

# Schizophrenien.

Von

Dr. Ernst Braun.

Mit 7 Textabbildungen.

Für den Bericht wurden die Krankenakten von 716 Schizophrenen verwandt. Davon waren 306 Männer und 410 Frauen. 43 Männer und 40 Frauen wurden während der Berichtszeit zweimal, 4 Männer und 4 Frauen dreimal, 2 Frauen viermal und 1 Frau sechsmal aufgenommen. Die Aufnahmeziffer unseres Materials erhöht sich damit für die Männer auf 357, für die Frauen auf 469, im ganzen auf 826<sup>1)</sup>. Vor der Berichtszeit waren in der Klinik aufgenommen 38 Männer einmal, 15 zweimal, 11 dreimal, 6 viermal, 2 fünfmal, 1 sechsmal, 2 siebenmal, 1 neunmal; 57 Frauen einmal, 22 zweimal, 11 dreimal, 5 viermal, 2 fünfmal, 3 sechsmal, 1 siebenmal, und 1 neunmal. Deren ältere Krankengeschichten wurden in etwas kursorischerer Form durchgesehen und bei der Statistik mitverwandt. Die Zahl der durchgesehenen Krankengeschichten erhöht sich damit für die Männer auf 531, für die Frauen auf 667. Insgesamt wurden bei der Statistik also 1198 Krankengeschichten verwandt.

Überwiegt schon bei einfacher Gegenüberstellung die Aufnahmeziffer der schizophrenen Frauen über die der Männer, so wird dieses Verhältnis noch deutlicher, wenn damit die Gesamtziffern der Aufnahmen verglichen werden, die bei den Männern ungleich höher — 2332 — als bei den Frauen — 1615 — sind. Bei den Männern wurde also nach unserem Material bei 15,21%, bei den Frauen bei 28,4% aller Aufnahmen der Berichtszeit die Diagnose Schizophrenie gestellt.

Die Zusammenstellung dieser Verhältnisse für die Jahre 1921—1925 ergibt folgendes:

Jahr	Männer			Frauen		
	Gesamt-aufnahmen	Schizo-phrenien	%	Gesamt-aufnahmen	Schizo-phrenien	%
1921	1021	192	18,8	886	306	34,5
1922	1064	187	17,6	822	280	34,1
1923	823	194	23,6	625	210	33,6
Berichts-zeit	2332	357	15,31	1651	469	28,4

<sup>1)</sup> Von diesen handelt es sich bei 20 Männern und 32 Frauen um solche Fälle, deren Diagnose während der Klinikbeobachtung unklar geblieben war, deren schizophrene Erkrankung also erst durch katamnestische Erhebungen festgestellt wurde.

Für die Jahre 1921—1923 ergeben sich also ungefähr die gleichen Ziffern wie für die Berichtszeit. Die Abnahme der Gesamtaufnahmeziffer im Jahre 1923 erklärt sich wohl zwanglos aus der Inflationszeit, die naturgemäß die Verbringung namentlich leichter Erkrankter in die Klinik erschwerte. Für die Tatsache aber, daß in diesen Jahren ebenso wie in der Berichtszeit regelmäßig im Verhältnis zur Aufnahmezahl fast doppelt soviel schizophrene Frauen als Männer beobachtet wurden, läßt sich eine befriedigende Erklärung kaum finden. Vielleicht mögen dabei die zahlreichen männlichen Großstadtpsychopathen eine Rolle spielen, die die Zahl der männlichen Aufnahmen außerordentlich in die Höhe getrieben haben mögen. Dadurch wird aber immer noch nicht erklärt, weshalb auch die absoluten Zahlen der weiblichen Schizophrenen soviel größer sind, als die der männlichen. Nach unserem Material wird man nicht umhin können, auf eine größere Anfälligkeit des weiblichen Geschlechts gegenüber der Schizophrenie zu schließen.

### *Einteilung.*

Es soll versucht werden, die schizophrenen Erkrankungen in Krankheitsgruppen einzuteilen, deren jede durch kurze Stichworte am Eingang gekennzeichnet werden soll. Es kann sich dabei im wesentlichen natürlich nur um die Aufstellung von *Erkrankungstypen* handeln, die häufig ohne scharfe Grenze ineinander übergehen. Die Einordnung der einzelnen Psychose in derartige Gruppen ist oft nicht leicht und manchmal nur mit einer gewissen Gewaltbarkeit möglich. Dazu kommt, daß einzelne Psychosen in ihrem späteren Verlauf ein anderes Bild zeigen als in ihrem Beginn. Alter, Milieu und intellektuelle Fähigkeiten geben ferner den Schizophrenen ihre besondere Färbung, die eine Einordnung sehr erschweren kann. Weitere Fehlerquellen sind endlich die unzuverlässigen Angaben der Angehörigen, Unanschaulichkeit der von fremder Hand geschriebenen Krankengeschichten und die verschiedenartige Bewertung der Befunde durch den einzelnen Untersucher.

### *Präpsychotische Persönlichkeiten.*

Etwas Ähnliches gilt für die Typen der Präpsychotischen Persönlichkeiten, deren Betrachtung versucht wurde. Auch hier konnte es sich bei einem so großen Material nur um eine einigermaßen grobe Typisierung handeln, bei der feinere Einzelheiten absichtlich außer acht gelassen wurden, und gröbere, auch den Angehörigen auffällige Charakteristica den Ausschlag geben mußten. Auch hier gibt es natürlich Übergänge und Mischungen, ein Schwernehmender kann sehr wohl auch reizbar, ein lebhafter Gesellschaftsmensch launisch oder streitsüchtig sein. Die Charakterisierung der Typen ist mit Absicht möglichst einfach gehalten und bis zu einem gewissen Grade dem Wort-

schatz und psychologischen Verständnis der Angehörigen, auf deren Berichte wir angewiesen waren, angepaßt worden. Folgende Typen sollen unterschieden werden, von denen die beiden ersten unauffälligen Spielarten normaler Charaktere entsprechen, die übrigen durch mehr oder weniger auffallende Abweichungen von der Norm gekennzeichnet sind:

1. Unauffällig, lustig, lebhaft, gesellig, tüchtig.
2. Unauffällig, ernst, still, für sich, empfindlich, ehrgeizig, Musterkind, tüchtig.
3. Still, eigen, verschlossen, reizbar, leicht verstimmt, launisch, sonderlich, scheu, Querkopf, aber tüchtig.
4. Schwernehmend, weich, ängstlich, labil, Träumer, wenig tüchtig.
5. Nervös, zart, kränklich, ängstlich, übergewissenhaft, tüchtig, aber größeren Anforderungen schlecht gewachsen.
6. Kalt, herzlos, frigide, eigensinnig, herrschsüchtig, streitsüchtig, tüchtig, aber ungenießbar.
7. Mißtrauisch, verschlossen, eigen, boshaft, eifersüchtig, streitsüchtig, untüchtig und ungenießbar.
8. Haltlos, streitsüchtig, aufgeregte, unbrauchbar.

#### *Begabung.*

Die intellektuellen Fähigkeiten wurden im wesentlichen nach den Schul- und Berufsleistungen, erst in zweiter Linie nach den oft flüchtigen oder wegen der psychotischen Störungen unzuverlässigen klinischen Beobachtungen beurteilt; Versagen in höheren Schulen oder komplizierteren Berufen wurde dabei weniger hoch bewertet als das Zurückbleiben in einfacheren Schulen und Berufen. Umgekehrt wurden als hochbegabt nur Menschen von hoher Leistungsfähigkeit gegenüber großen Anforderungen bezeichnet. Es wurden unterschieden:

- ++ = hohe Begabung,
- + = gute Durchschnittsbegabung,
- +0 = mittelmäßige Begabung,
- 0 = schlechte Begabung, Deбилität,
- 00 = sehr schlechte Begabung, Imbezillität.

#### *Erblichkeit.*

Bei der Betrachtung der Erblichkeit machte sich der Mangel an sicheren Unterlagen besonders unangenehm fühlbar. Zuverlässige Urteile über das Vorliegen und die Art der erblichen Belastung konnten nur verhältnismäßig selten durch angezogene Krankengeschichten oder eigene Beobachtungen gewonnen werden. Vergleichsweise am klarsten dürften die Verhältnisse in der ersten Gruppe liegen, die die Fälle ohne erbliche Belastung zusammenfaßt. Bei einem großen Teil der anderen

beiden Gruppen handelt es sich um mehr oder weniger gut fundierte Vermutungen. Folgende Gruppen wurden gebildet:

1. Keine erbliche Belastung,
2. Mutmaßlich nicht schizophrene Belastung,
3. Verdacht auf schizophrene Belastung.

#### *Katamnesen.*

Die Katamnesen wurden in den letzten Monaten des Jahres 1925 und den ersten des Jahres 1926 erhoben und zum Teil aus Angaben der Angehörigen oder Krankenblättern fremder Anstalten und Kliniken, zum kleineren Teil aus persönlicher Nachuntersuchung gewonnen. Sie wurden im allgemeinen auf die Beobachtungen des Jahres 1924 beschränkt. Hier wurden wieder vor allem frische Fälle berücksichtigt. Aus beiden Jahren wurden ferner einzelne Fälle zur Klärung der Diagnose katamnesiert und in der Statistik mitverwertet. Die Resultate wurden zu folgenden Gruppen zusammengefaßt:

1. Sehr gute Remissionen bis zur Unauffälligkeit. Volle soziale Brauchbarkeit.
2. Remissionen mit leichtem Defekt oder leichten, hier und da wieder auftretenden akuten Symptomen. Verminderte soziale Brauchbarkeit.
3. Nach außen mehr oder weniger erhalten und unauffällig; sozial brauchbar; aber beibehaltene unkorrigierte Wahnideen.
4. Nach Remission rückfällig geworden.
5. Noch akut krank.
6. Wurstige Verbummlung, Landstreichertypen.
7. Verblödet und anstaltsbedürftig.
8. In Anstalten gestorben.

Einige dieser Gruppen wurden auch der Betrachtung der Defektzustände sinngemäß zugrundegelegt.

#### *Todesursachen.*

Die Untersuchung der Todesursachen bezieht sich nur auf diejenigen Kranken, die während ihres Klinikaufenthaltes starben. An Todesursachen brauchten nur unterschieden zu werden:

1. Septische Infektionen.
2. Herzschwäche.

Abgesehen von den oben charakterisierten Mängeln, die den Quellen unserer Feststellungen anhaften, leidet die statistische Auswertung der bisher aufgezählten Besonderheiten unter der Unvollständigkeit der Aufzeichnungen. In vielen Fällen ließen sich z. B. über die Erblichkeit oder die Präpsychotischen Persönlichkeiten überhaupt keine Feststellungen machen, da die Kranken ohne Angehörige waren, selbst

keine Auskunft über sich erteilen konnten (z. B. Stuporen) und oft nach wenigen Tagen in die Anstalt überführt werden mußten. In anderen Fällen trägt die allzu kursorische Behandlung einzelner Besonderheiten seitens der Krankengeschichtsschreiber die Schuld daran, daß nachträglich kein klares Bild zu gewinnen war. Die Ziffern der hierher gehörigen Tabellen sind also im großen und ganzen nur untereinander zu vergleichen und nur mit Vorsicht auf die Gesamtziffern zu beziehen.

Etwas besser steht es mit der Betrachtung einzelner Symptome, die in folgendem besprochen werden sollen und deren Auffälligkeit mit größerer Sicherheit zu ihrer Notierung durch Angehörige und untersuchende Ärzte geführt haben dürfte. Diesen Untersuchungen wurden nach Möglichkeit ganze Krankheitsverläufe, also unter Zuhilfenahme katamnestischer oder anamnestischer Erhebungen und des Studiums älterer Krankenblätter, zugrunde gelegt. Es wurden vorzüglich einzelne Syndrome ausgewählt, die im allgemeinen mit der Schizophrenie nichts zu tun haben. Nur bei Betrachtung der Defektzustände wurde ein Überblick über die Verteilung der echten schizophrenen Symptome versucht.

Im einzelnen wurden folgende Syndrome näherer Betrachtung unterzogen:

#### *Hysterische Syndrome.*

1. Anfälle.
2. Hysterisches Theater.
3. Pseudodemenz.
4. Andere Pseudoerkrankungen.

#### *Epileptische Anfälle.*

1. Mit Sicherheit von ärztlicher Seite beobachtet und beschrieben.
2. Nach Beschreibung von Angehörigen oder Ärzten wahrscheinlich.

#### *Alkoholismus.*

Chronischer Alkoholismus, der nach Beginn der Schizophrenie aufgetreten ist oder sich verschlimmert hat.

#### *Hypochondrische, depressive oder manische Einschläge.*

Diese pathoplastischen Besonderheiten sind nur bei denjenigen Psychosen gezählt worden, bei denen sie nicht das Charakteristicum der Zustandsbilder darstellen. Jene Psychosen also, bei denen hypochondrische, depressive oder manische Symptome so im Vordergrund stehen, daß alle anderen Symptome hinter ihnen zurücktreten (A II und A III) und bei denen sie regelmäßig auftreten, sind dieser Betrachtung nicht unterworfen worden.

*Auslösende exogene Erkrankungen.*

1. Schwangerschaft.
2. Infektionskrankheiten.
3. Operationen.
4. Rückbildung.

*Suicide.*

1. Versuchte Selbstmorde.
2. Neigung zum Selbstmord.
3. Selbstverstümmelung oder -beschädigung.

*Kriminalität.*

Hier sind nur Vergehen oder Verbrechen verwandt, deren Begehung mit einiger Sicherheit in die Zeit der schizophrenen Erkrankung fällt.

1. Bedrohung oder tätliche Angriffe.
2. Mord, Totschlag oder Versuche dazu.
3. Brandstiftung.
4. Falschanzeigen
  - a) fremder Personen.
  - b) der eigenen Person.
5. Haltlosigkeit, Streunen, Davonlaufen, Desertion, Prostitution, Bettel, Schwindelei, Diebstähle, Betrug.
6. Sexualvergehen, wie unzüchtige Handlungen an Kindern, Exhibitionismus, Sodomie.

**A. Schizophrene Prozesse mit akuten Schüben.****I.**

Nach monate-, selbst jahrelang vorhergehender prämonitorischer Charakterveränderung leidlich genau bestimmbarer akuter Beginn, meist in jugendlichem Alter, oft mit allgemeinen, leichten, körperlichen Beschwerden, Unlust, Schwäche, Kopfdruck, Schlaflosigkeit, seltener schwerem, fast organisch anmutendem Kopfschmerz, Veränderungsgefühl, Beziehungs- und Beeinflussungsideen, gedanklichen Störungen. Nach kurzem, depressivem Initialzustand schnelles Abblassen der Affektivität bis zur Ratlosigkeit, Leere und Gleichgültigkeit. Läppische oder bizarre, unausgeglichene und unangepaßte, sprunghafte Affektäußerungen. Halluzinationen. Leichte, schwankende Bewußtseinstörung. Persönlichkeitsspaltung, zerfahrenes Denken. Sperrungen mit abrupten impulsiven Entladungen. Neigung zum Stupor. Schubweiser Verlauf mit Remissionen, Ausgang in leichtere oder schwerere schizophrene Defektzustände oder — seltener nach dem ersten Schub — Verblödung.

58 Männer, 70 Frauen:

Erblichkeit				Präpsychotische Persönlichkeit								
	1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8
♂	33	6	15	♂	12	29	5	1	4			
♀	41	4	22	♀	13	28	6	2	13	2		1
Zus.	74	10	37	Zus.	25	57	11	3	17	2		1
Begabung						Suicide						
	++	+	+0	0	00		1	2	3			
♂	2	28	13	11	2	♂	1	3				
♀	3	43	12	8		♀	12	12				
Zus.	5	71	25	19	2	Zus.	13	15				
Kriminalität						Hysterie						
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4		
♂	1			a			1					
♀	1			b			1		1			
Zus.	2				10	3	5		1	1		
Exogene Auslösung						Epilepsie						
	1	2	3	4				1	2			
♂								1				
♀		2	2	1								
Zus.		2	2	1				1				
Katamnesen												
	1	2	3	4	5	6	7	8				
♂	6	2	1		4			1				
♀	4	7		1	4		3					
Zus.	10	9	1	1	8		3	1				

1 chronischer Alkoholiker.

Auf einige Besonderheiten, die sich bei den folgenden Gruppen der Abteilung A mehr oder weniger regelmäßig wiederholen werden, darf schon hier aufmerksam gemacht werden:

Weit über die Hälfte aller Fälle weist keine *erbliche Belastung* auf. Nicht ganz ein Drittel eine Belastung, die den Verdacht auf Schizophrenie erweckt, etwa der zehnte Teil wahrscheinlich unspezifische, nichtschizophrene Belastung.

Die große Mehrzahl der *Präpsychotischen Persönlichkeiten* liegt im Bereich gesunder Charakterspielarten (1 und 2). Dabei übertrifft die Ziffer der Spalte 2 ganz bedeutend die der ersten Spalte. Daß die Frauen weitaus größeren Anteil an der Spalte 5 haben als die Männer, bedarf kaum einer Erklärung.

Ebenso ist ohne weiteres verständlich, daß in der Tabelle der *Begabung* die Flügelrubriken die schwächste, die mittleren die stärkste Besetzung aufweisen.

Schizophrene Frauen neigen mehr zum *Suicid* als schizophrene Männer.

Männer werden — vor allem im Sinne der Spalte 5 — bedeutend häufiger *kriminell* als Frauen.

Umgekehrt treten *hysterische Syndrome* und einleitende oder auslösende *exogene Erkrankungen* häufiger bei Frauen auf als bei Männern, während *epileptische* oder epilepsieverdächtige *Syndrome* in dieser Gruppe nur bei zwei Männern beobachtet wurden.

Die Resultate der *Katamnesenerhebung* sind gefärbt durch die oben charakterisierte Auswahl der Fälle. Daran liegt es möglicherweise, wenn die beiden ersten Spalten dieser Tabelle die stärkste Besetzung aufweisen.

## II.

### *Schizophrenien mit manischer und depressiver Färbung.*

a) Psychosen, wie unter A I beschrieben mit starker depressiver Färbung und lange erhaltener Affektivität. Neigung zu periodischem Verlauf mit guten Remissionen. Selbstvorwürfe, Versündigungs- und

Suicide			
	1	2	3
♂	4	4	1
♀	11	14	1
Zus.	15	18	2

Kleinheitsideen, oft erst im zweiten oder dritten Schub in unsinnige und zerfahrene, oft hypochondrisch gefärbte Wahnbildung übergehend. Im späteren Verlauf Erstarren in Stereotypie, Manieriertheit und Affektleeere. Meist nur in Einzelschüben beobachtet.

14 Männer, 40 Frauen.

b) Die gleichen Psychosen mit deutlicher manischer Färbung und sehr gut und lange erhaltener Affektivität. Neigung zu periodischem Verlauf mit sehr guten Remissionen

Suicide			
	1	2	3
♂			
♀	2	1	
Zus.	2	1	

bis zu völliger sozialer Brauchbarkeit, auch nach zahlreichen Schüben. Häufig motorische Erregungen mit ideenflüchtigem oder inkohärentem Rededrang. Zerfahrenheit erst im zweiten oder dritten Schub, charakteristischer schizophrener Defekt häufig erst nach vielen Schüben nachweisbar.

9 Männer, 18 Frauen.

c) Die gleichen Psychosen mit zirkulärer Färbung. Manische und depressive Pathoplastik innerhalb des gleichen Schubes abwechselnd oder im Wechsel ganze Schübe färbend. Exquisite Neigung zu periodischem Verlauf mit sehr guten Remissionen, die noch nach vielen Schüben zu sozialer Brauchbarkeit führen können. Erster Schub oft kataton gefärbt. Spätere Schübe allmählich in katatone Syndrome — Erregung, Stupor — übergehend.

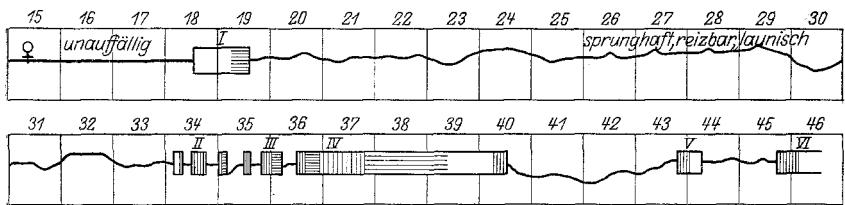


Abb. 1. Beispiel eines Prozesses mit manischer und depressiver Färbung der Einzelschübe.

||| = Manische Färbung. == = Depressive Färbung

I. Katatoner Zustand. Stupor mit leichtem depressivem Einschlag. Nicht beobachtet. Seitdem verändert, sprunghaft, reizbar, launisch. Viel Streit, viel Stellenwechsel.

II. Manisch gefärbte Erregung. Diagnose: Man.-depr. Irresein? Dem. praec.? Wieder berufstätig, aber schlecht brauchbar. Sehr reizbar und launisch. Zwei leichtere, aber gut abgesetzte Schübe.

III. Manisch und depressiv gefärbter Zustand. Diagnose: Man.-depr. Irresein. In hypomanischer Stimmung entlassen.

IV. Manisch und depressiv gefärbte Psychose. Diagnose: Man.-depr. Irresein, Hypomanie. 3 Jahre in der Anstalt, dann wieder brauchbar, aber sehr still, für sich, oft traurig.

V. Schizophrene verwirrte Erregung mit Zerfahrenheit. Blasser hypomanischer Färbung. Diagnose: Schizophrenie. Danach sehr brauchbar, genau, pedantisch, still, verschlossen.

VI. Schizophrene zerfahrene Erregung mit Verkehrtheiten und Manieriertheiten. Bleichener leerer Affekt. Nur selten noch manische Anklänge. In Anstalt überführt. Diagnose: Schizophrenie.

4 Männer, 17 Frauen.

*Zusammenstellung aller Fälle der Gruppe AII.*

27 Männer, 75 Frauen.

Erblichkeit				Präpsychotische Persönlichkeit								
	1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8
♂	16	4	5	♂	8	8	1	2	2			1
♀	38	13	14	♀	15	28	5	5	5			8
Zus.	54	17	19	Zus.	23	36	6	7	7			9

Begabung						Suicide			
	++	+	+0	0	00		1	2	3
♂	1	14	5	4	1	♂	4	4	1
♀	10	34	7	13		♀	17	18	1
Zus.	11	48	12	17	1	Zus.	21	22	2

Kriminalität							Hysterie				
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4
♂					5		♂	2			
♀					5		♀	4	1		
Zus.					10		Zus.	6	1		

Exogene Auslösung					Epilepsie		
	1	2	3	4		1	2
♂			1		♂		1
♀	2	1	2		♀	1	
Zus.	2	1	3		Zus.	1	1

Katamnesen

	1	2	3	4	5	6	7	8
♂	2			1	2			
♀	6	5		1	5	1	1	1
Zus.	8	5		2	7	1	1	1

Ferner 3 Alkoholiker, darunter 1 Frau.

Bemerkenswert ist die starke Beteiligung der Frauen an dieser Gruppe. Ihre absolute Zahl ist 3mal so groß wie die der Männer.

Charakteristisch sind die verhältnismäßig zahlreichen haltlosen Typen, deren Vertreter unter den *Präpsychotischen Persönlichkeiten* (8) und bei Betrachtung der *Kriminalität* (5) besonders ins Auge fallen.

Die *Suicidalen* der Gruppen IIa und IIb wurden für sich einander gegenübergestellt, weil ihr Verhalten für beide Gruppen besonders charakteristisch sein dürfte. In der zusammenfassenden Tabelle fällt wiederum auf, daß die Frauen mehr zum Suicid neigen als die Männer. Die übrigen Tabellen sprechen für sich. Die *Katamnesen* sind verhältnismäßig sehr günstig ausgefallen.

Es steht natürlich dahin, ob alle Psychosen, die in dieser Gruppe zusammengefaßt sind, und deren wesentliche Charakteristica gut erhaltene oder gar gesteigerte Affektivität und Neigung zu periodischem Verlauf sind, auch innerlich zusammengehören. Namentlich depressive Einschläge sind — vor allem bei Frauen — auch bei Psychosen nichts Seltenes, die nachher durchaus anders verlaufen, wenngleich sie im allgemeinen nicht so sehr im Vordergrund stehen, wie das bei unseren, in der Gruppe A II zusammengefaßten Erkrankungen der Fall zu sein pflegt.

### III.

#### *Hysterisch und hypochondrisch gefärbte Schizophrenien.*

a) Starke hysterische Färbung schizophrener Psychosen, wie sie unter A I beschrieben wurden. Anfälle, hysterisches Theater und Pseudoerkrankungen drängen oft lange Zeit die schizophrenen Symptome zurück. Haft, Rentenwünsche oder psychogene Momente spielen dabei nicht selten eine Rolle.

1 Mann, 5 Frauen.

Hysterie				
	1	2	3	4
♂			1	
♀	2	3		1
Zus.	2	3	1	1

Katamnesen								
	1	2	3	4	5	6	7	8
♂					1			
♀	2	1						
Zus.	2	1			1			

b) Hypochondrisch-depressive Färbung. Hinter unsinnigen, bis zum Nihilismus gehenden, später zerfahrenen und stereotyp werdenden Hypochondrien treten alle anderen Symptome zurück.

6 Männer, 2 Frauen.

Katamnesen

	1	2	3	4	5	6	7	8
♂ +♀		1			2		1	
Zus.		1			2		1	

Ein Mann dieser Gruppe litt unter Zwangsvorstellungen.

*Zusammenfassende Betrachtung der Gruppe A III.*

7 Männer, 7 Frauen.

Erblichkeit

	1	2	3
♂ ♀	4 3	1 2	2
Zus.	7	3	2

Präpsychotische Persönlichkeit

	1	2	3	4	5	6	7	8
♂ ♀	2 2	2 2			1	1		
Zus.	4	4			1	1		

Begabung

	++	+	+0	0	00
♂ ♀		5 3	2 3	1	
Zus.		8	5	1	

Suizide

	1	2	3
♂ ♀		1 2	1
Zus.	2	3	1

Kriminalität

	1	2	3	4 <sup>a</sup> a	5 b	6
♂ +♀					1 1	
Zus.				1	2	

Hysterie

	1	2	3	4
♂ +♀			1	
Zus.	3	3	1	1

Exogene Auslösung

	1	2	3	4
♂ ♀			1	
Zus.			1	

Katamnesen

	1	2	3	4	5	6	7	8
♂ ♀		1 1			3		1	
Zus.	2	2			3		1	

Die *Begabung* ist schlechter als in den vorhergehenden Gruppen. Die Fälle der Gruppe b sind besonders schlecht begabt. Die Prognose der hysterisch gefärbten Fälle scheint besser zu sein als die der anderen. Sichere Urteile lassen sich wegen der Kleinheit der Gruppe nicht gewinnen.

#### IV.

*Katatone Erregungen und Stuporen.*

a) Katatone Stuporen. Nach kurzem schizophrenem Initialsyndrom, das meist mit ausgeprägter Ratlosigkeit einhergeht, schnelles Versinken

in negativistischen oder schlaffen Stupor mit schwerer Sperrung aller psychischen Entäußerungen. Häufig Nahrungsabstinenz und deutliche vegetative Störungen. Gelegentlich Durchbruch impulsiver Erregungen oder abrupter verkehrter Handlungen. Verhältnismäßig gute Prognose, Neigung zu periodischem Verlauf.

14 Männer, 19 Frauen.

Begabung					
	++	+	+0	0	00
♂		4	5	2	
♀	1	9	1	2	2
Zus.	1	13	6	4	2

Männer scheinen mehr zum Stupor zu neigen als Frauen. Die *Begabung* scheint bei dieser Gruppe verhältnismäßig schlecht zu sein.

b) Katatone Erregungen. Nach kurzem Prodrom mit Depression, Veränderungs- und Beeinträchtigungsgefühl und Ratlosigkeit plötzlich, meist zugleich mit reichlichen Sinnestäuschungen einsetzende sprachliche und motorische katatone Erregung mit inkohärentem oder zerfahrenem Denken und Bewußtseinstörungen von schwankender Stärke. Manischer Einschlag mit Ideenflucht, heiterem Affekt und gesteigertem Kraft- und Selbstbewußtsein häufig im Anfang noch nachzuweisen, aber schnell in Affektlosigkeit, läppischer Manieriertheit und stereotyper Leere untergehend. Neigung zum Umschlag in Stupor. Verhältnismäßig gute Prognose. Oft periodischer Verlauf.

23 Männer, 42 Frauen.

Präpsychotische Persönlichkeit									Hysterie				
	1	2	3	4	5	6	7	8		1	2	3	4
♂	4	4	7		2				♂		1	1	1
♀	15	8	1		4			2	♀	1			2
Zus.	19	12	8		6			2	Zus.	1	1	1	3

Exogene Auslösung					Katamnesen								
	1	2	3	4		1	2	3	4	5	6	7	8
♂			1		♂	1	2			2			
♀	2		1	1	♀	4			1				1
Zus.	2		2	1	Zus.	5	2			3			1

Todesfälle		
	1	2
♂		
♀	5	1
Zus.	5	1

Unter den *Präpsychotischen Persönlichkeiten* sind die der Spalte 1 am stärksten vertreten. Namentlich unter den Frauen wurden häufig

solche Persönlichkeitstypen gefunden. Auch die Spalte 5 ist in dieser Gruppe stärker besetzt als es dem Durchschnitt entspricht. Verhältnismäßig häufig auslösende *exogene Erkrankungen*, wie immer bei den Frauen öfter als bei den Männern anzutreffen. Die *Katamnesen* ergeben ein günstiges Bild. Die *Mortalität* ist hoch und hat nur die Frauen betroffen.

c) Katatone Erregungen mit starker ängstlicher Färbung. Angst-  
affekt lange erhalten, auch in späteren Schüben immer wiederkehrend.

7 Männer, 11 Frauen.

Präpsychotische Persönlichkeit

	1	2	3	4	5	6	7	8
♂	1	2		1				
♀	2	2	2	2	2			
Zus.	3	4	2	3	2			

Vergleichsweise starke Besetzung der Spalten 4 und 5 der Tabelle über die *Präpsychotischen Persönlichkeiten*, die die ängstlich-weichen Typen umfassen.

d) Katatone Stuporen und katatone Erregungen wechseln im gleichen Schub oder beherrschen bei periodischem Verlauf abwechselnd die einzelnen Schübe. Neigung zu periodischem Verlauf. Gute Remissionen.

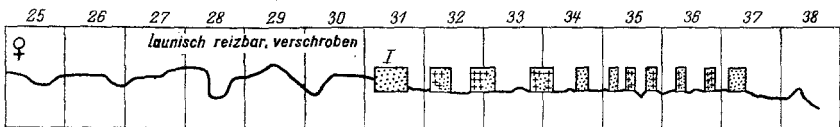


Abb. 2. Beispiel einer Psychose mit katatonen Erregungen und Stuporen.

++ = Erregung    :::: = Stupor.

Wohl seit 27. Jahr prämonitorische Charakterveränderung. Dann bei psychogener Auslösung Stupor (I) mit leichter depressiver Färbung. Seitdem jährlich 1–2mal katatone Erregungen oder Stuporen.

Dazwischen sozial brauchbar (Kunstnalerin), aber deutlich verändert, immer verschrobener, paranoider, menschen scheuer werdend. Nach den ersten Schüben noch volle Korrektur. Zuletzt ohne Kritik beibehaltene Wahnideen. Nach dem letzten Schub über ein Jahr frei von stärkeren psychotischen Erscheinungen, wieder beruflich tätig.

11 Männer, 24 Frauen.

Todesfälle

	1	2
♀		1
♂	2	1
Zus.	2	2

Exogene Auslösung

	1	2	3	4
♂				
♀	3			1
Zus.	3			1

Wieder bei Frauen erhöhte Mortalität und häufigere exogene auslösende Erkrankungen.

*Zusammenfassende Betrachtung der Gruppe AIV.*  
55 Männer, 96 Frauen.

Erblichkeit				Präpsychotische Persönlichkeit								
	1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8
♂	25	9	10	♂	12	13	8	1	5			
♀	47	15	18	♀	26	31	4	7	7		1	2
Zus.	72	24	28	Zus.	38	44	12	8	12		1	2

Begabung						Suicide			
	++	+	+0	0	00		1	2	3
♂	3	36	7	9	1	♂	4	2	1
♀	3	57	9	10	2	♀	11	4	2
Zus.	6	93	16	19	3	Zus.	15	6	3

Kriminalität							Hysterie				
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4
♂					5		♂		2	1	2
♀					2		♀	3	4	1	3
Zus.					7		Zus.	3	6	2	5

Exogene Auslösung					Epilepsie		
	1	2	3	4		1	2
♂				1	♂		
♀	7			1	♀		1
Zus.	7			2	Zus.		1

Katamnesen									Todesfälle		
	1	2	3	4	5	6	7	8		1	2
♂	3	2	1		3				♂		2
♀	5	3		2	11		1	1	♀	8	2
Zus.	8	5	1	2	14		1	1	Zus.	8	4

1 chronischer Alkoholiker, 1 Frau mit choreiformer Erregung.

Verschiebung der beiden ersten Gruppen der *Präpsychotischen Persönlichkeiten* zugunsten der ersten. Verhältnismäßig viele Persönlichkeiten vom Typus 4 und 5. An den *Selbstmordversuchen* sind wieder die Frauen stärker beteiligt. Geringe *Kriminalität*, die sich auf die der Spalte 5 beschränkt. Ziemlich häufige *hysterische Syndrome*, namentlich im Sinne der Pseudoerkrankungen (4). Ein einziger Fall, der den Verdacht auf *epileptische Anfälle* erweckte. Günstiges Bild der *Katamnesen* auch bei der Gesamtbetrachtung. Hohe *Mortalität*.

### V.

*Fälle, deren zwanglose Einordnung in größere Gruppen unmöglich war.*

a) Maligne faselige Verblödung. Aus akutem, früh beginnendem, schizophrenem Initialsyndrom schneller remissionsloser Übergang in

Verblödung mit faselig-zerfahrenem Gedankengang und erloschener Affektivität.

2 Männer.

Keine erbliche Belastung, ein Suicidversuch, eine Katamnese der Spalte 7 (Verblödung).

b) Akut einsetzende Halluzinose bei vollkommen erhaltener Kritik und Persönlichkeit. Beginn im 36. Lebensjahr.

1 Mann.

Keine erbliche Belastung.

c) Akut einsetzender schizophrener Schub bei einem Jugendlichen mit paranoischer Färbung ohne Zerfahrenheit.

1 Mann.

Keine erbliche Belastung. Katamnese ergibt leichten Defekt nach Spalte 2.

*Zusammenfassende Betrachtung der Gruppe A V.*

4 Männer.

Keine erbliche Belastung.

Präpsychotische Persönlichkeiten:  $\frac{2}{3} \frac{4}{1}$ ,

Begabung:  $\frac{+}{3} \frac{\theta}{1}$

Suicide:  $\frac{1}{1}$ , Katamnesen:  $\frac{2}{1} \frac{7}{1}$ .

*Zusammenfassende Betrachtung der ganzen Abteilung A.*

151 Männer, 248 Frauen. Insgesamt 399 Kranke.

Erblichkeit				Präpsychotische Persönlichkeit								
	1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8
♂	78	20	30	♂	34	55	14	5	11	1		2
♀	129	34	56	♀	56	89	15	14	26	2	1	10
Zus.	207	54	86	Zus.	90	144	29	19	37	3	1	12

Begabung						Suicide			
	++	+	+θ	θ	θθ		1	2	3
♂	6	86	27	25	4	♂	10	10	3
♀	16	137	31	32	2	♀	42	36	3
Zus.	22	223	58	57	6	Zus.	52	46	6

Kriminalität								Hysterie				
	1	2	3	4		5	6		1	2	3	4
				a	b							
♂	1			1		19	3	♂	3	2	2	3
♀	1			1	1	10		♀	14	8	2	4
Zus.	2			2	1	29	3	Zus.	17	10	4	7

Exogene Auslösung					Epilepsie		
	1	2	3	4		1	2
♂			3		♂	1	2
♀	9	3	5	3	♀	1	1
Zus.	9	3	8	3	Zus.	2	3

Katamnesen								
	1	2	3	4	5	6	7	8
♂	11	6	2	1	12		2	1
♀	17	16		4	19	1	5	2
Zus.	28	22	2	5	31	1	7	3

Chronischer Alkoholismus: 4 Männer, 1 Frau.

Bezüglich der *Erblichen Belastung* bestätigt die Gesamtdarstellung die Erfahrungen der Einzelbetrachtungen. Zirka  $\frac{1}{4}$  aller Fälle zeigt mutmaßlich schizophrene, zirka  $\frac{1}{7}$  mutmaßlich anderweitige Belastung, weit über die Hälfte ist frei von erblicher Belastung.

Unter den *Präpsychotischen Persönlichkeiten* stellen die größte Zahl die beiden ersten Spalten. Das sind die Persönlichkeiten, die innerhalb der Grenzen normaler Spielarten stehen. Dabei verhalten sich die Zahlen der lebhaften, leichtblütigen Temperamente zu denen der stillen, schwermütigen ungefähr wie 2 : 3, ein Verhältnis, das etwa dem normaler Temperamentsspielarten überhaupt entsprechen dürfte. Demgegenüber treten die Persönlichkeiten mit pathologischer Färbung sehr zurück. Ihre Zahl umfaßt nur  $\frac{1}{3}$  der Gesamtzahl. Wie weit in dieser Zahl noch prämonitorische Charakterveränderungen enthalten sind, als deren Ursache also der schon begonnen habende schizophrene Prozeß aufzufassen ist, muß einstweilen dahingestellt bleiben. Gewisse Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Spalte 4 und 5) lassen sich mühe-los aus allgemeinen charakterologischen Verschiedenheiten erklären.

Die Zusammenstellung, die sich auf die *Begabung* dieser Schizophrenen bezieht, zeigt eine ziemlich große Zahl minder oder schlecht Begabter. Daß sich unter diesen verhältnismäßig viel Männer befinden, erklärt sich, wie oben schon angedeutet, aus dem schnelleren Versagen der Männer gegenüber den verhältnismäßig größeren Aufgaben, die ihnen gestellt zu sein pflegen.

An den *Selbstmordversuchen* sind — wie bei allen Psychosen — die Frauen stärker beteiligt als die Männer.

Die *Kriminalität* der Abteilung A ist gering. Hier sind es wieder die Männer, die den Vorrang behaupten, und erklärlicherweise ist es die Spalte 5, die durch die Kriminalität der Haltlosen und Willensschwachen gekennzeichnet ist, die die stärkste Beteiligung aufweist.

Wieder sind es die Frauen, die das größere Kontingent der beiden folgenden Tabellen über die *hysterischen Syndrome* und die *auslösenden*

*exogenen Erkrankungen* stellen. Eines Kommentars bedarf es hier wohl kaum. Daß Frauen labiler gegenüber Infektionen und anderen exogenen Leiden sind, ist ohne weiteres verständlich. Dazu kommen die puerperalen Vorgänge, die die Gefährdung der Frauen ganz erheblich erhöhen.

*Epileptische Anfälle* scheinen bei Männern häufiger vorzukommen als bei Frauen. Aber die Ziffern sind zu klein, um hier etwas Sicheres sagen zu können.

Bei den *Katamnesen* mag die große Anzahl der guten Remissionen (Spalte 1 und 2) auffallen. Das hängt zum guten Teil mit der Auswahl der katamnesierten Fälle zusammen. Wichtig scheint jedenfalls, daß in dieser Abteilung nach den ersten Schüben eine sehr erhebliche Anzahl von Kranken wieder zu voller oder nur wenig beeinträchtigter sozialer Brauchbarkeit gelangt. Ein großer Teil der katamnesierten Kranken war bei Erhebung der Katamnesen, also mindestens  $\frac{3}{4}$  Jahr nach abgeschlossener Klinikbeobachtung, noch akut krank (Spalte 5), ohne daß sich bis dahin Sicheres über den Ausgang der Schübe sagen ließ.

*Todesfälle* kamen nur in der Gruppe IV vor. Sie sind dort zusammengestellt und es darf auf diese Tabelle verwiesen werden.

*Chronischer Alkoholismus*, der durch den schizophrenen Prozeß verursacht wurde, fand sich verhältnismäßig selten.

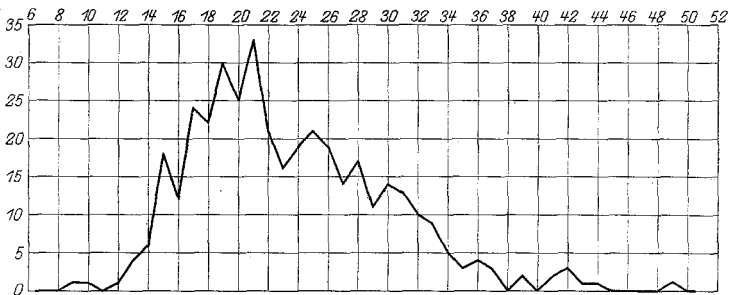


Abb. 3. Erkrankungsalter der Abteilung A.

Die Kurve des *Erkrankungsalters* leidet darunter, daß die Festlegung des Krankheitsbeginns oft unsicher bleiben muß. Ihre Schönheit ist beeinträchtigt durch die zu geringe Zahl der Fälle. Immerhin geht so viel daraus hervor, daß etwa um das 14. Lebensjahr ein steiler Anstieg der Erkrankungsziffern einsetzt, der um das 21. Lebensjahr zu einem Höhepunkte führt. Von da an fällt die Kurve etwas sanfter, als sie angestiegen war, wieder zum Nullpunkt ab.

## B. Prozesse mit frühem Beginn und chronischem Verlauf.

### I.

#### *Fortschreitende manirierte Verblödung.*

Nach kurzem, akutem Syndrom langsam fortschreitende, manirierte Verblödung. Bizarre Motorik, läppische Manieren, schnell schwindender

Affekt, zerfahrene Denkstörung höchsten Grades mit Wort- und Begriffsneubildungen. Frühzeitig einsetzende Stereotypien, die beim Abklingen des akuten Syndroms beibehalten werden, schnell zunehmende Unproduktivität, Stumpfheit und Leere. Schließlich Erstarrung in bizarrer Stereotypie.

3 Männer, 2 Frauen.

1 Mann zeigte sicher beobachtete, epileptische Anfälle. 1 Katamnese ergab Verblödung. Bei 1 Frau Auslösung der Psychose durch Infektionskrankheit.

## II.

### *Chronische Psychosen mit Charakterveränderungen in hysterischem oder psychopathischem Sinn.*

a) Hysterisch-paranoide Charakterveränderung mit Zerfahrenheit. Unmerklich aus hysterisch-paranoidem Charakter hervordachsende, paranoid gefärbte Psychose mit Zerfahrenheit und psychopathisch-hysterischen Mechanismen. Eifersucht und Mißtrauen überall. Anspruchsvoll und leistungsunfähig. Eiskalt, hochmütig und nur auf sich bedacht. Die Andern sind immer an Allem schuld; wie eine Furie hinter den Angestellten her, dem Mann die Hölle. Hetzen, Klatschen, Keifen und überall Streit. Kümmerliche Wahnideen und vereinzelte Halluzinationen. Reichlich hypochondrische Zutaten und hysterische Entladungen. Manierierte und bizarre Absonderlichkeiten und Verkehrtheiten. Endzustand: Leere, zerfahrene, ausgebrannte „Böse Sieben“.

9 Frauen.

Erblichkeit				Kriminalität							
	1	2	3		1	2	3	4		5	6
								a	b		
♀	2	2	5	♀	1	1		3			

Präpsychotische Persönlichkeit

	1	2	3	4	5	6	7	8
♀							9	

Sehr starke erbliche Belastung.

Hohe Kriminalität, bezeichnenderweise besonders der Spalte 4a (Falschbeschuldigungen).

b) Persönlichkeitsveränderung im Sinne psychopathischer Charaktere. Aus psychopathisch gefärbter (prämonitorischer also schon schizophrener?) Charakterveränderung unmerklich hervordachsende Formen. Lange Zeit das Bild erregbarer, hysterischer Psychopathie mit hysterischer Färbung auch der einzelnen schizophrenen Symptome wie Halluzinationen oder Erregungen. Impulsive und reaktive schwerste, gewalttätige Erregungen und reaktive oder autochthone Verstimmung.

gen. Lange nicht von psychopathischen Zuständen zu unterscheiden. Endlich immer undisziplinierter werdend. Überhandnehmen der impulsiven und autochthonen Mechanismen. Zunehmender Autismus. Gelegentlich feststellbare echte Halluzinationen, Beeinflussungs- oder Verfolgungsideen, Zerfahrenheit sichern die Diagnose.

#### 6 Frauen.

Erblichkeit			
	1	2	3
♀	1	1	3

Kriminalität						
	1	2	3	4	5	6
♀					4	1

Hysterie				
	1	2	3	4
♀	4			1

Präpsychotische Persönlichkeit								
	1	2	3	4	5	6	7	8
♀	3	1						2

Starke erbliche Belastung, starke Kriminalität, viele hysterische Entladungen. Ein Fall mit Verdacht auf epileptische Anfälle.

### III.

#### *Chronische paranoide Charakterveränderung.*

Unmerkliches Hervorwachsen aus der Persönlichkeit, selten und mit Mühe schubweises Fortschreiten festzustellen. Im Vordergrund affektiver Zerfall: Schneidende verächtliche Kälte und Feindseligkeit gepaart mit Wurstigkeit und Initiativelosigkeit. Überall und immer Neigung zu paranoider Auffassung, nicht zu überwindendes Mißtrauen. Diagnose kann lange zweifelhaft bleiben und stützt sich wesentlich auf die langsame Veränderung und Verschiebung der Persönlichkeit. Erst später vereinzelt echte Wahnideen, Verschrobenheit und einzelne motorische Symptome, Grimassen, Gebundenheit und Steifheit.

#### 1 Mann, 4 Frauen.

Erblichkeit				Begabung						Suicide			
	1	2	3		++	+	+0	0	00		1	2	3
♂			1	♂		1				♂		1	
♀	2	2		♀	2	2				♀	3	1	
Zus.	2	3		Zus.	2	3				Zus.	3	2	

Starke erbliche Belastung. Soweit wenige Fälle ein Urteil erlauben, sehr gute Begabung. Sehr viel — und sehr ernsthafte — Suicidversuche. Wenig hysterische Zutaten. Eine Kranke trank während der akuterer Krankheitszeiten viel.

Diese ersten drei Gruppen I—III sollen für sich allein einer *zusammenfassenden Betrachtung* unterzogen werden. Sie haben ihrer Struktur nach mit den beiden folgenden wohl kaum sehr viel zu tun, sondern nur die Äußerlichkeit des chronischen Verlaufs mit ihnen gemeinsam. Dabei bleibt zweifelhaft, ob die erste Gruppe I nicht besser an anderer

Stelle, etwa bei den akuten Psychosen der Gruppe AI unterzubringen wäre. Da sie aber wenig Fälle umfaßt, wird diese Fehlerquelle das Resultat nicht allzu sehr beeinträchtigen.

Erblichkeit				Präpsychotische Persönlichkeit								
	1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8
♂	3		1	♂	1						1	
♀	5	3	12	♀	4	4	1		1		9	2
Zus.	8	3	13	Zus.	5	4	1		1		10	2

Begabung						Kriminalität						
	++	+	+0	0	00		1	2	3	4 <sup>a</sup> b	5	6
♂		2	1			♂	1					1
♀	3	4	2	1	1	♀	1		3		5	1
Zus.	3	6	3	1	1	Zus.	2		3		5	2

Suicide				Hysterie				
	1	2	3		1	2	3	4
♂		2		♂				
♀	7	1		♀	6			2
Zus.	7	3		Zus.	6			2

Exogene Auslösung					Epilepsie		
	1	2	3	4		1	2
♂					♂	1	
♀				1	♀		1
Zus.				1	Zus.	1	1

Katamnesen								
	1	2	3	4	5	6	7	8
♂					1		1	
♀		4			5		3	
Zus.		4			6		4	

Die Zusammenstellung ergibt das Bild, das sich nach der Betrachtung der Einzelgruppen vermuten ließ: Starke erbliche Belastung, viele boshaft-streitsüchtige Typen unter den Präpsychotischen Persönlichkeiten, starke Kriminalität, sehr viele Suicidversuche, sehr viele hysterische Syndrome und verhältnismäßig ungünstige Prognose.

Das Erkrankungsalter dieser Gruppen läßt sich wegen der geringen Zahl der Fälle nicht graphisch darstellen. Es bewegt sich, soweit es überhaupt feststellbar ist, zwischen 13 und 34 Jahren, so zwar, daß der Scheitelpunkt der Kurve wiederum beim 21. Lebensjahr liegen würde.

## IV.

*Läppische Verblödung (Hebephrenie).*

Schwer bestimmbarer Beginn, meist in der Pubertätszeit. Nachlassen in Schule und Beruf, Träumerei und Einsiedelei, Verstimmungen mit sprunghaftem Wechsel. Bei Begabteren überhandnehmende philosophische und mystische Neigungen. Dann plötzliche Erregung leichteren Grades mit Größenideen, überspanntem Selbstbewußtsein und Verkehrtheiten. Im Vordergrund läppische Euphorie, bei seichtem Affekt sprunghafte Verstimmungen, Manieren und Grimassen. Verhältnismäßig häufig Zerfahrenheit, seltener Wahnideen und Halluzinationen. Remissionen selten zu sozialer Brauchbarkeit führend. Oft absolut schlechte Prognose. Chronischer Verlauf, selten gut abgrenzbare Schübe.

16 Männer, 7 Frauen.

Begabung						Kriminalität						
	++	+	+0	0	00		1	2	3	4	5	6
♂		4	2	7	2	♂		1			4	1
♀		2		4	1	♀					3	
Zus.		6	2	11	3	Zus.		1			7	1

Die Männer sind in größerer Zahl beteiligt als die Frauen. Schlechte Begabung, hohe Kriminalität.

## V.

*Einfache affektive Versandung (Dementia simplex).*

Früher Beginn, chronischer Verlauf. Versagen in Schule und Beruf. Grübeln, träumen, Einsiedelei. Kalt, unzugänglich und grob gegenüber den Angehörigen. Beeinflussung und Erziehung unmöglich. Frühzeitiger Verlust des ästhetischen und ethischen Urteils. Oft plötzliches Davonlaufen, Streunen, Verbummeln. Unsauber und verkommen. Strafen wegen Bettelei, Diebstahls und Schwindelei. Manchmal Alkohol, Gewerbsunzucht oder sexuelle Delikte. Stumpf, dessinlos, ziellos und wurstig; faul, bar aller Initiative, und ohne Ausdauer bei erzwungener Arbeit. Reizbar und moros. Seltener verschwommene Beeinflussungsideen und vereinzelte Halluzinationen. Öfter Grimassen, Manieren und Andeutung von Zerfahrenheit. Selten gut abgrenzbare Schübe, ziemlich seltene und unvollkommene Remissionen.

18 Männer, 11 Frauen.

Begabung						Kriminalität						
	++	+	+0	0	00		1	2	3	4	5	6
♂		8	5	5	1	♂		2			7	1
♀		1	3	6		♀		1			6	1
Zus.		9	8	11	1	Zus.		3			13	2

Wieder verhältnismäßig geringe Begabung und hohe Kriminalität. Bemerkenswert sind aus dieser Gruppe weiter 4 Alkoholiker, darunter 1 Frau, 1 Kranker — der einzige aus der Gesamtzahl — mit Zwangserrscheinungen und 1 Kranker mit einem exzeptionellen Gedächtnis für Zahlen und Daten.

Einen Überblick über das Vorkommen schizophrener Kardinalsymptome mag eine Stichprobe ergeben, bei der die 11 Frauen der Gruppe V verwandt wurden. Es wurden gezählt: Halluzinationen 1 mal, paranoide Wahnideen 3 mal, abrupte Erregungszustände 2 mal, schizophrene Hypochondrien 3 mal.

*Zusammenfassende Darstellung der Gruppen B IV und V.*

34 Männer, 18 Frauen. Insgesamt 52 Kranke.

Erblichkeit				
	1	2	3	
♂	16	4	9	
♀	8	2	8	
Zus.	24	6	17	

Präpsychotische Persönlichkeit									
	1	2	3	4	5	6	7	8	
♂	5	6	4		8		1	1	
♀	6	6	1	1					
Zus.	11	12	5	1	8		1	1	

Begabung					
	++	+	+0	0	00
♂		3	3	10	1
♀		12	7	12	3
Zus.		15	10	22	4

Kriminalität						
	1	2	3	4	5	6
♂			3		11	2
♀			1		11	1
Zus.			4		22	3

Suicide			
	1	2	3
♂	1	4	
♀			
Zus.	1	4	

Hysterie				
	1	2	3	4
♂	1		1	
♀	2			1
Zus.	3		1	1

Katamnesen								
	1	2	3	4	5	6	7	8
♂		1	1		2		6	
♀		1			1			
Zus.		2	1		3		6	

Nach dieser Zusammenstellung, deren Allgemeingültigkeit übrigens durch die kleine Zahl der Fälle beeinträchtigt ist, sind die Männer an diesen Erkrankungsformen in weitaus höherer Zahl beteiligt als die Frauen. Ein Drittel aller Fälle zeigt schizophrene *erbliche Belastung*. Die pathologischen Typen unter den *Präpsychotischen Persönlichkeiten* sind verhältnismäßig häufig, und unter ihnen stehen an der Spitze

die Persönlichkeiten vom Typus 5, der die Ängstlichen, Zarten umfaßt. Auffallend und vielleicht mehr durch den Zufall bedingt, ist bei dieser Spalte das Überwiegen des männlichen Geschlechts. Die *Begabung* ist im ganzen sehr schlecht. Aus den Fällen der letzten drei Spalten rekrutiert sich wohl der größte Teil der sog. Pfropfhehebephrenien. Nur  $\frac{1}{6}$  der Fälle weist die Durchschnittsbegabung auf. An und für sich unterscheiden sich jedoch die Psychosen dieser Fälle in keiner Weise von denen der Minderbegabten. Die *Kriminalität* dieser Gruppen ist entsprechend den schweren frühzeitigen ethischen Defekten groß. Die größte Zahl stellen die Vergehen der Haltlosen und Willensschwachen (5), daneben sind verhältnismäßig häufig Brandstiftungen (3) und Sexualdelikte (6). Umgekehrt finden sich in der Gruppe wenig Selbstmorde, und sehr wenig *hysterische Syndrome*, Tatsachen, die wohl mit der frühzeitig einsetzenden affektiven Einbuße genügend erklärt sind. Die *Katamnesen* sind im ganzen sehr ungünstig ausgefallen. Die größte Gruppe stellen die Verblödeten (7); nur wenige Fälle zeigten einigermaßen deutliche Remissionen, die aber nicht zu voller sozialer Brauchbarkeit führten (2 und 3). *Epileptische Anfälle* wurden in dieser — verhältnismäßig kleinen Gruppe — nicht beobachtet. Ebenso fehlten — bei dem chronischen Verlauf nicht verwunderlich — auslösende *exogene Erkrankungen*.

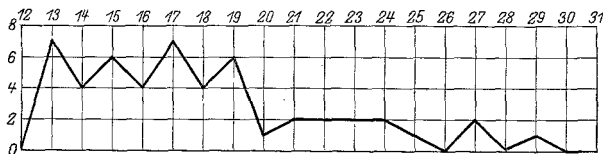


Abb. 4. Erkrankungsalter der Gruppen B IV und V.

Die Kurve des *Erkrankungsalters* leidet ebenfalls unter der geringen Zahl der Fälle. Immerhin kann man soviel aus ihr entnehmen, daß das Erkrankungsalter im ganzen ein früheres ist als das der Abteilung A. Hier liegen die höchsten Ziffern zwischen den Jahren 13 und 17, während um das 20. Lebensjahr, in dem die Kurve A erst ihrem Gipfel zusteigt, bereits eine deutliche Senkung der Kurve festzustellen ist.

### C. Paranoide Prozesse.

a) Beginn selten mit Sicherheit zu bestimmen und vor das 20. Lebensjahr zurückzuverfolgen. Leise, oft jahrelang dauernde, langsam zunehmende prämonitorische Charakterveränderung: Stiller und einsiedlerischer, empfindlicher und mißtrauischer, Neigung zu trauriger Verstimmung, sensitiven Beziehungs- und Benachteiligungsideen. Dabei leistungsfähig, oft besonders arbeitsam und gewissenhaft. Endlich vereinzelte schizophrene Verfolgungsideen. Dann meist akuter Schub, im

allgemeinen erst nach der zweiten Hälfte der 20er einsetzend. Schnell aufblühender Verfolgungswahn, oft mit Größenideen verknüpft, oder ängstliche Erregung mit Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten. Beeinflussungsgefühle und Bedeutungsideen mannigfacher Art. Erklärungsversuche, die mit zunehmender Zerfahrenheit immer bizarrer werden und zu Wort- und Begriffsneubildungen führen können. Anfängliche Systematisierungsversuche gehen in der schnellwachsenden Denkstörung unter. Gewisse Teile der Persönlichkeit, namentlich Affektivität und äußere Haltung oft lange erhalten; hinter der Fassade später ein Chaos von zerfahrenen Verfolgungsideen, langsames Leererwerden und Abblassen der Affektivität. In einem großen Teil der Fälle Remissionen mit Defekt: Verschrobenes Sonderlingswesen; Wahn zum Teil aufgegeben, zum Teil ohne affektive Betonung beibehalten. Remissionen kaum je sehr gut, Verblödungen selten ganz schwer.

39 Männer, 60 Frauen.

b) Fälle von ähnlicher Struktur. Die Erkrankung hat nur einen kleinen Ausschnitt der Persönlichkeit ergriffen, der Wahn ist isoliert, in sich geschlossen und — zunächst — systematisiert. Außerhalb des Wahns ist keine grobe psychische Störung nachweisbar. Besonders die Affektivität ist ausgezeichnet erhalten. Häufig leise hypomanische Färbung der Persönlichkeit, der die Neigung zu Größenideen innerhalb des Wahnsystems entspricht. Erst sehr spät langsamer Zerfall des Wahnsystems, zerfahrene Denkstörung. Im allgemeinen auch später kein Übergreifen der Erkrankung auf die Gesamtpersönlichkeit. Nach Überwindung der akuten Syndrome oft wieder sozial brauchbar. Der Wahn wird beiseite gelegt, aber nur zum Teil korrigiert. (Paraphrenien.)

5 Männer, 6 Frauen.

c) Fälle von ähnlichem Aufbau. Die Erkrankung hat die ganze Persönlichkeit ergriffen und führt gemeinhin zur Verblödung. Der Wahn wird in phantastisch-zerfahrener Weise ausgebaut. Meist zunächst euphorische oder ängstliche Stimmungslage, oft manischer Einschlag, Freude an der eigenen spielerischen Produktion; später langsames Abblassen des Affekts, Versiegen der Produktivität. Die Wahnideen werden stereotyper, dann zum großen Teil verloren, zum kleineren in zusammenhanglosen Trümmern beibehalten. (Dementia phantastica.)

4 Männer, 6 Frauen.

#### *Zusammenfassende Betrachtung der Abteilung C.*

Trotzdem die Zusammengehörigkeit der Gruppen a, b und c untereinander keineswegs feststeht, sollen die drei Gruppen gemeinsam betrachtet und statistisch verwertet werden. Das empfiehlt sich schon deswegen, weil die beiden letzten zu klein sind, um, für sich genommen, irgendwie brauchbare Resultate zu ergeben. Zudem bleibt gerade hier

die strikte Trennung überaus schwierig, und manche unserer Fälle konnten erst nach langem Schwanken ihrer Gruppe zugeteilt werden. Aus dieser Unsicherheit erklärt sich vielleicht die Bevorzugung der Gruppe a als der Ausgangsgruppe, der gegenüber die beiden letzten Gruppen verhältnismäßig klein sind.

Daß auch die Abgrenzung der ganzen Abteilung C nicht ohne Schwierigkeiten und vielleicht Willkür möglich war, ist ohne weiteres verständlich. Es befindet sich darunter eine Anzahl von Fällen, bei denen früher beobachtete, leichte, gut remittierte Schübe, die meistens im jugendlichen Alter aufgetreten waren, den Aufbau der Abteilung A gezeigt hatten. In diesen Fällen gaben die Schübe des späteren Alters, die in die Berichtszeit fielen, das Kriterium für die Zuteilung ab. Hier muß also der Einfluß des Lebensalters auf die Färbung der Psychose erwogen werden. Wie weit freilich dieser Einfluß des Lebensalters auf die Pathoplastik der Prozesse gesetzmäßig wirksam ist, muß dahingestellt bleiben. Vergleichende Kurven des Aufnahmealters der Abteilung A und C mögen diese Verhältnisse darlegen.

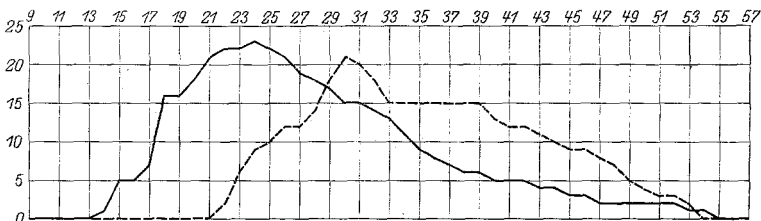


Abb. 5. Aufnahmealter der Abteilungen A und C. A = — C = ---.

Beide Kurven sind schematisiert, um die Unzulänglichkeiten, die sich aus der zu geringen Zahl der Fälle ergeben, nach Möglichkeit auszugleichen. Dazu mußten die Ziffern der zweiten Kurve, um sie mit der ersten, in der über die dreifache Zahl der Fälle verarbeitet wurde, einigermaßen vergleichen zu können, mit 3 multipliziert werden. Beide Kurven und namentlich die zweite geben also keine reinen Tatsachen, sondern nur ein ungefähres Bild der wirklichen Verhältnisse. Es ergibt sich, daß die jüngsten Fälle der Abteilung A mit 14 Lebensjahren aufgenommen wurden, während die jüngsten Kranken der Abteilung C bei ihrer Klinikaufnahme 22 Jahre alt waren. Dementsprechend liegt der Kulminationspunkt der Kurve A beim 24., der der Kurve C beim 30. Lebensjahr. Dafür überwiegen nun für die folgenden zwei Jahrzehnte bei weitem die Fälle der Abteilung C, bis endlich um das 55. Lebensjahr beide Kurven wieder den Nullpunkt erreicht haben. Die Kurven bestätigen also zunächst die lange bekannte Tatsache, daß höheres Lebensalter der Erkrankten das Auftreten paranoider Prozesse begünstigt. Aber dieser Einfluß des Lebensalters auf die Form der

Psychose ist keineswegs streng gesetzmäßig wirksam. Erkrankungsformen, die den akuten Prozessen der Abteilung A zugerechnet werden müssen, sind vielmehr auch in höherem Alter durchaus nichts Seltenes.

Über das Verhalten des Erkrankungsalters der einzelnen Abteilungen zueinander soll eine spätere Kurve Auskunft geben.

Die Abteilung C soll nun nach den üblichen Gesichtspunkten betrachtet werden.

48 Männer, 72 Frauen, zusammen 120 Kranke.

Erblichkeit				Präpsychotische Persönlichkeit									
	1	2	3		1	2	3	4	5	6	7	8	
♂	23	10	6	♂	11	17	1		2		1		
♀	33	16	15	♀	21	17	5	3	8	3	5	1	
Zus.	56	26	21	Zus.	32	34	6	3	10	3	6	1	
Begabung				Kriminalität									
	++	+	+0	0	00		1	2	3	4	5	6	
♂	1	30	9	5						a	b		
♀	3	48	9	8		♂	1	1	1	2	1	8	1
Zus.	4	78	18	13		♀		1				1	
						Zus.	1	2	1	2	1	9	1
Suicide				Hysterie									
	1	2	3		1	2	3	4					
♂	2	2	1	♂	1		1	1					
♀	8	4	1	♀	4	1		1					
Zus.	10	6	2	Zus.	5	1	1	2					
Exogene Auslösung				Epilepsie									
	1	2	3	4		1	2						
♂					♂								
♀	1		1		♀		1						
Zus.	1		1		Zus.		1						
Katamnesen													
	1	2	3	4	5	6	7	8					
♂	1	1	1		4		4						
♀		1	9		2		4	1					
Zus.	1	2	10		6		8	1					

Ein Vergleich mit den auf gleiche Weise gewonnenen Daten der Abteilung A ergibt zunächst eine auffallend hohe *erbliche Belastung* der Abteilung C mit nichtschizophrenen Psychosen, von denen wohl die Hauptzahl in das Gebiet des manisch-depressiven Irreseins zu rechnen sein dürfte. Sollte sich diese Tatsache bestätigen — auf die unsicheren Grundlagen gerade *dieser* Feststellungen darf wiederum hingewiesen

werden —, so würde von hier aus vielleicht ein Licht auf die Pathoplastik der paranoiden schizophrenen Schübe mit ihrer oft stark manischen oder depressiven Färbung fallen. Dem entspricht, daß auch die nichtschizophrene Belastung der Fälle der Gruppe A II, die die akuten Psychosen mit stärkerer manisch-depressiver Färbung enthält, verhältnismäßig stark ist (s. d.).

Eine Bestätigung dieser Meinung darf vielleicht ferner in der Tatsache gesehen werden, daß unter den *Präpsychotischen Persönlichkeiten* die Spalte 1, die der lebhaften Gesellschaftsmenschen, verhältnismäßig starke Besetzung aufweist. Verhältnismäßig häufig sind ferner die Typen der Ängstlich-gewissenhaften (5) und der Mißtrauisch-verschlossenen (7), während die Haltlosen (8), die in der Abteilung A nicht selten waren, hier fast vollkommen zurücktreten.

Die *Begabung* ist verhältnismäßig gut.

Die *Kriminalität* ist hoch. Unter den Vergehen befinden sich 2 Mordversuche und eine Brandstiftung.

*Suicidversuche und hysterische Syndrome* sind verhältnismäßig selten, und das mag wohl wieder mit dem durchschnittlich höheren Lebensalter und seinem gefestigteren Charakter zusammenhängen.

Sehr selten finden sich in dieser Gruppe auch die auslösenden *exogenen Erkrankungen*, und von *epileptischen* Anfällen ist nur in *einem* Fall die Rede, und auch dieser war nicht mit Sicherheit festzustellen.

Die *Katamnesen* sind verhältnismäßig ungünstig ausgefallen. Am stärksten vertreten sind die Fälle der Spalte 3 — im Gegensatz zu den Abteilungen A und B — die die Remissionen mit leidlich erhaltener äußerer Fassade bei nicht korrigierter Wahnbildung umfaßt. Sehr häufig — ungleich häufiger als bei der Abteilung A, fast so häufig wie bei der Abteilung B — scheinen in dieser Abteilung die schnellfortschreitenden Verblödungen (7) zu sein.

Einige besondere Syndrome, schizophrene und andere, mögen in ihrer Häufigkeit noch kurz zusammengestellt werden: Manische Färbung stärkeren Grades wurde in 22, depressive in 17 Fällen festgestellt. Zahlreiche schizophrene Hypochondrien fanden sich in 16, schizophrene Erregungen oder Stuporen in 18 Fällen.

2 Männer waren im Verlauf des Prozesses zu Alkoholikern geworden.

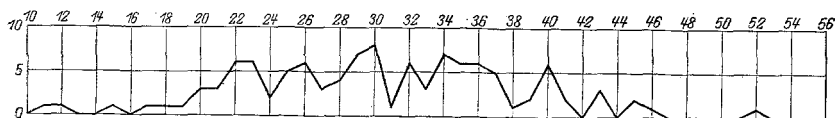


Abb. 6. Erkrankungsalter der Abteilung C.

Die Kurve des Erkrankungsalters der Abteilung C zeigt einen langsamen — infolge der kleinen Ziffern staffelförmig aussehenden — An-

stieg bis zu einem Höhepunkt um das 30. Jahr. Von da an beginnt das allmähliche Abfallen der Kurve, die in der zweiten Hälfte der 50er den Nullpunkt wieder erreicht. Der eine Fall, der erst im 52. Lebensjahr begonnen haben soll, liegt bei mangelhafter objektiver Anamnese nicht klar genug, als daß man ihn als sicheren ansprechen könnte. Über die Fälle, in denen die Erkrankung vor dem 20. Lebensjahr begonnen hat, wird unten in der Gesamtzusammenfassung zu sprechen sein.

### D. Defektzustände.

Art und Verlauf des Prozesses sind nicht mehr mit Genauigkeit zu rekonstruieren. Zustandsbilder vom verschrobenen, aber sozial bis zu einem gewissen Grade noch brauchbaren Sonderling über den reizbar-paranoiden Menschenfeind bis zum unsteten, wurstigen, faulen Bummeler und Landstreicher. Veranlassung zur Aufnahme geben das Aufflackern akuter schizophrener Symptome oder Verkehrtheiten, Erregungen, Zusammenstöße mit der Außenwelt.

a) Defektzustände mit neuen leichten Schüben oder stärkeren Resten chronisch gewordener schizophrener Kardinalsymptome.

27 Männer, 19 Frauen.

b) Einfache Defektzustände ohne akute schizophrene Symptome.

20 Männer, 9 Frauen.

Beide Gruppen sollen gemeinsam betrachtet werden. Die Methodik der vorhergehenden Abteilungen soll in sinngemäßer Abwandlung auch hier angewandt werden.

47 Männer, 28 Frauen.

Ein Hauptcharakteristicum des schizophrenen Defekts ist der Verlust an Affektivität. Dieser Verlust ist aber keineswegs bei allen Fällen gleich schwer. In der folgenden Tabelle ist ein Überblick über Grad und Verteilung der affektiven Einbuße versucht.

Affektivität					
	++	+	+0	0	00
♂		1	8	25	9
♀		2	4	10	8
Zus.	—	3	12	35	17

Es ergibt sich, daß die Affektivität nur in einem sehr kleinen Bruchteil der Fälle als gut erhalten zu bezeichnen war. In den allermeisten Fällen hatte der affektive Turgor der Persönlichkeit mehr oder weniger schwer gelitten oder war gar völlig erloschen.

An einzelnen Symptomen wurden beobachtet: Halluzinationen in 24, paranoide Wahnideen in 25, Verkehrtheiten in 9, Erregungen oder Stuporen in 24 Fällen. 2 Männer zeigten pathologischen Sammeltrieb, einer hochgradige bizarre Pedanterie. Suicidversuche unter-

nahmen 2 Männer, mit Selbstmord drohten 4, bei 2 Frauen und 1 Mann wurden hysterische Syndrome gefunden. Chronische Alkoholiker waren 8 Männer, einer von ihnen hatte pathologische Räusche.

Kriminalität

	1	2	3	4	5	6
♂			1		12	2
♀	1				7	
Zus.	1		1		19	2

Die Vergehen der Haltlosen sind bis zu einem gewissen Grade charakteristisch für die Kriminalität schizophren Defekter.

Bei der Betrachtung der Art der Defektzustände wurde das Schema für die Katamnesen (s. oben) in sinngemäßer Weise verwandt. Es ergab sich:

Defektzustände

	1	2	3	4	5	6	7	8
♂		24	3			10	17	
♀		3	2			3	16	
Zus.		27	5			13	33	

Die Zahl der Männer mit leichtem Defekt (2) übertrifft erheblich die der Frauen. Das mag daran liegen, daß defekte Männer, namentlich dann, wenn sie sozial noch brauchbar und also irgendwie beruflich tätig sind, doch mehr Gelegenheit zu Zusammenstößen mit der Umwelt haben, als Frauen mit Defekten gleichen Grades, und uns dadurch häufiger zu Gesicht kommen. Die gleichen oder ähnliche Gründe wird es vielleicht haben, wenn die Männer überhaupt an dieser Abteilung unverhältnismäßig stärker beteiligt sind als die Frauen. Ähnlich, wenn auch in umgekehrtem Sinn, mag es mit den Fällen der Spalte 7 stehen, die die schweren Verblödungen erhält. Schwer verblödete Männer halten sich außerhalb der Anstalt eben doch seltener als gleich stark verblödete Frauen. Wenn man also einmal schizophrene defekte Frauen zu Gesicht bekommt, sind es in der Mehrzahl schwer verblödete Fälle.

Das Aufnahmealter dieser Fälle lag zwischen 21 und 68 Jahren, so zwar, daß bei weitem die meisten Fälle im Alter von 35 bis 50 Jahren eingewiesen wurden.

### E. Unklare Fälle.

In dieser Abteilung wurden diejenigen Fälle zusammengefaßt, die trotz aller Bemühungen, Katamnesierung oder mehrfacher Beobachtung unklar geblieben sind, bei denen aber die Diagnose zum Schluß mehr der Schizophrenie zuneigte. Bei der Differentialdiagnose kamen die folgenden andersartigen Erkrankungen in folgenden Zahlen in Betracht:

## I.

*Psychopathien.*

- a) Verschrobene: 1 Mann, 1 Frau.
- b) Paranoide: 1 Mann.
- c) Hysterische: 3 Männer, 2 Frauen.
- d) Erregbare: 1 Mann.
- e) Haltlose: 2 Frauen.

Insgesamt 6 Männer, 5 Frauen.

Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Schizophrenie und den beiden *ersten Gruppen* unserer Tabelle, werden immer vorhanden sein und verstehen sich von selbst. Wenn sie nicht sehr viel öfter aufgetreten sind, so liegt das wohl daran, daß psychopathische Typen dieser Art überhaupt verhältnismäßig selten sind. Am häufigsten schwankte die Diagnose zwischen Schizophrenie und *hysterischen Psychopathen*. In diesen Fällen handelte es sich um die Differentialdiagnose gegenüber halluzinierenden Hysterischen oder solchen, die in der Ausschmückung ihrer Psychose von anderen schizophrenen Kranken gelernt haben konnten. Daß das Auftreten reiner hysterischer Syndrome durchaus nicht gegen das Bestehen einer Schizophrenie spricht, würde ja schon aus den Ausführungen über die ersten Abteilungen hervorgehen, wenn es nicht schon allgemein bekannt wäre. Andererseits ist nicht zu leugnen, daß von gelehrigen Hysterischen schizophrene Symptome bis zur täuschenden Wahrscheinlichkeit kopiert werden können. Wie weit bei solchen Fällen eine aus der Anlage hervorwachsende schizophrene Reaktionsfähigkeit eine Rolle spielt, mag hier dahingestellt bleiben. Den Ausschlag wird in solchen — wie den meisten unklaren Fällen — erst die jahrelange Beobachtung ergeben können, die schließlich beim Bestehen einer Schizophrenie doch die eine oder andere Persönlichkeitsveränderung wird feststellen können. Etwas Ähnliches gilt für die *erregbaren Psychopathen*, während es sich bei den *haltlosen* wohl meist um die Differentialdiagnose gegenüber schizophrenen Defektzuständen handeln wird, die namentlich bei fehlender oder ungenügender Anamnese Schwierigkeiten machen kann.

## II.

*Manisch-depressives Irresein.*

4 Männer, 7 Frauen.

Über diese Gruppe läßt sich in einem Augenblick, in dem die Frage der Abgrenzung der beiden Psychosen in der Diskussion über die „Mischpsychosen“ und in anderen Zusammenhängen neu aufgelebt ist und im Mittelpunkt der Forschung steht, wenig in Kürze sagen; höchstens das eine, daß diese Gruppe auffallend klein ist. Das mag mit der Einstellung der Klinik zusammenhängen, die den bequemen, in gefährlicher Weise

zur Verbreiterung lockenden Ausweg der „Mischpsychose“ bisher gescheut hat und immer noch bemüht geblieben ist, beide Psychosen nach Möglichkeit sauber auseinanderzuhalten und sich in allen Fällen für das eine oder das andere zu entscheiden. Daß das bei der Kompliziertheit dieser Fälle nicht immer möglich war, ist selbstverständlich.

### III.

#### *Debilität.*

3 Männer, 2 Frauen.

Hier handelte es sich um Fälle, die den chronischen frühzeitigen Verblödungen der Abteilung B nahestehen. In der Tat wird es gelegentlich nicht leicht zu entscheiden sein, ob es sich um einen in oder kurz nach der Pubertät beginnenden Prozeß im Sinne der Pfropfhebephrenie oder nur um das Deutlicherwerden angeborener affektiver und intellektueller Mängel handelt, das seinen Grund in der größeren Inanspruchnahme des Individuums durch eigene Entwicklung und Umwelt hat. Jahrelange Beobachtung des Kranken würde wohl auch in diesen Fällen eine Klärung herbeiführen.

### IV.

#### *Grob organische Erkrankungen.*

3 Männer, 1 Frau.

Die Fälle konnten zum Teil katamnestisch nicht geklärt werden, weil wir sie aus den Augen verloren. Unter den anderen befindet sich ein 15jähriger Junge, der seit langen Jahren in Beobachtung der Klinik steht. Er entwickelte sich bis zum 2. Lebensjahr gut und war ein aufgewecktes Kind, das gut sprechen und laufen konnte. Vom 3. Lebensjahre an verblödete er langsam, sprach kaum mehr spontan, verlor jedes Interesse und wurde stumpfer und stumpfer. Hin und wieder traten ängstliche Erregungen auf. Stereotypien, Echolalie und einförmige Wiege- und Hüpfbewegungen wie bei Idioten kamen hinzu. Jetzt macht der Junge einen schwer verblödeten Eindruck. Er ist infantil, im Wuchse zurückgeblieben, und bisher ohne Stimmbruch. Die erwachende Sexualität zeigt sich im Onanieren und der Neigung zum Kneifen, Schlagen und sexuell gefärbtem Anschmiegen an Erwachsene. Er spricht spontan fast nichts, echolaliert hin und wieder Fragen oder produziert mühsam eingelernte Sätze oder Bruchstücke von Liedern. Daneben zeigt er wiegende und hüpfende Idiotenbewegungen, die hin und wieder in leichte stereotype Erregungen übergehen, und andere Stereotypien. Die Stimmung ist meist euphorisch, nur gelegentlich treten Tage oder Wochen dauernde Verstimmungen auf, in denen er gesperrt, stumpf und moros im Bett sitzt. Seltener sind flüchtige ängstliche Erregungen, bei denen seine Gebärden den Eindruck des Halluzinierens erwecken. — Ich habe mich nicht entschließen können, diesen

Fall, wie es bis dahin geschehen war, ohne weiteres der *Dementia praecocissima* zuzurechnen und möchte trotz fehlender neurologischen Befundes — die Prüfung ist infolge des ängstlichen Negativismus des Kranken allerdings sehr erschwert — eine gröbere organische Erkrankung für möglich halten.

## V.

*Symptomatische Psychosen.*

1 Mann, 2 Frauen.

Es handelt sich in einem Fall um eine nach kurzer Beobachtung an — sekundärer — Sepsis verstorbene Kranke; ein zweiter fällt in das Ende der Berichtszeit, so daß Katamnesenerhebung unterblieb. Der dritte ist anscheinend völlig geheilt und sozial brauchbar. Es handelte sich um eine jetzt — 1926 — 40jährige Frau, die mit 22 Jahren im Anschluß an eine Geburt eine kurz dauernde, schizophren aussehende Erregung durchmachte, von der sie vollkommen genas. Mit 38 Jahren erkrankte sie im Verlauf einer Erkrankung an Pyosalpinx wieder unter einem amentiaartigen Zustande, und etwa ein halbes Jahr später machte sie noch einen kurzen schizophren gefärbten Erregungszustand durch, diesmal ohne daß eine körperliche Erkrankung festgestellt werden konnte.

## VI.

*Rückbildungspsychose.*

1 Frau.

In diesem Fall waren es die absurden paranoid gefärbten Wahnideen und wie schizophrene beschriebene Halluzinationen, die neben der den Rückbildungspsychosen häufig eigenen Erstarrung und Stereotypie Zweifel an der Diagnose erweckten. Die Kranke hatte bereits mit 25 Jahren eine typische Depression mit vollkommener Heilung durchgemacht. Sie ist leider seit ihrer Entlassung aus den Augen verloren worden.

## VII.

*Keine geistige Erkrankung.*

1 Frau.

Die Klarstellung der Diagnose scheiterte vor allem an der Möglichkeit, eine zuverlässige Anamnese zu erhalten. Die Frau lebte mit ihrem Mann, der sich von ihr wegen Geisteskrankheit scheiden lassen wollte, in Konflikt. Sie hatte sich gegen seinen Willen in die Klinik begeben, um ein Gesundheitszeugnis zu erhalten. Schizophrene Kardinalsymptome bot sie nicht; aber eine gewisse affektive Steifheit und ihre ironische Überlegenheit waren doch so auffällig, daß Dissimulation größerer Symptome für möglich gehalten wurde.

## F. Koinzidenz von Schizophrenien und anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems,

deren Symptome die Schizophrenie so weit überdecken, daß eine klare Erkennung und Auseinanderhaltung der verschiedenen Symptome unmöglich wird.

### I.

#### *Schizophrenie + Encephalitis epidemica.*

1 Mann, 1 Frau.

Der Mann hatte mit 22 Jahren eine Schlafgrippe mit Doppelbildern durchgemacht. Seitdem war in zunehmender Stärke Parkinsonismus aufgetreten. Im 23. Jahr traten dazu ängstlich-depressive Verstimmung, starke Beeinflussungsgefühle, Halluzinationen und Zerfahrenheit. Während der Beobachtung versank er in katatonen Stupor.

Die Frau machte im Alter von 28 Jahren im Jahre 1917 ihren ersten schizophrenen Schub durch, der sie für ein Jahr in die Heilanstalt führte. Nach kurzer Remission trat der zweite schizophrene Schub auf. Die Kranke wurde bis zum Jahre 1924 zu Hause gepflegt. Als sie von neuem in unsere Beobachtung kam, zeigte sie neben läppischer Verblödung Parkinsonismus mit Schütteltremor, Pupillenstörungen und Reflexdifferenzen. Wann sie die Encephalitis durchgemacht hatte, ließ sich nicht eruieren.

### II.

#### *Schizophrenie + Hirntumor.*

1 Frau.

In der Klinik beobachtete schizophrene Erkrankung mit 27 Jahren nach Art der paranoiden Demenz. Zirka 10 Jahre später im Defektzustand leichteren Grades beginnender Hirntumor. Tumordiagnose durch Autopsie erhärtet.

### III.

#### *Schizophrenie + genuine Epilepsie.*

1 Mann, 1 Frau.

Der Mann hatte seit der Kindheit epileptische Anfälle. Seit etwa dem 25. Lebensjahr traten schizophrene Symptome hinzu. Bei der Beobachtung zeigte er eine Mischung von epileptischer Degeneration und schizophrenen Symptomen. Er war langsam, umständlich und überhöflich, dabei aber auch zerfahren und läppisch, hatte paranoide Wahnideen und Größenvorstellungen und litt an Sinnestäuschungen. Mehrfach wurden epileptische Krampfanfälle vom Arzt beobachtet.

Fast das gleiche Zustandsbild bot die Frau, bei der die epileptischen Anfälle im 18., die Schizophrenie im 27. Lebensjahr aufgetreten waren.

## IV.

*Schizophrenie + Lues cerebri.*

## 1 Frau.

Es handelte sich um eine 25jährige Frau, die mit 24 Jahren unter paranoid-schizophrenem Syndrom erkrankt war. Sie machte rein klinisch den Eindruck der Schizophrenie, hatte aber Pupillenstörungen, vierfach positive Wassermannsche Reaktion in Blut und Liquor, positiven Nonne und 414/3 Zellen. Nach spezifischer Behandlung besserte sich der Liquorbefund, während die psychische Erkrankung eher Fortschritte machte.

## V.

*Schizophrenie + Tabes dorsalis.*

## 1 Mann, 1 Frau.

Beide kamen wegen ihrer Schizophrenie, die mit 29 bzw. 23 Jahren begonnen hatte, in Beobachtung der Klinik. Bei beiden fand sich als Nebenfund eine Tabes mit Pupillenstörungen, fehlenden Beinsehnenreflexen und positiven serologischen Reaktionen.

## VI.

*Schizophrenie + cerebrale Kinderlähmung.*

## 1 Mann.

Der Kranke machte mit 1 Jahr eine Gehirnentzündung mit heftigen Krampfanfällen durch und war seitdem schwachsinnig geblieben. In späterem Alter waren bei ihm ängstliche Erregungszustände mit Sinnes-täuschungen und ekstatisch-religiösen Wahnideen aufgetreten. Als Restsymptome der Kinderlähmung zeigte er dabei Mitbewegungen und Sprachstörung.

**Gesamtzusammenfassung.**

Bekanntlich ist es zweifelhaft, ob alle die verschiedenen Erkrankungen, die wir mit dem Namen der Schizophrenien bezeichnen, ihrer biologischen Grundlage nach zusammengehören. Solange aber jedes sichere klinische und biologische Kriterium, das gestatten würde, innerhalb der großen Gruppe der Schizophrenien biologisch untereinander unterschiedene Sondergruppen aufzustellen, fehlt, wird es nicht ganz ohne Nutzen sein, alle schizophrenen Prozesse, die ja ihrerseits durch mancherlei gemeinsame Besonderheiten von allen anderen großen Krankheitsgruppen genügend unterschieden sind, gemeinsam zu betrachten.

Die zusammenfassende Betrachtung soll sich auf die drei größeren Abteilungen A, B IV und V und C, d. h. die Abteilungen, die unter gleichen Gesichtspunkten bearbeitet sind, beschränken. Neben der zusammenfassenden Betrachtung soll eine Vergleichung der drei Gruppen

untereinander versucht werden. Die drei kleineren Gruppen der Abteilung B wurden fortgelassen, weil sie wahrscheinlich mit den Gruppen B IV und V nichts zu tun haben, ihre Zugehörigkeit überhaupt unsicher ist, die kleine Zahl der hierhergehörigen Fälle aber die Aufstellung einer Sonderabteilung verboten hat. Ferner fielen fort alle Defektzustände (D), die unklaren Fälle (E) und die Fälle der Abteilung F.

Im ganzen handelt es sich danach um 233 Männer und 338 Frauen, insgesamt also um 571 Fälle.

Von dieser Zahl stellen die Abteilung A: 69,9%, die Abteilung B: 9,1%, die Abteilung C: 21%.

Will man also in den folgenden Tabellen die einzelnen Abteilungen zahlenmäßig miteinander vergleichen, so muß man sich die Ziffern der Abteilungen B und C entsprechend vermehrt denken, also im Groben die der Abteilung B um das Achtfache, die der Abteilung C um das Dreifache. Daß auf diese Weise gewisse Verzerrungen des Bildes eintreten werden, braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden.

Die folgenden Kurven des Erkrankungsalters der drei Abteilungen sind schematisiert, die Fälle sind, um die Kurven miteinander vergleichen zu können, auf ungefähr gleiche Zahlen gebracht. Sie sind also nur mit Vorbehalt zu betrachten.

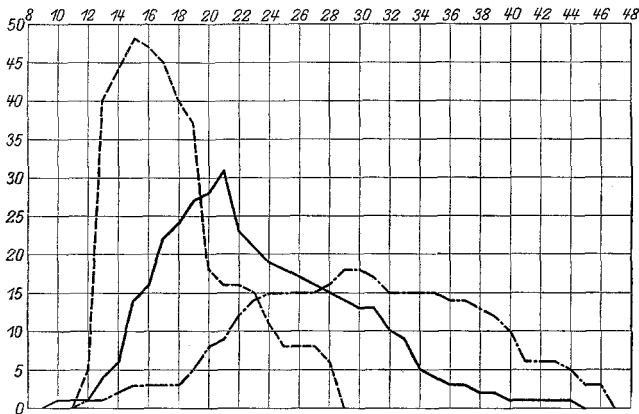


Abb. 7. Schematische Darstellung des Erkrankungsalters der Abteilungen A, B und C.  
A = — B = - - - C = - · - · -

Immerhin geht aus ihnen soviel hervor, daß die Erkrankungen der Abteilung B durchschnittlich früher auftreten als die der anderen beiden Gruppen, von denen wieder die Abteilung A durchschnittlich ein geringeres Erkrankungsalter aufweist als die Abteilung C. Die Erkrankungen der Abteilung B sind ausgesprochene Erkrankungen der Jugend. Die Kurve beginnt mit dem 11. Jahr, zeigt nach steilem Anstieg den höchsten Gipfel im 15. Jahr und ist nach etwas sanfterem Abfall im 29. Jahr verschwunden. Die Kurve A beginnt schon im

10. Jahr, steigt dann wesentlich sanfter als die Kurve B und erreicht im 21. Lebensjahr ihren Gipfel, um dann allmählich abzufallen und erst im 45. Lebensjahr zu verschwinden. Die flachste Kurve ist endlich die Kurve C, die mit dem 12. Lebensjahre beginnt, im 30. ihren — verhältnismäßig niedrigen — Gipfel erreicht und im 47. Jahr verschwindet. Vergleicht man diese Kurven mit denen des Aufnahmealters der Abteilungen A und C (s. d.), die auf gleiche Weise gewonnen sind, so sieht man an dieser, daß eigentliche paranoide Syndrome der Abteilung C erst *nach* dem 20. Lebensjahr aufzutreten pflegen. Bei den

Erblichkeit			
	1	2	3
A	207	54	86
B	24	6	17
C	56	26	21
Zus.	287	86	124
%	57,8	17,3	24,9

Psychosen der Abteilung C, deren Erkrankungsalter *vor* dem 20. Jahr liegt, handelt es sich also um mehrschübbige Prozesse, deren erste Schübe andere Formen, meist wohl die der Abteilung A, zeigten. Der gleiche Wechsel der Form wird natürlich auch in einem Teil der übrigen paranoiden Fälle eingetreten sein, er läßt sich aber aus unseren Kurven nicht ablesen.

Die genauere Auswertung der Ziffern für die erbliche Belastung ergibt, daß weit über die Hälfte aller Fälle keine erbliche Belastung aufweist, nur knapp ein Viertel aller Fälle mutmaßlich schizophrene belastet ist, und nicht ganz ein Fünftel der Fälle mutmaßlich unspezifische Belastung zeigt. Verhältnismäßig die stärkste schizophrene Belastung findet sich bei der Abteilung B.

Präpsychotische Persönlichkeit

	1	2	3	4	5	6	7	8
A	90	144	29	19	37	3	1	12
B	11	12	5	1	8		1	1
C	32	34	6	3	10	3	6	1
Zus.	133	190	40	23	55	6	8	14
%	28,4	40,5	8,5	4,9	11,7	1,3	1,7	3,0

Die zusammenfassende Betrachtung der präpsychotischen Persönlichkeiten ergibt als vielleicht wichtigstes Resultat, daß in fast 70% aller Fälle von den Angehörigen nichts Krankhaftes oder Absonderliches an dem Verhalten unserer Schizophrenen bis zum Beginn der Psychose bemerkt worden ist (1 und 2). Die Mehrzahl von diesen Fällen gehörte zur Gruppe der stillen, ruhigen Menschen, war aber nicht besonders abgeschlossen oder auffällig, etwa im Sinne jener psychopathischen Typen, die *Kretschmer* unter dem Begriff des Schizoids zusammengefaßt wissen will. Die kleinere Zahl stellten die Lebhaften, Umtriebigen, Unternehmungslustigen, die vielleicht eher den hypomanischen Temperamenten anzunähern sein dürften. Das ist wohl un-

gefähr das Verhältnis, in dem sich diese Temperamentsspielarten auch unter Normalen verteilt zu finden pflegen. Sollten sich diese Tatsachen bei intensiveren und objektiv sichereren Untersuchungen bestätigen, so würde sich vielleicht doch die Frage erheben, ob man nicht das Auftreten psychopathischer präpsychotischer Persönlichkeitstypen bei der Schizophrenie überschätzt, und ob denn wirklich die pathologischen Charaktere bei den Schizophrenen so sehr gegenüber der Norm überwiegen, wie es nach dem augenblicklichen Stande der Diskussion scheinen muß.

Die stärkste Zahl der pathologischen präpsychotischen Persönlichkeiten stellen die Zarten, Nervösen und Ängstlichen (5). Dann folgen nacheinander die reizbaren Sonderlinge (3), die weichen, entschlußlosen Träumer (4), die Haltlosen, Streitsüchtigen, Aufgeregten (8), die mißtrauischen, verschlossenen Eigenbrötler (7) und endlich die kalten, herzlosen Tyrannennaturen (6).

Es ist selbstverständlich und oben schon betont worden, daß es sich hier nur um einigermaßen oberflächlich skizzierte Typen handeln kann, schon deswegen, weil sie größtenteils nur mit den Augen der Angehörigen gesehen sind. Es ist sehr leicht möglich, daß sich dieser oder jener pathologische Zug bei genauerem Hinsehen auch bei der einen oder anderen oder gar vielen Persönlichkeiten der beiden ersten, von uns als normal charakterisierten, Spalten finden würden. Auf der andern Seite wird aber doch zu fragen sein, ob man nicht, indem man sie sucht, diese pathologischen Eigenschaften schon überwertet, und ob man nicht beim Normalen dasselbe in ähnlicher Häufigkeit finden würde, wenn man sich die gleiche Mühe geben würde. Deswegen mag eine Statistik, die auf dem Urteil des wenn auch gelegentlich verständnislosen, so doch sicher unvoreingenommenen Laien beruht, einen gewissen Wert haben.

Begabung

	++	+	+0	0	00
A	22	223	58	57	6
B		15	10	22	4
C	4	78	18	13	
Zus.	26	316	86	92	10
%	4,9	59,6	16,2	17,5	1,8

Der größte Teil der Schizophrenen ist normal begabt. Sehr viel kleinere Bruchteile sind minder begabt oder debil, ganz gering ist die Zahl der überdurchschnittlich Begabten und am kleinsten die der Imbezillen. Weitaus am schlechtesten ist die Abteilung B begabt. Die beiden anderen Abteilungen weisen annähernd gleiche Begabung auf.

## Kriminalität

	1	2	3	4		5	6
				a	b		
A	2			2	1	29	3
B			4			22	3
C	1	2	1	2	1	9	1
Zus.	3	2	5	4	2	60	7
%	3,6	2,4	6,0	4,8	2,4	72,3	8,5

14,5% aller hier behandelten Fälle wurden kriminell. Die Abteilung B ist an der Kriminalität bei weitem am stärksten beteiligt. Die beiden anderen Abteilungen weisen sehr viel weniger Kriminelle, beide ungefähr in gleicher Zahl, auf.

Am häufigsten sind in allen Abteilungen die Verbrechen und Vergehen der Haltlosen: Diebstähle, Bettelei, Prostitution usw. Diese Kriminellen dürften mit der Defektgruppe der ethisch-depravierten Bummel und Landstreicher innerlich verwandt sein. Verhältnismäßig zahlreich vertreten sind in der Abteilung B die Brandstifter (3) und die Sexualverbrecher (6), während beide Kategorien bei den anderen Abteilungen fast ganz zurücktreten.

Ver- einzelte Vergehen anderer Art finden sich dann noch in den Abteilungen A und C.

Suicide			
	1	2	3
A	52	46	6
B	1	4	
C	10	6	2
Zus.	63	56	8
%	49,6	44,1	6,3

22,3% aller Fälle sind in der Tabelle der Suicidversuche vertreten. Darunter finden sich verhältnismäßig wenig Selbstbeschädigungsversuche aus wahnhaften Gründen ohne direkte Suicidtendenz (3).

Die anderen beiden Rubriken, Suicidversuche (1) und Suiciddrohungen (2), halten einander die Wage. Wie unverhältnismäßig stärker die Suicidneigung schizophrener Frauen ist, als die schizophrener Männer, ist oben schon mehrfach hervorgehoben worden. Hier mögen noch einmal die einschlägigen Ziffern gegenübergestellt werden:

Suicide			
	1	2	3
♂	13	16	4
♀	50	40	4

Die Abteilung B neigt außerordentlich wenig zum Suicid. Das wird verständlich, wenn man an den meist sehr frühzeitigen Affektabbau gerade dieser hebephrenen Psychosen denkt. Die Abteilung A weist wieder eine unverhältnismäßig größere Selbstmordziffer auf als die Abteilung C. Hier mag das Alter eine Rolle spielen, das bei den im allgemeinen älteren Kranken der Abteilung C zu größerer Charakterfestigkeit und Kampfbereitschaft führt, während der Lebenswille der

weicheeren, jugendlicheren Individuen leichter der Krankheit und dem Trieb zum Suicid unterliegt.

Hysterische Erscheinungen wurden in 9,1% aller Fälle beobachtet. Anfälle (1) und hysterisches Theater um die schizophrenen Symptome herum (2) sind häufiger als Pseudodemenz (3) und andere Pseudoerkrankungen (4). Beide Geschlechter sind ungefähr gleich stark beteiligt, doch so, daß von den Männern Pseudodemenz und Pseudoerkrankungen, von den Frauen Anfälle und hysterisches Theater vorgezogen zu werden scheinen.

Hysterie				
	1	2	3	4
A	17	10	4	7
B	3	—	1	1
C	5	1	1	2
Zus.	25	11	6	10
%	48,1	21,2	11,5	19,2

Auslösung schizophrener Erkrankungen durch exogene Ursachen spielte in 4,4% aller Fälle eine Rolle. Die Abteilung B ist unter diesen Fällen gar nicht, die Abteilung C nur in ganz geringer Zahl vertreten. Das männliche Geschlecht ist nur in 3 Fällen, sämtlich der Rubrik 3 (Operationen) angehörend, beteiligt.

Exogene Auslösung				
	1	2	3	4
A	9	3	8	3
B	—	—	—	—
C	1	—	1	—
Zus.	10	3	9	3
%	40	12	36	12

Epilepsie		
	1	2
A	2	3
B	—	—
C	—	1
Zus.	2	4
%	33,3	66,6

Epileptische und epilepsieverdächtige Anfälle wurden in 1,1% aller Fälle beobachtet. Nur der dritte Teil dieser Anfälle wurde als sicher epileptisch vom Arzt festgestellt. In der Abteilung B fanden sich überhaupt keine epileptischen Erscheinungen.

Die statistischen Erhebungen über die Schizophrenien der Berichtszeit sollen mit einer kurzen Betrachtung der Katamnesen abgeschlossen werden. Dabei muß freilich noch einmal auf die Auswahl der katamnesierten Fälle hingewiesen werden, die sich im allgemeinen auf frische Fälle, mutmaßlich erste Schübe und unklare Erkrankungen beschränkte. Daran mag es zum Teil liegen, wenn die Resultate der Katamnesenerhebung oft überraschend günstig ausgefallen sind. Auf der andern Seite stützen sich die Erhebungen natürlich in den meisten Fällen auf fremde Beobachtung, zum Teil die von Verwandten, die ja geneigt sind, feinere Charakterveränderungen zu übersehen und den Geisteszustand ihrer Angehörigen im ganzen eher zu günstig als ungünstig zu beurteilen. Immerhin werden Angaben, die auf die soziale Brauchbarkeit und Unbrauchbarkeit abzielen, leidlich glaubhaft sein

und einen einigermaßen zuverlässigen Überblick gestatten. Aber auch dieses Kriterium hat nur relative Bedeutung insofern, als an die soziale Brauchbarkeit einer Bauernmagd sehr viel geringere Ansprüche gestellt werden, als beispielsweise an die eines Amtsrichters oder Offiziers.

Im ganzen wurden 139 Katamnosen erhoben. Sie ergaben folgendes:

Katamnosen								
	1	2	3	4	5	6	7	8
A	28	22	2	5	31	1	7	3
B	—	2	1	—	3	—	6	—
C	1	2	10	—	6	—	8	1
Zus.	29	26	13	5	40	1	21	4
%	20,9	18,7	9,3	3,6	28,8	0,7	15,1	2,9

Den größten Prozentsatz stellt erklärlicherweise die Spalte 5, die diejenigen Fälle enthält, deren akute Krankheitserscheinungen nach mindestens  $\frac{3}{4}$ , längstens 2 Jahren noch nicht abgelaufen waren, so daß ein sicheres Bild über den Ausgang der Psychose noch nicht gewonnen werden konnte. Als nächststarke Gruppe folgt die der Spalte 1 mit den sehr guten Remissionen, die zur vollen sozialen Brauchbarkeit geführt haben. Als nächste folgt Rubrik 2, die Fälle mit leichtem Defekt und verminderter sozialer Brauchbarkeit enthält, erst als vierte Gruppe die der Spalte 7 mit den mutmaßlich endgültig Verblödeten. Dann wieder eine Gruppe mit verhältnismäßig günstigem Ausgang (3). Endlich erscheinen mit sehr viel geringeren Ziffern die übrigen Gruppen. Weitaus die beste Prognose scheint nach unserer Tabelle die Abteilung A zu haben. Das ist wohl wesentlich auf Rechnung der akuten Psychosen vom Charakter der Gruppen A I oder A II zu setzen, deren besonders günstige Ausgänge ja schon oben hervorgehoben wurden. Die schlechteste Prognose scheint die Abteilung B zu haben, deren Kranke es nie zu voller sozialer Brauchbarkeit zu bringen scheinen und von denen ein hoher Prozentsatz schon nach verhältnismäßig so kurzer Zeit als verblödet bezeichnet werden mußte. Etwa in der Mitte steht die Abteilung C, deren Prognose im ganzen nicht sehr günstig ist. Charakteristisch sind hier die vielen Remissionen nach Art der Rubrik 3, bei denen sich also die Besserung mehr auf die äußere Fassade beschränkt, während dahinter Wahnbildungen oder ihre Trümmer unkorrigiert beibehalten bleiben. Dieser Zustand gibt den Angehörigen immerhin die Möglichkeit, ihre Kranken zu Hause zu behalten und erlaubt den Patienten selbst hin und wieder die Aufnahme der einen oder anderen leichten und verantwortungsarmen Tätigkeit.

Im ganzen kann vielleicht soviel gesagt werden, daß die Gefahr des ungünstigen Ausgangs — zum mindesten nach den ersten Schüben, und bei der Mehrzahl der Kranken bleibt es bei dem einen Schube —

auch heute noch überschätzt wird. Eine große Zahl der Kranken gelangt nach dem ersten Schube wieder zu voller oder relativer sozialer Brauchbarkeit. Leichte und leichteste Änderungen des Charakters, wie sie nach einem schizophrenen Schube als einer organischen Erkrankung zum mindesten *theoretisch* stets vorhanden sein werden, müssen durchaus nicht immer zu einer Verminderung des sozialen und intellektuellen Wertes der Persönlichkeit führen.

### Therapie.

Die Therapie beschränkte sich im allgemeinen auf die üblichen rein symptomatischen und resignierenden Behandlungsmethoden.

Einige andere Versuche mögen kurz gestreift werden:

Wir machten Versuche mit der von *Josephi* empfohlenen Eigenbluttransfusion und gaben sie wieder auf, nachdem sich bei 25 Fällen auch nicht die mindeste Änderung der Psychose gezeigt hatte, die man hätte der Behandlung zuschreiben können, wohl aber einige Kranke mit ängstlich-wahnhaften Vorstellungen darauf reagiert hatten.

Ähnlich erging es uns mit der von *Kauders* vorgeschlagenen Testosanbehandlung. Auch hier haben wir keine Erfolge gesehen. Es kommt allerdings hinzu, daß *Kauders* die Behandlung seiner Schizophrenen bis auf 6 Monate ausdehnt. Der größte Teil unserer Kranken weilt aus äußeren Gründen wesentlich kürzere Zeit in der Klinik. Auf der anderen Seite wird es aber sehr schwer sein, nach so langer Behandlung von einer sicheren Wirkung des Medikaments zu sprechen, wenn wirklich eine Remission eintritt. Nach so langer — auch schon nach wesentlich kürzerer — Dauer der Erkrankung sind Spontanremissionen durchaus nichts Seltenes. Die Gefahr der Selbsttäuschung im Sinne der erhofften Wirkung des Medikaments dürfte also bei solcher Lage der Dinge verhältnismäßig groß sein.

---