die vorangegangene oder begleitende Schädigung den anatomischen Prozeß im Gehirn heilend beeinflußt und, um *Bumkes* Vergleich zu gebrauchen, im Sinne einer ausgeheilten Lungentuberkulose verkapselt oder geheilt würde. Somit würde eine

vorübergehende Psychose bewirkt, die als schizophrener Reaktionstyp in Erscheinung tritt, und wir hätten es in diesem wie in vielen anderen Fällen mit ausgeheilten Prozeß-Schizophrenien zu tun, die keine Störung in dem Gesamtbild der Persönlichkeit aufzuweisen brauchten. Dagegen ist einzuwenden, daß einerseits z. B. endogene Psychosen wie das manisch-depressive Irresein, das in gewissem Sinne doch nur eine quantitative Abweichung vom Normalen darstellt, einen anatomischen Prozeß, der doch der kurz dauernden Psychose zugrunde liegen muß, nicht zum Ausheilen bringen kann und daß andererseits, wie in unserem Falle, eine 5malige Prozeßpsychose selbst wenn man als auslösenden und zugleich heilenden Faktor die vorangegangenen Infektionen annimmt, es nicht vermocht haben sollte, eine psychisch feststellbare Schädigung zu hinterlassen, bei noch so großem Widerstand des Organismus gegen die Krankheitsursache. Vielmehr scheint uns unser Fall gerade mehr nach der Richtung beweisführend zu sein, daß es einerseits einen anatomischen Prozeß gibt, der eine dauernde psychische Störung im schizophrenen Sinne verursacht und andererseits den schizophrenen Reaktionstyp von *Popper* und *Kahn* wahrscheinlich doch ohne anatomische Veränderungen. Nach *Bumkes* Ansicht geht die *Dementia praecox* in den exogenen Reaktionsformen auf: „Lassen wir die *Dementia praecox* als Krankheitseinheit fallen und setzen die schizophrene Reaktionsform dafür ein, dann könnte es eine sich recessiv vererbende Gruppe geben, die mit anderen erst im Leben erworbenen Prozessen in Symptomatologie und Verlauf lediglich deshalb übereinstimmen, weil das Gehirn aller oder wenigstens mancher Menschen gerade diese Reaktion für viele Schädlichkeiten bereithält. Warum soll nicht das eine Gehirn durch dieselbe Schädlichkeit zu einer vorübergehenden symptomatischen Psychose, das andere aber in einen unheilbaren Defektzustand geraten bei gleichen Zustandsbildern? Manche schizophrenen Krankheitsprozesse können sehr wohl die schwer verlaufenden oder gar unheilbar gewordenen Analogien derselben Krankheitsvorgänge sein, die bei geringerer Schädlichkeit oder bei widerstandsfähigerem Gehirn nur als symptomatische Psychose in Erscheinung tritt. Auch symptomatologisch ließe sich die Annahme stützen, z. B. die Inkohärenz als Symptom akuter Fieberpsychoosen und der schizophrenen Zerfahrenheit. Bei der ersten ist Bewußtseinstrübung vorhanden, weshalb die beiden Inkohärenzen nicht verschieden zu sein brauchen.“ — Wir würden die frühere Prozeß-Schizophrenie als eine kürzere oder immer bestehende, aber spezifische Reaktion des Gehirns ansehen, ausgelöst durch die bisher noch als unspezifisch anerkannten Veränderungen im Gehirn, die eine Schädigung der Persönlichkeit mit sich brächten. Auf der anderen Seite hätten wir den schizophrenen Reaktionstyp von *Popper*, wohin wohl auch die Fälle zu rechnen sind, die

Friedländer beschreibt, bei denen neben kataton-hebephrenen und paranoiden Symptomen ausgesprochene psychogene und hysterische Krankheitszüge und in der Zeit unmittelbar vor dem Austausch der Erkrankung fast stets irgendein körperliches oder seelisches Trauma aufzuweisen haben. — Ob seelische Traumen oder endogene Psychosen eine schizophrene Reaktionspsychose hervorrufen können, die bei wenig widerstandsfähigem Gehirn eine Schädigung der Persönlichkeit zurückließe im Sinne der schizophrenen Schädigungen, wird vorläufig nicht festzustellen sein. Desgleichen wird man vorläufig nicht entscheiden können, ob schizophrene Prozesse durch infektiöse oder fieberhafte Vorgänge geheilt sind oder geheilt werden können, sei es, daß diese Psychosen durch spezifisch schizophrene anatomische Prozesse oder durch unspezifische Prozesse ausgelöste schizophrene Reaktionen bedingt sind.

Um nun wieder auf unsere Krankengeschichte zurückzukommen, käme bei der Diagnose noch eine Verbindung von traumhafter Verwirrtheit mit Schizoidie in Betracht. Diese Annahme hätte zur Voraussetzung, daß unsere Patientin in der freien Zeit starke schizoide Eigentümlichkeiten hätte aufweisen müssen, die gänzlich fehlen. Unsere Patientin zeigt in ihrer gesunden Zeit mehr depressive Züge in Gestalt ihrer religiösen Skrupel. Ferner könnten wir die erste Attacke mit Unruhe, Rededrang, religiöser Übererregbarkeit wohl auch als eine manisch-depressive Phase auffassen. Nach der Entlassung 1916 ist sie in der ersten Zeit von übersprudelnder Wildheit. Wir werden es also bei unserm Fall mit einem schizophrenen Reaktionstyp, ausgelöst durch eine manisch-depressive Erkrankung, die ihrerseits wiederum durch die Schädigung der Infektion akut geworden ist, zu tun haben. *Kretschmer*, der Körperbau, Psychose und Persönlichkeit als Teile der phänotypischen Auswirkung der gesamten Erbmasse ansieht, kennt neben anderen Kombinationen ebenfalls ein pyknisch-asthenisches Mischbild auf der körperlichen und ein zirkulär-schizophrenes Mischbild auf der psychischen Seite, wenn die eine Hälfte die Tendenz zum pyknisch-zirkulären, die andere zum asthenisch-schizophrenen Habitus in sich schließt. *Kahn* gibt eine für unseren Fall noch speziellere Erklärung: „Der Krankheitsprozeß einer zirkulären Psychose schafft die Bedingungen, die den genotypischen Komplex schizoid zur Realisation bringen, ihn in Gestalt von schizophrenen Symptomen phänotypisch werden lassen.“ Ob die Patientin auf die manisch-depressive Erkrankung oder auf die Infektion schizophren reagiert hat, ist nicht mit Sicherheit festzustellen. Für die erste Annahme spricht das regelmäßige Auftreten schizophrener Symptome erst nach der manisch-depressiven Phase. Betrachten wir unsere Krankengeschichten, so sehen wir auch während der Psychose viele kleine manische Züge. So lächelt Patientin 1916 schelmisch, sucht wie im Scherz mit dem Mund nach den Speisen zu schnappen, 1917 singt

Patientin Kirchenlieder, ist aber meist euphorisch, hat lebhaften Bewegungsdrang, treibt Schabernack und schlägt lachend auf die Pflegerin los. 1920 lacht und singt sie in den ersten Tagen, umarmt den Arzt, reimt, gebraucht schnurrige Redensarten und ist ideenflüchtig, manische Züge, die dann durch die schizophrene Reaktion unsichtbar werden. Der Gedanke liegt nahe, daß wir es beim manisch-depressiven Irresein mit katatonen Symptomen viel häufiger oder vielleicht immer mit dem schizophrenen Reaktionstyp zu tun haben, als bisher angenommen wird; nur daß im Gegensatz zu unserer Patientin das Bild der Psychose mehr und mehr durch den manisch-depressiven Formkreis als durch die schizophrene Reaktion beherrscht wird und umgekehrt, daß es sich bei den so häufig vorkommenden manischen bzw. depressiven Zügen bei Schizophrenie vielleicht um manisch-depressive Reaktionstypen handelt. Wie weit und ob sich der Begriff der exogenen Reaktion ganz analog der schizophrenen Reaktion auf das manisch-depressive Irresein übertragen läßt, soll hier nicht erörtert werden. Bei unserer Kranken ist noch das plötzliche Erwachen bemerkenswert. Nur 1916 haben wir ein allmähliches Erwachen im Anschluß an hohe Temperatur. Ob dieselbe die Besserung bewirkt hat oder — was bei dem sonst immer vorhandenen plötzlichen Erwachen nicht unwahrscheinlich erscheint — durch zufälliges Zusammentreffen mit der Wendung zum Besseren ein plötzliches Erwachen vereitelt hat, ist nicht zu entscheiden. Ob sich das plötzliche Erwachen beim schizophrenen Reaktionstyp irgendwie diagnostisch verwerten läßt, bleibt abzuwarten. Ferner ist zu beachten, daß die Dauer der einzelnen Psychosen bei jedem Wiederauftreten eine längere war — 1914 vier Wochen, 1916 vier Monate, 1917 fünf Monate, 1920 sechs Monate — gleichsam, als wenn die Widerstandsfähigkeit des Gehirns schwächer geworden wäre. Vielleicht ließe sich bei wiederholtem Auftreten einer derartigen Psychose — wie in unserem Falle — rückschließend auf die Dauer der vorangegangenen Psychosen eine ungefähre Prognose in zeitlicher Beziehung ermöglichen in dem Sinne, daß die zur Zeit bestehende Psychose eine etwas längere Zeit in Anspruch nimmt als die vorangegangene. Was die Denk-, Apperzeptions- und Konzentrationsstörungen anbetrifft, die *Popper* im Gegensatz zu den *Prozeßschizophrenien* bei schizophrenen reaktiven Zuständen vorhanden findet, so sind diese Störungen bei unserer Patientin sicher vorhanden. Wie weit sie aber durch den manisch-depressiven Formkreis bedingt sind, ist nicht zu sagen. Wahrscheinlich haben wir es bei dem schizophrenen Reaktionstyp analog den exogenen Reaktionstypen *Bonhoeffers* mehr mit heteronomen Bildern im Sinne *Kleists* oder — wie *Specht* sie nennt — massiveren Zustandsbildern zu tun, die schon eine Prüfung der oben genannten Funktionen gar nicht zulassen.

Wir haben also bei unserer Patientin ein zirkulär schizophenes Mischbild, eine manisch-depressive Psychose, die den genotypischen Komplex schizoid zur Realisation gebracht hat, keine Schädigung hinterließ trotz 5maligem Auftreten und ein Bild bot, das wohl vordem symptomatologisch mit manischer bzw. depressiver Form der Katanonie bezeichnet worden wäre.

Wie schon erwähnt, glauben wir es bei katatonen Symptomen — sei es im Verlauf von zirkulären Psychosen, sei es bei Infektionspsychosen — meistens mit dem schizophrenen Reaktionstyp zu tun zu haben, und es ist in diesen Fällen besonders naheliegend, auch die prämorbidie Persönlichkeit auf schizoide Züge zu untersuchen. Obgleich *Bumke* zwar den schizoiden Konstitutionsbegriff ablehnt und *Popper* bei Formulierung des schizophrenen Reaktionstyps auch betont, daß die prämorbidie Persönlichkeit keine Spuren heboider Wesenheit darzubieten brauche, so ließen sich vielleicht doch schizoide Eigentümlichkeiten in Stimmung, Reizbeantwortung und Temperament, wie sie *Kretschmer* beschrieben hat, oder Autismus im Sinne von *Bleuler* nachweisen. Züge, die für die tägliche Umgebung des Betreffenden nicht auffallend zu sein brauchen. Sicher dürfte es ebenso unangebracht sein, den einen wegen einer schizothymen bzw. schizoiden Eigenschaft zum Schizophrenen, wie einen anderen wegen angewachsener Ohrläppchen zum Verbrecher stempeln zu wollen.

Zum Schluß möchte ich Herrn Professor *König* für die Anregung zu dieser Arbeit und Überlassung der Krankengeschichten meinen ergebensten Dank aussprechen.

Literaturverzeichnis.

Birnbaum: Der Aufbau der Psychosen. Berlin: Springer 1923. — Derselbe: Die neueren Forschungsbestrebungen in der Psychiatrie in ihrer klinischen Bedeutung. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **54**. 1923. — *Bonhoeffer*: Die Psychosen infolge von akuten Infektionen. Handbuch der Psychiatrie. III. Abt., erste Hälfte. 1912. — Derselbe: Die exogenen Reaktionstypen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **58**. 1917. — Derselbe: Die symptomatischen Psychosen. Leipzig: Deuticke 1910. — *Bumke*: Die Auflösung der Dementia praecox. Klin. Wochenschr. 1924, Nr. 11. — *Ewald*: Zur Frage der klinischen Zusammenghörigkeit der symptomatischen Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **44**, H. 3/4 u. H. 5. 1918. — *Friedländer*: Die Beurteilung schizophrener Erkrankungen auf Grund der Kriegserfahrungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **48**. — *Hitzenberger*: Psychosen nach Grippe. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **46**. 1916. — *Kahn*: Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypes. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **66**. — *Kehrer* und *Kretschmer*: Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin: Julius Springer 1924. — *Kleist*: Psychische und nervöse Störungen bei Influenza. Neurol. Zentralbl. 1919, Nr. 2. — Derselbe: Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Berlin: Julius Springer 1920. — *Körtke*: Ein Dilemma in der Dementia-praecox-Frage. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych-

iatrie **48**. — *Kraepelin*: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **62**. — Derselbe: Über Psychosen nach Influenza. Dtsch. med. Wochenschr. 1890, Nr. 11. — Derselbe: Infektiöses Irresein. Klin. Psych. 1. Teil. Leipzig 1916. — *Kretschmer*: Körperbau u. Charakter. — Derselbe: Gedanken über Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **48**. — *Mispelbaum*: Über Psychosen nach Influenza. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. **47**. — *Popper*: Klinische Studien zur Genese der Schizophrenien. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **50**. 1921. — Derselbe: Notiz zu *Kahns*: Frage des schizophrenen Reaktionstyps. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **68**. — *Raecke*: Zur Prognose der Katatonie. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 1910. — *Riese*: Psychische Störungen nach spanischer Grippe. Neurol. Zentralbl. 1918, Nr. 21. — *Runge*: Über Psychosen bei Grippe. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **62**, H. 1 u. 2. — *Seelert*: Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptombilde und der Pathogenese von Psychosen. Berlin: Karger 1919. — *Specht*: Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **19**. 1913. — *Stransky*: Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Teil. Leipzig 1916.

— · —