

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Kiel [Prof. *Stertz*].)

Zur Klinik und Vererbung der Degenerationspsychosen¹⁾.

Von

Kurt Kolle (Kiel).

Mit 31 Textabbildungen und 2 Tafeln im Text.

(Eingegangen am 9. Oktober 1926.)

Inhaltsangabe.

	Seite
Einleitung	731
Methodisches	732
Das Material (Erbschaft I).	734
Rassische Herkunft	736
Die psychotisch erkrankten Sippschaftsmitglieder:	
a) Die Ausgangsprobandin Ingeborg Wanter	757
b) Katharina Seupel geb. Enge	762
c) Marianne Durnach.	756
d) Else Markwald geb. Paulsen	746
e) Elisabeth Wanter geb. Friedrichsen	753
f) Egon Friedrichsen	753
g) Paul Friedrichsen	738
Kritische Besprechung der Zustandsbilder	767
Anwendung der <i>Kleistschen</i> Konstitutionstypen	768 u. 775
Die polymorphe Degenerationspsychose (<i>Binswanger</i>)	775
Körperkonstitutionsprobleme	778
Zuordnung der psychopathischen Persönlichkeiten	781
Vererbungsfragen im engeren Sinne	782
Zusammenfassung	784
Anhang	784
Kasuistik (Erbschaft II)	784
Schizophrene Reaktionstypen ?	798
Zusammenfassung des Anhangs	799

Ohne in den alten, von *Rüdin* gerügten Fehler zu verfallen, den „Blick wie hypnotisiert“²⁾ immer nur auf solche Familien zu richten, in denen ein gehäuftes Auftreten von geistigen Erkrankungen zu beobachten ist, soll im folgenden den erblichen Beziehungen innerhalb einer Familie³⁾ nachgegangen werden, in der wir nun allerdings eine große

¹⁾ Auszugsweise vorgetragen auf der 49. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Freiburg am 22./23. X. 1926.

²⁾ Zur Vererbung und Neuentstehung der *Dementia praecox*. Berlin 1916.

³⁾ Für die Überlassung von Krankengeschichten bin ich in erster Linie meinem früheren Chef, Herrn Professor *Hans Berger*, Direktor der Psychiatrischen und Nervenlinik Jena, zu großem Dank verpflichtet.

Anzahl von Psychosen auftreten sehen. Da der führende Forscher auf dem Gebiete der Erbbiologie aber neben *Kehrer, Kahn, Scheidt* u. a. gerade die Verarbeitung gut durchforschter Einzelfamilien als einen zur Zeit sehr gangbaren Weg bezeichnet¹⁾, bedarf es keiner besonderen Rechtfertigung unseres Vorhabens.

Methodisches.

Den Ausgangspunkt für die Zusammenstellung unserer Erbtafel gab die Probandin Ingeborg Wanter (IV, 35) ab, deren von uns selbst beobachtete Psychose in mehr als einer Hinsicht unsere Aufmerksamkeit noch erheischen wird. Genaue *persönliche* Kenntnis haben wir außerdem nur noch von den Eltern der Probandin. Alle anderen Erhebungen beruhen nicht auf persönlichen Wahrnehmungen, sondern stützen sich auf Krankengeschichten, Photographien, Lebensläufe, Arztberichte, Nachrufe und sehr lebendige Schilderungen vor allem des Vaters der Probandin, aber auch anderer Familienmitglieder. Dieser vorzügliche Mann, dessen Name hier natürlich nicht genannt werden kann, zeigte ein so reges Interesse für unsere Arbeit und hatte so vollkommen den Sinn unseres Unternehmens erfaßt, daß wir getrost davon Abstand nehmen konnten, ihm „ins Handwerk zu pfuschen“. Da unser Gewährsmann mit einer überaus plastischen und (wie wir uns in einzelnen Fällen überzeugen konnten) treffsicheren Ausdrucksweise und überdies einem guten intuitiven Vermögen begabt ist, so haben wir darauf verzichtet, bei jedem einzelnen Familienmitglied die Ausfüllung eines der bekannten Fragebogen zu verlangen. Neben einer unserem Gewährsmann ganz überlassenen Gesamtcharakterisierung jeder einzelnen Persönlichkeit haben wir uns eines ganz individualisierenden Verfahrens bedient, d. h. unsere Fragebögen für jeden einzelnen Fall besonders geschrieben²⁾. Daß wir uns trotz dieses bewußt anti-schematischen Vorgehens nicht ins Uferlose verloren haben, sondern trotz weitgehender Anpassung an den Einzelfall bestimmte Leitlinien nicht außer acht gelassen haben, glauben wir alsbald dartun zu können.

Gewiß — kann man uns entgegenhalten — hätte die persönliche Inaugenscheinnahme der überhaupt erreichbaren Mitglieder uns diesen und jenen Fingerzeig geben können [z. B. bei der Bestimmung des körperlichen Habitus³⁾, bei dem Einblick in das spezielle soziale und gelegentlich auch familiäre Milieu], aber wir sind doch sehr im Zweifel, ob die dafür anzuwendende Zeit und Mühe sich gelohnt hätte. Denn:

¹⁾ Erblichkeit und Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **93**, 3. 1924.

²⁾ Nach freundlichen persönlichen Mitteilungen ist auch *Rudin* neuerdings von jedem schematischen Fragebogenverfahren abgekommen.

³⁾ Gerade in dieser Beziehung verfügen wir infolge reichlichen Lichtbildmaterials über eine gewisse Kontrolle der Notierungen unseres Gewährsmannes.

Voraussetzung für ein solches Gelingen wäre doch stets der unangemeldete Besuch, dessen Bewandnis dem Empfänger nicht lange verborgen bleiben kann, namentlich wenn wir eingehende Aufschlüsse erhalten wollen. Aber selbst wenn wir weitgehenden Willen zur Objektivität in Rechnung setzten, selbst wenn wir uns so viel von der Kunst der Menschenbehandlung zutrauten, daß unser fiktiver Gastgeber sich schließlich ganz natürlich gäbe — dürfen wir dann sagen, daß wir ein „richtigeres“ Bild seiner Person bekämen, als es uns beispielsweise durch unseren Gewährsmann vermittelt wird, der sich sein Gesamturteil — und zwar ohne sich selbst darüber klar zu sein — auf einer Reihe von Beobachtungen aufbaut, die er im Laufe vieler Jahre gemacht hat! Doch wohl kaum! Kurzum: wir stimmen in bezug auf die methodologische Problematik erbwissenschaftlicher Untersuchungen weitgehend mit *Kehrer* überein, welcher eingehend auseinandergesetzt hat, daß der auch von ihm eingeschlagene Weg das Schicksal zahlreicher Fehlerquellen mit anderen Wissenschaftszweigen (z. B. der Geschichtsforschung) teilt und trotz mancher in Kauf zu nehmender Täuschungen mindestens so brauchbar ist wie viele andere sog. „objektive“ Hilfsmittel, deren die Psychiatrie nicht entraten kann.

Es wäre verfehlt, anzunehmen, daß wir mit diesen Bemerkungen nun etwa eine außergewöhnliche Beweiskraft unseres Materials propagieren wollten. Im Gegenteil: wir sind uns der Lückenhaftigkeit und „Subjektivität“ unserer Unterlagen voll und ganz bewußt. Bei manchen Erbuntersuchungen neueren Datums, die mit dem Anspruch auf unbedingte Gültigkeit auftreten, vermißt man nur leider allzu oft die überaus notwendige Materialkritik. Die Forderungen, die wir an eine kritische Verarbeitung von erbwissenschaftlichem Material stellen müssen, können gar nicht hoch genug geschraubt werden.

Das, was wir zu erreichen strebten, die möglichst vollständige Erfassung einer übersehbaren Familie, besser: Sippschaft, ist uns auch nahezu gelungen, wenn natürlich auch nicht annähernd mit jener qualitativen Vollständigkeit, wie sie *Johs. Lange* in seiner gründlichen Studie „Bertha Hempel“ erreicht hat. Auf der Vollständigkeit unseres Materials liegt denn auch das Schwergewicht unserer Untersuchung, gibt ihr das Recht, sich an die Öffentlichkeit zu wagen — mögen die Ergebnisse auch noch so bescheiden ausfallen.

Warum endlich wir gerade diese Familie herausgegriffen haben, das darzulegen wird erst am Schlusse unsere Aufgabe sein. Denn — um das nochmals zu betonen — nicht die Tatsache eines gehäuften Vorkommens von psychischen Erkrankungen allein gab den Ausschlag für die Bearbeitung des Materials, sondern ganz bestimmte, noch aufzudeckende Zusammenhänge waren es, die uns eine genauere Erforschung angezeigt scheinen ließen.

Von besonderem Reiz würde es natürlich sein, die Seitenlinien der angeheirateten Verwandten (also z. B. in unserer Tafel bei II, 1 und 2 usf.) noch weiter zu verfolgen, als wir es bis jetzt getan haben. Es wäre allerdings nicht zu übersehen, welchen Umfang eine derartige Untersuchung annehmen würde und — irgendwann müßten wir uns ja auch beschränken, wenn wir nicht ins Uferlose immer nur Material sammeln wollen. Fragmentarisch und lückenhaft bleibt also — dieser Einsicht wolle sich doch kein erbwissenschaftlich Arbeitender verschließen — *grundsätzlich* jede Untersuchung. Wenn wir bedenken, daß die Sammlung des vorliegenden Materials uns genau 1 Jahr lang in Anspruch genommen hat, so möge man daraus ermessen, welcher Aufwand von Arbeit und Zeit notwendig sein würde, um derartige Forschungen auf eine — erstrebenswerte — breitere Grundlage zu stellen.

Wir möchten an dieser Stelle die Bemerkung einschalten, daß die Erbliehkeitsforschung erst dann für die Klinik zu einem unentbehrlichen Instrument werden wird, wenn die Klinik selbst es sich angelegen sein läßt, dem Erbbiologen ihrerseits die Wege zu ebnen. Es darf fortan nicht mehr so sein, daß genealogische Untersuchungen im Rahmen der Klinik sozusagen nur Privatliebhabereien eines einzelnen sind, sondern es muß gefordert werden, daß so wie jede Klinik heute ihr anatomisches und serologisches Laboratorium hat, künftighin auch ein Laboratorium für Familienforschung zum eisernen Bestand der modernen Nervenklirik gehört. *Rüdins* Initiative hat uns ein Beispiel dafür gegeben, wie aus kleinen, aber zielbewußten Anfängen eine ganz neue Forschungsrichtung herauswachsen kann und — um zwei Beispiele zu nennen — *Joh. Lange*¹⁾ und *Scholz*²⁾ haben die Fruchtbarkeit einer solchen innigen Zusammenarbeit von Kliniker, Anatomen und Erbbiologen bereits klar erwiesen.

Das Material (s. dazu die Erbtafel auf S. 735).

Wir gehen so vor, daß wir nach Generationen geordnet alle unsere Beobachtungen zunächst zusammenstellen.

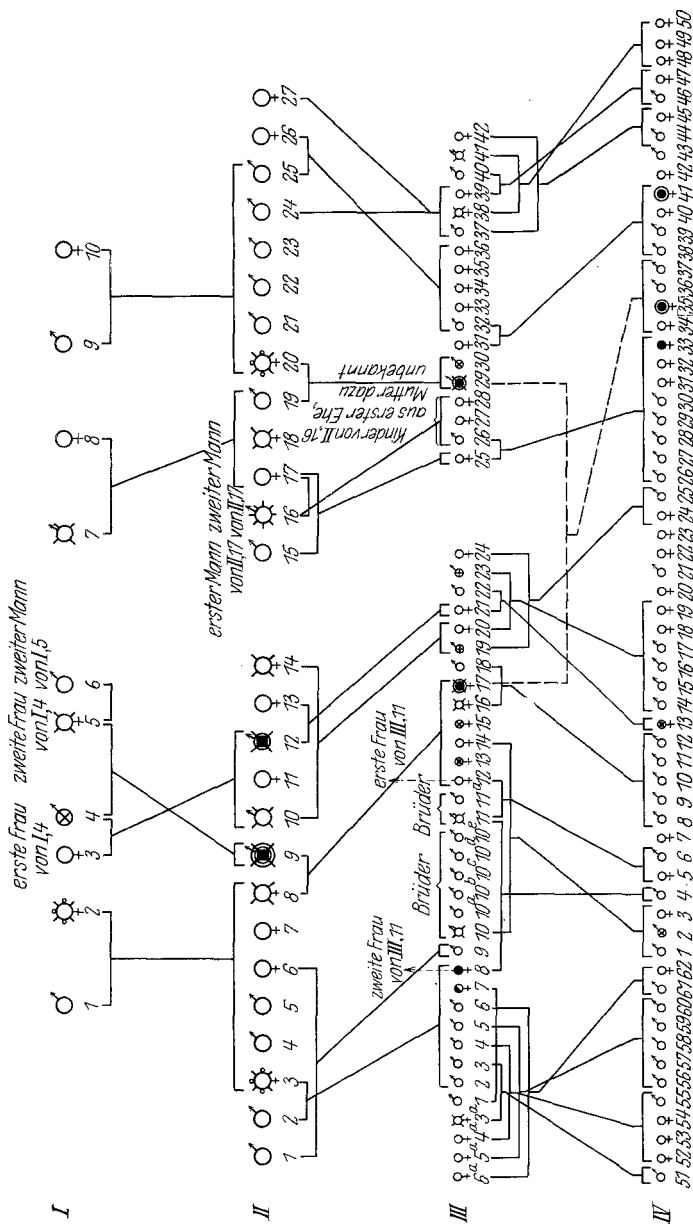
Für die Probandin selbst wie für die einzelnen Familien haben wir der Übersichtlichkeit halber Pseudonyme gewählt. Es wird dadurch, daß wir die einzelnen Nummern unserer Erbtafel³⁾ mit Namen versehen

¹⁾ Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **59**. 1925 (Klinisch-genealogisch-anatomischer Beitrag zur Katatonie).

²⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. **99**. 1925 (Klinische, pathologisch-anatomische und erbbiologische Untersuchungen bei familiärer diffuser Hirnsklerose im Kindesalter).

³⁾ Da es sich bei den psychiatrischen Untersuchungen niemals nur um die Aufstellung von Ahnen- oder Stammtafeln handeln kann (s. dazu *Kahn*, Erbbiologische Einleitung in Aschaffenburgs Handbuch, S. 34), möchten wir vorschlagen, anstatt Verwandtschafts- oder Sippschaftstafel den kürzeren Ausdruck „Erbtafel“ einzuführen.

Erbtafel I.



Zeichenerklärung:

- Autochthone Labilität
- reaktive Labilität
- ⊙ symptomatische Labilität
- atypische Psychosen
- ⊕ Metalues (Paralyse, Tabes)
- ⊙ Arteriosklerose; arteriosklerotische u. senile Gehirnerkrankungen]
- ⊙ sonstige organische Gehirnerkrankheiten (Tumor, Encephalitis [usw.
- ⊙ Oligophrenien
- ⊙ epileptischer Formenkreis
- ⊙ Trunksucht
- ⊙ pyknischer Körperbau
- Probandin

haben, die Verarbeitung des Materials etwas lebendiger, als wenn man immer nur mit Zahlen (I, 1) usw. operiert.

Über die *rassische Herkunft* der Generation I ist folgendes zu sagen: Bernhard Friedrichsen (I, 4) und seine beiden Frauen I, 3 und I, 5 sind bestimmt Thüringer gewesen, während Alfred Bornwald (I, 1) aus Landsberg a. W., seine Frau Waltraut Bornwald (I, 2) hingegen aus Polnisch-Lissa stammt. Klara Enge (I, 10) gehörte einer alten Thüringer Familie an, die schon vor dem 30jährigen Kriege dort ansässig war. Die Wanters endlich (I, 7 und 8) waren auch Thüringer.

I, 1. Alfred Bornwald, athletisch (Bild), ernst, energisch. (Lebenslauf, welcher sich nicht zur Wiedergabe eignet.)



Abb. 1. Alfred Bornwald (I, 1).



Abb. 2. Waltraut Bornwald (I, 2).

I, 2. Waltraut Bornwald, pyknisch (Bild), Arteriosklerose, Apoplexie. Still, rührig, fromm.

I, 3. Alwine Friedrichsen, nichts bekannt, jung verheiratet †.

I, 4. Bernhard Friedrichsen, sehr jung am „Nervenfieber“ †. War der tüchtigste Leineweber seines Ortes. Sehr fromm, allem Vergnügen abhold, ohne Asket zu sein. „Meinen armen Vater habe ich seit dem Tode der Mutter nie wieder heiter gesehen, denn auch noch anderer schwerer Kummer lastete seitdem auf seinem Gemüt“ (aus dem Lebenslauf seiner Tochter, II, 11).

I, 5. Anna Haland verw. Friedrichsen, pyknisch (Bild). Ruhige, fleißige Frau, die sehr unter den Launen ihres zweiten Mannes (I, 6) zu leiden hatte; hing mit inniger Liebe an ihrem Sohn. „Mit der neuen Mutter kam wieder Ordnung und Gemütlichkeit ins Haus; sie erzog mich lebhaftes Kind mit viel Liebe und Geduld“ (Aus dem Lebenslauf der Stieftochter II, 11).

I, 6. Zacharias Haland, launisch.



Abb. 3. Anna Haland (I, 5).



Abb. 4. Klara Enge (I, 10).



Abb. 5. Otto Enge (I, 9).



Abb. 6. Johanna Paulsen (II, 3).

I, 7. Leonhard Wanter, groß, stark, kräftig. Rheumatismus. Offene Beine. Mit 50 Jahren †.

I, 8. Paula Wanter, groß, aber schwächlich. Sehr still, trug die Krankheit ihres Mannes (I, 7) mit großer Ergebenheit.

I, 9. Otto Enge, mittelgroß (Bild). Starb mit 68 Jahren an Wassersucht. Gerade, bieder, streng gegen sich, streng gegen andere, soll keinen Widerspruch vertragen haben.

I, 10. Klara Enge, mittelgroß, zart (Bild). Starb mit 75 Jahren an Altersschwäche. Ruhig, gutmütig, fleißig und rührig; das Wohl ihrer Kinder ging ihr über alles.

II, 1. Adalbert Molter, groß, stark. Handwerker, alte preußische Soldatennatur, biederer Charakter.

II, 2. Friedrich Paulsen, zart, feinknochig. Starb an Darmverschlingung. Leicht reizbar, jähzornig.



Abb. 7. Erna Friedrichsen (II, 8)
(Jugendbildnis).



Abb. 8. Erna Friedrichsen (II, 8)
(Altersbildnis).

II, 3. Johanna Paulsen geb. Bornwald, klein und zierlich (?) (nach Jugendbildnis pyknisch). Liebevoll, sehr ruhiges und stilles Wesen. Im Alter senil dement, starb mit 78 Jahren.

II, 4. Anton Bornwald }
II, 5. Theodor Bornwald } starben beide im frühen Kindesalter.

II, 6. Frieda Molter geb. Bornwald, mittelgroß, nach einem Jugendbildnis viel Asthenisches. Lebt noch 82jährig.

Pomadig, rechthaberisch, nimmt das Leben von der leichtesten Seite.

II, 7. Amalie Bornwald, große Figur; auf Jugendbildnis athletische Züge. Ruhig, bestimmt, energisch, fast männlich in ihrem Auftreten. War völlig gesund, aber kinderlos. Starb mit 80 Jahren.

II, 8. Erna Friedrichsen geb. Bornwald, klein, ausgesprochen pyknisch (Jugend- und Altersbildnisse). Tätig, tüchtig, sparsam, streng, äußerst energisch, führte im Hause das Regiment, ohne indessen herrschsüchtig zu sein. Im Alter wurde sie pedantisch und geizig, lag 5 Jahre zu Bett, von wo aus sie allen, die bei ihr waren, das Leben sauer machte; sie starb 83jährig mit vollem Bewußtsein.

II, 9. Paul Friedrichsen, in der Jugend eher athletisch (Bildnis), im Alter ausgesprochen pyknisch (Bilder).

Still und bescheiden, ein wirklich edler Charakter. Wahrhaft frommer Mann, den auch die schwersten Schicksalsschläge nicht niederbeugen konnten. Er nahm, ohne indessen Fatalist oder gleichgültig zu sein, alles aus seines Gottes Hand. Eminent begabt, außerordentliches Gedächtnis, eine lebendige Chronik. Manuelle Fertigkeiten besaß er fast gar nicht, so daß er in seiner Arbeit ziemlich langsam war. Er starb mit vollem Bewußtsein im Alter von 82 Jahren (nach dem Bericht von Tochter und Schwiegersohn).

Nach dem Pfarrbericht: Solange ich ihn gekannt habe, war er stets ein sehr guter, frommer Mensch, der für alles Höhere und Edle begeistert war und mit großer Lebhaftigkeit des Gefühls alles auffaßte. Dabei besaß er jedoch nichts

Phantastisches und Überschwängliches, sondern einen heiteren Sinn, er war eine kindlich reine Natur. Ich habe nie eine unregelmäßige Leidenschaft an ihm bemerkt, die rohen Genüsse der Jugend verschmähte er. Er liebte Musik, war sehr empfänglich für Freundschaft und erholte sich am liebsten an gediegener, meist religiöser Lektüre und Poesie. In seinem Berufe (Schuhmacher) war er stets fleißig, geschickt und sorgfältig. Er hat eine gute Erziehung genossen, die hiesige Stadtschule besucht, sich später durch Lektüre weitergebildet, was ihm bei seinem zum Nachdenken geneigten und auf das Ideale gerichteten Sinn unter Hinzunahme einer ungewöhnlichen Begabung leicht ward. Er war ein Mensch, der die Bildungsstufe seines Lebensberufes bei weitem überschritten hatte.



Abb. 9. Erna Friedrichsen als Greisin (II, 8).

Im Kriege 1866 ging er freiwillig als Krankenpfleger mit, war in einem großen Lazarett beschäftigt, wo 1700 Verwundete lagen, und erkrankte dort plötzlich psychisch. In dem Pfarrbericht heißt es, daß er durch übermäßige Anstrengungen, Nachtwachen und schreckliche Auftritte, die sein weiches Gemüt furchtbar erschütterten, eine große Nervenzerrüttung erlitten hat.

Das bezirksärztliche Zeugnis, mit dem er in die Anstalt eingewiesen wurde¹⁾, besagt, daß sich durch die ungewohnte Anstrengung, psychische Einwirkungen, nächtliche Unruhe und Mangel an guter Kost Spuren von Geistesstörungen bei ihm gezeigt hätten, weshalb er nach Hause geschafft wurde, woselbst er am 5. d. M. abends anlangte. Am 6. mittags 1 Uhr fand ich ihn in höchst aufgeregtem Zustand, er sprach manchmal ganz vernünftig, dann aber wieder unzusammenhängendes und ungereimtes Zeug, er wolle durchaus fort, sich in der Stadt umsehen, und wenn man ihn nicht fortließe, würde er Feuer schreien und zum Fenster hinausspringen und die Fenster einschlagen. Er hätte Hunger, man gebe ihm nichts zu essen, er müsse verhungern (obschon Brot vor ihm auf dem Tische stand). Sein Kopf wäre ganz wüst, es wäre am besten für ihn, wenn er nach der Irrenanstalt gebracht würde, da würde er wieder ganz gesund.

¹⁾ Krankengeschichten wurden damals nicht geführt.



Abb. 10 Paul Friedrichsen (II, 9)
(Jugendbildnis).



Abb. 12. Paul Friedrichsen (II, 9)
(Jugendbildnis).



Abb. 11. Nikolaus Friedrichsen (II, 10).

II, 10. Nikolaus Friedrichsen, mittelgroß, nach Altersbild ausgesprochen pyknisch. Ruhiger Charakter, humoristisch veranlagt, sehr klug und geschickt. Wurde 82 Jahre alt.

II, 11. Mathilde Friedrichsen, große hübsche Erscheinung; nach mehreren Bildern nicht-pyknisch.

Unverheiratet, Handarbeitslehrerin. Gewissenhaft, tüchtig, zeigte für alles großes Interesse, mit Gleichgesinnten innige Freundschaft haltend. Ihre Schülerinnen hingen mit großer Liebe und Verehrung an ihr. Starb mit 82 Jahren.

Lebenslauf: „Ich bin geboren den 24. V. 1834 in A., woselbst mein Vater Leinewebermeister und Mitglied der dortigen Diaspora-Gemeinschaft war. Ich war das jüngste von 4 Geschwistern und das einzige Mädchen; ehe ich geboren wurde, hatten meine Eltern ein Mädchen von 12 Jahren am Scharlachfieber verloren, und es war darum große Freude, als ich auf die Welt kam.

Als ich 4 Jahre alt war, starb meine liebe Mutter und ich fing an, halb zu verwildern. Der Vater war über den Verlust der Mutter so tief betrübt, daß ich anfangs mir selbst überlassen gewesen bin.

Meine großen Brüder von 17 und 19 Jahren, welche beide auch die Weberei erlernten, besorgten den Haushalt, so gut sie konnten, dann und wann flocht mir auch einer von ihnen die Haare des Morgens; aber öfter noch nahm ich meine Sachen im untersten Röckchen auf den Arm und sah bei Bekannten in der Nach-



Abb. 13. Paul Friedrichsen (II, 9)
(Altersbildnis).



Abb. 14. Paul Friedrichsen (II, 9)
(Greisenbildnis).



Abb. 15. Mathilde Friedrichsen (II, 11)
(Jugendbild).

barschaft, ob mich wohl jemand anziehen möchte, was denn auch oft geschah. Und dann trieb ich mich meistens auf der Straße herum, und bloß wenn der Hunger zu stark wurde, ging ich nach Hause. Meinem Vater mochte längst meine Erziehung schwer auf dem Herzen liegen und er tat mich deshalb



Abb. 16. Mathilde Friedrichsen
(II, 11) (Altersbild).

ins Kinderhaus, eine Anstalt, wo solche Leute, die auf Tagelohn gingen, morgens um 6 Uhr ihre Kinder für ein Kostgeld hintaten und sie da geborgen und unter ordentlicher Aufsicht wußten. An das ungebundene Leben aber so gewöhnt, war mir das Leben in dem Kinderhaus unerträglich und ich suchte einige Male zu entkommen, wurde aber sofort wieder zurückgeschickt, wenn ich nach Hause kam, und erhielt noch vorher tüchtige Schläge. Lange mag es aber bei alledem nicht so fortgegangen sein, da ich eben nicht blieb.

Meinen armen Vater habe ich seit dem Tode der Mutter nie wieder heiter gesehen, denn auch noch anderer schwerer Kummer lastete seitdem auf seinem Gemüt. Manche Weber wurden nämlich durch die aufkommenden Maschinen schon sehr beeinträchtigt. Und obgleich mein Vater, der geschickteste Leineweber der Stadt, noch vollauf frisch gesponnenes Leinen hatte, woraus schönes Tischzeug gemacht werden sollte, so war doch schon die Rede davon, daß der Vater mit uns nach Amerika auswandern wollte. Ein halbes Jahr nach dem Tode meiner Mutter kam eines Tages eine Dame zu meinem Vater, welche Tischzeug bestellte, und da das schmutzige Geschirr vom Mgoren noch gegen Mittag auf dem Tisch stand, und ihr mein Vater mit seinem Trübsinn das herzlichste Mitleid einflößte, so sagte sie zu ihm: „Meister, das kann so nicht fortgehen bei Ihnen, Sie müssen wieder heiraten, sonst geht die Wirtschaft zugrunde. Ich will Ihnen etwas sagen, ich habe ein recht braves Dienstmädchen, das wäre eine Frau für Sie, überlegen Sie es sich, ich werde das Mädchen noch heute mit dem Garn zu Ihnen schicken.“ Am Nachmittag kam denn meine künftige Mutter, als ich gerade in der Stube war, und ich besinne mich, daß Vater hinter seinem Webstuhl sitzend, ihr wohl den Antrag gemacht hat, denn sie fragte mich bald darauf, ob sie wohl meine Mutter werden solle. Und wenn ich auch nicht viel darauf antwortete, so ging ich doch schon denselben Nachmittag ganz dreist zu Rat R., bei denen meine zukünftige Mutter diente. Sie wohnten in einem schönen, großen Hause. Ich zog die Glocke und der Herr Rat sah aus seiner Stube und fragte mich, was ich wolle. „Ich will zu meiner Mutter,“ war meine Antwort, das machte dem lieben Herrn viel Spaß und er rief mit lauter Stimme durchs Haus: „Anna, komm einmal, deine Kleine ist da.“ — Mit der neuen Mutter kam wieder Ordnung und Gemütlichkeit ins Haus. Sie erzog mich lebhaftes Kind mit viel Liebe und Geduld; der Herr möge es ihr reichlich vergelten!

Groß war meine Freude, als an einem schneereichen Märztage der Vater uns Kindern die Geburt eines Brüderchens anzeigte. Es erhielt in der Taufe den Namen Paul und ist mir in der Folge mein ganzes Leben hindurch besonders nahe gestanden.

Zwei Jahre nach der Wiederverheiratung meines Vaters schickte Gott in seinem unerforschlichen Ratschluß uns wieder Trübsal, indem mein lieber Vater an einem Nervenfieber gar bald, binnen 8 Tagen, vollendet wurde.

Meine Mutter suchte nun mit meinen 2 älteren Brüdern die Leinweberei weiterzuführen, und als diese in die Fremde gingen, übernahm sie mit einem Gesellen Arbeiten für eine Fabrik in N. Sieben Jahre vergingen auf diese Weise, während welcher Zeit ich die Bürgerschule besuchte und nun vor der Konfirmation stand. Da aber die genannte Arbeit nicht viel einbrachte, dagegen der Lebensunterhalt immer teurer wurde, denn es fingen 1846, hervorgerufen durch Mißwachs, die sog. Hungerjahre an, so entschloß sich Mutter, die Wollgutarbeit aufzugeben und sich den Unterhalt auf andere Weise zu verdienen.

Da fügte es Gott, daß sie einen Heiratsantrag von einem Witwer namens Halland, mit 3 Kindern, einem Knaben und zwei Mädchen, erhielt. Er war Schuhmachermeister und besaß ein eigenes Haus. Mutter sah es als ihre Führung an und gab ihr Jawort und bald zogen wir in das neue Heim ein. Nachdem ich einige

Monate in dieser Familie zugebracht hatte und Ostern 1848 konfirmiert worden war, kam ich auf Wunsch meiner Pathe ins Schwesternhaus nach N. Ich wurde in der Stube der größeren Mädchen eingeführt. Ein kleines Erbteil meiner Eltern (80 Taler) erlaubte mir, an allerlei Unterricht und Schulstunden, wie feinen Handarbeiten, Zeichnen und Malen teilzunehmen, daneben verdiente ich mir etwas durch Weißnähen und eine kleine Bedienung. Später erwarb ich mir hauptsächlich mein Brot durch Namensticken und Anfertigung von den damals so beliebten Samenstickereien. Der Verdienst war jedoch bei allem Fleiß nicht so groß, ich mußte immer trocken Brot essen, denn zu Butter wollte es nicht reichen. Mit 17 Jahren bezog ich die Schwesternstube und bald wurde mir ein Herzenswunsch erfüllt, indem ich in die Brüdergemeine aufgenommen wurde. Meine Brüder hatten oft versucht, mich in eine gute Stelle in A. unterzubringen, ich aber dachte: keine Gewalt bringt mich wieder von N. weg. Was war es denn nun, was mich hielt? Dort war mir der Heiland, wie nie zuvor, nahegetreten, ich liebte die schönen Gottesdienste, die Gemeinschaft Gleichgesinnter. Gern lernte und sang ich die Lieder im Gesangbuch, und gar manchmal schlich ich mich auf den Hausboden, um in der Einsamkeit zu beten. Der Herr suchte mich aus Gnade und Barmherzigkeit und ich ließ mich finden und will auch bei ihm bleiben in Zeit und Ewigkeit.

1857 in meinem 23. Lebensjahr berief mich Schwester H., Vorsteherin des Schwesternhauses, nach G., um die Weißnäherei und das Namensticken zu übernehmen. Dieser Posten war sehr anstrengend für mich; ich hatte manchmal drei Wochen hintereinander nur zuzuschneiden und dann hatte ich auch alle Probehemden zu nähen. Dabei hatte ich viel Heimweh und mit der Zeit litt ich häufig an nervösen Kopfschmerzen und mußte oft nach B., um mir Zähne ziehen zu lassen. Doch auch Freude bescherte mir der Herr. Mein jüngster Bruder Paul war auf der Wanderschaft nach B. gekommen und hatte dort Arbeit gefunden. Er besuchte mich nun öfters und Bruder H., Schuhmachermeister im Brüderhaus, der auf ihn aufmerksam geworden war, und mit Freude denke ich noch heute an die schönen Nachmittage zurück, die wir zusammen bei einer Landsmännin, Schwester H., Pförtnerin und Chordienlerin im Witwenhaus, verbringen durften. Mein Bruder gewann gleichfalls die Brüdergemeine lieb und trat später zu ihr über. Er folgte dann einem Ruf als Knabenbruder nach G. und arbeitete dort in der Schuhmacherei des Brüderhauses. Das Kriegsjahr 1866 war wieder reich an Trübsal für mich. Mein Bruder Paul war von G. aus als freiwilliger Krankenpfleger nach Böhmen gegangen. Das viele Elend, das er da sah und die Anstrengung machten ihn jedoch krank und irrsinnig; er mußte nach J. gebracht werden. Nach einigen Monaten wurde er aber Gott sei Dank geheilt entlassen. Durch diese Krankheit hatte er jedoch alle Aussicht auf Selbständigkeit in der Brüdergemeine verloren. Er wandte sich daher seiner alten Heimat A. wieder zu, fand Arbeit in einer Fabrik und konnte eine Familie gründen. Er blieb gesegnet und ich darf wohl sagen, Gott setzte ihn auch anderen zum Segen. Die Brüdergemeine blieb ihm lieb und teuer.

Im Jahre 1865 hatte mich Schwester M., die Vorsteherin des Schwesternhauses in E., nach dort berufen und zwar für den Verkauf.

Weil ich nun die genannte Schwester von N., wo sie auch Vorsteherin gewesen war, gut kannte, so folgte ich gern dem Rufe. Zunächst bewohnte ich die Schwesternstube und hatte wieder das Weißnähen zu besorgen, außerdem erteilte ich auf der Mädchenstube den Unterricht im Namensticken.

Als dann eine von den Vorgesetzten der jungen Mädchen krank wurde und austreten mußte, übertrug Schwester M. zu meiner größten Überraschung dieses schöne, verantwortungsvolle Amt mir. Ungefähr 7 oder 8 Jahre war ich in dem-

selben tätig, da nötigte mich Krankheit, dasselbe aufzugeben. Ich habe gern an der Jugend gearbeitet und bei aller Unzulänglichkeit ließ mich doch der Herr in seiner Gnade manche Frucht sehen. Noch im hohen Alter empfangen ich manchen Beweis der Liebe und Dankbarkeit von früheren Zöglingen.

In den Jahren meines Wirkens an den Mädchen fand ich auch in Schwester B., die wegen Handarbeiten öfters zu mir kam, eine liebe Freundin, ebenso später an deren lieben Schwester P.

Ich arbeitete zuletzt auf eigene Hand und hatte daneben einige Jahre den Handarbeitsunterricht in der Pensions-Mädchenanstalt zu halten. Später übernahm ich das Nähen der Kirchenhäubchen für die Pensionärinnen. Und als die Augen im hohen Alter zu schwach wurden und mir selbst dies nicht mehr erlaubten, sorgte Gott in wunderbarer Weise für mich, indem ich von verschiedenen Seiten



Abb. 17. Ernst Friedrichsen (II, 12).



Abb. 18. Dora Friedrichsen (II, 14).

unverhofft liebevolle Unterstützung erhielt. Allen denen aber, die mir irgend Wohltaten erwiesen oder mich durch teilnehmende Besuche erfreuten, sei auch an dieser Stelle innigst gedankt und Gott vergelt's!

Trotzdem ich mir nichts mehr verdienen kann und weder Reichsrente noch Pension beziehe, mangelt mir nichts. Besonders, ich sage es zur Ehre Gottes, seit ich vor Jahren anfang, den Zehnten all meiner Einnahmen für Werke des Reiches Gottes zu geben, fehlt es meiner kleinen Kasse nie an Segen, so daß ich oft staunend anbete.

Jetzt im 83. Lebensjahr stehend, lebenssatt und müde, bitte ich meinen Erlöser um ein baldiges sanftes Ende und um Aufnahme in sein himmlisches Reich. Ich schließe mit Psalm 103: Lobe den Herrn, meine Seele, und vergiß nicht, was er dir Gutes getan hat.“

II, 12. Ernst Friedrichsen, wohl viele pyknische Züge, aber nicht ausgesprochen (Bild). Gelernter Leineweber, war er später als geschickter Uhrmacher sehr gesucht.

Ruhig, liebevoll, hatte sich allerdings in die 48er Wirren hineinverwickeln lassen und mußte dafür einige Monate Strafe absitzen. Nahm sich im Alter von 50 Jahren das Leben und zwar — angeblich! — aus folgenden Gründen: Er meldete sich samt seiner Frau, um für das Alter versorgt zu sein, in ein Pfründnerheim. Da dort aber nur völlig unbescholtene Personen aufgenommen wurden, verweigerte man ihm als Bestraften die Aufnahme! Nun wünschte er, daß auch seine Frau ihren Antrag zurückzöge. Sie tat dies indessen nicht und begründete ihren Entschluß damit, daß, wenn sie in den Genuß der Pfründe trat, dieselbe sie nicht an das Altersheim band. Trotzdem fühlte er sich durch die Handlungsweise seiner Frau gekränkt und erhängte sich.

II, 13. Gertrud Friedrichsen, liederliches Weib.

II, 14. Dora Friedrichsen, eindeutig pyknisch (Bild). Körperlich stets gesund. Gutmütig, selbstzufrieden.

II, 15. Karl Sebing. Nichts bekannt; verunglückte tödlich.

II, 16. Eugen Durnach, mittelgroß, grobknochig, starb mit 50 Jahren am Krebs. Gutmütig, verträglich, Potator.

II, 17. Cecilie Durnach verw. Sebing geb. Wanter, groß, stark, grobknochig, nicht dick, starb mit 90 Jahren. Ruhig, altruistisch, nicht gerade sehr flink, aber arbeitsfreudig.

II, 18. Herta Wanter, etwas grobknochig, manches Pyknische (Bild). Kinderlos, starb an der Cholera.

II, 19. Peter Wanter, groß, stark, grobknochig, nach Bild vorwiegend athletisch, starb mit 57 Jahren an Darmkrebs.

Pünktlich und gewissenhaft im Beruf, viel zu bequem, um sich noch um andere Leute zu kümmern, regte sich niemals auf, war unempfindlich gegen Schmerz.

II, 20. Toni Wanter geb. Enge, klein, nach Bild vorwiegend pyknisch. Litt zeitweilig an „Brustkrämpfen“, verlor mit 76 Jahren die Sprache, in der linken (!?) Hand trat Lähmung ein, starb bei voller geistiger Frische mit 78 Jahren. Sehr lebhaftes Temperament. Vorzügliches Gedächtnis für Namen, Taten und Geschichten. Bei aller Schärfe im Urteil nie ungerecht, besaß einen beißenden Spott, der indessen selten verletzte.

II, 21. Robert Enge, mit ca. 30 Jahren an Tuberkulose †; unverheiratet.

II, 22. Martin Enge, mit ca. 30 Jahren an Typhus †; unverheiratet.

II, 23. Leopold Enge, mit ca. 30 Jahren im Kaukasus †; unbekannt woran.

II, 24. Georg Enge, Potator; starb durch Unfall.

II, 25. Helmut Enge, starb mit 63 Jahren an Wassersucht.

II, 26. Lilli Enge, groß, schwächlig, neugierig, schwätzte gern.

II, 27. Sophie Enge, dürr, ausgemergelt, starb mit 50 Jahren. Geizig bis zum Erbrechen.

III, 1. August Markwald, kräftige Natur, immer gesund gewesen, gutmütiger Charakter.

III, 2. Lienhard Paulsen, seit 30 Jahren in Amerika verschollen.

III, 3. Cäsar Paulsen, feinknochig gebaut, Alltagsmensch, etwas eingebildet, sehr nervös, im Felde Malaria gehabt.



Abb. 19. Peter Wanter (II, 19); Toni Wanter (II, 20).

III, 3a. Martha Paulsen, groß, dick, „fleischig“, kränkelt viel, nervös, tut gern Gutes, ist aber sehr rechthaberisch, möchte gern überall tonangebend sein.

III, 4. Eduard Paulsen, feinknochig, immer gesund gewesen, gutmütig, ohne ausgesprochenen Charakter.

III, 4a. Dorothea Paulsen, mittelgroß, schlank, gesund, guter Charakter.

III, 5. Benno Paulsen, schlank, gesund, unauffällig.

III, 5a. Marie Paulsen, groß, schlank, hat viel an Kopfschmerzen gelitten, sehr energisch.

III, 6. Dietrich Paulsen, schwächlicher Körperbau, immer etwas leidend, stets etwas schwermütig.

III, 6a. Fanny Paulsen, klein und knochig, an Lungentuberkulose †, war sehr ruhig und tüchtig.

III, 7. Else Markwald geb. Paulsen, mittelkräftig gebaut, von Charakter eigenwillig, aber gutmütig. Sehr arbeitsam und tüchtig. Erkrankt mit 34 Jahren an einer Psychose.

Aufgenommen am 8. V. 1916.

Angaben der Mitbewohner des Hauses und der Krankenschwester: „Seit mehreren Tagen redete sie oft ganz verworren, ging still vor sich hin, sah ernst und starr auf die Erde, hatte nachts keinen Schlaf mehr gehabt, sie hatte sich in der letzten Zeit überarbeitet. Am Sonnabend, den 6. V. 1916 fuhr sie nach B. zur Rechtsschutzstelle zwecks Befragung in Hauskaufangelegenheiten, kehrte aber wohl unverrichteter Sache wieder zurück. Am Sonnabend wurde sie unruhig, wurde unklar, verkannte die Umgebung und den Ort, wollte fliehen. Sie sah sich verfolgt, hörte Stimmen drohenden Inhalts, hörte Jammertöne, sprang aus dem Bette, zerriß Bettdecken und Betttücher. Dieser Zustand dauerte fast die ganze Nacht, am anderen Tage (Sonntag) war sie ruhiger.“

Aus dem ärztlichen Bericht: Die Pat. wird wegen der Aufregungszustände und wegen mangelnder häuslicher Pflege der Anstalt überwiesen. Sie hat in den letzten Tagen an keiner fieberhaften, übertragbaren Krankheit gelitten.

Fräulein K., Mitbewohnerin des Hauses und Freundin der Pat., gibt an, gelegentlich eines Besuches am 1. VI. 1916, daß die Kranke nach eigenen Erzählungen früher wiederholt Anfälle gehabt habe, in denen sie umfiel. — Unter der Krankhaftigkeit der Mutter, die sehr reizbar und vergeßlich ist, habe sie sehr gelitten, dabei außer dem eigenen Geschäft noch Hühnerzucht, Ziegen usw. getrieben.

Nach Angabe der Begleitperson ist die Pat. am 1. VIII. 1882 in G. geboren. Sie hat dort ein Schnittwarengeschäft und lebt mit ihrer Mutter zusammen, die an Altersschwachsinn leidet. Seit Anfang April 1916 sollen sich bei ihr Zeichen von Geistesstörung bemerkbar gemacht haben, sie habe mitunter „Verkehrtes“ gesprochen. Am Sonnabend, den 6. V., vormittags, benahm sie sich auffallend, zog ihre schwarzen Kleider an, äußerte, sie habe einen schweren Gang zu machen. Ist dann auf die Rechtsauskunftsstelle gegangen, weil sie das Haus ihrer Mutter kaufen wollte. Am Sonntag blieb sie im Bett, verweigerte das Essen. — Seit heute früh ist sie tobsüchtig, redet „irres Zeug“, vom Heiland, von Huren, daß der Krieg noch sieben Jahre dauern werde, wurde gewalttätig gegen die Umgebung. Den Arzt verkannte sie, redete ihn mit „Otto“ an. Früher soll Pat. immer gesund gewesen sein.

Die Pat. befindet sich in einem schweren Verwirrtheits- und Erregungszustand, muß im Aufnahmezimmer von den 4 Begleiterinnen gehalten werden, tritt nach denselben, sträubt sich mit aller Kraft, schimpft, fängt dann an zu lachen und zu singen, spricht unzusammenhängendes Zeug. Fragen beantwortet sie nicht, so daß Verständigung über die Notwendigkeit der Aufnahme nicht möglich ist.

Am Tage der Untersuchung (8. V.) liegt sie im Bett, starrt stumpf vor sich hin, verweigert dem Arzt beim Gruße anfangs die Hand und auch jede Antwort, sieht ihn sehr mißtrauisch an, ruft dann plötzlich: „Ach, da ist ja der Bruder aus Amerika!“, sagt aber weder ein weiteres Wort noch einen Willkommensgruß. Auf weitere Frage des Arztes über Ort, Zeit und Person verweigert sie die Auskunft, ruft dann plötzlich wieder: „Laß mich raus, ne Bombe, da, bums! — Da, sieh, dort an der Wand steht er!“ Wer denn? Keine Antwort; sieht starr minutenlang auf die Wand und sinkt dann mit dem Kopf auf die Kissen.

Verstandesprüfung nach langer Mühe: Wann geboren? Welches Jahr haben wir jetzt? Wie alt sind Sie also? „12 Jahre — nein, 52 Jahre.“ Orientierung über Ort, Zeit und Personen: Wer bin ich? „Der Lehrer Helke.“ Ist es Tag oder Nacht? „Nacht ist's doch, zum Donnerwetter!“

Die Pat. hat gesunde vegetative Organe der Brust und des Unterleibes.

Gewicht 90 Pfund. Temperatur 37,8°. Urin: E 0, Z 0 37.

Sehr erregte, verwirrte Kranke, singt, schreit, balgt sich beim Waschen, wirft das Vesperbrot weg, bleibt nicht in der Badewanne. Sie muß von zwei Pflegerinnen gehalten werden, geht zu den anderen Kranken in die Wanne, schlägt sich und kratzt sich auf der Brust, schlägt mit den Beinen heftig gegen die Badewanne, reißt sich die Haare aus, spuckt herum. Außerdem sträubt sie sich beim Essen; schluckt nicht. Wird abends etwas ruhiger.

Um 10 Uhr fängt sie an, sehr laut zu weinen, schreit fortwährend nach ihrer Mutter, fürchtet sich vor den anderen Patienten, erschrickt heftig, wenn man an ihrem Bett vorbeigeht, hält die Pflegerin in ihrer Angst krampfhaft fest, äußert, es sei alles elektrisch, auch die Pflegerin. Infolge der sich steigernden Unruhe muß sie gewickelt werden. Sie schreit und singt in der Packung, spuckt das Veronal aus, schläft aber dann nach Injektion.

9. V. Tagsüber sehr erregt, im Bade, verwirrt, schreit, drängt fort, muß von zwei Pflegerinnen gehalten werden. Früh wirft sie Brot und Kaffee weg, spuckt, lacht und singt, gibt auf Fragen mit heiserer Stimme, schwer verständlich, Antwort. Wie heißen Sie? „Ich möchte, ich möchte nicht, ich möchte nicht, ich möchte nicht.“ Ängstlich gespannter Gesichtsausdruck. Ängstlich? „Ja.“ Warum? „Jawohl, ja, ja.“ Kneift die Augen zu, spuckt. „Ich hab's ja schon gesagt.“ Wo sind Sie jetzt? Pat. wird unwillig, gibt sich einen Ruck, schüttelt den Kopf, grimassiert.

Datum? — Schweigt, macht: „bsch“.

Wer bin ich? Keine Antwort, spitzt den Mund schnauzförmig.

Wann geboren? „Ich will es nicht sagen, will es nicht sagen.“

Warum?... Keine Antwort. Beim Fortgehen des Arztes: „Ich sterb noch nicht, ich sterb noch nicht.“

Nimmt Mittagessen zu sich, wird abends sehr unruhig, schlägt mit Händen und Füßen, singt, pfeift, spuckt, nimmt aber 1,0 Veronal, schläft darauf von 1/2 3 Uhr bis früh. Temperatur abends normal.

10. V. Andauernd verwirrt, den ganzen Tag im Bade, sehr ungeordnet, motorisch erregt, ängstlich, erfaßt krampfhaft fest die dargebotene Hand, gibt keine Antwort auf Fragen, verdreht die Augen, spuckt ins Badewasser, schlägt mit Händen und Füßen, weint, wirft einen Brief, den sie erhalten hat, ungelesen ins Wasser, spricht unverständlich, verwirrt vor sich hin. Ißt tagsüber wenig, läßt sich das Essen reichen. Schläft nach 1,0 Veronal die ganze Nacht.

11. V. Heute ruhiger, liegt, ohne sich zu rühren, im Bad; spuckt sehr viel ins Wasser, ißt den ganzen Tag nicht, spricht kein Wort. — Ängstlich gespannter Gesichtsausdruck, starrer Blick. Schläft nachts ohne Mittel ruhig, näßt ein.

12. V. Gleiches Verhalten wie gestern, abends jedoch laut, braucht 1,0 Veronal, schläft von 1/2 11—3 Uhr, dann wieder laut, stöhnt, singt.

13. V. Tagsüber sehr erregt, stöhnt, schreit auf im Bade, spuckt andauernd aus, nimmt früh und mittags nichts zu sich. Abends sehr ängstlich, zieht die Hand des Arztes krampfhaft zitternd an sich heran, bewegt die Lippen lispelnd, ohne ein lautes Wort zu sprechen, nimmt aber dann auf Zureden 2 Tassen Suppe zu sich. — Schläft die Nacht durch.

14. V. Heute ruhiger, abends etwas freier, klarer, spricht, sitzt im Bett, sie sei ja hier in einer Irrenanstalt, kann sich nicht erklären, wie sie hierher gekommen sei, bittet um Verlegung nach einer ruhigeren Umgebung.

15. V. Ruhig, freundlich, erkennt den Arzt als solchen, kann sich aber nicht erinnern, ihn in den letzten Tagen gesehen zu haben. Gibt Namen richtig, sie sei 1882 geboren (stimmt). Datum? „Weiß gar nicht, wie lange ich hier bin.“ Wo jetzt? „Im Krankenhause haben die Leute gesagt, dies ist aber eine Irrenanstalt. Früher Irrenanstalt, jetzt heißt es Heil- und Pflegeanstalt.“ Weiß, daß sie in einer Kutsche hergefahren ist. Wann? „Das ist gewesen, wir haben unser Schwesternfest gehabt am 4. Mai, also haben wir jetzt Mai und da hab ich wollen mitfeiern. Diesmal sollten die Uhren umgestellt werden auf der Bahn überall, verstehen Sie mich, Herr Doktor? Da meinten die Schwestern, da fahre ich nicht mit dem Zuge, das geht doch. Die Leute wissen das doch, da muß eben alles einen Tag reisen wie vor dem Kriege. Der ist doch 1914 ausgebrochen und da bin ich auf die Straße gerannt, da war ich noch bei Herrn H., der sagte, ich solle doch bei ihm bleiben, der Handverkauf könnte doch bleiben, durchs Telephon hat er es mir gesagt.“ Erzählt weitläufig von sich und ihren Angehörigen in leicht ideenflüchtiger Weise. Wie lange sind Sie schon hier? „Wieviele Tage weiß ich nicht, hab nichts gemerkt, immerzu gebadet, weil eben die Uhren sollten gewechselt werden, da hat die Schwester gesagt, meine Mutter wird sich nicht drein finden. Da ist doch die Schwester gestorben am ersten Sonntag, wurde nicht aufgemacht, haben uns gekampelt mit den Mietern.“

Wie heißt der Direktor hier? „Herr Dr. X.“

Sind Sie krank? „Bin wohl ganz verdreht worden, weil die Mutter so mißtrauisch ist. Seit der Vater tot ist, will es nicht mehr so richtig gehen zu Hause, die Mutter war immer so mißtrauisch.“

Sind Sie irre gewesen? „Irre gewesen? Verwirrt? Da bin ich irre gewesen, das glaube ich selber.“

Zeitlich auf Monat und Jahr orientiert. Pupillen reagieren auf Lichteinfall. Zunge kommt gerade, ist belegt. Patellarreflexe lebhaft. Innere Organe o. B. Steht nachmittags auf, verhält sich ruhig, nimmt Nahrung zu sich.

16. V. Liegt bei der Visite im Bett, ruhig, hat den Mund voll Speichel, so daß sie nicht sprechen kann. Macht gehemmten Eindruck, spricht mit langen Reaktionspausen.

Wie geht es Ihnen? „Kann ich nicht wieder nach Hause gehen?“

Sind Sie ängstlich? Schüttelt den Kopf.

Wo sind Sie jetzt? „Im Krankenhause.“

Wie heißt das? „Weiß ich nicht.“

Haben Sie mich schon gesehen? „Gestern, wie Sie mich untersuchten.“

Wie lange sind Sie hier? „Wie lange ich hier bin, bin den ersten Tag hier, da bin ich wohl im Irrenhause.“

Was sind das für Kranke hier? „Weiß ich nicht, gestern haben Sie gesagt, es müsse alles mit der schwarzen Feder geschrieben sein. Sie haben gesagt, es wird alles verkehrt gemacht auf der Welt, alles umgedreht, mit der falschen Feder geschrieben.“

Wiederholte Sensibilitätsprüfung gelingt nicht, faßt nicht auf, spricht: „werde elektrisiert“.

20. V. Steht den ganzen Tag auf, zupft Wolle, ist noch gehemmt. Örtlich und zeitlich orientiert, nimmt Nahrung zu sich, verhält sich ruhig. — Leugnet. Sinnestäuschungen gehabt zu haben. Weiß nicht, warum sie hergekommen ist, Krank gewesen? „Jedenfalls sehr aufgeregt.“

Wodurch? „Durch den Unfrieden, das egal Hin und Her mit dem Hauskauf.“

23. V. Seither ruhig, geordnet, beschäftigt sich. Heute nachmittag Besuch, nachher ängstlich, unruhig. Warum? „Hab mir eingebildet, ich muß hier bleiben, hab mir eingebildet, ich muß verkehrt gekreuzigt werden, hab mich um meine Seligkeit geängstigt.“ Dann weiter, mit lauter Stimme: „Das ist's, weiter nicht, — war religiös verdreht, will nicht mehr daran denken.“

Schläft nachts schlecht.

24. V. Warum schlecht geschlafen? „Hab zu Hause an Judenverfolgung gedacht, hab in den Zeitungen gelesen, daß sie verfolgt werden, meine Freundin ist bei Fernbach, hab mich gesorgt um sie.“

27. V. Seither ruhig, gleichmäßig, schläft gut. Geht in die Nähstube.

2. VI. Ruhig, geordnet, möchte bald nach Hause.

Wie geht es? „Möchte wieder nach Hause, mich erholen.“

Noch krank? „Daß ich die Arbeit so wie früher werde machen können, ist ausgeschlossen.“

Hat es Ihnen zu Hause vorgemacht? „An diese Sache will ich nicht mehr denken, man wird zerstreut und verwirrt. — Wie der wirre Zustand gekommen ist, ist mir nicht bekannt.“

Weiß nicht anzugeben, wer mitgekommen ist, kann sich aber an die Aufnahme erinnern. „Zu Hause habe ich es ihr vorgemacht von Judenverfolgung, verkehrt gekreuzigt werden.“

Hier auch noch? „Will nicht darüber nachdenken.“

3. VI. Weint heute beim Besuch, ist nachher noch verstimmt, schläft nachts mit Unterbrechung.

4. VI. Geht in den Nähsaal, beschäftigt sich. Geht auf der Abteilung sinnend hin und her, schläft nachts schlecht.

5. VI. Freut sich heute über Besuch, drängt sehr nach Hause, nachher vernügt, schläft spät ein.

10. VI. Hat sich seither ruhig und geordnet verhalten, hat Krankheitseinsicht.

15. VI. Heute auf Antrag des Pflegers gebessert beurlaubt. Muß bereits heute wieder der Anstalt zugeführt werden, konnte nicht schlafen, konnte auch mit ihrer Cousine, bei der sie bleiben wollte, nicht auskommen.

21. VI. Macht leicht manischen Eindruck, ist leicht gereizt, hält sich aber äußerlich ruhig. Ist außer Bett, beschäftigt sich etwas.

15. VII. Entlassen.

2. Aufnahme 12. V. 1917.

Begleiter: Eine Krankenschwester und Fräulein K. geben an: Fräulein P. hat während ihres Urlaubs zeitweise über Stiche im Kopfe und Drücken in den Augen und in der Nase geklagt. Sie war zeitweise in gedrückter Stimmung, schwankte im Augenblick. Heute vormittag noch war sie in B. Heute abend plötzlich erregt, brachte die Mutter noch zur Nachbarin, als ob sie ahnte, was kommen würde, schlug dann in der Wohnung alles kurz und klein. Soll seit einigen Tagen durch ihr Benehmen aufgefallen sein, sie betete oft. Ging gutwillig mit in die Klinik.

Pat. macht einen ängstlich-verstörten Eindruck, hält sich krampfhaft an ihren Begleiterinnen fest, sieht sehr blaß aus, gibt dem Arzt die Hand, betet wiederholt ein kurzes Gebet, hält die Hand des Arztes sehr fest, erkennt ihn noch, ist örtlich orientiert, sieht den Arzt starr an, atmet mehrmals tief auf. Eine Verständigung über die Notwendigkeit der Aufnahme ist mit ihr nicht möglich.

14. V. Sehr verwirrt bei der Aufnahme, ließ sich nicht messen und wiegen, widerstrebte sehr beim Auskleiden, zerriß Wäsche. Schief in der ersten Nacht nach einer Injektion wenig, war zeitweise laut, sehr ängstlich, unruhig. Auch gestern sehr verwirrt, unruhig, hat nicht gegessen, lief umher, schrie, ließ Urin unter sich, rief um Hilfe, äußerte, die Mutter würde zerrissen, riß sich Haare aus.

Mit Injektion nur zeitweise geschlafen. Heute bei der Visite ganz unzugänglich, sitzt im Bett, hat sich die Decke über den Kopf gezogen. Hat Wäsche zerrissen, macht unwillige Abwehrbewegungen, als der Arzt sie anspricht, wendet sich ab, macht finsternes Gesicht, atmet gepreßt und stöhnend, läßt sich nicht untersuchen. Hat nicht gegessen. *Periode eingetreten.*

16. V. Sehr unruhig, schwerer Verwirrtheitszustand. Sitzt bei der Visite in kniender Stellung im Bett, schlägt mit der Faust andauernd auf die Matratze, Haare liegen wirr um den Kopf. Hat Wäsche zerrissen. Sachgemäße Antworten nicht zu erhalten. Schimpft, weint, schreit zeitweise: „Ich hab nicht gestohlen, ich hab bloß gebockt.“ Nahrungsaufnahme heute etwas besser.

17. V. Hat nach Chloral und Morphinum nachts geschlafen. Heute im ganzen ruhiger, liegt viel schlafend im Bett, hat ausreichend gegessen.

18. V. Ruhiger als anfangs, aber noch sehr verwirrt. Lacht im Bett, starrt vor sich hin, schneidet Gesichter, flüstert, reibt sich das Gesicht. Antworten nicht zu erhalten.

21. V. Keine Änderung, verwirrt, im ganzen aber ruhiger. Zeitweise noch laut, besonders abends und nachts. Brauchte auch Schlafmittel. Antworten nicht zu erhalten. Ließ Urin neben das Bett.

22. V. Zum erstenmal etwas zugänglicher, gibt einzelne Antworten, ist zeitlich orientiert, erkennt den Arzt, bittet um Entlassung. Spricht noch leise, ohne aufzublicken, in etwas weinerlicher Art. Schweigt bei Fragen nach dem Beginn der Krankheit. Verhalten ruhig, hat auch nachts ohne Schlafmittel geschlafen.

24. V. Ruhig, geordnet, noch etwas finsterner Gesichtsausdruck. Mehr orientiert, gibt sinngemäße Auskunft, erzählt, daß sie in der Zeit vor der Aufnahme viel durchgemacht habe, sie habe viel gesehen und gehört, z. B. eine schwarze Frau, die ihrer Schwester ähnlich gesehen habe. Habe auf der Straße den Namen „Adelheid“ rufen hören, das sei in der Zeit gewesen, als ein Fräulein Adelheid K. im Sterben lag. Sie müsse dann wohl eine ganze Zeit nicht normal gewesen sein. Möchte bald wieder entlassen werden.

3. VII. Ruhig, geht auf Arbeit, drängt aber öfters auf Entlassung. Schlaf und Appetit gut.

22. VII. Blieb ruhig. Beschäftigt sich regelmäßig (Garten- und Feldarbeit). Drängte in letzter Zeit sehr auf Entlassung, erschien dabei in ihrer Stimmung nicht gleichmäßig, war zeitweise sehr gesprächig, klagte auch regelmäßig über Kopfschmerzen, daß ihr schwarz vor den Augen sei. Stellt Stimmen in Abrede. Sieht noch blaß aus; hat an Körpergewicht nicht zugenommen.

3. VIII. Immer noch angestellt wegen der Entlassung. Hat den Wunsch, nach G. zu gehen, um ihre Wohnung anzusehen, wird, da ihr der Wunsch nicht sofort erfüllt wird, heute bei der Visite sehr aufgeregt, weint und schluchzt laut.

4. VIII. Heute wieder ruhiger.

14. VIII. Jetzt ruhig, gleichmäßig in der Stimmung. Hat allerdings noch allerlei Klagen über Zittern in den Händen, Ameisenkriechen im Rücken, gelegentliche Kopfschmerzen, sieht auch blaß aus.

7. IX. Bisher unverändert. Periode noch nicht eingetreten. Heute Besuch des Pflegers, regte sich dabei sehr auf, machte dem Pfleger Vorhaltungen. War nachher verstimmt, gedrückt.

15. X. Hoffte auf baldige Entlassung. Erklärt auf Befragen, es gehe ihr gut.

Stellt Stimmen in Abrede, gibt aber zu, daß sie immer noch „Singen“ im Kopf spüre. Hat sich körperlich nicht weiter erholt, sieht noch blaß aus.

26. X. Als gebessert beurlaubt.

27. IV. 1918. Definitiv entlassen.

Katamnestischer Bericht ihrer Schwester III, 8 (1926): Nach ihrer letzten Entlassung aus der Anstalt habe sie sich verheiratet mit einem Witwer und früheren Nachbarssohn. Ihr „Gemüt“ sei „wahrscheinlich allemal im Frühling sehr unruhig“. „Aus Briefen merke ich, daß sie manches sich mehr einbildet, besser ‚träumt‘ und außerdem fragt sie mich manchmal, ob der Bruder bei mir gewesen ist, der in Amerika oder Afrika ist, von dem wir 30 Jahre nichts gehört haben. Sie will ihn in ihrem Aufenthaltsort gesehen haben. Nun dachte ich immer, sie hoffte auf Geld von ihm. Habe aber nun herausgefunden, daß sie sich ängstigt, er könne das Erbe von ihr verlangen, welches nun durch ihren Hauskauf an die Geschwister verteilt wurde. Ihr Geist scheint manchmal bedrückt zu sein. Ich habe herausgefunden, daß man in der Periodezeit sich über alles mehr aufregen kann, als was einem sonst sehr gleichgültig sein kann. Wir alle haben einen starken Schaffensgeist. So auch Else, welche bei Wind und Wetter gearbeitet hat. Kinder hat sie keine. Ich weiß nur, daß meine Mutter später mal zu mir sagte, daß sie über Elses Aussehen erschrocken sei. Als Kind zog sie mit Vorliebe Knabenstiefel und Jacken an und malte sich gern einen Schnurrbart.“

III, 8. Wanda Brinkhardt geb. Paulsen, menstruell verstimmt; Lungen-Tbc. (Zweite Frau von III, 11.)

III, 9. Ludwig Molter, groß, grobknochig, von gutem, gerechtdenkenden Charakter.

III, 10. Moritz Klüger, groß, korpulent, ruhig, verträglich, gewissenhaft. Nach Bild eindeutig pyknisch.

III, 10a. Percy Klüger, Streber

III, 10b. Sigismund Klüger liederlich

III, 10c. Viktor Klüger

III, 10d. David Klüger

III, 10e. Archibald Klüger

} Spießer

} Brüder von III, 10.

III, 11. Ulrich Brinkhart, klein, „schwächlich“, auf Jugendbild pyknisch, eigenartiger Charakter, streng, genügsam (hat sich zum zweiten Mal verheiratet mit III, 8).

III, 11a. Arnold Brinkhart (Bruder von III, 11), liederlich.

III, 12. Ottilie Brinkhart geb. Friedrichsen, als Kind Gelenkrheumatismus, starb mit 34 Jahren an Wassersucht, ruhiges, stilles, sehr liebevolles Wesen, aufrichtig und wahrheitsliebend, trug ihre schwere Krankheit ohne Murren und Klagen. Große Person, nicht pyknisch (Bild). Erste Frau von III, 11.

III, 13. Agathe Friedrichsen, groß und schlank, nach Bild asthenisch. Las sehr viel, war die begabteste von den Geschwistern, sehr hilfsbereit, spielte noch als Erwachsene leidenschaftlich gern mit Kindern. Hatte unter den Launen ihres Chefs sehr zu leiden und nahm sich nach einer Auseinandersetzung mit ihm das Leben. Zuvor hatte sie noch alles im Geschäft geordnet und erledigt; kaufte sich einen Strauß Maiblumen und stürzte sich dann von einem steilen Felsen in die Tiefe.

III, 14. Wally Klüger geb. Friedrichsen, hübsche, mittelgroße Erscheinung (nach Bild asthenisch), völlig gesund, äußerst geschickt, sehr angenehmes Wesen.

III, 15. Käthe Friedrichsen, groß, grobknochig und stark gebaut, nach Bild dysplastischer Eindruck. Sehr ruhig, etwas schwerfällig. Starb 20jährig an Tumor cerebri in einer Klinik.

Aus der Krankengeschichte: Normale Entwicklung. Lernte mit mittlerem Erfolge. Vom 14. Jahre an Kopfschmerzen und Bleichsucht gelitten. Menarche



Abb. 20. Ulrich
Brinkhart (III, 11).



Abb. 21. Moritz Klüger
(III, 10).



Abb. 22. Ottilie
Brinkhart (III, 12).

mit 16 Jahren. Menses immer unregelmäßig. Tumoranamnese und Tumorbefund (durch Sektion bestätigt: großer Tumor in der rechten hinteren Schädelgrube). Aus dem sonstigen Befund: Körpergewicht 65 kg, Kopfumfang $56\frac{1}{2}$ cm, Kopflänge 19 cm, Kopfbreite 14 cm. Gut entwickelte Muskulatur, rotes, gedunsenes Gesicht, Struma. Soll sich in letzter Zeit auch psychisch verändert haben, unmotiviert heiter gewesen sein.

III, 16. Vera Limber geb. Friedrichsen, mittelgroß, kräftig; nach Bild wohl pyknisch. Sehr fleißig, äußerst geschickt, peinlich ordnungsliebend, sehr sparsam, fast zu Geiz neigend, „hysterisch“.



Abb. 23. Agathe Friedrichsen (III, 13).



Abb. 24. Wally Klüger (III, 14).

III, 17. Elisabeth Wanter geb. Friedrichsen, jetzt (nach eigener Beobachtung) ausgesprochen pyknisch gebaute Frau. Etwas fahrig und hastig, „nervös“, sonst gutmütig, verträglich, weichherzig, sehr besorgt um ihre Kinder, tadellose Hausfrau, Gattin und Mutter.

Mit 27 Jahren in der Klinik gewesen. Aus der Krankengeschichte: Regelrechte Entwicklung, auf der Schule gut gelernt. Menarche mit 14 Jahren. Menses in den späteren Jahren immer mit Beschwerden verbunden: einseitige Kopfschmerzen, Übelkeit und Augenflimmern. Auch bei großen Anstrengungen traten solche Erscheinungen auf. Bei der ersten Geburt, die normal war, erschrak sie sehr, weil das Kind eine mißgestaltete Nase hatte, war 6 Wochen lang sehr schwach auf den Beinen, regte sich sehr auf, weil das Kind so elend war. Im zweiten Wochenbett (5 Monate vor Aufnahme in die Klinik) bekam sie am dritten Tag „so eine Schwäche, daß ich nicht mehr sprechen konnte; wenn ich sprach, griff es mich so an, daß ich dacht, ich müßte sterben“. Fühlte sich auch in der Folgezeit im-



Abb. 25. Vera Limber (III, 16).



Abb. 26. Käthe Friedrichsen (III, 15).

mer „sehr angegriffen“, klagte über diverse Organbeschwerden: Kopfschmerzen, Schmerzen in Armen und Beinen (d. h. „keine eigentlichen Schmerzen, sondern es ist wie ein Grimmen und leises Wimmern“), abends zitterten die Glieder oft vor Schwäche, Kreuzschmerzen („als ob zwei Finger dahinten so drückten“), Appetitlosigkeit, Verstopfung (nur bei Aufregungen eher Durchfall), Beklemmungen, unbestimmte innere Unruhe, Reizbarkeit (bei den geringsten Anlässen das Gefühl, als ob sie die nächsten Gegenstände zerwerfen müßte), körperliche Müdigkeit, Vergeßlichkeit („ich ging manchmal hinaus und wußte nicht, was ich wollte, brachte oft bestimmte, ganz unwichtige Gedanken nicht aus dem Kopf“). Aus dem Befund: Körpergewicht 54 kg, blasse Gesichtsfarbe, schlaffe, dürftige Muskulatur, geringes Fettpolster, (nach Bildern damals ganz asthenisch).

Nach einigen Wochen aus der Klinik entlassen.

III, 18. Samuel Limber, klein, schwächig, sieht noch wie vor 20 Jahren aus. Sehr arbeitsam, weites Gewissen, ängstlich, sparsam.

III, 19. Egon Friedrichsen. Normale Entwicklung, lernte leicht, wurde Messerschmied, war viel auf Reisen, infizierte sich 29jährig mit Lues, wurde ausgiebig mit Hg und Jod behandelt. Führt ein sehr unregelmäßiges Leben, trank viel Alkohol. Typische Tabesanamnese und (43jährig) Tabesbefund bei Klinikaufnahme. Aus dem sonstigen Befund: Körpergröße 184 cm. Körpergewicht 84 kg,

Schädelumfang $57\frac{1}{2}$ cm. Gut entwickelte Muskulatur bei mäßigem Fettpolster. Psychisch: „Pat. ist etwas stimmungslabil. Er erzählt sehr lebhaft von seinen verschiedenen Kuren, die er z. T. sehr richtig kritisiert, berichtet von den verschiedenen bei ihm gestellten Diagnosen und legt eine gute Kenntnis der einschlägigen Krankheitserscheinungen an den Tag. Ein Mangel an Kritik läßt sich nicht nachweisen, doch fällt eine Schwäche des Gedächtnisses auf und Pat. ist bei seinen Schilderungen sehr lebhaft und lacht viel dabei.“ Nach einigen Tagen wieder entlassen.

3 Jahre später zweite Aufnahme. Wird wegen eines ganz plumpen Diebstahls bezirksärztlich eingeliefert. Ist ausgesprochen heiter gestimmt, erzählt lachend von seinem Vergehen, das er möglichst harmlos darzustellen bemüht ist, fängt aber dann zu weinen an und meint, es sei eine Schande, denn er sei früher ein geachteter Mann gewesen. Der Befund hat sich inzwischen insofern geändert, als Pat. jetzt das Bild einer Taboparalyse darbietet (Sprachstörung usw.). Größenideen. Sehr labile Stimmung. Keine Krankheitseinsicht mehr. Anfangs ganz ruhig und besonnen, später zunehmend erregter, aggressiv. Mehr Größenideen. Eines abends liegt er mit verzücktem Gesichtsausdruck im Bett, gibt auf Befragen mit flüsternder Stimme an, er sähe Gott, Gott sage ihm, er solle erlöst werden. Halluziniert künftig mehr, duzt den Arzt und erkennt ihn, klagt, daß es ihm schlecht gehe. Liegt meist regungslos zu Bett und halluziniert. Sieht Gott und Jesus Christus. Letzterer habe ihm gesagt, daß er bestraft werden solle. Er habe das Gefühl gehabt, daß die Knochen von den Füßen bis an die Knie gedrückt werden sollten. Ein andermal: „Ich bin Gott, ich bin schon 6000 Millionen Jahre auf der Welt.“ Nach 7 monatigem Klinikaufenthalt während eines ängstlich gefärbten halluzinatorischen Erregungszustandes Exitus letalis. (Diagnose durch Sektion bestätigt.)

Aus dem kreisärztlichen Gutachten: Früher lebhaftes und heiteres Temperament. In seinem Beruf als Schleifer war er sehr gesucht und wegen seiner vorzüglichen Arbeiten bekannt. Auch war er in allen möglichen Fertigkeiten sehr geschickt.

Aus einem vom Pat. zu Beginn der Erkrankung aus der Klinik geschriebenen Brief an seine Frau: „Ich habe in diesen schauerhaften Nächten an Jesus Christus gedacht, als er in seiner Todesnot am Kreuze rief: Mein Gott, mein Gott, warum hast du mich verlassen — und ich habe in mancher solchen schrecklichen Nacht auch gerufen: Mein Weib, mein Weib, warum hast Du mich verlassen? Du wirst mich nicht verstehen, es ist dies aber die nackte Wahrheit. Wenn ich herauskomme, will ich Dir alles erklären.“

III, 20. Hedwig Reinhart geb. Friedrichsen, gut bürgerliche, tätige, sparsame Hausfrau und Mutter. 60jährig an Carcinom †.

III, 21. Ulrike Feindel geb. Friedrichsen, groß, stark, grobknochig, von Charakter ausgesprägt und gerecht. Starb nach einer Uterusoperation an Herzschwäche.

III, 22. Balthasar Feindel. Groß, stark, grobknochig, wahrheitsliebend, gerecht, etwas stolz. Lues.

III, 23. Max Reinbert, an Tabes dorsalis †.

III, 24. Renate Friedrichsen, liederliches Weib.

III, 25. Carola Durnach geb. Sebing, mittelgroß, grobknochig, nicht dick; etwas neidisch, sonst aber gutmütig.

III, 26. Siegfried Durnach, mittelgroß, grobknochig, nicht dick, völlig gesund, gutmütiger Charakter.

III, 27. Ursula Durnach, mittelgroß, dick, grobknochig.

III, 28. Pia Durnach, mittelgroß, grobknochig, nicht dick, Hamsternatur, sieht gerne neidisch auf andere herab.

III, 29. Felix Wanter, jetzt etwas korpulenter, vorwiegend pyknischer, sehr großer, stattlicher Mann mit grobem Knochengerüst, spiegelnder Glatze (nach Jugendbildern straff-schlanker athletischer Typus). Sehr energisch, tüchtig, gewandt, gute Umgangsformen, klug, lebenserfahren, Menschenkenner, treffender Witz, lebhaftes Temperament, festumrissene Weltanschauung, zielbewußt, geschickter Taktiker, Geschäftsmann, Selfmademan, der sich aus einfachsten Verhältnissen heraufgearbeitet hat. Gesellig, gesprächig, umgänglich, empfänglich für alle Lebensfreuden. Er machte im Anschluß an einen Gelenkrheumatismus im Alter von 50 Jahren eine mehrwöchige depressive Verstimmung durch. Sonst stets ganz gesund gewesen.

III, 30. Egmont Wanter, starb mit 3 Jahren an „Kopfkrämpfen“.

III, 31. Margarete Enge, groß, grobknochig, stark an Krebs. Sehr empfindlich, eigenartig, stolz, immer sehr ernst.

III, 32. Gregor Enge, Streber sondergleichen.

III, 33. Friederike Enge

III, 34. Carmen Enge,

III, 35. Bettina Enge,

III, 36. Wilhelmine Enge,

III, 37. Gottfried Enge, schwächtiger Körperbau. Still, ruhig, fleißig, ehrlich; ganz gesund.

III, 38. Emilie Schultze geb. Enge, kleine, dicke Frau, „Hinterwäldler“.

III, 39. Nora Müller geb. Enge, schwächtigt, Pomadentopf, läßt sich nicht aus der Ruhe bringen.

III, 40. Richard Müller, uncharakteristischer Körperbau, geizig.

III, 41. Emil Schultze, dick, gutmütig.

III, 42. Regina Enge, schwächtigt, solide.

IV, 1. Manfred Klüger, sehr lebenslustig, neigt zu Leichtsinne.

IV, 2. Reinhard Klüger, starb an Hirnhautentzündung.

IV, 3. Therese Klüger, leichte Ader, sehr lebenslustig.

IV, 4. Albert Brinkhart, 16jährig, bisher gesund, ohne Besonderheiten.

IV, 5. Ellen Brinkhart, Ebenbild der Mutter (II, 12).

IV, 6. Walter Brinkhart, sehr kräftig; rechthaberisch, sehr auf sein eigenes Wohl bedacht; war schon als Kind schwer erziehbar (7-Monatskind).

IV, 7. Erika Brinkhart, mittelgroß, feinknochig, lungenleidend, sehr von sich eingenommen.

IV, 8. Franz Limber, mittelgroß, feinknochig, gesund; sehr lebhaft, manchmal sehr empfindlich.

IV, 9. Hermann Limber, mittelgroß, sehr zart, feinknochig, lungenleidend; gerade und bieder.

IV, 10. Gerhard Limber, mittelgroß, starker Knochenbau, gesund; urwüchsig, temperamentvoll.

IV, 11. Josef Limber, schwächlich, zartknochig, gesund, gutmütig. } Zwillinge.

IV, 12. Bruno Limber, groß, grobknochig, gesund; sehr lebhaft.

IV, 13. Eva Feindel, nahm sich wegen gekränkten Ehrgefühls das Leben.

IV, 14. Hans Reinbert, schwächlich, zurückgeblieben durch Rheumatismus, starb mit 20 Jahren an Herzerweiterung; sehr gewissenhaft, sehr arbeitsam, sehr korrekt, Sammler und Bastler.

IV, 15. Konrad Reinbert, 1,80 m groß, wohlgebildet in jeder Hinsicht, gesund; gutmütig, unermüdlicher Arbeiter, ein Mensch mit Grundsätzen.

IV, 16. Harald Reinbert, 1,75 m groß, reichlich dünn, schwache Nerven.

IV, 17. Wilhelm Reinbert, 1,86 m groß, Sportsman, leidet an einem Hautausschlag, der ihn sehr irritiert, der aber trotz Hinzuziehung berühmtester Ärzte

nicht zu bannen ist, beruht wahrscheinlich auf nervöser Grundlage. Tüchtig, von gutem Charakter.

IV, 18. Hanne Ziebler geb. Reinbert, groß, stattlich, gesund; guter Durchschnittsmensch, ohne besondere hervorstechende Eigenschaften; tüchtige Hausfrau.

IV, 19. Edith Reinbert, groß und stattlich, starb mit 20 Jahren nach einer durchtanzten Nacht ganz plötzlich, ohne jemals krank gewesen zu sein, Todesursache nicht bekannt geworden. Offener, gerader und liebenswerter Charakter.

IV, 20. Gerda Reinbert, groß und stattlich, kinderlos, hat von Jugend auf eine gelähmte Hand, die sie sehr geschickt zu maskieren versteht; im übrigen grande dame.

IV, 21. Konstantin Ziebler, klein von Statur, ist ganz gesund, stammt aber aus einer tuberkulösen Familie; von gutem Charakter.

IV, 22. Irene Reinbert, klein und zierlich, schwachnervig, sonst gesund; außerordentlich gutmütig, guter Mensch im besten Sinne des Wortes.

IV, 23. Luise Reinbert, groß und stattlich, gesund; Klaviervirtuosin, sonst Durchschnittsmensch.

IV, 24. Ilse Meier geb. Friedrichsen, wohlproportioniert gebaut, gesund, als Kind außerordentlich lügenhaft, als Erwachsene von leichtem Lebenswandel, dabei sehr intelligent, aber von minderwertigem Charakter.

IV, 25. Harald Meier, großer, starker, stattlicher Mann.

IV, 26. Egmont Durnach, starb im frühen Kindesalter.

IV, 27. Ekkehard Durnach

IV, 28. Feodor Durnach

IV, 29. Heinrich Durnach

IV, 30. Jeremias Durnach

} alle groß, grobknochig und gesund; gerade
und biedere Charaktere.

IV, 31. Helene Durnach, äußerst lebhaft und sehr ironisch.

IV, 32. Jenny Durnach, ruhig, gutmütig.

IV, 33. Marianne Durnach, verwachsen (schiefe Hüfte und Rückgratsverkrümmung). Ein wirklich edler Charakter, hilfsbereit, gutmütig, liebevoll, spielte immer den Schiedsrichter in der Familie. Mit 38 Jahren erkrankte sie während der Wochenpflege ihrer Schwester; ihr Schwager schreibt über sie: „Früher war sie immer arbeitsam und sehr genau in der Erfüllung aller — dabei vieler selbst-auferlegter — Pflichten. Sie war sehr mildtätig, speziell da, wo es angebracht war; dabei hat sie viel Undank geerntet. Während des Krieges führte sie zwei Haushalte, dabei nähte und bügelte sie auch noch für andere Leute. Durch viel Arbeit und Sorgen kam sie körperlich sehr herunter. Dabei hatte sie eine sehr offene und feinfühlende Natur. Wie sie voriges Jahr bei uns war, war sie etwas bedrückter Stimmung; sonst war sie immer schnell wieder bei guter Laune. Diesmal wurde ihr Blick immer starr und in sich gekehrt; nach ein paar Tagen beklagte sie sich über undankbare Behandlung und daß sie so kaputt sei. Wir versuchten sie durch Zerstreuung und liebevolle Behandlung aufzuheitern, es glückte uns aber nicht so recht. Das merkte sie und ärgerte sich darüber. Sie sagte, sie könne nichts dafür, daß sie nicht mehr so schnell aufgeheitert werden könne. Tagsüber mußte sie immer Beschäftigung haben, sonst habe sie keine Ruhe. In der Nacht der Geburt des Kindes war sie sehr beängstigt, sie wollte es sich nicht merken lassen, ich habe es ihr aber am Blick angesehen. Von da an wurde es immer schlimmer, sie begann schlecht zu essen und wenig zu schlafen. Zureden war umsonst. Sie äußerte dann viele Selbstvorwürfe, dachte, sie habe nicht gut gekocht usw. Sie saß immer mit starrem Blick da und sagte auf Fragen, was sie denke oder wolle: ich wollte das oder jenes machen und nun kann ich es nicht . . . ich weiß gar nicht, was mit mir ist. Als sie dann auf ärztlichen Rat wieder nach Hause reisen sollte, sagte sie, sie müsse sich schämen, daß sie ihre Schwester im Stiche

lasse. Als ich sie dann nach Hause gebracht hatte, kam ein neuer Rückschlag von Schwermut und nach einigen Wochen ist sie bei klarem Bewußtsein an Herzschwäche gestorben. Der Arzt stellte Melancholie fest.

IV, 34. Ernestine Wanter, nach Bild dysplastisch; seelengut, aber schlampig und liederlich.

IV, 35. Ingeborg Wanter, Probandin. Asthenisch-dysplastischer Körperbau (s. Abb. 28 u. 29).

Von den Eltern gegebener Lebenslauf: Ingeborg, geboren am 12. XII. 1903 zu H. ist das jüngste unserer 4 Kinder. Sie wog bei der Geburt 7 Pfund, konnte nicht gestillt werden und nahm, trotzdem die Ernährung genau nach ärztlicher Vorschrift erfolgte, immer mehr ab, so daß sie im Alter von 3 Monaten nur noch 3 Pfund wog. Nun wurde Ingeborg durch eine Amme genährt, worauf sie sichtlich gedieh. Laufen lernte sie mit $1\frac{1}{2}$ Jahren, die Periode des Zahnens ging leicht vorüber, auch die Sprache wurde ziemlich rasch und früh erlernt. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, daß wir Ernährungsschwierigkeiten auch bei unseren anderen Kindern hatten, Ammenmilch haben dieselben indessen nicht erhalten.

Mit $6\frac{1}{2}$ Jahren kam Ingeborg zur Schule, Klagen haben wir von keinem der Lehrer gehört, da sie leicht lernte, ruhig und folgsam war.



Abb. 27. Ernestine Wanter (IV, 34).



Abb. 28.

Abb. 29.

Abb. 28 u. 29. Ingeborg Wanter (IV, 35).

In ihrem 11. Jahr stellte der Arzt eine Verkrümmung des Brustkorbes fest, die sich leider nicht heilen ließ, weder durch Tragen eines Korsetts noch durch Massage. Über Rückenschmerzen klagte sie oft.

Im 13. Jahr erkrankte Ingeborg an Gelenkrheumatismus (mit Mitralinsuffizienz nach Angabe des Arztes), der aber verhältnismäßig rasch zur Heilung kam. Öfteres Herzklopfen, welches sich nach der Krankheit einstellte, wurde von dem Arzte als nervös angesprochen, aber durchaus nicht ernst genommen.

Während des Krieges hat das Seelenleben unserer Tochter sehr gelitten. So kam sie einmal von einem Lazarettbesuch, den der Lehrer mit den Kindern unternommen hatte, ganz unglücklich zurück. Das ganze Kriegselend ist, da auch die Brüder und der Schwager im Felde standen, nicht spurlos an ihr vorübergegangen. Die Verwundung des ältesten Bruders und eine sehr schwere Diphtherie desselben im Münchener Lazarett lastete schwer auf ihr.

Die Menstruation trat im 14. Jahre ein, war normal und regelmäßig und zunächst ohne Beschwerden. Erst in den letzten Jahren traten zeitweise vor und nach der Regel Kopfschmerzen ein, die oft mit allgemeiner Verstimmung verbunden waren.

Noch während des Krieges erlernte Ingeborg die Schneiderei, die ihr viel Spaß und Freude machte.

Zu Anfang des Jahres 1919 zogen wir nach N. Unsere älteste Tochter, die sich inzwischen verheiratet hatte, blieb in H. zurück, wurde aber von Ingeborg, die immer etwas Heimweh zeigte, oft besucht. Für das bißchen Feld- und Viehwirtschaft, welches wir dort trieben, das aber in N. uns fehlte, zeigte sie großes Interesse. Während der jetzigen Krankheit fütterte sie wiederholt die Ziegen im Traume und bearbeitete das Feld.

Einen nachhaltigen Wendepunkt in ihrem Seelenleben scheint indessen erst ein mehrwöchiger Aufenthalt (Anfang 1921) in A. herbeigeführt zu haben. Sie hat während dieser Zeit die kranke Großmutter gepflegt, eine Frau, die an sich selber die höchsten Anforderungen stellte und daher gegen andere — wenn auch unbewußt — ziemlich rücksichtslos war, ganz im Gegenteil zum Großvater, der unsere Tochter auf Händen trug. Pflichtbewußtsein, vielleicht auch eine gewisse Verslossenheit, hielten unsere Tochter ab, uns von den Verhältnissen in Kenntnis zu setzen. Nachdem Ingeborg ca. 4 Wochen in A. gewesen war, kam sie krank zurück, klagte über allgemeine Schwäche und zeigte sich ziemlich apathisch.

Eine leichte Schwermut wurde durch gutes Zureden schnell überwunden. Im Sommer desselben Jahres erkrankte nun Ingeborg an einer Schleimbeutelentzündung des rechten Knies. Das Leiden zog sich etwas in die Länge und der Gedanke, daß das Knie möglicherweise punktiert werden müsse, wurde bei ihr zur fixen Idee und löste Angstzustände aus, die, obwohl nicht ganz leichter Natur, doch durch Suggestion ziemlich rasch verschwanden. Vor und auch während dieser Krankheit wurde unsere Tochter von schweren Träumen sehr geplagt. So sah sie oft den Leichenwagen vor der Tür, zu ihrer Abholung bereit. Auch von Kränzen, die ihren Sarg schmücken sollten, träumte sie oft, ein Zustand, der sich übrigens auch jetzt zu Anfang der Krankheit zeigte.

Sehr schwer hat auch ein Augenleiden (Astigmatismus), das erst verhältnismäßig spät erkannt wurde, auf das Gemüt gedrückt. Ein passendes Augenglas schaffte dann Linderung.

Im Herbst des vorigen Jahres besuchte sie die Kochschule, war mit Lust und Liebe bei der Sache und eine der fleißigsten und tüchtigsten Schülerinnen.

Auch das längere Krankenlager ihres Vaters ging nicht spurlos an ihr vorüber. Da wir durch die Inflation unser ganzes sauer erworbenes Geld eingebüßt haben, beschäftigte sie der Gedanke, was wird aus Mutter und mir, wenn Vater sterben sollte.

Das jetzige Leiden, wenigstens in seiner Auswirkung, war wohl zunächst eine Folge der Diphtherie. Angstgefühle zeigten sich schon, als die Herzschwäche eintrat, wurden aber ärger, als sich eine schlimme Mundfäule einstellte. Wie weit dann das ganze Seelenleben noch durch die Behandlung des Dr. X. beeinflusst wurde, entzieht sich natürlich unserer Betrachtung.

In gesunden Tagen war unsere Tochter allem theatralischen Wesen abhold. Wahrheitsliebe, Hilfsbereitschaft, Ordnungsliebe und Pflichtbewußtsein, vor allem aber Gerechtigkeitsgefühl waren ausgeprägte Charaktereigenschaften von ihr. Schlüpfrige Reden waren ihr verhaßt. Mit Männern hat sie in gesunden Tagen nie geliebängelt, ein seichtes, oberflächliches Wesen kannte sie nicht, Kinder liebte sie sehr.

Aus dem Krankenblatt:

Vorgeschichte (vom behandelnden Arzte abgegeben): Vor 10 Tagen (Sonntag) akute Diphtherie (bakteriologisch gesichert) mit Herzschwäche (8 Spritzen Campher, 7 Coffein). Vorübergehend Erstickungsgefahr. Keine Tracheotomie. Am gleichen Tage Ausbruch der Psychose. Sang Kirchenlieder, ließ sich aus dem Gebetbuch vorlesen, halluzinierte, sah Verwandte und Bekannte mit Kränzen ans Grab kommen, war örtlich und zeitlich desorientiert.

Dieser Zustand dauerte etwa 12 Stunden. War dann 36 Stunden bis Dienstag abend ruhig und klar. Verlangte in der Nacht plötzlich nach dem Arzt, machte ihm Liebesanträge, die sie geschickt und schamhaft mit Dankbarkeit motivierte. Hielt in den ganzen folgenden Tagen (bis Sonnabend) bei guter Orientierung und sonst völliger Klarheit des Denkens an dieser Einstellung fest.

Kam Sonnabend zum Ref., Dr. X, fiel dessen Mutter plötzlich um den Hals, begrüßte sie als Schwiegermutter, küßte den Ref., nahm keinen Anstoß daran, daß sie von diesem weiter Sie genannt wurde. Nannte ihn übrigens in Anwesenheit Fremder auch „Sie“, hatte zunächst auch den Eltern gegenüber ihre Liebe verschwiegen.

Zu vorgestern (Sonntag) lud sie den Ref. zur Verlobungsfeier. Legte sich an diesem Tag morgens mit Blumen geschmückt ins Bett, predigte, sprach davon, daß sie allein an Gott glaube. Zerschlug dann alle ihr werten Gegenstände, um mit diesem Opfer dem Ref. ihre Liebe zu beweisen. Zerschlug übrigens in strenger Auswahl nur Gegenstände, die ihr gehörten, ließ danebenstehendes Eigentum der Eltern unberührt. Ein anderer hinzugerufener Arzt hatte keinen Einfluß auf sie. Mittags Beruhigung. Ging am Nachmittag im Garten spazieren. Abends im ärztlich verordneten Bad erneute Unruhe, plantschte mit Wasser, wollte lustig sein, rief nach dem Ref.; den zweiten Arzt, der ihr eine Beruhigungsspritze geben wollte, wies sie ab. Vom Ref. nahm sie dann dieselbe willig. War ruhig bis gestern abend, fing dann wieder an zu singen, religiöse Lieder mit erotischer Unterströmung. Sprach auch von dem Geliebten. Sah in den Blitzen des abendlichen Gewitters gestern den Herrn Jesus. Schief auf Veronal hin etwas. Heute wieder lebhaft. Ganz klar, aber deutlich hypomanisch gesprächig. Ging sofort auf den Vorschlag des Ref. ein, eine kleine Autopartie zu machen. War übrigens noch hier recht aufgeräumt und munter.

War bei der Erkrankung von 1921 und bei dieser Erkrankung gerade menstruell.

Bei der Aufnahme (25. VIII. 1925):

Sehr lebhaft, redet unentwegt, begrüßt die Mitpat. des Saales mit pathetischen Worten, will ihnen helfen, will dann gleich wieder nach Hause, läßt sich aber beruhigen.

Maniert-lächelnder oder verklärt heiterer Gesichtsausdruck, gezielte Bewegungen, pathetische salbungsvolle Redeweise, unnatürlich heiter-gesprächig.

Zum Arzt: „Da ist das kleine Bett, in dem wir heute nacht schlafen werden — und wir werden auch noch heute nacht ein Knäblein haben, denn bei Gott ist nichts unmöglich.“

(?) „Jesus bist du . . . und wenn jetzt alle reinkommen und sagen, Du bist verrückt . . . ich sage, du bist Jesus von Nazareth.“

Eigene Schilderungen der Kranken (26. VIII. 1925): Spontan: „Heute nacht bin ich zur Einsicht gekommen, Herr Doktor, daß ich verrückt bin, daß es richtig ist, daß ich wiedergekommen bin . . . ich weiß, daß ich hysterisch war.“

(Seit wann krank?) „Hysterisch verrückt bin ich seit Dienstag vor 8 Tagen, seit ich wegen des Halses zu Dr. X ging . . . Dr. X ist Arzt und Mensch zugleich . . . er wußte, hier mußt du als Mensch helfen . . .“

(?) „Ja, ich habe an dem Sonntag Kirchenlieder gesungen, weil es mir so frei um die Brust war . . . anfangs wollte ich sterben . . . später sagte ich mir, nein, du darfst nicht sterben, mußt gesund werden, weil du gebraucht wirst . . .“

(Bekannte usw. gesehen?) „Ja, die habe ich gesehen, aber nicht wirklich, sondern nur im Schein. Es steht doch in der Bibel, daß es nach dem Tode ein Wiedersehen gibt . . . und da sah ich im Schein die Engel und habe so ein glückliches Gesicht gemacht. Und dann war der Herr Tucher da mit seinem Kranz und das war die Liebe — der war wirklich bei mir . . . so schwer es ihm geworden ist, aber er glaubt ja an Wunder . . . ich habe auch einmal in den Himmel geschaut, deswegen bin ich jetzt so ruhig . . . (Sie schreiben gerade wie Dr. X, aber Sie sind ja auch sein Freund, sein Freund, er hat es mir erzählt.)“

(?) „Ja, den Dr. X liebe ich und er mich auch, ich kann auf ihn warten, denn ich will ihn heiraten, denn Dr. X ist kein anderer als Jesus und (zum Arzt) du bist Dr. X!“ (Als Ref. versehentlich Fr. X sagt): „Ich heiße immer noch Fr. W. — bald werde ich Frau Dr. X sein!“

(Stimmen?) „Ja, ich höre Stimmen, die zu mir sagen: geh in dein Kämmerlein und bete, denn es ist Hochzeit, hohe Zeit, und die heute noch. Jetzt eben höre ich, daß Fr. W. auch hier ist — (?) das sagt mir der liebe Gott . . . ich stehe mit ihm in Verbindung . . . man hatte mir den Glauben genommen, aber Gott hat ihn mir wieder geschenkt und dafür bin ich unendlich dankbar . . . (?), ja ich höre noch mehr Stimmen, . . . jetzt höre ich genau, daß du schreibst . . . ich weiß alles, aber man muß auch stark sein, nicht daß man sagen kann, der Geist ist willig, aber das Fleisch ist schwach.“

Zum Arzt: „Du kannst nicht lügen, du schreibst alles richtig, du weißt ja alles, sag nur, wann ich reden soll. — (Ich bin doch nicht Dr. X.) „Nein, aber du wirst es noch werden . . . (fängt plötzlich laut zu beten an, bewundert dann wieder die Bilder an der Wand, will zu den anderen Kranken gehen, schließt dann die Augen).“

(Was machen Sie jetzt?) „Man muß die Augen zumachen und glauben.“

(Jetzt noch krank?) „Nein, ganz und gar nicht, nur wenn du bei mir bist, aber dann werde ich auch doppelt schnell gesund . . . der Wunder und Gotteswunder waren zu viel — aber eine Bitte habe ich — wenn wir noch heute getraut werden sollen — und wir werden es —, dann soll Dr. F. Trauzeuge sein, denn er hat immer so treu zu mir gehalten . . . ich bin ja vom Tode auferweckt . . . mein Schwager war im Krieg in Palästina, es muß doch dort ein Jesus gewesen sein . . . jetzt kommt eine Zeit wieder, wo Jesus wieder aufersteht — die Welt ist heute Nacht untergegangen, nur meine Eltern leben noch — du bist Jesus, verklärt durch die Liebe, du hast doch die Bibel und jetzt weiß ich auch, daß du kein Holzbein hast . . . und wenn du zwei Holzbeine, keine Augen und Hände hättest, ich hätte dir doch geglaubt, denn du liebst mich, jetzt geht die Welt unter, nur wir beide bleiben verschont . . . es ist ein Wunder geschehen, den Menschen sind die Augen

geöffnet . . . (sieht zum Fenster hinaus): Immer mehr, nur die guten Menschen sollen leben . . . Herrgott im Himmel, jetzt machst du alles wahr.“

5. IX. Theatralisch-pathetisches Wesen. Streckt dem Arzt bei der Visite mit spielerisch-erotischem Augenaufschlag die Hand hin. „Du bist Hans Richter, der Freund meines Kurt, meines Dr. Kurt X . . . Herr Jesus ist bei mir, die Liebe hilft über alles . . .“ Zu keiner geordneten Unterhaltung zu fixieren. Zeitweise sehr laut, singt religiöse Lieder, ruft nach dem Geliebten, spricht in rechthaberischer Haltung Gebete, ist aber bei energischem Anfassen sehr zugänglich, verspricht Besserung, gelobt „ewiges Schweigen“.

Beim Besuch der Mutter fällt sie dieser schluchzend um den Hals, fängt aber alsbald wieder ihre Unarten an, muß vom Ref. energisch ermahnt werden, sagt zu den Eltern: „Hier bleibe ich ewig.“ Setzt sich ein andermal mit untergeschlagenen Beinen aufs Sofa, läßt sich mit geschlossenen Augen von der Mutter mit Weintrauben füttern, gibt ihrem Gesicht einen schmerzlich-leidenden Ausdruck.

Muß zeitweise zur Nahrungsaufnahme angehalten werden, die Schwester oder Ref. muß ihr vorher in die Hand geloben: „Ich glaube an dich“, dann ausgezeichneten Appetit. Auch nachts manchmal unruhig, lärmend, singend.

12. IX. Ziemlich unverändert. Sobald Ref. zur Visite kommt, ganz nett und ruhig. Zieht die Hand des Arztes an ihr Gesicht, sieht ihn mit großen Augen an, nennt ihn „Kurt“, lacht dann und wendet sich vom Ref. ab. Meist sehr heiter und ausgelassen, singt viel, steht auch singend mit aufgelöstem Haar am Fenster, alles mit einer aufgebauchten theatralisch anmutenden Pose. Nachtschlaf und Nahrungsaufnahme leidlich.

19. IX. Klinische Vorstellung: Benimmt sich anfangs ganz ruhig, ist etwas eingeschüchtert durch den Anblick der vielen Ärzte, geht gar nicht aus sich heraus, ist auch durch alle möglichen Außenreize abgelenkt, hört auf die Kirchenglocken usw. Sagt auf Frage ganz richtig: „Das ist Herr Professor!“ (Wer bin ich?) Mit leiser Stimme: „Du bist Herr Jesus!“ Geht beim Abschied bei jedem einzelnen vorbei und reicht jedem mit einer komisch wirkenden gezierten Verbeugung die Hand.

26. IX. Versuch, sie im Schlafsaal resp. Einzelzimmer unterzubringen, mußte wieder rückgängig gemacht werden: machte allerlei Unfug, hängte Spiegel und Kleider ab, zog ihre Bettwäsche ab, störte andere Kranke durch Singen, löste auch immer wieder die Haare.

13. X. Erneuter Versuch, sie im Einzelzimmer zu halten, mißlingt. Ist heute in der Wache ganz ruhig, bleibt zu Bett. Guckt den Arzt mit schelmischen Blicken an, legt zum Zeichen des Schweigens den Finger auf den Mund. Nachtschlaf und Nahrungsaufnahme gut.

27. X. Ißt weniger. Heute nach dem Schlafsaal verlegt. Hält sich dort.

30. X. Ist ganz ruhig, bleibt jetzt im Bett liegen. Sieht sich überall sehr vergnügt um, wird immer ausgeglichener und freier. Spricht verhältnismäßig wenig. Hat guten Appetit. Nachtschlaf gut.

7. XI. Steht auf, beschäftigt sich auf der Station. Noch immer spielerisch und albern, aber im ganzen nicht störend. Nachtschlaf und Nahrungsaufnahme gut.

14. XI. In der vergangenen Woche ist Pat. — bei heiterer Gemütsstimmung — nicht mehr auffällig gewesen. Hat sich nett beschäftigt. Zeigt volle Krankheits-einsicht, ist sehr umgänglich, freut sich auf die Entlassung.

Von der Mutter abgeholt.

Katamnestiche Verfolgung: Bis zum Abschluß der Arbeit ist Pat. völlig gesund geblieben.

IV, 36. Julius Wanter, nach Bild asthenisch; fleißig, jähzornig, Zyniker.

IV, 37. Kurt Wanter, nach Bild asthenisch; seelengut, tüchtiger Geschäftsmann.

IV, 38. Alexander Enge, schwächlich, starb an Lungentuberkulose.

IV 39. Jakob Enge, mittelgroß, kräftig, sehnig; gesund; ruhiges Temperament; guter Charakter.

IV, 40. Irmgard Enge, mittelgroß, zarte Natur, kränklich, nach Krankheit im 1. Lebensjahr ertaubt; infolgedessen sehr mißtrauischer Charakter, sonst aber intelligent. Unverheiratet.

IV, 41. Katharina Seupel geb. Enge, mittelgroß, schwächlich, zart; guter Charakter. Im Alter von 36 Jahren (1920) erkrankt.

Aus der Krankengeschichte der Klinik¹⁾:

Vorgeschichte: Pat. steht seit längerer Zeit bei San.-Rat L. in Behandlung, der in letzter Zeit telephonierte, es ginge nicht mehr draußen. Sie kam dann zweimal



Abb. 30. Julius Wanter (IV, 36).



Abb. 31. Kurt Wanter (IV, 37).

her, um sich vorher auszusprechen, bevor sie sich entschloß, zu kommen. Beim zweiten Mal sprach sie davon, daß, wenn es mit ihren Zwangsideen so weiter gehe, sie sich das Leben nehmen werde. Sie wurde deshalb dabehalten; ihr Säugling kam dann nach und wurde vorerst mit ihr aufgenommen. Sie ist bei der Aufnahme in großer Erregung, ganz verzweifelt und weint dauernd. Nachmittags erzählt sie folgendes:

Sie sei immer etwas ängstlich gewesen, vor allem habe sie immer Angst, daß es um ihr Leben gehe. Als Kind sei sie lustig gewesen, nur zu lebhaft, habe sehr gut gelernt. Als Kind habe sie nie etwas von Zwangsbefürchtungen gekannt (es

¹⁾ Der Fall ist unter ganz anderen Gesichtspunkten bereits kurz veröffentlicht worden von Kurt Schneider: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 65, 137 unten (Fall 9). 1921.

wird eingehend nachgefragt). Auch als junges Mädchen sei sie vergnügt gewesen, nie skrupelhaft, nie übertrieben religiös, etwas phantastisch. Mit 22 Jahren habe sie ihren Mann kennen gelernt, mit 25 Jahren geheiratet. Die Ehe sei gut gewesen, nur sei der Mann etwas unzufrieden gewesen, weil sie nicht gern ausgegangen und sehr häuslich gewesen sei. Nach 3 Monaten Fehlgeburt, nach $\frac{5}{4}$ Jahren sei ihr jetzt 7jähriges Mädchen geboren worden. Später habe sie noch einmal einen Jungen geboren, der mit 5 Wochen gestorben sei. August 1914 sei sie wegen des beginnenden Krieges ziemlich aufgeregt gewesen; sie sei damals mit ihrem Kinde nach Hause gefahren, dort habe es Streitigkeiten mit der Mutter gegeben, der ihre Garderobe zu großstädtisch gewesen sei. Auch wegen der Ernährung des Kindes habe sie mit der Mutter gestritten. In dieser Zeit habe sie zum erstenmal Zwangsideen gehabt. Die Mutter habe von einer Bekannten gesprochen, die geisteskrank geworden sei; von dem Tage ab habe sie Angst gehabt, es könne ihr auch so gehen. Sie sei dann wieder nach Hause gegangen, habe dann die Idee gehabt, sie könne ihrem Kinde ein Leid antun, im Essen wäre Gift und ähnliche merkwürdige Ideen, sie selbst sei ein Blatt Papier, eine Schwalbe, der Kaiser und solchen Unsinn. Sie habe alles für sich behalten, mit niemand darüber gesprochen. Damals habe sie auch Angst gehabt, sie könnte einen Mord begehen. In der Zeit sei sie traurig gewesen, doch sei die Traurigkeit den Zwangsideen nicht vorangegangen. Zuerst habe sie die Angst gehabt, sie könne geisteskrank werden. Dieser Zustand habe über ein Jahr gedauert, dann sei es langsam besser geworden. Dann sei sie wieder völlig gesund geworden, nur entsetzlich ängstlich mit den Kindern und sich selbst sei sie gewesen; sie sei sehr viel zu Ärzten gelaufen.

Sie hätte sehr gerne wieder ein Kind gewollt, weil sie das eine verloren habe. Oktober sei sie in andere Umstände gekommen; die Schwangerschaft sei mit viel Beschwerden verbunden gewesen; die ersten 4 Monate sei sie gelegen, habe viel Erbrechen gehabt, sei sehr abgemagert und habe viel an Schwindel gelitten. Februar habe sie zuerst wieder Zwangsideen gehabt, und zwar als sie mit ihrem Kind im Luisenpark war, habe sie zunächst nur die Angst gehabt, das Kind könnte krank werden und sterben. Und zwar habe sie an einen ganz bestimmten Punkt angeknüpft: sie habe gesehen, wie das Kind mit seinem Däumchen einen Apfel gehalten habe, nun habe sie plötzlich gedacht: „Wenn du dieses Däumchen nicht mehr sehen solltest.“ Dann habe es angefangen, daß sie geglaubt habe, sie müsse ihrem Kind an den Hals springen, und die Gedanken hätten dann immer an einem Wort angeknüpft, z. B. wenn sie das Wort Hospital gehört habe, habe sie denken müssen, sie möchte auch, daß ihr Kind im Hospital läge. Am 4. VI. habe sie gut geboren, aber die Zwangsgedanken seien immer schlimmer geworden. Wenn das Kind geweint habe, habe sie immer denken müssen, du sollst weinen. Außerdem habe sie immer daran herumgedacht, es hätte lieber ein Junge sein sollen, habe begonnen, auf der Straße nach allen Jungen zu sehen und habe überall fragen müssen, wo sie ein kleines Kind gesehen habe, ob es ein Junge oder ein Mädchen sei. Dieses Fragen nach dem Geschlecht sei ganz unsinnig geworden; so habe sie Dinge wie: „Besser eine männliche Elektrische als eine weibliche“ denken müssen.

Bei San.-Rat L. sei sie seit März. Dann habe sie bei allem denken müssen, ihr Kind sei daran schuld, z. B. daß kein Deckchen auf dem Nachttisch liege, daß ein Sprung im Spiegel sei; „ich kann überhaupt nicht mehr normal denken“. Seit Wochen sei sie aufgeregt, habe namentlich auch Angst, sie werde geisteskrank. Immer müsse sie ihren Kindern Böses wünschen, wenn man z. B. von irgend etwas in der Zukunft rede, hinzudenken: „Dann sollen die Kinder nicht mehr leben!“ In letzter Zeit habe sie kein Gefühl und keine Empfindung mehr, auch ihre Haut sei ganz unempfindlich, sie habe es selbst schon mit einer Nadel geprüft. Auf die Frage, wie sie mit ihren Angehörigen stehe, bricht sie in Tränen aus. Das sei ja das Schlimme, daß sie sie nicht mehr liebhaben könne. Sie sei so kalt. „Es ist,

als ob mein Inneres zu einer Salzsäule erstarrt wäre. Ich meine immer, wenn ich den Kindern einen Kuß gebe oder sie drücke, das wäre alles nur was Erzwungenes.“ Sie schlafe schlecht, liege aber viel im Halbschlummer, müsse dann ganz unsinnige Sätze vornehmen; es komme ihr z. B. ein Satz in die Gedanken: „Die Frau, wo du putzt“ oder „Frau Seupel ist in Hoffnung“ oder „Das hängst du morgen auf“. Dabei habe sie keine Ahnung, was das bedeuten solle. *Gehört* habe sie so etwas niemals.

Sie könne nichts mehr arbeiten, bei nichts bleiben, könne auch nichts lesen. Wenn sie ein Unglück in der Zeitung lese, müsse sie immer denken, ihr Kind sei schuld. Sie müsse dann Worte denken, wie „Himmelsakramentsmädel“ und viel schlimmere Worte. Wenn sie zu Hause etwas aufräume und von diesen unsinnigen Dingen verfolgt würde, müsse sie z. B. denken: „Wenn jetzt dein Kind ein Junge wäre, würdest du diese Kragen in das Nachtkommöchen tun.“ Wenn sie Glocken höre, denke sie, „das sind jetzt die Grabglocken für dein Kind.“ Wenn sie Blumen sehe, habe das ebenfalls etwas zu bedeuten. Immer müsse sie so an die Todesanzeigen ihrer Kinder denken, oft auch in ganz unsinniger Weise, z. B.: „Jetzt habe ich mit dem Kaffee die Todesanzeige getrunken.“

2. VIII. Pat. ist in gänzlich aufgelöstem Zustand, hört auch zunächst gar nicht auf irgendwelchen Zuspruch, läßt sich gar nicht beruhigen, will immer nur erzählen. Wenn man weg ist, ruft sie einen wieder her, um noch etwas in dem letzt aufgeführten Sinne zu erzählen. Sie weint fortgesetzt und ist in größter Angst und Unruhe. — Körperlich: Blonde, zarte, jugendliche Frau im Stadium der Lactation. Innere Organe ohne krankhaften Befund.

3. VIII. Da die Erregung ziemlich stark geworden ist, wird sie auf den Wachaal verlegt. An alle Fragen der gestrigen Unterredung hat sie jetzt neue Zwangs-ideen geknüpft. Gestern (nach der Frage nach Depersonalisation) habe sie die ganze Nacht denken müssen, der eine Teil von ihr liege im Bett, der andere auf dem Boden usw. in dieser Weise.

Opium kann wegen des Stillens nicht gegeben werden; für das Kind zeigt sie auch objektiv kaum Interesse.

9. VIII. Pat. ist immer noch äußerst erregt, überstürzt sich förmlich mit dem Vorbringen von Zwangsideen, vor allem, daß sie sich ihr ältestes Kind nicht mehr vorstellen könne, da sei nur ein schwarzes Loch. Sie will ihr Kind absetzen, damit man ihr Medikamente geben könne und es besser würde.

16. VIII. Im wesentlichen hat sich nichts geändert, doch ist sie etwas ruhiger geworden, d. h. sie lebt sich nicht mehr so in die Verzweiflung hinein und weint auch nicht mehr so viel. Die Gedanken bewegen sich immer im gleichen Kreis. Wenn die Pflegerin an einem Kleid ausbessert, so muß sie denken: „Das Kleid möchte ich bei der Beerdigung meines Kindes anhaben.“ Wenn sie ihr Kind stillt, muß sie denken: „Wenn es nur tot wäre.“ Allen Menschen, die mit ihr zu tun haben, wünscht sie den Tod. Immer klagt sie darüber, daß sie sich ihr ältestes Kind gar nicht mehr vorstellen könne; alle Leute, selbst die Gleichgültigsten, könne sie sich ausmalen, nur nicht ihr Töchterchen. Sie ist psychischer Beeinflussung wenig zugänglich, man hat eher den Eindruck, je weniger man sich mit ihr abgibt, je besser gehe es ihr, da sie an alles, was man sagt, ihre Zwangsideen anknüpft. Sie klagt darüber, es sei ihr alles einerlei, ob ihr Mann käme oder wegbliebe, sie liebe auch ihr Kind nicht, sie sei ganz „apathisch“. Dennoch sieht man, wenn man kommt, während sie stillt, daß der Ausdruck der richtigen Mutterfreude über ihr Gesicht geht.

28. VIII. Der Zustand ist wechselnd; morgens bedeutende Verschlechterung, gegen Abend ist eine Besserung festzustellen; sie wiederholt meist dieselben Klagen, klagt, daß ihr die Zeitbegriffe fehlen, zwangshafte Gedanken in ihr aufsteigen,

ihren Mann zu töten, ihre Kinder unter die Erde zu bringen. Sie ist äußerst krankheitsbetont, weint und jammert viel, hört nicht gerne von einer Besserung sprechen. Abends lacht sie schon wieder etwas.

Weinerlich erzählt sie, es gehe ihr schlecht; alles, was sie sähe, wäre sie selber auch schon einmal gewesen. Alle Tiere und Naturerscheinungen, das wäre sie, und sie wisse doch, daß sie es nicht wäre. Die Umwelt sei ihr nicht entfremdet. Abends habe sie einmal einen großen Scheiterhaufen gesehen, im Hintergrunde ihr Kind. Sie habe das Gefühl, als habe sie ihren Mann nicht mehr so lieb wie früher. Pat. spricht noch von allerhand Zwangsideen, z. B. habe sie gestern, als sie im Garten spazieren ging, beim Anblick des Zaunes denken müssen, sie könne jetzt leicht hinüberspringen, in die Kinderklinik eilen und ihr Kind umbringen. Sie male sich so allerhand Todesarten aus. Sie habe keine Angst mehr, halte das für ein schlimmes Zeichen. Sie könne nur nach Hause nicht zurückdenken. Zeitbegriffe seien ihr völlig geschwunden, sie könne sich ihre Kindheit und ihre Jugend nicht mehr vorstellen. Sie erkennt ihren Zustand als krankhaft, fürchtet, geisteskrank zu werden oder daß ihre Krankheit nicht zu heilen wäre und sie deshalb in eine Irrenanstalt müsse, glaubt nicht an eine Heilung ihres Zustandes, das könne sie nie und nimmermehr glauben.

Einmal habe sie auch eine Art von Stimmen gehört, die sie nicht näher charakterisieren könne, sie wisse auch nicht, ob es Männer- oder Frauenstimmen gewesen seien; diese sagten ihr, die Welt sei voll von Kartoffelsalat und Hafer-schleim.

Die Stimmungslage ist während der Untersuchung sehr niedergedrückt, sie klagt und weint viel; zeitweise ist sie munterer, lacht und plaudert mit den anderen Patienten. Nährt ihr Kind weiter.

1. IX. Der Zustand hat sich wenig geändert, sie hat noch die gleichen Klagen über das schlechte Gedächtnis, Entfremdung der Zeit, Unmöglichkeit, die Begriffe zu irgendwelchen genauen Gedanken zu führen, das Kind töten zu wollen. Dabei ist sie sehr weinerlich, aufgeregt, ängstlich, sie komme doch noch mal ins Irrenhaus, fürchtet, verrückt zu werden.

16. IX. In den letzten Tagen ist vielleicht eine gewisse Beruhigung eingetreten, sie ist nicht mehr so voller Klagen wie früher, aber die Inhalte sind doch noch die gleichen. Vor einigen Tagen verabschiedete sie sich von ihrem Mann, da sie doch in ein Irrenhaus komme. Nun fürchtet sie, ihr Kind töten zu müssen, ein andermal glaubt sie, gar nicht die Mutter ihres Kindes zu sein. Noch immer treten eigenartige Gedanken zwangsmäßig in ihr auf; heute morgen gebrauchte sie den Ausdruck, „ihr ganzes früheres Heim sei ihr entfremdet“. Nach einer Aussprache tritt eine gewisse Beruhigung ein, wenn auch zu Beginn derselben die Tränen reichlich fließen, der Affekt ein sehr tiefer ist, ist doch durch Zuspruch vorübergehend eine gewisse Besserung zu erreichen.

1. X. Pat. hat noch die gleichen Klagen über Entfremdung, Unfähigkeit, richtig zu denken, Zeit- und Ortsbegriffe fehlen ihr, sind noch ohne Inhalt. Zeitweise ist sie sehr aufgeregt und unruhig, glaubt nie wieder gesund zu werden, Bei einer Fütterung wird sie etwas aggressiv, schlägt und tritt die Pflegerin, weint, ist äußerst unfolgsam und erregt.

7. X. Die letzte Zeit ist sie etwas ruhiger, liegt vielleicht etwas teilnahmslos im Bett, ist noch voll von Klage. Die angekündigte Überführung nach W. wird mit starkem Protest entgegen genommen, sie wolle nach Hause, fürchtet, nie mehr von W. entlassen zu werden wegen der nahe bevorstehenden Geisteskrankheit.

Bei der Visite gestern morgen zeigte sie ein völlig anderes Blid, zeigte leicht hypomanische Stimmung, war sorgfältiger angezogen, gut frisiert, empfing den

Arzt strahlend, lachte, erzählte ihm, daß sie nun völlig gesund sei, über Nacht sei sie geheilt. Sie erinnere sich an alles, was gewesen sei, Tage, Begriffe, Vorstellungen bedeuteten ihr nun wieder etwas, sie brauche nicht nach W., könne gleich nach Hause, um im Haushalt zu arbeiten. Ihre Gefühle ihrem Mann und ihren Kindern gegenüber seien nun wieder wie früher. Sie könne sich ihr jetziges Krankheitsbild gar nicht mehr vorstellen. Auch der Mann, der sie besucht und eine schwerkranke Frau vorzufinden glaubt, ist über diesen plötzlichen Umschwung im höchsten Grade erstaunt, er sagt, er kenne seine Frau nicht wieder. In den letzten Tagen bestand der gleiche Zustand, die Stimmung war hypomanisch, vielleicht als Reaktion auf die Heilung zu deuten. Dieser plötzliche Umschwung hatte etwas so Überraschendes, daß man ihm nur mißtrauisch gegenüberstehen kann. Es wird deshalb, weil ein Rückfall befürchtet wird, von einer Entlassung nach Hause vorläufig abgesehen und Pat. zur Erholung in die Anstalt W. überführt, von wo sie schon nach einigen Tagen entlassen werden kann.

Aus einem Briefe, den die Pat. während des Klinikaufenthaltes geschrieben hat: „Wenn ich das Wasser über mir von der Toilette rauschen höre, denke ich, jetzt wird meine Hildegard durch die Röhre gespült. Wenn über mir die Tür aufgeht, denke ich, das Herz von meinem Kinde wird aufgemacht. Wenn abends das Licht angebrannt wird, denke ich, wie das erste elektrische Licht in Köln angebrannt hat, hätte das Kind vom Blitz getötet werden müssen, solche Arten habe ich unzählige. Ich sehe im Geist auf dem Nachttisch einen Brief, die Anrede davon und denke, wie die Anrede geschrieben ist, hätte das Kind sterben müssen, unzählige dieser Art. Ich will immer durchs Zimmer gehen und fragen, ist das nicht eine schöne Blume, ein schöner Tisch usw. Gestern habe ich das Kind umgedreht und habe die inneren Organe außen gesehen. Alle Krankheiten und alles Böse wünsche ich meinen Kindern, nicht wünschen, sondern ich habe nur die Gedanken. Die kleine Gisela lag bei mir im Bett diese Woche, da kam ein Auto, ich sagte „horch“ zu dem Kinde und gleich dacht ich, da kommt der liebe Gott. Alle Naturerscheinungen, alle Städte und Flüsse bin ich oder andere Menschen. Oft denke ich, alle Gegenstände sind die Augen von uns. Blumen, wenn ich welche sehe, sind die Grabesblumen von meinen Kindern, oder Glockenläuten sind Grabesglocken von den Kindern. Stehe ich morgens auf und sehe die Blumen im Badezimmer stehen, denke ich, gleich kommen die Grabesblumen in dein Zimmer. Denke ich an meine Bekannten, so denke ich, die kochen jetzt Totenköpfe oder irgendeinen Teil von meinen Kindern. Esse ich ein Stückchen Schokolade von Wiese, so denke ich, ich bin die Schokolade oder die Firma, die auf der Schokolade steht. So ist es mit allem Essen. Gestern dacht ich, du hättest doch die Hildegard auch Blumentopf oder Tisch oder Stuhl oder Reisuppe usw. nennen können, oder ihr einen Jungennamen geben können.“

Katamnese (1926): Seither vollständig gesund geblieben.

IV, 42. Lina Enge, untermittelgroß, schwächlig, gesund; gutmütig, verträglich.

IV, 43. Edgar Seupel, großer Mann, gesund; gutmütig.

IV, 44. ♂

IV, 45. ♀

IV, 46. ♂

IV, 47. ♀

IV, 48. ♀

IV, 49. ♀

IV, 50. ♀

} alles kräftige und gesunde Menschen.

IV, 51. Hugo Paulsen, groß, kräftig; etwas träge, leidet an Stuhlverstopfung.

IV, 52. Josephine Paulsen, mittelgroß, zierlich, gesund.

- IV, 53. Hulda Paulsen, kräftig, gesund.
 - IV, 54. Emma Paulsen, kräftig, gesund.
 - IV, 55. Rudolf Paulsen, normale Gestalt, guter Charakter.
 - IV, 56. Jacques Paulsen, groß, kräftig, strebsam, gesund.
 - IV, 57. Willi Paulsen, mittelgroß, kräftig, gesund.
 - IV, 58. Waldemar Paulsen, war als Kind dick und schwerfällig, jetzt groß und stark, gesund.
 - IV, 59. Richard Paulsen, zart, guter Charakter.
 - IV, 60. Georg Paulsen, war normal gebaut, jung nach einer Operation gestorben.
 - IV, 61. Immanuel Paulsen, groß, kräftig, aber nicht dick, gesund.
 - IV, 62. Brigitte Paulsen, mittelgroß, kräftig, gesund.
- Bei der fünften Generation handelt es sich durchweg um Kinder, die bis jetzt alle gesund sind.

Wir sind mit der Darstellung unseres Materials zu Ende und können nunmehr versuchen, einige Gesichtspunkte zur Klärung der erbbiologischen Zusammenhänge zu gewinnen. Wir wollen so vorgehen, daß wir zuerst diejenigen Familienmitglieder einer eingehenden Erörterung unterwerfen, die psychisch erkrankt sind, und beginnen mit der Ausgangsprobandin Ingeborg Wanter (IV, 35).

Wir hören von ihr, daß sie häufig prä- und postmenstruell verstimmt war, worin wir einen wichtigen Anhaltspunkt für spätere Betrachtungen gewonnen zu haben glauben. Sonst war sie in ihrem Wesen gleichmäßig, pflichttreu, ernst, weich, schwernehmend und „allem theatralischen Wesen abhold“, wie der Vater schreibt und wie wir uns selbst gelegentlich einer Nachuntersuchung überzeugen konnten. 18jährig macht sie zum erstenmal eine Depression durch, vielleicht ausgelöst durch ungewohnte körperliche Anstrengung und das offenbar sehr aufreibende Zusammenleben mit der Großmutter. Aber schon im Sommer desselben Jahres erkrankt sie — somatisch provoziert — wieder an einer der Schilderung nach ernster zu nehmenden Depression, die wohl nicht zufällig in den menstruellen Zyklus fällt. Deutlicher treten die von uns vermuteten Zusammenhänge zwischen körperlichen, „exogenen“ Vorgängen und seelischen Gleichgewichtsstörungen aber erst bei der letzten Erkrankung in Erscheinung. In unmittelbarem Anschluß an eine ärztlich genau beobachtete Rachendiphtheritis kommt es zum Ausbruch einer Psychose, an deren symptomatischer Natur wir wohl festhalten müssen. Nach nur 12stündiger Dauer klingt der Zustand dieser akut einsetzenden Psychose vom Typus einer exogenen Reaktionsform fast ebenso rasch wieder ab. Alles scheint vorüber. Aber nach weiteren 36 Stunden sehen wir ziemlich perakut eine neue Psychose sich ankündigen, deren hauptsächlichste Merkmale sich zwanglos um den Gegenpol des ersten depressiv gefärbten Bildes gruppieren lassen. Bei vorwiegend hypomanischer Grundstimmung zahlreiche erotische Tendenzen, psychomotorische Lösung und allerlei phantasti-

sche Einschlüge. Sehr bemerkenswerter Weise ist inzwischen die Menstruation eingetreten. In der Klinik bietet die Kranke ein vorwiegend manisches Zustandsbild dar, wenngleich ein phantastisch-theatralischer Zug und die sich immer wiederholenden schwärmerisch-religiösen Einstreungen der Psychose zeitweise ein ganz besonderes Gepräge geben, während zu anderen Zeiten die typisch manischen Erscheinungen das Bild fast ausschließlich beherrschen. Es fehlen — wir notieren das ausdrücklich — heteronome Zeichen völlig, also etwa schizophrenieverdächtige Symptome. Der wie zu erwarten günstige, in Heilung ausgehende Verlauf als solcher gibt zu besonderer Betrachtung keinen Anlaß. Überblicken wir das Ganze auch katamnestic, so könnten wir uns mit der klinischen Etikette: manisch-melancholisches Irresein zufrieden geben.

Da wir bei der gänzigen Anlage unserer Untersuchung aber keineswegs im Sinne haben, dem Begriff der „Krankheitseinheit“ eine besondere Stütze zu geben, sondern vielmehr der Meinung sind, daß die Einheitlichkeit von Krankheitskerngruppen sich ganz von selbst herauschälen muß, wenn wir nur zuerst einmal vollständig von solchen vorweggenommenen Konzeptionen abstrahieren, so wollen wir in jedem einzelnen Fall versuchen, von verschiedenen Seiten her zunächst eine Auflösung der klinischen Diagnose in Angriff zu nehmen. Zu diesem Zweck stehen uns verschiedene Möglichkeiten offen. Bei der Wahl eines oder mehrerer Einteilungsprinzipien muß es vor allem unsere Aufgabe sein, methodisch so saubere Arbeit zu leisten, daß unsere vorläufig hinausgeschobene spätere Synthese mit Begriffen arbeiten kann, welche der als Leitlinie nie aus den Augen zu verlierenden klinischen Problemstellung zur Förderung und Bereicherung dienen kann. Wir werden deshalb — um unseren Standpunkt anzudeuten — zuerst lediglich einer „syndromalen“ Betrachtungsweise huldigen.

Kehren wir nach dieser Abschweifung zu unserer Probandin zurück, und prüfen wir die sich uns anbietenden Einteilungsprinzipien, so scheinen uns am brauchbarsten die bisher eigentlich wenig beachteten Vorschläge *Kleists*¹⁾. Bedienen wir uns nämlich der von diesem Forscher für die von ihm und *Schroeder* so genannte Gruppe der Degenerationspsychosen aufgestellten Unterformen, so können wir der Probandin Ingeborg Wanter die Bezeichnung *autochthon-labil* zulegen. Diese Anlehnung an die Gedankengänge *Kleists*, die nicht willkürlich an das Material herangetragen werden, sondern wozu unsere Unterlagen rein empirisch aufforderten, hat den Vorteil, daß wir an andere Befunde *Kleists* hier anknüpfen können. Denn in Weiterverfolgung

¹⁾ Autochthone Degenerationspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 69, 9. 1921. — Die Streitfrage der akuten Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 5. 1911.

der *Kleist*schen Anschauungen kann nicht übersehen werden, daß wir für die von dem Autor gemachte Erfahrung hinsichtlich der „Auslösung von autochthonen Psychosen durch Infektionskrankheiten“ oder durch „Umwälzungen im endokrinen System“ in unserem Fall eine schöne Bestätigung zu sehen glauben. Ist doch unsere Kranke bei zweien ihrer Anfälle menstruiert gewesen und haben sich beide Erkrankungen im unmittelbaren Anschluß an infektiöse Schädigungen entwickelt (beim ersten Mal eine Schleimbeutelentzündung, beim zweiten die Rachen-diphtherie). Es erfährt aber weiterhin auch die *Kleist*sche Vermutung, daß „vorläufig als manisch-depressiv aufgefaßte Konstitutionen, bei denen ein Teil der Krankheitsanfälle autochthon, ein anderer Teil im Anschluß an Infektionen auftrat, richtiger als Verbindungen von autochthoner und symptomatischer Labilität zu deuten sind“¹⁾, durch unsere Beobachtung insofern eine Bestätigung, als wir hörten, daß I. W. einmal auch ohne direkten Anlaß depressiv erkrankte (1921). Überdies scheint sie aber auch noch eine reaktiv-labile Komponente in sich zu tragen, Feststellungen also, welche schlechthin „jede klinische Systematik über den Haufen werfen“²⁾, wenn man — wie wir hinzufügen möchten — immer nur unser übliches diagnostisches Schema im Auge hat. Legt man aber an solche Beobachtungen den *Kleist*schen Maßstab an, so befestigt sich in der Tat die Meinung *Otto Binswangers*, „daß der gemeinsame Untergrund dieser Erscheinungen in einer konstitutionell degenerativen Veranlagung zu suchen ist“²⁾. Speziell unser Thüringer Material legt ja die Vermutung nahe, daß man nicht wird umhin können, auf derartige Fälle den von *Binswanger* an eben demselben Thüringer Krankenmaterial gewonnenen Begriff der *polymorphen Degenerationspsychose* anzuwenden, wenigstens für solche, bei denen dieser Name nicht nur wieder einen neuen ungeklärten Sammeltopf bedeutet, sondern — wie bei dem unserigen — eine exaktere Bestimmung seiner einzelnen Bestandteile in ihrer pathogenetischen und pathoplastischen Wertigkeit ermöglicht und damit der klinischen Analyse neue und fruchtbare Einsichten verschafft.

Bevor wir fortfahren, möchten wir aber nicht unterlassen, noch auf einen anderen bemerkenswerten Punkt hinzuweisen. Wir verweilen oben bereits bei der Feststellung, daß I. W. direkt im Anschluß an die Diphtherie an einer zweifellos kurzdauernden symptomatischen Psychose erkrankte, welche dann nach einem 1½tägigen freien (?) Intervall durch das soeben besprochene manische Zustandsbild abgelöst wurde, ein sicher nicht alltägliches Vorkommnis. Indem wir bezüglich

¹⁾ Die Influenzapsychosen. S. 48. Berlin 1920.

²⁾ *Binswanger, Otto*: Betrachtungen über Volksart, Rasse und Psychose. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 74, 238. 1925.

des hier angeschnittenen Fragenkomplexes auf eine frühere Arbeit¹⁾ verweisen können, in welcher wir uns eingehend mit den einschlägigen Problemen der exogenen Reaktionstypen auseinandergesetzt haben, möchten wir hier nur kurz die Frage streifen, wie wir uns denn den Zusammenhang der akuten — übrigens unverkennbar depressiv gefärbten, mit Desorientiertheit einhergehenden — Halluzinose mit der 36 Stunden später aufgetretenen Manie denken sollen. Am ungezwungensten doch wohl so, daß wir annehmen, es sei durch die vorangegangene symptomatische Hirnschädigung der Boden für die Auslösung einer präformierten homonomen Reaktionsform so bereitet worden, daß es nur des neuerlichen Anstoßes wieder vom Körperlichen her (Menstruation) bedurfte, um sie zur Äußerung zu bringen²⁾. Solcherlei und ähnliche Erwägungen ließen es uns reizvoll erscheinen, den konstitutionellen Grundlagen im weiteren Sinne, in Gestalt der erblichen Zusammenhänge nämlich, nachzuforschen. Dies um so mehr, als schon *Kleist* auf die mutmaßlich erbliche Bedingtheit der Degenerationspsychosen aufmerksam gemacht hatte.

Anmerungsweise sei noch darauf hingewiesen, daß die *Kretschmer*-sche Einteilung im Falle I. W. nicht anwendbar ist, denn die nach der Terminologie dieses Autors als syntone oder zylothyme Persönlichkeit anzusprechende Probandin zeigt einen asthenisch- oder leptosom-dysplastischen Körperbau. Da auch die Art ihrer Psychosen mit dem somatischen Habitus in Widerspruch stehen würde, wenn wir die *Kretschmer*-schen Theorien zur Anwendung bringen wollten, gehen wir auf diese Fragen nicht näher ein.

Wir fahren fort in unserer Betrachtung der erkrankten Familienmitglieder und wenden uns der Cousine der Probandin, Katharina Seupel geb. Enge (IV, 41) zu.

Es wurde in der Klinik die Diagnose „periodisches Zwangsdenken“ gestellt, die genauere klinische Einordnung also offen gelassen. Wir können das von unserem Standpunkt aus nur begrüßen, schon deswegen, weil sich dadurch für uns die Chancen erhöhen, unvoreingenommen an das Material heranzutreten. *Kurt Schneider*, der den Fall unter rein phänomenologischen Gesichtspunkten bearbeitet hat, hielt sich ja bewußt von jeder klinisch-diagnostischen Einstellung fern. Die nur klinische Betrachtung des Falles Seupel hätte auch — wenn sie ehrlich sein wollte — ergebnislos bleiben müssen. Um so fruchtbarer kann die klinische Analyse nunmehr ausfallen, wenn wir die Beobachtung in den

¹⁾ *Jacobi und Kolle*: Betrachtungen zum schizophrenen Reaktionstypus. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 76. 1926.

²⁾ Es soll ausdrücklich gesagt werden, daß die geäußerte Ansicht, ebenso wie viele spätere Bemerkungen, den Anschauungen *Hoches* folgen, ohne daß es jedesmal möglich wäre, den Namen des Autors zu zitieren.

großen erbbiologischen Zusammenhang stellen. Zwangserrscheinungen sehen wir im Rahmen der allerverschiedenartigsten Erkrankungen auftreten¹⁾. Sicher ist ihr Vorkommen bei periodischen Melancholien, umstritten im Kreise schizophrener oder schizophrenieverdächtiger Psychosen. Nosologisch sind alle diese Krankheitstypen noch in völliges Dunkel gehüllt; der Erbllichkeitsforschung eröffnet sich hier ein weites Feld fruchtbarer Betätigung. Unser Fall möge das zeigen. (Es ist übrigens nicht uninteressant, daß die Kranke in der Klinik angegeben hatte, aus einer gesunden Familie zu stammen! Man sieht also, welchen Täuschungen wir fortwährend unterworfen sind.)

Die erste Periode von Zwangsdenken bei K. S. tritt nach vorangegangenen seelischen Aufregungen (Kriegsbeginn, Streit mit der Mutter) aber ohne direkt erkennbaren Zusammenhang damit auf und verläuft so milde, daß ärztlicher Rat nicht in Anspruch genommen zu werden braucht. Anders bei der zweiten Erkrankung, welche zur klinischen Beobachtung führte. Diesmal machen sich die ersten Zwangserrscheinungen während der Schwangerschaft geltend und steigern sich in der Stillperiode so, daß Krankenhausaufnahme notwendig wird. Hatte die erste Erkrankung rund 1 Jahr gedauert, so beträgt die Dauer der zweiten 8 Monate. Dann ist die Kranke schlagartig wieder gesund. Ein ganz kurzes hypomanisches Nachstadium kennzeichnet den Ausgang der Psychose. Aus dem Verlauf notieren wir uns noch die im Krankenblatt ausdrücklich vermerkten Tagesschwankungen und vor allem die eigenartigen Entfremdungserlebnisse, die dem damaligen Beobachter immer den Verdacht an etwas Schizophrenes nahelegten. Klinisch mußte solchen Bedenken damals zweifelsohne Raum gegeben werden. Nachdem wir aber den Fall bis heute katamnestisch verfolgen konnten und nachdem wir die tieferen erbbiologischen Zusammenhänge heute übersehen, dürfen wir das Vorliegen einer etwa periodisch verlaufenden Schizophrenie wohl verneinen. Dem allergrößten Kolorit nach würde von einer dem manisch-melancholischen Formenkreis zuzurechnenden Psychose gesprochen werden können, trotzdem die Kranke — worauf wieder hingewiesen sei — von zweifellos asthenischem Körperbau ist.

Im Verfolge unserer Gedankengänge möchten wir annehmen, daß auch Katharina Seupel zu den autochthon-labilen Persönlichkeiten gehört, und zwar wieder nicht in reiner Ausprägung, sondern vermischt mit wahrscheinlich reaktiv-labilen (erste Zwangsperiode) und sympto-

¹⁾ Siehe dazu u. a. K. Schneider: Zwangszustände und Schizophrenie. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 74. 1925 oder *Jahrreiß*: Über einen Fall von chronischer, systematisierender Zwangserkrankung. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 77. 1926 u. derselbe: Zwangserrscheinungen im Verlaufe der Schizophrenie, ebenda.

matisch-labilen (Schwangerschaft, Lactation) Anteilen, deren Herkunft uns bei weiterer Verfolgung der Erblchkeitsverhältnisse alsbald klar werden dürfte.

Marianne Durnach (IV, 33) ist das dritte Mitglied dieser Generation, welches psychisch erkrankte. Wir können uns kurz fassen. Sie war immer eine sehr ausgeglichene Natur, die sich jedenfalls mit dem ihr auferlegten Leben (ob mit oder ohne Ressentiment, bleibe dahingestellt) abgefunden hatte. Während der anstrengenden Wochenpflege ihrer Schwester bekommt sie eine der Schilderung nach typische Melancholie, von der sie sich nicht wieder erholt. Nach kurzer Dauer der Psychose stirbt sie, offenbar an Entkräftung. Also auch hier wieder eine durch seelische und vor allem körperliche Anstrengungen ausgelöste autochthone Depression.

Endlich noch Eva Feindel (V, 13), die durch Suicid endete, bei welcher wir auch an ein Zusammentreffen von autochthon- und reaktiv-labiler Konstitution denken.

In der dritten Generation hätten wir uns zuerst mit der Psychose der Else Markwald geb. Paulsen (III, 7) zu beschäftigen. Wir schicken voraus, daß auf dem uns zur Verfügung stehenden Krankenblatt *keine* Diagnose vermerkt war. Wir haben also auch hier wieder völlig freie Hand bei unseren diagnostischen Überlegungen.

Bei der ersten Erkrankung befand sich die Kranke in einem akut ausgebrochenen schweren halluzinatorischen Verwirrheitszustand mit Desorientiertheit, Personenverkennungen und größter psychomotorischer Erregung. Die eigentliche Psychose dauert rund eine Woche, dann klingt der Zustand langsam ab, die Orientierung kehrt allmählich wieder; alle psychischen Funktionen sind zwar noch sehr verlangsamt, sie macht einen schwer besinnlichen Eindruck und ist für die Psychose selbst bis auf einige inselartige Erinnerungen amnestisch. Als alles vorüber ist, zeigt sie Krankheitseinsicht. Zustandsbild sowohl wie Verlauf entsprechen also ganz dem, was wir bei einer symptomatischen Amentia zu sehen gewohnt sind. Eine solche Deutung müssen wir aber ablehnen, da in dem ärztlichen Einlieferungsattest ausdrücklich vermerkt ist, daß die Kranke vorher keine fieberhafte Erkrankung durchgemacht hatte; auch sind in der Anstalt keine erhöhten Temperaturen gemessen worden. Es bliebe noch zu erwägen, ob es sich nicht um einen epileptischen Dämmerzustand gehandelt haben könnte, denn aus der Vorgeschichte hörten wir ja, daß die Kranke gelegentlich Anfälle gehabt haben soll. Da die Katamnese aber nichts auf Epilepsie Verdächtiges ergeben hat, möchten wir annehmen, daß es sich um hysterische Anfälle gehandelt hat. Bevor wir uns entscheiden, betrachten wir kurz die zweite Psychose, die rund ein Jahr später auftrat. Wieder ein akuter Verwirrheitszustand, von diesmal aber stark

katatonem Gepräge. Die Dauer der Psychose ist wieder nur kurz. Alles in allem ähnelt das Bild dem ersten außerordentlich. Einzelheiten interessieren vorläufig nicht. Was hat das Ganze zu bedeuten? Wir tragen jetzt nach, daß E. M. sich in der letzten Zeit vor der ersten Erkrankung stark überarbeitet und wohl auch viele Aufregungen mit der altersschwachen Mutter gehabt hatte. Über das Verhalten während der Menstruation ist leider nichts notiert, denn bei der zweiten Aufnahme war die Kranke — wie ausdrücklich vermerkt wurde — prämenstruell. Und katamnestisch hören wir nun von der Schwester, daß sie immer im Frühjahr und zur Zeit der Menstruation wieder unruhig werde. Wir geben zu, daß verschiedene Auffassungen über den Fall E. M. nebeneinander bestehen können, stellen aber gerade darum unsere Meinung, die immerhin das erbbiologische Material hinter sich hat, zur Diskussion. Da es sich auch hier um eine heilbare Erkrankung gehandelt hat, — wir haben keinen Grund, anzunehmen, daß ein Defektzustand verblieben ist —, ziehen wir eine Schizophrenie nicht in den Kreis unserer Erörterung, sondern sprechen von einer Degenerationspsychose im oben erwähnten Sinne. Unseren früheren Beobachtungen fügt sich doch mancherlei zwanglos an: wir können auch hier von einem Zusammenreffen von autochthon- und symptomatisch-labiler Anlage sprechen. Das Auftreten an sich ist autochthon, als auslösende Momente schuldigen wir einmal die Überarbeitung und beim Wiederauftreten den zeitlichen Zusammenfall mit der Menstruation an, wobei es immer noch dahingestellt bleiben muß, ob nicht auch bei der ersten Erkrankung ein Zusammenhang mit den Generationsvorgängen nachzuweisen gewesen wäre.

Agathe Friedrichsen (III, 13) ist — in unserem Zusammenhange — eine reaktiv-labile Persönlichkeit gewesen.

Käthe Friedrichsen (III, 15) litt an einer Hirngeschwulst. Als Nebebefund registrieren wir die Angabe, daß sie — bei Hinterlappenschädigung — psychische Störungen dargeboten hatte, die wir sonst vorwiegend bei Stirnhirnerkrankungen anzutreffen gewohnt sind.

Elisabeth Wanter geb. Friedrichsen (III, 17), Schwester der beiden vorigen, Mutter unserer Probandin Ingeborg Wanter, fällt wieder ganz in den Rahmen unserer übrigen Befunde hinein: menstruelle Störungen im Sinne der Migräne; Depressionszustand im Anschluß an das Wochenbett resp. die Stillperiode. Als Nebebefund vermerken wir, daß E.W. in der Jugend zweifellos asthenisch war, im Alter ebenso sicher pykisch ist.

Egon Friedrichsen (III, 19) bekam, trotzdem er ausgiebig spezifisch behandelt wurde, eine Tabes und später eine Paralyse. Das würde uns an sich in diesem Zusammenhang nicht weiter interessieren. Wohl verlohnt es sich aber, kurz auf einige psychopathologische Fragen hinzu-

weisen, denn das Zustandsbild ist als paralytisches Syndrom nicht ganz gewöhnlich. Einmal nämlich in formaler Hinsicht, wenn wir so sagen dürfen, das Auftreten von Halluzinationen, und zweitens — inhaltlich — der Charakter der Sinnestäuschungen. Wenn wir lesen, daß er häufig mit verzücktem Gesichtsausdruck dagelegen habe und daß religiöse Vorstellungen sich immer wieder vordrängen („ich bin Gott“, er habe Gott und Jesus Christus gesehen usw.), so muß man sich sofort daran erinnern, daß auch bei unserer Probandin Ingeborg Wanter — worauf wir schon aufmerksam machten — das pathogenetisch andersartig zustande gekommene Bild pathoplastisch durch ganz ähnliche Züge ein besonderes Gepräge erhielt. In konstitutioneller Hinsicht ist bemerkenswert, daß E. F. prämorbid als ein lebhaftes und heiteres Temperament geschildert wird. Möglicherweise war in diesem Falle der expansive Charakter seiner Paralyse lediglich infolge seiner ursprünglichen Veranlagung pathoplastisch determiniert.

Felix Wanter (III, 29), Vater der Probandin Ingeborg Wanter, können wir am besten mit dem *Kretschmerschen* Terminus des tatkräftigen Praktikers hinreichend charakterisieren. In unserem speziellen Zusammenhang betrachtet ist von Bedeutung, daß er auf eine exogene körperliche Erkrankung mit einem homonomen (depressiven) Syndrom reagiert. Unter dem Gesichtswinkel unserer kausal-genetischen Betrachtungsweise also wieder verständlich zu machen durch die Annahme einer Verbindung von autochthon- und symptomatisch-labiler Veranlagung.

Wir kommen zur zweiten Generation.

Johanna Paulsen geb. Bornwald (II, 3), Mutter der Else Markwald (III, 7), wurde im Alter senil dement.

Paul Friedrichsen (II, 9), der offenbar eine sehr geschlossene und reife Persönlichkeit war, erkrankte Anfang der 20er Jahre während des 66er Feldzuges in einem Feldlazarett, wo er als freiwilliger Krankenpfleger tätig war. Obschon die damaligen Aufzeichnungen nicht allzu reichhaltig sind, können wir doch so viel daraus entnehmen, daß die Psychose im Anschluß an große körperliche Erschöpfung und seelische Aufregungen ziemlich akut aufgetreten ist. Das dargebotene Zustandsbild muß als durchaus heteronom angesprochen werden. Im vorliegenden Falle dürfte es sich um eine Verflechtung symptomatisch- und reaktiv-labiler Anteile handeln.

Ernst Friedrichsen (II, 12) starb durch Suicid. Wenn wir dem Bericht Glauben schenken wollen — und wir haben eigentlich keinen Grund, daran zu zweifeln — so würden wir hier eine reaktiv-labile Konstitution vor uns haben.

In der ersten Generation sind Psychosen nicht vorgekommen. Wir wissen nicht, worum es sich bei dem „Nervenfieber“ des Bernhard

Friedrichsen gehandelt hat. Seiner Veranlagung nach ist er anscheinend ein habituell Depressiver gewesen, wobei reaktive Momente auch eine Rolle gespielt haben mögen.

Damit wären wir mit der Aufzählung der psychotisch erkrankten Familienmitglieder zu Ende und wollen nun zusammenfassend die uns wichtig erscheinenden Tatsachen nochmals herausheben und unter einheitlichen Gesichtspunkten zu vereinigen trachten.

Wir waren von der Psychose der Probandin Ingeborg Wanter ausgegangen. Der direkte zeitliche Zusammenhang eines in der Klinik als atypische Manie diagnostizierten Zustandsbildes mit einer Diphtherie einerseits, der Menstruation andererseits unter Berücksichtigung der aus der früheren Vorgeschichte der Kranken bekannten Daten ließ es uns reizvoll erscheinen, die erblichen Beziehungen zu erforschen. Denn wir sagten uns, daß von dorthin am ehesten eine Aufklärung darüber zu erwarten sein würde, ob wir konstitutionellen oder exogenen Momenten einen größeren Anteil am Zustandekommen der Psychose beimessen sollten. Auch hofften wir, daß auf nosologische Probleme vielleicht doch ein Licht fallen würde. Um nun zwar klinischen Vorurteilen nicht zum Opfer zu fallen, andererseits aber auch, wie gesagt, nosologische Fragen nicht ganz aus dem Auge zu verlieren, mußten wir gewissermaßen einen Mittelweg zwischen *Kraepelin* und *Hoche* (ob gar eine Synthese daraus wurde?) wählen. Wie, das wird nunmehr zu zeigen sein.

Wenn man sich bei einer derartig notwendigerweise kasuistisch orientierten Untersuchung verständlich machen will, so soll man nach Möglichkeit an das schon Bestehende anknüpfen. Uns schien es zweckmäßig, der *Kleistschen* Einteilung zu folgen, welche durch die enge Anlehnung an somatologische Prinzipien viel eher eine Nachprüfung ermöglicht, als alle diejenigen Versuche, welche immer nur in der seelischen Schicht bleiben. Es war die Bevorzugung des *Kleistschen* Prinzips aber auch deswegen geboten, weil dieser Forscher mit als einer der Ersten unser Augenmerk auf diejenigen psychischen Reaktionsformen hingeleitet hatte, welche nur mit dogmatischer Voreingenommenheit in den bekannten Systematiken unterzubringen waren.

Denn davon gingen wir aus und darauf liegt der Schwerpunkt unserer Untersuchung: dem Erbgang von psychischen Krankheitsformen nachzuspüren, welche nicht „zwischen“, sondern außerhalb der großen und anerkannten Gruppen der Schizophrenien und des manisch-melancholischen Irreseins liegen resp. ob es solche gäbe und welchen Kriterien gemäß wir imstande wären, sie abzugrenzen und zu bestimmen. Das Thüringer Material verlockte besonders zu einem solchen Unternehmen, hatte doch schon *Otto Binswanger* sich mit der Frage nach der Existenz einer polymorphen Degenerationspsychose befaßt.

Wir machten es uns nun zur Aufgabe, ein größeres familiäres Material rein empirisch danach zu befragen, inwieweit sich der Begriff der polymorphen Degenerationspsychose als tragfähig erweisen würde und unternahmen den Versuch, den für klinische Zwecke allzu weiten und dehnbaren Begriff näher zu analysieren. Unser bisheriges Ergebnis war, daß es in der Tat eine Gruppe von Psychosen gibt, welche eine nur äußerliche Ähnlichkeit mit verschiedenen bekannten Krankheitsbildern aufweist, tatsächlich aber von ihr abzutrennen ist. Das Vorwiegen homonomer Zustandsbilder allein kann ja doch unmöglich dazu berechtigen, alle diese Krankheitsformen dem manisch-melancholischen Kreis zuzurechnen¹⁾. Die *Kleistsche* Theorie erwies sich nun bei unseren Bemühungen insofern als fruchtbar, als es damit gelingt, Untergruppen des großen Formenkreises der degenerativen Geistesstörungen herauszuheben, welche — unbeschadet einer etwaigen Verwandtschaft mit der manisch-depressiven Kerngruppe — die Zubilligung einer Sonderstellung beanspruchen können.

Innerhalb der von uns studierten Sippschaft handelt es sich um Krankheitstypen, in denen wir die von *Kleist* beschriebenen Konstitutionen ohne weiteres wiederzuerkennen vermögen²⁾. Bemerkenswerterweise fanden wir nun, daß unser Material nur ganz vereinzelt die Annahme nur jeweils *einer* spezifischen Anlage zuläßt, sondern daß wir fast gesetzmäßig eine Kombination zweier Konstitutionsanteile, nämlich der autochthonen mit der symptomatischen³⁾ Labilität nachweisen konnten, nicht selten sogar das Hineinspielen von reaktiven Komponenten (im Sinne der reaktiven Labilität). Daneben sahen wir aber auch Krankheitsanfälle von rein autochthonem Auftreten. Im großen und ganzen legen unsere Beobachtungen die Vermutung nahe, daß es gelingt, die polymorphe Degenerationspsychose (*Binswanger*) in einzelne konstitutionelle Bestandteile aufzulösen, auf ein Zusammenspiel zwar verschiedenartiger, aber wohl unter sich verwandter Konstitutionen zurückzuführen. In ätiologischer Hinsicht gelingt es vielleicht — wozu unser Material allein nicht ausreicht — die Herkunft der einzelnen konstitutionellen Faktoren durch eine genaue Erbanalyse sichtbar zu machen.

In theoretischer Beziehung dürfte folgende Erklärung den tatsächlichen Verhältnissen noch am ehesten gerecht werden. Wir nehmen mit *Kleist* an, daß „in der Mehrzahl der autochthonen Degenerations-

¹⁾ Siehe dazu den ausgezeichneten Übersichtsaufsatz von *Johannes Lange* über manisch-depressives Irresein: *Klin. Wochenschr.* 1925, Nr. 33.

²⁾ Die *Kleistschen* Arbeiten werden immer als bekannt vorausgesetzt.

³⁾ Der Begriff „symptomatisch“ wird hier immer in einem viel weiteren Sinne gebraucht, als es gemeinhin im Sinne der *Bonhoefferschen* Untersuchungen üblich ist. Die hier angewandte Fassung will vorläufig nur den engen Zusammenhang zwischen körperlichen Vorgängen und seelischen Äußerungsformen hervorheben.

psychosen erblich übertragene feinere Anlagefehler des Gehirns vorliegen, durch welche die Empfindlichkeit verschiedener Gehirnteile gegenüber den vermeintlich vorhandenen und auf bestimmte Gehirnapparate spezifisch abgestellten Endotoxinen erhöht wird“, und glauben durch unser Material eine — wenn natürlich bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens noch längst nicht beweiskräftige — kleine Stütze beigebracht zu haben. Denn wir möchten jetzt darauf zurückkommen, daß es sich bei unseren Beobachtungen fast ausnahmslos um Symptomenkomplexe gehandelt hat, welche wir sonst vor allem bei den endogenen Affektpsychosen anzutreffen gewohnt sind, homonome Syndrome also, wie *Kleist* sagen würde. Da nun nach den neueren Forschungen (*Reichardt, Ewald*) ein Zusammenhang von Affektivität und bestimmten subcorticalen Zentren sehr wahrscheinlich gemacht wird, sprechen wir die Vermutung aus, daß wir für die zu unterstellenden Anlageschwächen bestimmter Hirnsysteme nicht die „fraglichen Affektzentren im Stirnhirn“ (*Kleist*), sondern viel eher tiefer gelegene, phylogenetisch ältere Gebiete werden in Anspruch nehmen müssen.

Wir sind uns wohl bewußt, daß unser Material auch andere Deutungen zuläßt. Es wird z. B. der strenge Anhänger der Lehre von der Krankheitseinheit von unseren Überlegungen nichts wissen wollen, vielmehr unsere Psychosen trotz unserer Bedenken dem manisch-melancholischen Irresein zurechnen. Es sei aber ausdrücklich wiederholt, daß kritische Einwände solcher Art uns insofern nicht treffen können, als auch wir die Verwandtschaft oder vielleicht auch innere, somatobiologische Zusammengehörigkeit der von uns herausgehobenen Krankheitstypen mit dem zirkulären Formenkreis nicht ohne weiteres in Abrede stellen wollen. Alle diese Fragen können aber erst durch sorgfältige weitere Forschungen einer Entscheidung zugeführt werden. Einer etwa auftauchenden Deutung möchten wir allerdings von vornherein widersprechen: daß alle diejenigen Erkrankungen nämlich, die sich an körperliche Störungen angeschlossen haben, einfache exogene Reaktionspsychosen im Sinne *Bonhoeffers* seien. Wir müssen das deswegen verneinen, weil das überwiegend homonome Gepräge unserer Bilder dann die Existenz *exogener* Prädilektionstypen erneut vollständig in Frage stellen würde. Davon kann aber gar keine Rede sein, so sehr auch das Vorkommen homonomer Syndrome nach akuten exogenen Schädigungen noch ein Gegenstand der Diskussion sein mag. Streng genommen würde dieser Einwand insofern an den tatsächlichen Verhältnissen nichts ändern, als das familiär gehäufte Auftreten von homonomen Syndromen, ausgelöst durch exogene Schädigungen, bestehen bliebe. Ein ungewöhnliches Vorkommnis mithin, welches auch wieder mit der *Kleistschen* Annahme der Verkuppelung verschiedener Konstitutionen erklärt werden könnte.

Wollen wir die *Kahnschen* methodologischen Bestimmungen¹⁾ an unser Material herantragen, so muß es eigentlich offen bleiben, welche von den fünf von *Kahn* erwogenen Möglichkeiten hier zur Anwendung zu bringen wäre. Am meisten würden wir dazu neigen, mit *Kahn* zu sagen: „Das psychopathologische Syndrom und eine bestimmte Grundstörung gehören als erbbiologisches Ganzes zusammen.“

Um unserer Untersuchung nun aber eine breitere Grundlage zu geben, haben wir uns nicht auf die psychotisch erkrankten Familienmitglieder beschränkt, sondern alle, auch die gesunden, Glieder zu erfassen gesucht. Wir wollen nun zusehen, ob unsere oben angeführten Annahmen dadurch eine Bestätigung erfahren oder ob die uns zur Verfügung stehenden Angaben keine Schlüsse zulassen.

Wir gehen so vor, daß wir unter bestimmten Gesichtspunkten unser Material durchmustern. Es kommen da verschiedene Möglichkeiten in Frage. Einmal müssen wir die ganz gesunden Menschen irgendwie einzuordnen versuchen. Das wird kaum möglich sein, denn dazu reichen, sofern wir charakterologischen Fragen Raum gewähren wollten, unsere Unterlagen nicht aus, wenn wir nicht ganz an der Oberfläche haften bleiben wollen. Trotzdem werden wir den Versuch machen, und uns zunächst an die *Kretschmerschen* Aufstellungen halten, die insofern hier brauchbar sind, als sie auch immer nur das Größte berücksichtigen. Wesentliche Einsichten dürfen wir also von vornherein gar nicht erwarten. Da wir auch immer bemüht waren, Aufschlüsse über den *Körperbau* zu erhalten, können wir diese Befunde jetzt mitverwerten.

Zuerst haben wir ausgezählt, wie oft in unserem gesamten Material wir Hinweise auf pyknischen Körperbau finden; das ist 19mal der Fall, also 13,5% im Verhältnis zur Gesamtzahl aller Sippschaftsmitglieder (141). Dadurch bekommen wir einen ungefähren Überblick über die Häufigkeit des pyknischen Habitus unter der Gesamtbevölkerung. Daß wir trotz unseres groben Verfahrens damit ungefähr das Richtige getroffen haben, geht aus dem Vergleich mit anderen Untersuchungen hervor. *Gruhle*²⁾, *Simmel*³⁾ u. a. fanden nämlich auch annähernd dieselben Prozentzahlen unter Geistesgesunden. Stellen wir diesem Befund nun gegenüber die Verteilung charakterologischer Typen und bedienen uns dabei einer vorläufig wieder nur ganz groben Abschätzung in syntone (*Bleuler*) und dystone (*Bostroem*) Menschen, so erhalten wir rund 30% der ersteren Gruppe, den Rest von der letzteren. Mit alledem ist, wie man sieht, nicht viel anzufangen.

¹⁾ Erbbiologische Einleitung in Aschaffenburgs Handbuch, S. 51.

²⁾ *Gruhle*: Der Körperbau der Normalen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 77. 1926.

³⁾ Siehe dazu *Kolle*: Psychiatrische Körperbauforschung. Klin. Wochenschr. 1926.

Aber bevor wir uns nach anderen Ordnungsmöglichkeiten umsehen, wollen wir noch kurz diejenigen Befunde hier zusammenstellen, deren Unterlagen etwas solider als die vorigen sind. An Hand der uns zur Verfügung stehenden Lichtbilder nämlich soll geprüft werden, was für Entsprechungen sich ergeben, wenn wir unsere Aufzeichnungen über Seelisches daneben stellen. Der Übersichtlichkeit halber haben wir, damit der Leser sich rascher orientieren könne, die einzelnen Notizen nochmals herausgeschrieben.

	Körperbau	Psychisch
I, 2	pyknisch	still, rührig fromm
I, 5	„	ruhig, fleißig, ordnungsliebend, gemütlich, geduldig
I, 7	„	—
II, 3	„	liebevoll, ruhiges und stilles Wesen
II, 8	„	tätig, tüchtig, sparsam, streng, äußerst energisch, im Alter pedantisch und geizig
II, 9	„	still und bescheiden, ein wirklich edler Charakter, wahrhaft fromm, heiter, eine kindlich reine Natur, nachdenklich, für Ideale begeistert
II, 10	„	ruhig, humoristisch, klug, geschickt
II, 12	„	s. dort (S. 744)
II, 14	„	gutmütig, selbstzufrieden
II, 18	„	—
II, 20	„	lebhaftes Temperament, besaß einen beißenden Spott, bei aller Schärfe im Urteil nie ungerecht
III, 3a	„	kränkelt viel, nervös, tut Gutes, ist aber sehr rechthaberisch, möchte überall tonangebend sein
III, 10	„	ruhig, verträglich, gewissenhaft
III, 11	„	eigenartiger Charakter, streng, genügsam
III, 16	„	fleißig, äußerst geschickt, peinlich ordnungsliebend, sehr sparsam, fast zu Geiz neigend, „hysterisch“
III, 17	„	etwas fahrig und hastig, „nervös“, sonst gutmütig, verträglich, weichherzig, sehr besorgt um ihre Kinder, tadellose Hausfrau
III, 29	„	s. dort (S. 755), „tatkräftiger Praktiker“
III, 38	„	—
III, 41	„	gutmütig
I, 1	athletisch	ernst, energisch
I, 9	leptosom	gerade, bieder, streng gegen sich, streng gegen andere, soll keinen Widerspruch vertragen haben
I, 10	leptosom (?)	ruhig, gutmütig, fleißig und rührig, das Wohl ihrer Kinder ging ihr über alles
II, 11	nicht pyknisch leptosom (?)	gewissenhaft, tüchtig, interessiert, mit Gleichgesinnten innige Freundschaft haltend, von ihren Schülerinnen sehr verehrt; s. dazu ihren eigenen Lebenslauf
II, 19	athletisch	pünktlich und gewissenhaft, viel zu bequem, um sich noch um andere Menschen zu kümmern, regte sich niemals auf, war unempfindlich gegen Schmerz

	Körperbau	Psychisch
III, 12	nicht einzuordnen	ruhiges, stilles, sehr liebevolles Wesen, aufrichtig und wahrheitsliebend, trug ihre schwere Krankheit ohne Murren
III, 13	leptosom	sehr begabt, las viel, hilfsbereit, außerordentlich kinderlieb, offenbar sehr weich und schwernehmend
III, 14	„	äußerst geschickt, sehr angenehmes Wesen
III, 15	dysplastisch-athletisch	sehr ruhig, etwas schwerfällig
IV, 34	dysplastisch	seelengut, aber schlampig und liederlich
IV, 35	asthenisch-dysplastisch	weich, schwernehmend, wahrheitsliebend, hilfsbereit, ordnungsliebend, pflichtbewußt, starkes Gerechtigkeitsgefühl, kinderlieb, allem theatralischen Wesen abhold
IV, 36	leptosom	fleißig, jähzornig, Zyniker
IV, 37	„	seelengut, tüchtiger Geschäftsmann

Versucht man nun, *Kretschmers* Maßstäbe hier anzulegen, so sieht man, daß wir uns in zahlreiche Widersprüche verwickeln, denn wir sehen solche seelische Strukturen, die *Kretschmer* als zykllothym bezeichnen würde, bei pyknischem und bei nicht-pyknischem Körperbau und solche, die *Kretschmer* schizothym oder schizoid nennen würde, zwar auch bei leptosomer, athletischer oder dysplastischer Gestalt, ebenso oft aber auch bei pyknischen Individuen.

Wenn unsere Unterlagen auch nicht gerade reichhaltig sind, so verfügen wir einigemal doch über ausreichende Mitteilungen, welche wohl einen Schluß auf die seelische Beschaffenheit zulassen. Ein echtes Korrespondieren von Körper und Seele läßt sich mithin an unserem Material nicht feststellen.

Wir wenden uns noch einigen somatobiologischen Betrachtungen zu; es sollen unsere *somatischen Morbiditätsbefunde* kurz gestreift werden. Arteriosklerose zählen wir zweimal, Gelenkrheumatismus viermal, Tuberkulose fünfmal, daneben noch mehrmals „Wassersucht“, je einmal Migräne, nervöses Hautleiden, Struma und Menstruationsstörungen. Also keine einheitlichen Ergebnisse, wenn wir davon absehen, daß zweimal das Zusammentreffen von pyknischem Habitus mit Apoplexie berichtet wird.

Lassen wir jetzt den Körperbau einmal ganz beiseite und versuchen wir uns nach rein seelischen Eigenschaften zu orientieren, so wird das Problem naturgemäß immer komplizierter, und es gehört schon einiger Mut dazu, auf Grund solcher Angaben, wie sie uns zur Verfügung stehen, nun einfach zu „diagnostizieren“. Neuerdings ist man damit nicht mehr so ängstlich — daher findet man auch so leicht und einfach das, wonach man sucht. Wir haben nicht die Absicht, solchen Lockungen nachzugeben. Es soll jedenfalls versucht werden, zunächst einmal *psychopathische* Typen auszusondern.

Bei folgenden Mitgliedern glauben wir — bei aller Vorsicht — doch Anhaltspunkte für das Vorliegen einer psychopathischen Konstitution zu haben. Bei der Zuteilung zu irgendeiner der vielfachen Untergruppen halten wir uns diesmal an *Kurt Schneider*¹⁾, dessen rein phänomenologische Darstellung den Vorzug in sich birgt, von klinischen Vorurteilen frei zu bleiben, dabei aber gleichzeitig trotzdem die Möglichkeit bietet, die ohne klinisch-klassifikatorische Gesichtspunkte gewonnenen Typen später für klinische Zwecke nutzbar zu machen²⁾.

II, 2	explosibel
II, 13	? (liederlich)
II, 16	willenlos
II, 27	? (geizig)
III, 3	geltungsbedürftig
III, 3a	geltungsbedürftig
III, 6	schwermütig depressiv
III, 13	schwermütig depressiv
III, 19	unstet, willenlos
III, 31	paranoisch-depressiv
IV, 1	haltlos hyperthymisch
IV, 6	gemütlos?
IV, 13	paranoisch depressiv
IV, 14	?
IV, 17	vegetativ-nervös (labil)?
IV, 24	gemütlos, „hysterischer Charakter“
IV, 36	explosibel
IV, 40	paranoid
IV, 41	selbstunsicher (Zwangszustände)

Wir finden unter den 141 erfaßten Individuen also 20 als psychopathisch anzusprechende Persönlichkeiten. Davon würden 5 in die Gruppe der Depressiven, 8 zu den Geltungsbedürftigen, 2 zu den Explosiblen *Schneiders* gehören, während man bei 5 auf eine auch nur annähernde Einordnung ganz verzichten muß. Im allgemeinen sehen wir also auch unter den Psychopathen unserer Sippschaft vorwiegend solche (13 von 20), die wir, wenn wir nun klinische Zuordnung vornehmen, in den autochthon- und reaktiv-labilen Konstitutionen *Kleists* unterbringen können.

Werfen wir nun noch einen Blick auf die übrigbleibenden Mitglieder unserer Erbtafel, so müssen wir uns schlechthin die Unmöglichkeit eingestehen, irgendetwas darüber aussagen zu können. Es hängt doch vollständig in der Luft, wenn man an Hand von ein paar Stichworten — und wie oft verfügen wir denn über brauchbare Unterlagen — die heutzutage z. B. so beliebte Diagnose „schizoid“ oder „schizothym“ zu

¹⁾ Die psychopathischen Persönlichkeiten in Aschaffenburgs Handbuch. Leipzig und Wien 1923.

²⁾ Bezüglich der ganzen mit dieser Frage zusammenhängenden Problematik sei ausdrücklich auf die Arbeit von *Kurt Schneider* verwiesen.

stellen sich anheischig machen wollte. Wir nehmen von vornherein davon Abstand.

Was wir bisher getrieben haben, war — um mit *Rüdin* zu sprechen — erweiterte klinische Psychiatrie; erbbiologische Erörterungen im engeren Sinne haben wir bisher noch gar nicht angestellt. Das soll jetzt nachgeholt werden. Es soll vorausgeschickt werden, daß der Nachweis quantitativer *Mendelscher* Verhältnisse gar nicht versucht werden wird. Es ist nicht nur unser zu kleines Material, welches uns davon abhält, sondern wir sind auch der Meinung, daß die psychiatrische Erbllichkeitsforschung im heutigen Stadium ihrer Entwicklung dazu ungeeignet ist. Das ist ganz unpolemisch gemeint, trifft sich im übrigen mit den Ansichten kompetenter Vererbungsforscher, die, wie z. B. *Hoffmann* in seiner letzten Arbeit¹⁾, auch von dem Nachweis *Mendelscher* Verhältnisse abgekommen sind.

Immerhin wollen wir einige einschlägige Fragen kurz erörtern. Zuerst etwas ganz „Einfaches“: *die Vererbung des körperlichen Habitus*. Kann unser Material uns darüber Aufschlüsse geben? Höchstens hinsichtlich des pyknischen Körperbaues, der immer noch am leichtesten erkannt werden kann. Überblicken wir unsere Erbtafel, so sehen wir folgendes: Unsere Probandin (IV, 35) und ihre 3 Geschwister (IV, 34, 36, 37) sind alle sicher nicht pyknisch, stammen aber von Eltern (III, 17 und 29) ab, bei denen eine pyknische Disposition²⁾ vorhanden ist. (Wir erwähnten bereits, daß beide Eltern in der Jugend nicht-pyknisch waren; es hat sich bei ihnen im höheren Lebensalter der pyknische Typ unter dem Einfluß von uns zur Zeit unbekannten Paramomenten entwickelt.) Die Großeltern mütterlicherseits (II, 8 und 9) waren auch beide im Alter pyknisch: bei der Großmutter ist die pyknische Anlage schon auf dem Jugendbildnis zu erkennen, beim Großvater hingegen in keiner Weise, er zeigt sich uns in jungen Jahren in athletischem Gewande. Von den Urgroßeltern endlich zeigen die beiden Urgroßmütter (I, 2 und I, 5) pyknischen Wuchs. Wann sich bei ihnen der Typ herausgebildet hat, wissen wir nicht, da wir nur Altersbildnisse kennen. Väterlicherseits war die Großmutter (II, 20) ziemlich sicher pyknisch, der Großvater bestimmt nicht. Bei den Urgroßeltern nehmen wir nur von dem einen Urgroßvater (I, 7) an, daßer Pykniker war.

Zusammenfassend können wir also sagen, daß es nachgeprüft werden müßte, ob — was unser Material nahelegt — die pyknische *Disposition* dominant vererbt wird. Denn daß es sich nur um eine „Disposition“ handeln kann, geht daraus hervor, daß bisher keines von den 4 am Ende des dritten Jahrzehnts stehenden Kindern (IV, 34—37) pyk-

¹⁾ Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis.

²⁾ Siehe dazu und zu allem folgenden die Arbeit von *Gruhle*: Körperbau der Normalen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 77. 1926.

nische Merkmale aufweist. Ob sich bei dem einen oder anderen in späteren Jahren unter der Einwirkung von Umwelteinflüssen ein pyknischer Körperbau noch herausbildet, bleibt abzuwarten.

Wie steht es nun mit der *Vererbung auf psychischem Gebiet*?

Unter Hinweis auf unsere früheren Ausführungen wäre zu prüfen, ob sich der Erbgang der einzelnen Konstitutionen oder der Bausteine, aus denen sich diese Konstitutionen zusammensetzen, ermitteln läßt.

Bei der Probandin selbst (IV, 35) ist es klar; sie ist im engsten Sinne ein Produkt der von den Eltern überkommenen Keimanlagen, sie trägt genotypisch die Bereitschaft mehrerer Reaktionsformen in sich und realisiert diese auch phänotypisch.

Die Mutter der Probandin (III, 17) übernimmt von ihrem Vater (II, 9) reaktiv- und symptomatisch-labile Anteile, von denen aber nur die letztere Komponente bei ihr selbst phänotypisch realisiert wird, während die autochthone „Reaktionsform“ bei ihr selbst offenbar von urgroßväterlicher Seite her kommt (I, 4, der mutmaßlich habituell depressiv war). Und dann reißen unsere Fäden ja ab.

Auf seiten des Vaters der Probandin (III, 29) bleibt der Erbgang ganz unklar. Im ganzen überwiegen in der mütterlichen Familie der Probandin die reaktiv-labilen Konstitutionen, in der väterlichen die autochthon-labilen.

Was wir bieten konnten, war ein Anfang, aber immerhin ein solcher, welcher nicht nur zu Resignation stimmt. In streng empirischem Vorgehen waren wir bemüht, in das bisher wenig erforschte und noch umstrittene Gebiet der degenerativen Geistesstörungen vorzustoßen. Gegenüber mancherlei Stimmen, welche an der starren, von *Kraepelin* selbst schon verlassenen Zweiteilung zirkulär — schizophren festhalten oder alle unklaren Psychoseformen durch eine Kombination dieser beiden Reaktionstypen erklären wollen, gingen wir davon aus, die Lehre von den Degenerationspsychosen, die namentlich *Kleist* besondere Anregungen verdankt, unter erbbiologischen Gesichtspunkten zu überprüfen. Weitere Forschungen müssen zeigen, inwieweit es uns gelungen ist, fördernde Einsichten gebracht zu haben oder ob wir Zufallsbefunden eine zu weitgehende Bedeutung beigemessen haben. Was wir vermieden zu haben glauben, das sind Konstruktionen. Was wir gezeigt zu haben hoffen, ist, daß nur die allersubtilste Analyse erbbiologischen Materials uns vor Selbsttäuschungen bewahren kann und auch nur dann, wenn wir von vornherein kritisch bis zur Skepsis sind. Das Positive schält sich allemal ganz von selbst heraus.

Und endlich: daß selbst in solchen Fragen, wo ganz sicher die Laboratoriumsforschung das letzte Wort zu sprechen haben wird, die einfache, aber genaue klinische Beobachtung, wozu ich auch die genealogische Methode rechne, noch manchen Ertrag verspricht.

Zusammenfassung.

1. Es wurde eine 141 Mitglieder umfassende Sippschaft thüringischen Volksschlages unter klinischen und erbbiologischen Gesichtspunkten untersucht.

2. Die genaue klinische Analyse der psychotisch erkrankten Mitglieder ergab, daß die einzelnen Krankheitsbilder — bei klassifikatorischer Unvoreingenommenheit — keinem der bekannten Formenkreise sicher zuzuordnen waren.

3. Mit Hilfe der *Kleist*schen Konstitutionstypen konnte gezeigt werden, daß die als polymorphe Degenerationspsychose *Binswanger* imponierenden Psychoseformen sich in fast jedem Einzelfall auf eine von Fall zu Fall wechselnde Verkuppelung verschiedenartiger Konstitutionsanteile zurückführen ließen. Insbesondere wurde die Annahme nahegelegt, daß atypische Zustandsbilder vielfach durch ein Zusammenspiel von autochthoner und symptomatischer Labilität erklärt werden können.

4. Auch die im Umkreise dieser Psychosen erfaßten psychopathischen Persönlichkeiten, deren Einordnung vorerst nicht nach klinischen Gesichtspunkten erfolgte, scheinen die Vermutung zu bestätigen, daß die Degenerationspsychosen oder allgemeiner: degenerativen Konstitutionen einen besonderen Erbkreis darstellen.

5. Die *Kretschmer*schen Aufstellungen erwiesen sich als wenig brauchbar. An Hand eines ausgewählten Materials konnten keine spezifischen Korrelationen von körperlicher und seelischer Konstitution nachgewiesen werden.

6. Die Hypothese von der Existenz einer pyknischen Disposition (*Gruhle*) erweist sich als tragfähig; anscheinend zeigt die Disposition einen dominanten Vererbungsmodus.

Anhang.

Leider nur anhangsweise können wir noch einige Beobachtungen anfügen, deren weitere erbbiologische Vervollständigung durch die Übersiedlung des Verf. von Jena nach Kiel unmöglich wurde. Man wolle dieses Material daher nur rein kasuistisch betrachten (siehe dazu Erbtafel II).

I, 1. Karl Liebreich, starb hochbetagt.

I, 2. Dora Liebreich, starb hochbetagt.

I, 3. Max Ziebler, starb an Magenkrebs.

I, 4. Johanna Ziebler, starb hochbetagt.

II, 1. Paul Liebreich

II, 2. Josef Liebreich

II, 3. Peter Liebreich

} starben an Tuberkulose.

II, 4. Frieda Liebreich geb. Ziebler, starb an Altersschwäche (Lungenentzündung).

II, 5. Ernst Ziebler gesund.

II, 6. Marie Ziebler, plötzlich gestorben, nicht nervenkrank.

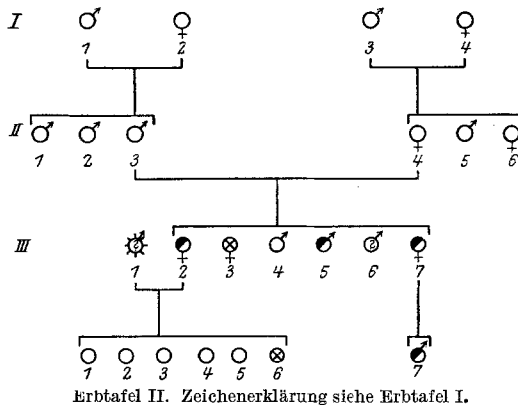
III, 1. Fritz Polter, Potator, Suicid.

III, 2. Emma Polter geb. Liebreich, Schneiderin, geb. 5. X. 1876.

Aus der Krankengeschichte:

I. Klinikaufnahme 2. V. 1907. Angaben des Ehemannes: Hat Pat. 1899 kennen gelernt. Pat. schneiderte damals. Heirat Herbst 1899. 5 normale Geburten, keine ärztliche Hilfe. Im 4. Wochenbett Mastitis, längere Zeit ärztlich behandelt. Periode soll regelmäßig sein, letzte Menses vor 14 Tagen. Pat. wurde wegen Unterleibsleiden seit 3 Wochen behandelt.

Pat. ist vorgestern mittag plötzlich erregt geworden: schrie laut, sprach davon, daß der Sarg dastehe und der Tod jetzt komme, bezeichnete ihren Ehemann als den Tod. Warf alles umher, zerschlug Sachen. Der Zustand dauerte etwa 2 Stunden, war dann wieder klar, wunderte sich dann, daß sie aufgeregt gewesen sei und



Sachen zerschlagen habe, konnte sich jedoch nur unvollkommen und nicht leicht die Einzelheiten ins Gedächtnis zurückrufen. Nach dem ersten Erregungszustand sehr müde, aß wenig. In der darauffolgenden Nacht erneuter Erregungszustand. Pat. hatte sich wie gewöhnlich ins Bett gelegt, wurde aber schon nach $\frac{1}{2}$ Stunde sehr erregt. Ging außer Bett, wurde aggressiv gegen den Mann, den sie wieder als „Tod“ bezeichnete. Halluzinierte offenbar auch viel, machte ihren Mann auf die Erscheinungen aufmerksam. Dieser Erregungszustand hielt die ganze Nacht an. Pat. wurde nicht wieder geordnet, fürchtete sich bei jedem Geräusch, verlangte nach dem Arzt, sprach in überschwenglichen Ausdrücken von ihm: der Arzt habe ihr das Leben gerettet usw.

Pat. soll immer sehr eifersüchtig auf ihren Mann gewesen sein, der ihr keinen Grund dazu gegeben haben will. Der Ehemann führt die Erkrankung auf einen Brief zurück, der die Todesnachricht ihres Bruders enthielt. Hatte angeblich nie Krämpfe; klagte aber oft über Kopfschmerzen.

Eigene Angaben: Normal entwickelt. Lernte angeblich in der Schule schwer. Nach der Schule in Dienst gegangen, fing dann das Schneidern an. Nie Krämpfe, will jedoch im 4. Wochenbett oft schwere Schwindelanfälle gehabt haben, hatte damals eine Mastitis. Behauptet, daß damals die ganze linke Körperseite gelähmt gewesen sei. Dann wieder ganz gesund.

Verhalten bei der Aufnahme: Pat. ist im Wartezimmer hochgradig erregt, zerschlägt daselbst die Gläser und wird gegen den sie begleitenden Ehemann ag-

gressiv. Zieht sich im Wartezimmer aus und muß von 2 Wärterinnen auf die Abteilung geführt werden. Pat. läßt sich baden und ins Bett legen, bleibt ruhig liegen.

Pat. wird ins Untersuchungszimmer gebracht. Sie gibt ihre Personalien rasch an, erzählt, daß bei ihr wohl die Krankheit erblich sei, da 3 Geschwister geisteskrank seien. Macht einige weitere Angaben zur Anamnese: Seit einigen Wochen sei sie wegen Endometritis in Behandlung gewesen. Da sie viele Beschwerden von seiten des Unterleibsleidens hatte, sei sie in dieser Zeit sehr verstimmt gewesen und habe sich viele Sorgen wegen der Zukunft der Kinder gemacht. Allmählich besserte sich der Zustand; die Nachricht vom Tode ihres Bruders habe sie sehr erregt. In der Nacht habe sie dann eine Todesangst bekommen und stellte sich „das rasende Nervenfieber“ ein. Sie habe nicht mehr gewußt, was sie tue. Der Mond habe sie aufgeregt; sie habe einen Schlaganfall gehabt: „die ganze linke Seite sei gehemmt gewesen“. Sie habe sehr lebhaft geträumt: habe ihre Eltern im Sarge liegen sehen usw., weiß jedoch angeblich nichts von Sinnestäuschungen. Motiviert ihr Verhalten gegen den Ehemann damit, daß sich derselbe vor ihr gefürchtet habe und sie allein ihrer Angst überlassen habe.

Pat. spricht ihre Freude darüber aus, daß sie ihren Mann tüchtig geschlagen habe, denn derselbe habe sich gefreut, daß sie bald sterbe. Er habe auch immer geäußert, daß sie verrückt werde. Pat. befindet sich in heiterer Gemütslage, spricht viel, jedoch in zusammenhängender Weise und gibt auch auf alle Fragen rasch Antwort.

Pat. kündigt bei der körperlichen Untersuchung immer wieder an, daß jetzt ein Anfall komme, führt jedoch bei energischer Aufforderung alle Bewegungen rasch und richtig aus. Zeigt keine motorischen Störungen, aber beim Untersuchen der Gaumenreflexe sehr ängstlich, glaubt, man wolle ihr ein Leid antun. Spricht auch während der Untersuchung viel von ihrem schweren Leiden.

Bei der Abendvisite sehr ängstlich, sitzt aufhorchend im Bett, hat andauernd Gehörstäuschungen, gibt jedoch keine Auskunft und bricht bei Befragen in Tränen aus. Muß zum Essen genötigt werden.

Aus der körperlichen Untersuchung: Grazil gebaut, Tonsillen anscheinend geschwollen, Temperatur 37,8°.

3. V. War in der Nacht sehr unruhig, schlief trotz Schlafmittel kaum. Heute ganz klar und geordnet, weiß, daß sie in J. ist, will von den gestrigen Sinnestäuschungen nichts mehr wissen.

5. V. Seit gestern erregter, spricht überlaut, verlangt fort, zieht sich nackend aus, erhält einen festen Anzug.

Pat. ist durch energisches Anreden zu fixieren und zeigt sich dann orientiert. Reinlich; ißt genötigt ausreichend, schläft schlecht.

7. V. Pat. ist sehr erregt, schwatzt unaufhörlich in ideenflüchtiger Weise. Entblößt sich und erhält daher einen festen Anzug. Immer reinlich.

8. V. Heiter erregt. Hält den Arzt für einen bekannten Arzt aus ihrer Heimat.

11. V. Ungeheilt nach H. überführt.

Klinische Diagnose: Halluzinatorische Verwirrtheit.

Aus der Krankengeschichte der Heilanstalt H.:

10. V. 1907. Pat. wird von 2 Wärterinnen aus J. hierher gebracht. Auf der Reise sehr erregt. Auch bei der Aufnahme sehr erregt, fühlt sich benachteiligt, spricht benommen und verwirrt mit heiserer Stimme: ihr Mann habe sie geschlagen usw. Auf die Wachabteilung gebracht, ist sie anfangs sehr erregt, sitzt aufrecht im Bette, zupft an einem Tuche und spricht laut vor sich hin, springt aus dem Bett. Als eine Pat. sehr lebhaft wird, verstummt sie plötzlich. legt sich ordentlich hin und ist von da an ruhig. Hält Ref. für ihre Schwester und vertraut

ihr an, ihr Neffe (Sohn ihrer Schwester) komme und werde bei ihr schlafen. Angeredet zeigt sie sich recht erotisch und spricht viel von dem Neffen, doch immer dasselbe im Flüsterton. Menses.

11. V. War ziemlich ruhig. Spricht sehr heiser. Erzählt, ihr Mann habe sie geschlagen, davon rührten die blauen Flecken auf ihrem Körper. Sitzt horchend — akustische Halluzinationen.

20. V. Pat. hält sich ruhiger, amüsiert sich über eine Patientin, die neben ihr liegt und ihr alles nachmacht. Schrieb nach Hause ihrem Mann kurz und ordentlich.

21. V. Pat. ist noch desorientiert über die Leute ihrer Umgebung, hält alle Ärzte der Chefvisite für Männer der Referentin.

24. V. Pat. klagt wieder, daß sie ohnmächtig würde, alle Momente steige ihr dann das Blut zu Kopf und sie habe im Magen einen Krampf, dort wäre ja das Nervenetz. Tatsächlich tritt zuweilen ein leichter zitternder Kramp fzustand der linken Gesichtsmuskulatur ein.

27. V. Pat. macht heute einen verstörten Eindruck, Gesichtsfarbe grau-blaß. Hatte in der Nacht zahlreiche Gesichtshalluzinationen, u. a. halluzinierte sie, daß eine Leiche in einem Bett hereingebracht worden sei — sie wisse gar nicht — es wäre schrecklich — dann habe sie wieder links der Schlag gerührt, sie sehe links den Totenschein — näher gefragt, erläutert sie, das wäre wie Geisterschein, Mondschein, sie habe auch links einmal die Gesichtrose gehabt, rechts sehe sie rot. — War nachts sehr unruhig. Will sterben. Stellte sich nachts an die Tür — starke Angstgefühle. Nachmittags klagt sie sehr über Kopfweh und weint nach ihren Kindern.

4. VI. Pat. wünscht lebhaft zu arbeiten. Darf nachmittags aufstehen und in den Garten gehen.

5. VI. Neuerdings ziemlich niedergedrückt. Hat innere Sensationen, die sie auf innere Leiden bezieht. Vaginale Untersuchung ergibt einen retrovertierten Uterus.

7. VI. Pat. weint heute viel, weil die Nebenpatientin einen Brief bekam. Will schreiben.

9. VI. Lebhaftes Parästhesien der linken Körperhälfte.

11. VI. Fühlt sich besser, will aufstehen. Hilft der Pflegerin morgens, geht nachmittags mit in den Garten.

17. VI. Pat. ist heute wieder etwas erregter, weinerlicher, liegt wegen Menses im Bett.

25. VI. Da Pat. sich wohler fühlt, keine Erregungszustände mehr eintreten und der Wille zur Beschäftigung lebhafter geworden ist, verlegt. Arbeitet dort, schreibt nette Briefe an ihren Mann.

1. VII. Unverändert. Gibt heute bei der Chefvisite etwas schwachsinnige Antworten. Meint dann nachmittags, sie sei ganz verwirrt gewesen.

19. VII. Gibt ordentliche Antworten, lacht zwar immer noch etwas viel. Zeitlich und örtlich orientiert. Entlassen.

2. Aufnahme (in der Klinik).

2. III. 1926. Kommt allein zur Beobachtung. Hat Invalidenrente beantragt. Beginnt bei der Aufnahme zu weinen. Berichtet spontan, daß ihr Ehemann „sich entleibt habe“. Weint ziemlich fassungslos, meint allerdings, daß sie selbst eben keine Selbstmordgedanken habe, denn sie hoffte, daß sie mit den paar Mark Rente leben könnte . . . aber sie hätte schon oft daran gedacht, ihrem Mann zu folgen; „sie wäre vielleicht zu feige, sonst hätte sie es schon getan“.

Nach der Überführung nach Hildburghausen dort noch ungefähr 3 Monate geblieben, dann nach Hause. Immer etwas „nervös“ geblieben. 1910 Partus ohne

besondere Schwierigkeiten oder psychische Störungen verlaufen. Dann gesund gewesen bis 1917. Damals (der Schilderung nach) totalexstirpiert, „weil alles vereitert war“. Hat überhaupt immer mit den Nerven zu tun, auch mit dem Herzen. „Zwei Winter lang mußte ich ganz zu Bett liegen wegen Nervenrheumatismus . . . da bin ich am ganzen Körper krank . . . alles ist so schwach . . . namentlich das Rückgrat.“

(Stimmung zu solchen Zeiten?) „Sehr, sehr gedrückt, da muß ich immer viel weinen.“

Dann vor 3 Jahren schwere Grippe und Lungenentzündung und Gürtelrose gehabt. Zu Hause gelegen, soll vorübergehend bewußtlos gewesen sein, hatte rasende Kopfschmerzen, phantasierte wohl auch, mußte immerzu den Mund aufmachen, „so wie Gähnen“, hatte auch Brechreiz, mußte gefüttert werden. War $\frac{1}{4}$ Jahr lang krank. War so heruntergekommen, daß sie nachher erst das Laufen wieder lernen mußte. Keine Lähmungen, die Glieder waren aber oftmals „wie steif“. Wurde aber wieder gesund. Hat allerdings niemals Appetit. Anfallsweise Magen- und Gürtelschmerzen!

Vor 8 Tagen wieder leichte Grippe, „es fing mit Kopffieber an“ (nicht gemessen).

Vor 1 Jahr hat sich der Ehemann aufgehängt, „war auch nervenkrank“. Im Anschluß daran war Pat. lange krank. Hatte vor Schreck das Gehör verloren, mußte wegen diverser nervöser Beschwerden dauernd zum Arzt gehen.

Pat. verdient sich ihren Lebensunterhalt mit Schneidern, kommt aber nicht aus, hat deswegen Invalidenrente beantragt.

Pat. macht einen etwas gedrückten, hypochondrischen Eindruck, erzählt mit lebhaftem Mienenspiel in hastiger und geschwätziger, leicht abschweifender Weise unermüdlich von all ihren Leiden. In intellektueller Beziehung ist sie sicher leicht schwachsinnig.

Körperlich finden sich keine Zeichen von einer erheblichen Arteriosklerose. Bei der Schwerhörigkeit handelt es sich um Adhäsivprozesse im Mittelohr.

III, 3. Karoline Liebreich, klein an Krämpfen gestorben.

III, 4. Hans Liebreich, mit 17 Jahren an Appendicitis gestorben.

III, 5. Hermann Liebreich, Schmiedemeister, geb. 1. XII. 1874.

Aus der Krankengeschichte: Klinikaufnahme 14. VI. 1902.

Angaben des Bruders: Als Kind stets gesund, gut gelernt in der Schule, keine Krämpfe gehabt. Als Schmied gelernt. Stets hitzig und aufbrausend. Diente 3 Jahre bei den Dragonern. Seit einem Jahre selbständig. Hat eine Schmiede. Kurze Zeit vor Pfingsten 1902 hatte er einen heftigen Auftritt mit einem Wirt, mit dessen Frau er ein Verhältnis hatte. Er irrte einige Tage im Freien umher, glaubte, er würde verfolgt, schlief nicht. Nach ca. 8 Tagen wieder ruhig, arbeitete. Vor ca. 8 Tagen erhielt er von der betr. Frau einen Brief, im Anschluß daran erkrankte er wieder. Arbeitete nicht mehr, warf alles durcheinander, spielte wie ein kleines Kind, zerschlug Fenster, schlief sehr wenig, sprach fast gar nicht, lief einmal fort, blieb einen Tag von zu Hause fort. Sieht ständig nach der gegenüberliegenden Wohnung der Wirtsfrau. Keine Angst, soll Stimmen hören, verwirrt reden, nicht wissen, ob Tag oder Nacht ist usw.

Pat. folgt willig auf die Abteilung. Gesichtsausdruck meist etwas gedrückt, zuweilen etwas mißtrauisch. Er seufzt häufig während der Untersuchung, führt die ihm aufgetragenen Bewegungen langsam, aber richtig aus. Auf die Frage, wo er sich befinde, antwortet er, er wisse nicht, wo er sei, sein Bruder habe ihn mitgenommen; glaubt, er sei in Camburg, gibt dann an, er sei in J. in einem Krankenhaus, er wisse nicht, warum er hier sei. Jahr und Monat gibt er richtig an, Datum und Wochentag falsch. Beruft sich stets auf seinen Bruder, der wisse es, der habe es eingetragen. In letzter Zeit habe er sich leidend gefühlt; wenn er durch das

Glas gesehen habe, habe er alles doppelt gesehen. Gibt an, er habe die letzte Zeit nicht mehr essen können, er hätte nicht geschmeckt, ob der Kaffee heiß oder kalt sei, wenn er Zuckerwasser getrunken habe, habe es süß, wenn Salzwasser, bitter geschmeckt. Pat. beantwortet einen großen Teil der Fragen überhaupt nicht oder erst nach langem Zögern. Völlig affektlos, zuweilen bringt er plötzlich, ohne jeden Zusammenhang, irgendeine gleichgültige Sache vor, er schweift dann wieder ab, sieht starr zum Fenster hinaus, macht häufig Schluckbewegungen, faßt sich mit der Hand an den Hals. Faßt sich mit beiden Händen nach den Ohren, nach dem Grunde gefragt, sagt er, er glaube, er habe keine reinen Ohren, hätte sich einige Tage nicht waschen können, sein Bruder habe ihn gewaschen. Für zurückliegende Ereignisse scheint Erinnerung zu bestehen, doch ruft dieselbe keine Affekte bei ihm hervor. Er macht einen höchst debilen Eindruck. Halluzinationen werden negiert, scheinen auch zur Zeit nicht zu bestehen. Angst wird in Abrede gestellt.

Aus der körperlichen Untersuchung: 159 cm groß, kräftiger Körperbau. 108 Pfund Gewicht. Gut entwickelte, straffe Muskulatur, geringes Fettpolster. Schädel längs-oval, symmetrisch, Hinterhaupt stark vorstreckend. Schädelumfang 57 cm. Niedrige Stirn, bleiche Gesichtsfarbe. Sonst körperlich o. B.

15. VI. Nachts ruhig geschlafen, geht morgens öfters außer Bett, liegt tagsüber meist zusammengekauert im Bett, ohne auf seine Umgebung zu achten.

16. VI. Ohne Schlafmittel gut geschlafen, gehemmt, mutistisch, Gesichtsausdruck traurig weint zuweilen. Behält beim Frühstück Kaffeetasse und Semmel lange in der Hand, ohne zu essen. Legt sich plötzlich in fremde Betten.

17. VI. Liegt meist ruhig zu Bett, steht jedoch zuweilen plötzlich auf und sucht, sich in ein anderes Bett zu legen, weicht dabei vor dem Wärter scheu zurück. Sieht sich im Zimmer oft fragend um. Versucht dem Arzt beim Schreiben über die Schulter ins Buch zu sehen. Als ihm derselbe den Puls gefühlt hat, fühlt er sich sofort an der anderen Hand den Puls selbst, behauptet, er habe keinen Puls. Beim Kämmen zerbricht er den Kamm, motiviert es damit, er hätte ihn geradebiegen wollen. Spricht plötzlich den Wunsch aus, er wolle in die Kirche gehen. Will den Wochentag nicht wissen, will niemand von seiner Umgebung kennen. Anstatt die Fragen zu beantworten, sieht er sich meist fragend nach allen Seiten um, dabei suchend mit den Händen über die Decke und nach der Wand tastend. Streckt mitunter plötzlich den Kopf vor, stiert auf einen Punkt. Halluzinationen werden negiert, scheinen auch nicht zu bestehen.

19. VI. Noch immer gehemmt, aber etwas klarer und freier, geht in den Garten.

24. VI. Unverändert. Ohne Teilnahme an den Vorgängen der Umgebung. Sieht Bücher an und liest etwas, faltet Pulverpapiere, jedoch ständig etwas gehemmt. Völlig orientiert, äußert keinen Wunsch, bezieht sich stets auf seinen Bruder.

27. VI. Unverändert, noch deutliche Hemmung und Ratlosigkeit, keine Halluzinationen. Vom Bruder abgeholt.

Damalige Diagnose: Erblich-degeneratives Irresein.

Katamnese (1926): Später immer gesund geblieben.

III, 6. Helmut Liebreich, im Jahre 1883 für kurze Zeit in einer Heil- und Pflegeanstalt gewesen, wo keine Krankengeschichten geführt wurden. Damalige Diagnose: Hebephrenie. Danach wieder ganz gesund geworden, nicht mehr psychisch erkrankt.

III, 7. Hulda Liebreich, Schornsteinfegersfrau, geb. 30. IX. 1860.

Aus der Krankengeschichte: I. Klinikaufnahme 8. III. 1891.

Vorgeschichte: Keine Kindernervenkrankheiten. Schulbesuch in S. Lernte sehr gut. Ging dann in Dienst, zunächst ein Jahr in C. Lernte dann $1\frac{1}{2}$ Jahr nähen

in E. Blieb dann bei den Eltern. Heirat vor 5 Jahren; nicht ganz glückliche Ehe; der Ehemann soll etwas eigen sein. Frühere Wochenbetten durchaus normal. Letzte Geburt am 24. XII. 1890. Dieselbe verlief normal. Sie stillte das Kind selbst. In der 6. Woche fiel auf, daß sie zusammenhangslos sprach. Sie fühlte sich selbst krank. Der Arzt verbot ihr, zu stillen. Vor 5 Tagen brach heftige Erregung aus: sie schrie unartikuliert, wollte zum Fenster herausspringen, aß fast nichts. Besondere Wahnideen äußerte sie nicht. In den letzten 5 Tagen schlief sie trotz Schlafpulver nicht.

Pat. zieht sich nackend aus und steht im Krampfbett. Auf Fragen antwortet sie nicht oder spottet dem Arzt nach. Ab und zu lächelt Pat., dann zischt sie und schneidet Grimassen. Bald beugt sie sich langsam vor, bald klatscht sie in die Hände. Die Wärterin wird von ihr geohrfeigt. Nahrungsaufnahme verweigert. Oft macht Pat. langsame Turnbewegungen. Oft jähes Aufschreien. Jedes Geräusch ihrer Umgebung wird sofort apperzipiert. (Wieviel Uhr?) Keine Antwort außer Schnalzen und abartigen Lippenbewegungen. Gesichtsausdruck vorwiegend lachend. Ein einzelnes Wort, das in ihrer Umgebung fällt, faßt sie plötzlich auf und wiederholt es fragend.

Aus der körperlichen Untersuchung: Kleine Frau (149 cm) im Zustande der Lactation, 93 $\frac{1}{2}$ Pfund Gewicht. Muskulatur und Fettpolster etwas gering. Schädel symmetrisch, Umfang 54 cm. Gesicht stark gerötet. Obstipation. Sonst körperlich o. B.

9. III. Ißt fast nichts. Ununterbrochene Agitation. „Ach, ein Herr war nie — um Himmelswillen nie — Eduard — bist du wirklich mein allereinzigster — die ich so teuer — ach nein — ach ich ein — nun wer denn — nun wer nun — nun wieso — nnu wie betet man — Kind — o weh — o wie Gott allein — o wie schön und klein — was kein Mensch nur kann — sehe ich dir an — und das war schön — da muß ich ja einst — die Mutter, oh — uns wars der kleinste Kummer — warum denn nicht mehr — und das mocht ich nie — auch nie — auch dann nicht — niemals — auch und da — ach wie nie — ach, wie sah ich da! Ach, wie nun so nah — ach wie nun so wahr — ach wie rein und klar.“

10. III. Ißt fast nichts. Obstip. Singt oft, fortgesetzt theatralische Gesten und Posen.

11. III. Sondenfütterung. „Ach du bist ja der liebe Gott — so schnell richtet Gott — und so schnell ist es geschehen und ich habe nichts gesehen — Lebenslacher — Orang-Utang — Doktor Pesus — nein — Wein — Rhein — Gott kennt seine Stimme — Ende der Welt — Himmel offen und ich hier so lange bin — aus diesem Weltgetümmel.“

13. III. Gestern Kotverunreinigung. Nachts isoliert. Singt leise vor sich hin, wühlt Tag und Nacht in den Decken. Singt auch selbstgemachte Worte.

19. III. Ruhiger. Ißt besser. Versucht den Arzt zu umarmen. Behauptet, sich auf einer Insel zu befinden.

24. III. Glaubt sich im Paradiese. Weint ab und zu, starrt sonst ratlos und erstaunt umher. Nennt den Arzt Bruder.

12. IV. Benennt den Arzt zuweilen richtig, schreibt ihrem Mann heute richtig, ißt spontan.

21. IV. 1 Stunde außer Bett. Erholt sich sichtlich. Äußert, sie müsse doch sehr krank gewesen sein.

23. IV. (Wo sind Sie?) „Ich weiß nicht.“ (In J—?) „In Jerusalem oder — in — Berlin.“

24. IV. Gegen ärztlichen Rat vom Ehemann abgeholt.

16. V. 1891. 2. Klinikaufnahme.

Pat. wird vom Ehemann wieder eingeliefert. Hat zu Hause sich fast gar nicht

beschäftigt und meist nur vor sich hingestarrt. Erregungsanfälle sollen nicht vorgekommen sein. Pat. erkennt den Arzt wieder, bezeichnet ihn aber unmittelbar darauf als Bruder.

17. V. Fand ihr altes Bett sofort wieder. Schlecht geschlafen. (Welche Jahreszeit haben wir?) „Wir waren im Ausland.“ (Wer bin ich?) „Gott“ (nach langem Besinnen). Starrt wieder völlig ratlos vor sich hin. Ißt nicht spontan, strickt nicht. Viel außer Bett, sucht nach ihren Kleidern, will heim. Räumt das Bett aus, um nach ihren Kleidern zu suchen. Setzt dem Füttern starken Widerstand entgegen.

26. V. Auch nachts unruhig. Spuckt das eingefütterte Essen wieder aus. Antwortet ganz inkohärent. Äußert heute: „Ich bin unrein, ich will in die Zelle.“

10. VI. Strickt etwas, bleibt im Bett, antwortet besser, ißt besser.

20. VI. Nach H. transferiert.

Aus der Krankengeschichte der Heilanstalt: Pat. sitzt mit etwas ängstlichem Gesichtsausdruck aufrecht im Bett. Ist völlig unorientiert über Ort und Zeit. Macht alle Angaben erst nach längerem Nachdenken mit leiser, stockender Stimme. Motorisch ziemlich unruhig, sucht aus dem Bett zu steigen, läßt sich aber leicht zurückhalten, ebenso zeigt sie sich auch bei der körperlichen Untersuchung nicht widerspenstig. Nahrungsaufnahme ohne Widerstreben. Spricht spontan fast gar nicht.

24. VI. Etwas freier, weiß auch, in welcher Stadt sie sich befindet, nennt aber die Anstalt ein „Gotteshaus“. Steigt noch oft aus dem Bett, auch bei der ärztlichen Visite, spricht fast kein Wort mehr.

3. VII. Da sie nicht im Bett bleibt, läßt man sie aufstehen. Läuft fortwährend umher, dringt neugierig in alle Zimmer ein, noch immer völlig desorientiert, wie aus den Wolken gefallen, verlangt hinaus, versucht auch einmal, aus der Korridortür zu entweichen. Verlangt stets, untersucht zu werden, zieht sich nackend aus, bekommt daher einen leinenen Anzug mit Schraubenverschluß über ihre anderen Kleider.

10. VII. Noch immer ganz verstört, verlangt bei jeder Visite untersucht zu werden, läuft dem Arzt nach. Erklärt den Arzt für Gott den Vater. Ißt etwas besser.

23. VII. Ziemlich unverändert, spricht fast gar nichts, äußert nur oft den Wunsch, ihre Kleider abzulegen, tut es jedoch nicht. Hält sich meist auf dem Flur auf. Es wird der Versuch gemacht, Pat. wieder im Bett zu halten.

28. VII. Pat. ist wenig im Bett geblieben, hat sich zu Mitkranken ins Bett gelegt, weshalb man sie wieder aufstehen läßt.

1. VIII. Ißt jetzt selber, wird etwas freier, erkennt die Personen ihrer Umgebung. Spricht noch sehr wenig und mit leiser Stimme. Schläft jetzt mit im Schlafsaal, ist nachts ruhig. Noch immer verstört, weiß aber, wo sie sich befindet.

20. VIII. Psychisch fast unverändert, ganz verstört, glaubt wieder, sie sei hier in einer Schule, spricht von selber so gut wie nichts, äußert nur bisweilen den Wunsch, nach Hause zu kommen. Hat jetzt sehr guten Appetit.

1. IX. Noch ganz unorientiert, zu keiner Beschäftigung fähig. Will untersucht sein, macht öfters den Versuch, sich auszuziehen. Muß meist gewaschen und gekämmt werden. Noch sehr gehemmt, äußert immer nur die Worte: nach Hause.

15. X. Versucht einen Brief zu schreiben, bringt aber nur ein paar Worte zustande. Glaubte, sich in einer Schule zu befinden, spricht wenig, nur den Wunsch, nach Hause zu kommen. Drängt stets nach der Tür, will sich ausziehen und sich untersuchen lassen.

10. XI. Fängt oft an, sich im Saale auszuziehen, bekommt daher Kleid mit Schraubenverschluß. Stets ganz unorientiert, unfähig zu jeder Beschäftigung. Steht nachts zuweilen auf, legt sich zu Mitkranken ins Bett.

20. XII. Im wesentlichen unverändert, macht zuweilen den Versuch, beim Reinemachen zu helfen, bringt aber nichts vor sich. Noch immer Neigung, sich auszuziehen, um sich untersuchen zu lassen. Nachts zuweilen störend, steigt aus dem Bett, legt sich zu anderen Kranken.

25. I. 1892. Im wesentlichen unverändert von ihrem Manne abgeholt.

27. I. 1892. 2. Anstaltsaufnahme.

Hat sich zu Hause angeblich ganz gut gehalten, auch mit den Kindern gespielt, ist aber nachts fast keinen Augenblick im Bett geblieben, alles Zureden war erfolglos. Bei der Aufnahme befindet sich Pat. in einer gewissen Erregtheit, kniet alle Augenblicke nieder, bittet um Verzeihung, will alles wieder gut machen. Macht auch mehrmals den Versuch, sich auszuziehen. Schläft isoliert.

28. I. Da sie sich beständig auszuziehen sucht, bekommt sie Kleid mit Schraubenschluß. Kniet oft nieder, legt sich auch der Länge nach auf den Boden, will untersucht sein. Macht große Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme.

10. II. Ziemlich unverändert, kann aber wieder ihren gewöhnlichen Anzug bekommen.

17. II. Spricht wenig, äußert nur Verlangen nach Hause. will sich ausziehen, um untersucht zu werden. Macht Schwierigkeiten beim Essen. Ganz verstört und untätig.

18. III. Wird allmählich etwas freier, antwortet besser, orientiert über den Ort. Muß nachts isoliert schlafen, da sie stets an die Betten der Mitkranken geht.

23. III. Hilft beim Schuheputzen, näht auch etwas, liefert aber wenig brauchbare Arbeit.

30. III. Wieder verstörter, zu keiner Arbeit recht zu gebrauchen. Drängt stets nach Hause, sucht gelegentlich aus der Korridortür zu entweichen. Neigung sich auszuziehen ist noch nicht verschwunden.

11. IV. Läuft viel umher, fängt oft, besonders bei der Visite, an, sich auszuziehen, will untersucht sein, legt sich auf den Fußboden usw.

19. IV. Macht große Schwierigkeiten beim Essen, muß jetzt stets gefüttert werden, versucht jedoch oft, Pat. der zweiten Klasse die Speisen wegzunehmen, die sie schnell verzehrt.

12. V. Zeigt große Neigung sich auszuziehen. Zu keiner Arbeit zu gebrauchen, ganz einsichtslos. Drängt nach Hause.

20. V. „Ungeheilt“ entlassen.

13. VIII. 1892. 3. Anstaltsaufnahme. Wird vom Manne wieder eingeliefert, hat sich anfangs angeblich gut gehalten, und sich im Haushalt beschäftigt. Seit etwa 14 Tagen arbeitet sie nicht mehr, lief viel im Hause herum und auf der Straße ohne Zweck und Ziel, blieb oft längere Zeit auf einem Fleck stehen. War sehr unzufrieden, nichts konnte ihr recht gemacht werden. Sprach durchweg viel, angeblich niemals verwirrt. Schlaf und Nahrungsaufnahme sollen stets gut gewesen sein. Pat. ist orientiert über Ort und Zeit, gibt auch durchweg korrekte Antworten, jedoch einsilbig und mit leiser Stimme. Bei längerem Fragen wird sie leicht konfus. Steht mit ratlosem Gesichtsausdruck längere Zeit auf demselben Fleck, geht umher, hält sich auf dem Korridor auf, drängt nach der Tür.

14. VIII. War nachts ziemlich unruhig. Zu keiner Arbeit zu gebrauchen, drängt sehr nach Hause, sucht gelegentlich aus der Tür zu entweichen, macht wieder viel Schwierigkeit beim Essen.

22. VIII. Wird mit Schrubben des Fußbodens beschäftigt, läßt aber alle Augenblicke die Arbeit im Stiche. Geht ratlos umher, bleibt oft lange Zeit auf einem Flecke stehen. Will öfters nicht essen, verlangt die Kost der II. Klasse.

20. IX. Zeigt etwas mehr Ausdauer bei der Arbeit, näht zeitweise ganz ordentlich. Spricht wenig und leise, äußert meist nur den Wunsch, nach Hause zu kommen.

16. X. Arbeitet fast gar nicht mehr, läuft meist ratlos umher, drängt nach der Tür. Nachts ruhig.

20. XI. Verlangt bei jeder Visite vom Arzte mit fortgenommen zu werden, bleibt nicht auf dem Platze, arbeitet nichts.

16. XII. Kniert öfters auf dem Boden.

3. I. 1893. Läuft ratlos umher, drängt nach der Tür, äußert immer nur den Wunsch, mit hinausgehen zu dürfen. Arbeitet nichts.

12. II. Unverändert, drängt beständig nach der Tür, zeigt in allen Handlungen etwas Triebartiges. Will sich öfter entkleiden, um untersucht zu werden.

27. III. Läuft dem Arzt bei den Visiten nach, sucht zu entweichen, verlangt täglich mit in die Schälstube genommen zu werden. Arbeitet nichts, macht dementen Eindruck.

23. IV. Belagert stets die Tür, drängt ungestüm hinaus, äußert nur den Wunsch, in die Schälstube zu kommen. Geht auf kein Gespräch ein.

25. V. Drängt etwas weniger nach der Tür, sonst unverändert, zu keiner Arbeit fähig. Beständige Regensart: „Darf ich nicht mal mit in die Schälstube?“

3. X. Schreibt eine ziemlich korrekte Karte an ihren Mann.

5. XII. Im wesentlichen unverändert, läuft dem Arzt nach, will untersucht sein, drängt nach der Tür, ist aber doch weniger störend als früher. Zur Arbeit nicht zu gebrauchen. Körperlich wohl.

20. I. 1894. Geht mit in die Schälstube, leistet wenig, stört aber auch nicht.

9. II. Da sie in der Schälstube nicht zu gebrauchen, mit zum Gemüseputzen genommen.

20. III. Geistig schwach, verlangt bei den Visiten stets mit fortgenommen zu werden, will untersucht sein. Muß beim Gemüseputzen beständig zur Arbeit gehalten werden, leistet doch nur wenig.

20. V. Arbeitet gar nichts mehr, macht in der letzten Zeit öfters Schwierigkeiten beim Essen.

25. 7. Muß fast stets gefüttert werden. Folgt beständig dem Arzt zur Abteilungstür, bittet ihn, sie mitzunehmen. Soll mit zum Gemüseputzen gehen.

1. IX. Leistet so viel wie nichts in der Gemüseputzstube. Will stets zur Tür hinaus.

10. XII. Unverändert, will stets zur Tür hinaus zu ihrem Mann, arbeitet gar nichts mehr.

30. IV. 1895. Durchaus unverändert.

24. VI. Meist ganz stumpf, verlangt Pat. doch zuweilen nach Beschäftigung, macht aber nichts ordentlich.

15. X. Liefert bei genauer Überwachung leidliche Arbeit. Wird mit ins Waschhaus genommen.

20. X. Ins Waschhaus versetzt. — Hört ihren Mann von draußen herein rufen, geht viel an die Tür, um hinaus zu kommen, läßt sich aber leicht wieder zurückbringen, arbeitet dann fleißig. Hält den Ref. für einen Pfarrer.

2. III. 1896. Sie könne das Schimpfen („Hure“) nicht mehr anhören, lieber wolle sie sterben. Kein besonderer Affekt.

30. IV. Psychisch unverändert. Pat. klagt heute über Appetitlosigkeit. Zunge belegt. Bettruhe.

7. V. Außer Bett, angeblich noch sehr matt, läßt sich zum Essen nötigen.

11. V. Läßt sich zum Essen nötigen, die Speisen sähen so merkwürdig aus.

6. VI. Macht öfters noch Schwierigkeiten mit dem Essen, es sei für sie nicht

richtig gekocht, sie wolle nach Hause, sei nie krank gewesen, welche Behörde das Recht habe, sie hierher zu schicken.

18. VII. Einsichtslos, hört ihren Mann rufen.

15. IX. Leugnet, daß sie ihren Mann noch höre, arbeitet fleißig, ist aber sehr absonderlich; man darf sie z. B. manchmal nicht anrühren: sie sei nicht so fein, lasse sich solche Sachen nicht nachsagen. Benutzt in verwirrter Weise religiöse Sentenzen in ihren Erzählungen.

17. X. Unverändert. Sehr fleißig, aber unklar in ihrem Wesen, ohne Krankheitseinsicht, voll von religiös-verworrenen Anschauungen.

22. X. Hört das, was im Zimmer gesprochen wird, von draußen noch einmal.

9. XI. Immer noch unklares, leicht verwirrtes Wesen. Äußerungen auffallend religiös. Hat keine volle Krankheitseinsicht: ihr Mann sei schuld, daß sie hierher gekommen sei, will draußen vor Gericht gehen, weil sie länger als notwendig hier gehalten würde. Oft ganz infantiles Geschwätz. Pat. arbeitet dabei fleißig und korrekt.

22. XII. Entlassen.

Katamnese (1926): Später immer gesund geblieben.

IV, 1—6. Kinder von Polters (III, 1 und III, 2). „Haben es alle mit den Nerven zu tun.“

IV, 7. Otto Liebreich, geb. 26. VI. 1886, Muskettier, Amtsgerichtskopist.

Aus der Krankengeschichte: Anstaltsaufnahme 17. X. 1906.

Angaben des begleitenden Sanitätsgefreiten: Der L. fiel zuerst beim Unterricht auf. Wenn über dies instruiert wurde, fing er von was anderem an zu reden. In der Nacht vom 16. zum 17. stieg er nachts auf, ging zum wachhabenden Leutnant aufs Zimmer und fragte, ob er Front machen müßte. Ins Lazarett gebracht, sprach er lauter dummes Zeug, redete die Soldaten mit Herr Feldwebel, Herr Leutnant an. Wollte sich zu anderen Kranken ins Bett legen, schleppte die Waschkübel umher, trank aus dem Speiglas. Als er zur Bahn gebracht wurde, wollte er nicht über den Kasernenhof. Unterwegs wollte er jemand den Spazierstock abnehmen und äußerte, er käme als Brigadeschreiber nach Berlin.

Pat. begrüßt bei der Aufnahme den eintretenden Arzt mit den Worten: „Guten Abend, Herr Kaiser!“, stellt sich in Haltung vor denselben und streckt die Hände aus, deutet mit den beiden Zeigefingern nach den Augen des Arztes, nähert sich denselben allmählich und fährt dann in großem Bogen nach seiner eigenen Nase zurück. Legt die Hände aneinander, streckt dieselben nach vorn und beschreibt einen Bogen nach unten. Setzt sich plötzlich in Hocke und tastet mit seinen Fingern auf der Erde herum. Verschiedene Fragen, die an ihn gerichtet werden, wiederholt er. Geht nach anfänglichem geringem Sträuben mit auf die Abteilung. Ins Bad gebracht, fährt er fort, seine zwecklosen Bewegungen mit Armen, Händen und Fingern zu machen, setzt dies fort bis 12 $\frac{1}{2}$ Uhr und schläft dann bis 3 $\frac{1}{2}$ Uhr. Sobald er erwacht, beginnt wieder die Unruhe.

Aus dem körperlichen Befund: Augenbrauen zusammengewachsen, Muskulatur sehr kräftig, sonst körperlich o. B.

18. X. Als Pat. am Morgen den Arzt sieht, steht er im Bett auf, fragt ihn: „Wie ist Ihr werter Name?“ Beginnt sofort wieder mit seinen zwecklosen und unmotivierten Bewegungen der Arme, Hände und Finger, läßt sich halb aus dem Bett fallen, legt die eine Hand dem Arzt auf den Kopf, die andere stützt er mit dem Finger auf die Erde. Als ihm die Hände festgehalten werden, geht er mit dem Kopf hin und her, ebenfalls schnellende, zwecklose Bewegungen.

Später drängt Pat. aus dem Bett, läuft mit verstörtem Blick, faltenlosem, affektlosem Gesicht, stets seine Bewegungen machend, umher. Ins Bett gebracht, wurstelt er alles durcheinander. Während der Unterhaltung ist Pat. nicht zu

fixieren. läßt sich die Fragen xmal wiederholen und gibt dann mechanisch Antwort. Pat. macht dem Arzt vorgemachte Bewegungen, Husten, Pfeifen nach — Befehlsautomatik. Pat. ist nicht im Bett zu halten, muß ins Bad gebracht werden. Hält dort keine Ruhe, springt aus der Wanne, schüttet das Wasser heraus, taucht die Hände ein, um mit ihnen die genannten zwecklosen Bewegungen zu machen, hält dieselben auch öfters vor die Augen, wie einer, der gegen die Sonne sieht. Spricht auf Anrede gar nichts, schreit dagegen öfter: „Zu Befehl, Herr Unteroffizier.“ Verweigert die Nahrung, hat auch etwa $\frac{1}{2}$ Stunde geweint. Dreht sich fortwährend um sich selbst in der Wanne.

19. X. Beim Zubettgehen wird Pat. immer unruhiger, springt im Saal umher, wirft sein Bett im Saal herum, springt über dasselbe hin und her. Belästigt andere Kranke, spricht dabei wirr durcheinander, singt und pfeift. Hyosininjektion. Pat. schläft kurz hinterher ein, muß bei der Morgenvisite erst geweckt werden.

(Guten Morgen!) „Ich habe der ganzen Welt Befehl zu erteilen.“

(Was für Befehle?) „Weiß alles, weiß, was ich zu regieren habe.“

(Wie heißen Sie?) „Ich habe keinen Namen, ich bin bloß ein Mensch, ich brauche auch keine Religion mehr, fremde Länder habe ich zusammengeworfen zu einer Scheibe, jeder hat ein Schloß wie früher. Habe alles in eine Sprache übertragen, jetzt spricht alles deutsch. — Jeder hat, was er verdient hat. Hat genug Totenschädel und Knochen zerhauen mit der Faust und Blut gespritzt. Ich brauche nicht für meine Lebenszeit . . . Brauche nicht mehr zu arbeiten, Arbeit und Gesetz sind abgeschafft. Haben keine Religion, weil wir Menschen sind, bloß ein ordentliches Herz müssen wir haben. Wir sind Brüder, die Großtuerei hat ein Ende. Wenn Ihr Euch anständig betragt, könnt Ihr Könige werden. Fremde Länder und Berge gibts nicht mehr, braucht keine Berge mehr zu klettern, braucht nicht mehr zu arbeiten, weil alles Friede ist, braucht bloß zu pfeifen oder zu blasen oder mit dem Finger zu wackeln, dann ist alles da. Wenn man ein Licht will, hat man grünes und blaues, gibt keine Schiffe mehr, die sind wahrscheinlich von Eisen gebaut, jedenfalls sind die ins große ganze verwendet worden. Wenn jemand in die Stube geht, braucht er keine fremde Sprache zu sprechen, bloß Deutsch. Wir haben keine Religion, Gott brauchen wir nicht, weil wir Menschen sind. Nun bin ich fertig. Wir können verschieden brennen, elektrisch, Gas oder buntes Licht, auch Gold, ja Edelstein, die Hände voll Marmor. Wir brauchen keine Marine mehr, keine Rekruten, niemand braucht zu arbeiten, nur spazieren gehen. Man braucht nur den Diener zu rufen, dann kommt man in ein Schloß. Jeder ist ein Graf. Alles ist abgeschafft, auch die Religion, damit es keinen Krieg mehr gibt, jeder hat, das ihm gehört. Staaten gibt es nicht mehr, wir leben in der ganzen Welt, es donnert, regnet, blitzt nicht mehr. Trommeln und Klavierspielen brauchen wir nicht mehr, spielen ohne Noten alle Instrumente. Wenn man singen will, braucht man bloß mit den Nasenlöchern nach den Ohren hin zu pfeifen, man braucht bloß in die Stube zu gehen, dann ist man in Kiantschou.“

Pat. redet in einer Tour, ist für Fragen nur kurze Zeit fixierbar, verfällt sofort wieder in seine Geschwätzigkeit. Kommt vom hundertsten ins tausendste. Liegt, während er spricht, ruhig zu Bett.

20. X. Pat. wird immer unruhiger, isoliert, wirft er das Bettzeug und Matratzen im Zimmer umher, mit dem Bettuch fuchelt er in der Luft herum. Im Bad ist er nicht zu halten, schüttet alles Wasser heraus, taucht die Hände ein, hebt sie wie segnend in die Höhe, fährt dann nach seiner Nase, um dasselbe Spiel wieder zu beginnen. Verdreht die Augen, sperrt den Mund auf, dreht sich fortwährend im Bad herum um seine Achse, wie ein Affe sitzend.

21. X. (Guten Morgen!) „Es stinkt.“

(Wer?) „Peter der Große, du bist ein großes Schaf, Rinderwürger nicht des Geldes wegen, sondern des Blutes, des Herzens wegen. Wer das nicht kann, hat den Weltspiegel des Verstandes verloren, überhaupt kein Gequatsch. Wer mich ausrauben will und noch frech sein, der ist ein Referendar, der kann ordentlicher Schreiber, der kann Arschficker werden. Zurück, Arschloch, vergiß mein nicht“ usw. Während der Pat. alles durcheinander plappert, liegt er unter der Zudecke, läßt den Kopf nicht vorne. Sonst im wesentlichen das erwähnte Bild.

22. X. Stundenlang ruhiger, abgelenkt; nicht für eine Frage zu fixieren.

23. X. Pat ist in ständiger Bewegung, schläft nachts sehr wenig, nimmt nur flüssige Kost zu sich. Unbewacht ist er sofort außer Bett, springt im Saal umher, hüpf über Betten und Stühle.

24. X. Pat. spricht fast gar nichts mehr, motorische Unruhe hat nachgelassen, liegt lange Zeit mit vorgestreckten Armen und gespreizten Fingern, sperrt dabei den Mund weit auf und dreht seine Augen heraus. *Katonische Haltung*. Gibt auf Fragen keine Antwort, stiert mit glanzlosen Augen vor sich hin. Muß gestern abend aus dem Bett getragen werden, läßt alles schlaff hängen. Ernährungszustand hat sehr gelitten durch die Unruhe und nur flüssige Nahrungsaufnahme.

25. X. Heute nacht unrein. — Beständig kleine Bewegungen mit den Fingern oder Beinen; Pat. liegt ruhig, nimmt nicht den geringsten Anteil an seiner Umgebung. Ist über dieselbe vollständig unorientiert, erkennt Personen, zeitlich gar nicht unterrichtet. Fragen beantwortet er mit leiser Stimme, nachdem sie ihm xmal wiederholt sind. (Wo hier?) „Im Traume.“ (Wie lange Soldat?) „Vergessen.“

28. X. Verwirrt, zerfahren, abgelenkt, affektloser Gesichtsausdruck.

31. X. Gibt auf Fragen, die seinen Aufenthalt in C. betreffen, gute Auskunft, daß er in M. als Soldat war, davon scheint er nichts mehr zu wissen. Nur kurz fixierbar, dreht sofort wieder den Kopf hin und her, schiebt die Lippen vor, bohrt mit dem Kopf in die Zudecke.

1. XI. Meist ruhig, gibt auf Befragen Antwort, doch ist er nicht für längere Zeit fixierbar. Ißt heute seit langem wieder sein Essen zum Teil. Ist auch dabei abgelenkt, denn plötzlich hält er inne, wiegt das Brot in den Händen hin und her, stellt den Teller bald hierhin und dorthin.

2. XI. Größere Unruhe, antwortet nicht mehr, nestelt fortwährend an seinem Bett herum, dasselbe ist stets in Unordnung.

4. XI. Zerfahren, schmiert mit Kot, jongleur- und clownhafte Bewegungen.

6. XI. Unruhiger, beginnt wieder zu sprechen. Schlägt sich bei seiner Unruhe die Finger blutig.

8. XI. Unruhig im Bett, spricht in skandierender Sprache. „Ohne Fleiß kein Preis, ohne Mais kein Reis, ohne Gift keine Apotheke, ohne Würfel kein Vergißmeinnicht. Ganzes Bett zurückzutreten, bin im Geist und in der Wahrheit, sonst komm ich nicht wieder. Wo kein Frühling, kein Hauch, wo kein Mensch ist, kann kein Mensch sein usw.“

12. XI. Motorische Unruhe, spricht sehr wenig.

17. XI. Fast ganz ruhig, dreht nur den Kopf von einer Seite zur anderen, verdreht die Augen, grimassiert, atmet zeitweise schwer, betrachtet seine Hände, denen er eigentümliche Stellungen gibt. Keine spontanen Äußerungen.

19. XI. War nachts wieder unruhig. Macht alle möglichen Verdrehungen des Halses, der Augen und der Hände, legt Stirn in Falten, pfeift, sieht sich um, hält längere Zeit gezwungene Haltungen ein, streichelt Ref., betastet dessen Anzug, Bleistift, blättert in dessen Notizbuch.

20. XI. Stiehlt anderen Pat. das Essen weg, zerreißt sein Bettzeug. Fortwährend Purzelbäume, spricht dabei kein Wort.

2. XII. Andauernd heftige sinnlose motorische Unruhe bei Stummheit, die auch nachts nur für kurze Zeit unterbrochen wird. Nachmittags fängt Pat. an zu schreien. Kommt mit seinem Nachbar in Prügelei.

18. XII. Versuchsweise außer Bett, aber nicht durchgehalten: turnt im Saal herum, stellt alle Gegenstände um, sucht sie zu zerstören. Starrt Ref. verständnislos an, greift ihm an den Rock, in die Taschen. Öfters unrein mit Urin.

15. I. 1907. Stimmung in den letzten Tagen andauernd heiter. Pat. spricht in einem fort blühenden Unsinn, gibt nie eine sinngemäße Antwort. Schläft nachts genügend, Bewegungsstereotypien unverändert.

26. I. Versuchsweise außer Bett, noch recht ungeordnet und zerfahren, nimmt anderen Pat. die Speisen weg, setzt sich auf die Tische, spricht nur konfuse Zeug.

30. I. Hat infolge seines zudringlichen Wesens häufig Konflikte mit seiner Umgebung, spricht das sinnloseste Zeug, oft mit gutem Humor, verkennt die Personen, hält Ref. für Kaiser Wilhelm II., schläft gut.

22. II. Hält sich äußerlich, jetzt ziemlich geordnet, verkennt noch die Personen, besonders Ref., den er immer mit Magistrat anredet, faselt sinnloses Zeug, Schlaf und Nahrungsaufnahme gut.

6. III. Bei der Außenarbeit noch etwas zerfahren, bedarf vielfacher Anregung. Redet Ref. zum erstenmal als „Herr Doktor“ an.

28. III. Recht blöde und zerfahren, in seinen Arbeitsleistungen sehr ungleichmäßig, faselt sinnloses, verworrenes Zeug, verkennt Personen, bezeichnet Ref. neuerdings wieder als Magistrat.

15. IV. Arbeitet jetzt recht gut, zeigt ruhiges, geordnetes, aber schwachsinniges Verhalten.

27. IV. Hielt sich in der Zwischenzeit recht gut, arbeitete fleißig im Felde, beschäftigte sich im Hause mit Stenographie. Zeigt eine gewisse Einsicht in seinen abgelaufenen Erregungszustand.

Zu seiner Mutter nach L. entlassen.

Katamnese (1926): Bis jetzt gesund geblieben.

Emma Polter (III, 2) war die Ausgangsprobandin; wir lernten sie kennen, als sie wegen einer Invaliditätsbegutachtung zum zweiten Mal zu uns in die Klinik kam. Nach unseren obigen Ausführungen können wir uns kurz fassen.

Nach vorangegangener körperlicher Erkrankung (Endometritis) wird durch eine aufregende Todesnachricht bei der Probandin ein unzweifelhaft psychogenes Zustandsbild ausgelöst, welches etwas über 2 Monate anhält. Wir sprechen von einer reaktiv-labilen Konstitution, wobei wir wiederum die Vorbereitung durch die körperliche Erkrankung ausdrücklich unterstreichen (im Sinne des Hineinspiels symptomatischer Anteile). Kompliziert werden die Verhältnisse in diesem Falle durch die prämorbidie Persönlichkeit, denn E. P. ist sicher von Hause aus schwachsinnig und damit zusammenhängend zu paranoiden Reaktionen geneigt gewesen. Nach dieser ersten Erkrankung bleibt E. P. bis zu dem künstlichen Klimakterium gesund. Von dieser Zeit ab leidet sie wieder unter periodischen Verstimmungszuständen, welche reaktiv — wie beim Tode des Ehemannes — eine Verschlimmerung erfahren.

Auch bei dem Bruder Hermann Liebreich (III, 5) handelt es sich um eine psychogene Reaktion, die nach kurzer Zeit wieder abklingt.

Was bei Helmut Liebreich (III, 6) vorgelegen hat, wissen wir nicht. Wir nehmen nur an, daß die damalige Diagnose „Hebephrenie“ nicht richtig war. Wir kommen später noch darauf zurück.

Bei Hulda Liebreich (III, 7), welche während der Lactation erkrankt, würde man ohne Kenntnis der erbbiologischen Zusammenhänge wohl eher an eine Schizophrenie denken, besonders wegen der langen, fünfjährigen Krankheitsdauer. Widerlegen läßt sich das natürlich auch nicht. Angesichts dessen, daß H. L. aber nachher nie wieder krank geworden ist, neigen wir trotzdem dazu, an das Vorliegen einer Degenerationspsychose mit allerdings stark schizophrenieverdächtiger Symptomatologie zu denken. Von Bedeutung bleibt immer der Ausbruch der Erkrankung in der Stillperiode; die Tatsache einer symptomatischen „Auslösung“ bleibt also immer bestehen.

Auch bei Otto Liebreich (IV, 7), dem Sohn von III, 7, sehen wir ein Zustandsbild von schizophrener Symptomatik. Körperliche Vorgänge als auslösende Ursachen können wir diesmal nicht nachweisen. Wollte man auch O. L. als einen Schizophrenen auffassen, so bliebe immer merkwürdig, daß trotz des frühen Einsetzens der Erkrankung (20jährig) und nur relativ kurzer Dauer der Psychose eine nunmehr schon 20 Jahre anhaltende Remission besteht.

Bei einer etwa vorhandenen prinzipiellen Neigung, unsere Beobachtungen dem schizophrenen Formenkreis zuzuteilen, würden wir die bemerkenswerte Tatsache zu verzeichnen haben, daß es sich durchwegs um Psychosen von ausgesprochen remittierendem Charakter handelt. Kein einziger unserer Fälle ist — da wir über katamnestische Mitteilungen verfügen — anstaltsbedürftig geworden.

In Erwägung zu ziehen wäre ferner, ob man unsere Beobachtungen als *schizophrene Reaktionstypen* auffassen könnte. Angesichts der von uns hervorgehobenen Zusammenhänge mit auslösenden körperlichen oder seelischen Schädigungen wäre eine solche Möglichkeit sehr wohl in Betracht zu ziehen. *Johannes Lange*¹⁾ hat erst kürzlich wieder darauf hingewiesen, „eine wie wichtige Rolle dem körperlichen Allgemeinzustand zuzukommen scheint“. Wenn *Lange* weiterhin die Vermutung ausspricht, daß „eine besondere Veranlagung, ein schwerwiegendes seelisches Erlebnis und ein Erschöpfungszustand von gleich wesentlicher ätiologischer Bedeutung sind“, so könnte man darin einen Wahrscheinlichkeitsbeweis dafür sehen, daß unsere Psychosen auch als schizophrene Reaktionstypen zu deuten wären. Wir lassen diese Frage offen, geben aber zu bedenken, ob nicht auch das Problem dieses von *Lange* im Auge

¹⁾ Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus. Münch. med. Wochenschr. 1926, S. 1152—1155.

gehabten schizophrenen Reaktionstypus¹⁾ dadurch eine neue Beleuchtung erführe, daß man eine besondere — nicht schizoide, sondern degenerative — Anlage im oben erläuterten Sinne für das Zustandekommen solcher atypischer Psychosen verantwortlich machte. Diese Gruppe von heilbaren Degenerationspsychosen mit vorwiegend *heteronom* Gestaltung müßte selbstverständlich von den vorwiegend *homonom* sich äußernden Erkrankungen abgetrennt werden. Diese Fragen entscheiden zu wollen, wäre verfrüht. Unsere Bemühungen wären reichlich belohnt, wenn man den von uns bearbeiteten Problemen nunmehr allenthalben Aufmerksamkeit schenken würde. Die erbbiologische Forschung dürfte dabei ein entscheidendes Wort mitzureden haben.

Zusammenfassung des Anhangs.

Bei einer aus äußeren Gründen nicht erschöpfend durchforschten Familie, in welcher ein gehäuftes Auftreten atypischer Psychosen beobachtet wurde, werden ähnliche Verhältnisse wie bei der eingehend untersuchten Sippschaft angenommen. In Anbetracht des Überwiegens von Zustandsbildern mit schizophrenieähnlicher Symptomatologie wird jedoch vermutet, daß diese heteronomen Syndrome zwar auch zahlreicher Übereinstimmungen halber (Auftreten im Anschluß an körperliche oder seelische Schädigungen, Verlauf, „Heilbarkeit“) den degenerativen Geistesstörungen zuzuzählen, von den homonomen Degenerationspsychosen aber abzutrennen sind. Die Möglichkeit der Zugehörigkeit dieser Erkrankungen zu den sog. schizophrenen Reaktionstypen wird offen gelassen. Weitere Forschungen müssen aber erst lehren, ob *diesem* „schizophrenen“ Reaktionstypus nicht doch eine eigenartige degenerative Veranlagung zugrunde liegt, die mit der Kerngruppe der Schizophrenie vielleicht lediglich eine gewisse Symptomverkuppelung gemeinsam, im übrigen aber ätiologisch nichts damit zutun hat.

¹⁾ *Bumke* hat einen anderen als den von *Lange*, *Kahn*, *Popper* gemeinten schizophrenen Reaktionstyp im Auge, wenn er von der Auflösung der *Dementia praecox* in schizophrene Reaktionstypen spricht (s. dazu *Jacobi* u. *Kolle* a. a. O.).