

(Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg [Sanitätsrat Dr. *Herting*] und der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf [Prof. Dr. *Sioli*].)

Über Pfropfschizophrenie.

Von

Dr. R. Neustadt.

(Eingegangen am 2. August 1927.)

Bei der Krankheitsbezeichnung „Pfropfschizophrenie“ geht man von der Idee aus, mit einem angeborenen Schwachsinn kombiniere sich eine Psychose, die in ihrem Wesen, ihren Zustandsbildern, ihrem Verlauf alle Kriterien einer schizophrenen Erkrankung aufweist. Die Ansichten über die Häufigkeit dieser Krankheitsform gehen bei den Klinikern, von denen hier nur *Bleuler*¹ und *Kraepelin*² genannt seien, weit auseinander. Während *Bleuler* sich mit dem Hinweis auf das Vorkommen derartiger Zustände begnügt, ohne näher darauf einzugehen, mißt *Kraepelin*³, der Vater der Bezeichnung Pfropfhebefrenie, diesen Zuständen wegen der Häufigkeit ihres Vorkommens größere Bedeutung zu. *Kraepelin* sieht unter allen Schizophrenien die nicht unbeträchtliche Zahl von 3,5% Pfropfhebefrenien.

Die Divergenz dieser Anschauungen, die weit in alle psychiatrischen Kreise hineinreicht, erwächst teilweise aus praktischen und theoretischen Differenzen in der Diagnose von Schwachsinn und Schizophrenie. Praktisch handelt es sich häufiger um die Frage, *was* als Schwachsinnsgrundlage einer Pfropfschizophrenie zu betrachten ist. Man wird dabei unschwer erkennen, daß im Gebiete des Schwachsinns die psychiatrische Terminologie vielfach auf einem Standpunkt steht, der dem Begriff des „Blödsinns“ von vor 100 Jahren und dem „Demenz“-begriff von vor 30 Jahren entspricht. Die verschiedensten biologisch und psychologisch ungleichwertigsten Entwicklungshemmungen — diese gemessen an einem unklaren *kulturellen Normbegriff* — werden gleicherweise als Schwachsinn bezeichnet. *Weygandt*⁴ stellt seiner Einteilung der Schwachsinnsformen die beiden von ihm so genannten historischen Schwachsinnsgruppen voran, den Schwachsinn infolge Erziehungsmangels und den infolge Sinnesmangels. Man muß bedauern, daß *Weygandts* Benennung als historische Gruppen noch heute ein Programm darstellt, dessen Kenntnis längst nicht genügend verbreitet

ist. Schwerere Entwicklungshemmungen infolge fehlender Erziehung gehören heute bei uns zu den Seltenheiten; dagegen wird die Diagnose eines Schwachsinn auf Grund eines Sinnesmangels, ja nicht selten nur auf Grund adenoider Vegetationen, viel zu häufig gestellt. Gelingt es in solchen Fällen, den körperlichen, extracerebralen Defekt zu beseitigen, so gelingt es mit der Sicherheit eines Experimentes, auch den scheinbaren Schwachsinn zu „heilen“. Daß selbst schwerste Defekte mehrerer Sinnesgebiete nicht mit Schwachsinn gleichbedeutend zu sein brauchen, geht aus der Biographie der hochbegabten taubstummen Blinden *Helen Keller* hervor, aus deren Lebensgang auch gleichzeitig die Bedeutung der richtigen Unterrichtsmethode unverkennbar ist. Nicht jede geistige Entwicklungshemmung bedeutet also Schwachsinn. *Als Schwachsinn im engeren Sinne bezeichnen wir nur ein Mindermaß der Intelligenz.*

Schwachsinn beruht stets auf einem Gehirndefekt. Auszuschließen aus dem Schwachsinn sind alle Gehirnkrankheiten. Schwachsinn bezeichnet niemals eine Krankheit, stets einen Zustand. Es gehört also die Verblödung der Epileptiker nicht zu den Schwachsinnzuständen; die Bezeichnung epileptischer Schwachsinn ist besser durch die Benennung Verblödung bei Epilepsie abzulösen. Dasselbe gilt für die Defektzustände der Schizophrenie. Auch die Moral insanity, die bald Ausdruck einer Psychopathie, bald Begleitsymptom eines Schwachsinn, bald Folge einer Schizophrenie ist, gehört nicht zu den Schwachsinnformen im eigentlichen Sinne.

Unter Schwachsinn verstehen wir nur die angeborenen oder in früher Jugend erworbenen geistigen Schwächezustände, die stationär sind und zu einem Intelligenzdefekt geführt haben, die eigentlichen Oligophrenien. Jedoch dieser Begriff bezeichnet nichts Einheitliches. Er umfaßt teils konstitutionell-familiäre (*Tay-Sachssche* amaurotische Idiotie, tuberöse Sklerose), teils innersekretorisch bedingte (Kretinismus, Mongolismus, Myxödem, genitale und hypophysäre Störungen), teils rein cerebral verursachte Defektzustände. Geeint sind sie durch ihr Auftreten in frühester Jugend und durch die hervorragende Beteiligung des Intellekts ohne wesentliche Progredienz. Wo es, wie in diesen Fällen, gelingt, eine Schwachsinngruppe ätiologisch oder phänomenologisch aus dem großen Begriff der Oligophrenien herauszuheben, zwingen uns die klinischen Bedürfnisse dazu.

Häufig wird jedoch die klinische Sonderung nicht gelingen. In diesen Fällen, die wir im Hinblick auf ihre Ätiologie als kryptogenetischen Schwachsinn bezeichnen können, droht besonders die Gefahr, Krankheitssymptome als Schwachsinnerscheinungen zu verkennen. Hier greifen zu leicht soziale Anschauungen in ärztliches Denken ein. Zurückbleiben in der Schule wird zu leicht als Zeichen angeborenen Schwach-

sinnig gewertet, zu wenig als Symptom geistiger Erkrankung betrachtet. Gerade die Fälle anscheinend leichteren Schwachsinnns erfordern unsere ganze Kritik zur Erforschung ihres wahren Grundes und gerade für diese Schwachsinnnsformen mittlerer und leichterer Art möchte ich ein Wort aus *Siolis* Rektoratsrede⁵ dahin abändern: *Nicht das Vermissen der Fähigkeit* zum Erreichen eines sozialen, eines Lebenszieles, sondern *nur der positive Nachweis der charakteristischen Intelligenzdefekte* erlaubt uns die Diagnose eines angeborenen Schwachsinnns.

Mit dieser strengen Fassung des Schwachsinnnsbegriffes entfallen die Erkrankungen, die bisher nur deshalb als Pfropfschizophrenien angesehen wurden, weil ein schizophrener Prozeß sich bei einer anamnestisch festgestellten sozialen Minderwertigkeit entwickelte. Es ist sicher, daß ein großer Teil dieser jugendlichen Leistungsschwäche Ausdruck erster schizophrener Erkrankung ist; insbesondere liegt das Erkrankungsalter der Hebephrenie bemerkenswert früh, ganz abgesehen von den selteneren Fällen von Dementia praecoxima (*de Sanctis, Higier, Weygandt*) und Dementia infantilis (*Heller*), Erkrankungen, die frühzeitig zu geistiger Schwäche führen. Ein weiterer Teil der jugendlichen Leistungsschwäche späterer Schizophrener wird aus den Charaktereigentümlichkeiten der präpsychotischen Persönlichkeit, aus Scheu und Zurückgezogenheit, Unausgeglichenheit und Verletzlichkeit erklärt.

Es brauchte hiervon nicht die Rede zu sein, wenn nicht *Kraepelin* selbst den Begriff des Schwachsinnns an verschiedenen Stellen seines Lehrbuchs in verschiedener Weise verwandt hätte, bald im engeren Sinne der Oligophrenie, bald aber — und das gerade im Abschnitt über Pfropfhebephrenie — für *alle* jugendlichen Schwächezustände, gleich welcher Genese. Es ist daher verständlich, daß die verschiedensten Zustandsbilder als Pfropfschizophrenie diagnostiziert wurden und daß der Pfropfhebephrenie u. E. ein ungehörlich großer Raum zugewiesen wurde. Als Kuriosum sei auf einen von *Foerster*⁶ demonstrierten Fall eines Pustuberkels hingewiesen, der anfänglich als Dementia praecox bei Imbecillität diagnostiziert war, weiter auf einen Fall einer reinen Manie, der nur wegen des Vorkommens einer Imbecillität in der Verwandtschaft die Diagnose Pfropfhebephrenie bekam; insbesondere werden gern atypische Psychosen jugendlicher Personen mit dieser Diagnose belegt. So hat sich mancherorts der Begriff der Pfropfhebephrenie ins Uferlose erweitert.

Es ist selbstverständlich, daß nicht diese Psychosen, die den Stempel der diagnostischen Unhaltbarkeit weithin erkennen lassen, in diesem Zusammenhang unser Interesse erregen, sondern nur die Psychosen schizophrenen Gepräges auf dem Boden sicher nachweisbaren Schwachsinnns. Erregungszustände katatonen Färbung werden uns dabei weniger interessieren als Psychosen mit Wahnbildung und Sinnestäuschungen,

zumal die psychotischen Störungen der Schwachsinnigen durch die durch den Schwachsinn veränderte Affektgrundlage häufig eine besonders auffallende und schizophrenieverdächtige Note erhalten. Während die relative diagnostische Bedeutungslosigkeit katatonen Motilitätsstörungen bei Schwachsinnigen schon lange anerkannt ist — eine Erfahrung, die durch die Metencephalitisforschung in breitem Maße bestätigt und durch unsere Anschauungen über die Schichtung des neuropsychischen Geschehens erklärt wurde — sagt *Kraepelin*, daß das Auftreten ungewöhnlicher Krankheitserscheinungen, wobei er Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Stuporzustände hervorhebt, in erster Linie an das Auftreten eines schizophrenen Prozesses denken lasse.

Jedoch haben die Erfahrungen über die symptomatischen Psychosen und psychopathologische Erforschung klinischer Tatsachen uns immer mehr von der *Überschätzung des psychopathologischen Einzelsymptoms* abgeführt, und es erscheint daher nicht aussichtslos, die Lehre von dem „kombinierten Schwachsinn“, die in Frankreich in *Guislain*, in Deutschland in *Kraepelin* ihren Hauptvertreter fand, erneut zu untersuchen.

Fall 1. H. R., Ackerknecht, ledig, geboren 7. XI. 1879, wurde uns am 5. XI. 1924 überwiesen, weil seit Juni 1919 sich zeitweilig Wahnideen bemerkbar machten. R. glaubte sich von einem Amtsgerichtsrat Schmitz verfolgt, von dem er den Auftrag bekommen habe, ein Mädchen zu gebrauchen und hinterher zu töten. Der Gerichtsrat verfolge ihn, weil er ihm den Gefallen nicht tue und das Mädchen nicht totmache. Diese Wahnideen bringt er in geordneter Form ständig vor, führt sie auf ein bestimmtes Erlebnis zurück und entwickelt sie nach Art einer Paraphrenie. Er sagt weiter: der Gerichtsrat habe ihm verboten, das Ruhrgebiet zu verlassen, weil er ihm zu viel in die Papiere gesehen habe. Der Gerichtsrat sähe in ihm einen ebenbürtigen Gegner zu einem Säbelduell. — Diese Wahnideen sind bis März 1925 in unveränderter Form nachweisbar, von da an treten sie immer mehr zurück und bleiben vom Patienten unbeachtet.

Über die Familie des Kranken ist Objektives nicht bekannt. Nach eigener Angabe kommen Geisteskrankheiten oder Schwachsinnzustände nicht vor. Er selbst habe sich normal entwickelt, sei in der Schule stets mitgekommen. Nach der Schulzeit traten Schwierigkeiten für ihn auf, er konnte den Weberberuf, für den er bestimmt war, nicht erlernen, war schließlich Hilfsarbeiter. Beim Militär wurde er mit 3 Monaten Gefängnis bestraft, weil er sich durch einen Kameraden verleiten ließ, 3 Tage über seinen Urlaub zu bleiben; war nach eigener Angabe ein schlechter Soldat. Im Krieg war er beim Wachkommando. Nach seiner Dienstzeit wurde er landwirtschaftlicher Hilfsarbeiter. Schon hier sei bemerkt, daß sein Intelligenzalter nach *Binet-Simon* der Altersstufe 9/10 entspricht und daß Urteilsfähigkeit, Schulwissen und Allgemeinbildung sowie Rechenvermögen entsprechend gering sind.

Nach einer halbjährigen Periode völliger Unauffälligkeit liegt er eines Morgens bis aufs Hemd entkleidet auf der Veranda der offenen Abteilung, wo er inzwischen untergebracht war; seine Kleider liegen auf dem Anstaltsfriedhof. Er ist ablehnend, spricht kein Wort und verweigert die Nahrung, ist in völligem Stuporzustand. Das Füttern mit der Sonde behagt ihm offenbar sehr, trotzdem er einmal äußert, er wolle sterben. Nach 13tägiger Abstinenz schreibt er auf einen Zettel: „Bis morgen früh nicht füttern. Morgen früh möchte ich den Herrn Professor sprechen. Ganz gleich um wieviel Uhr. Morgen mittag werde ich wieder essen, dann ist die Zeit vorbei, die bestimmt ist. Sprechen darf ich erst morgen früh.“

Am folgenden Morgen gibt er dann an, es handele sich um die Aufwiegelungsgeschichte mit Dr. H. 2 Bergleute seien gedungen worden, ihn totzuschlagen. Am 7. November hätte er 8 Tage Zeit, dann würde er hier angeguckt, in der Nähe würde ein Wassergrab gemacht, ginge er nicht rein, so dürfe er 8 Tage nichts essen. „Es wäre besser, wenn er in der Zeit nichts sprechen täte, um nichts zu verraten.“ Anfang Dezember 1925 gibt er an, Dr. H. habe ihm befohlen, nach Ostfriesland zu gehen; dort müsse er bis zum 27. des Monats an einem Ort, an dem 3 Baracken stehen, verhungert sein.

Diese und andere unsystematisierte Wahnideen beherrschen die Psychose bis Ende 1925. Von da an treten die Wahnideen zurück, bis etwa Ende Februar 1926 der Normalzustand des Patienten wieder völlig erreicht ist. Seitdem ist er in einem gleichmäßigen Zustand guter Stimmung, von unermüdlichem Fleiß; durch jede Beachtung fühlt er sich in natürlicher Weise geehrt, beim Sprechen ist er gern militärisch-stramm in Ton und Haltung.

Von den früheren Wahnideen ist jetzt nichts mehr nachweisbar. Auf Fragen nach seinen früheren Erzählungen über den Gerichtsrat wird er sichtlich verlegen, kann sich nur mühsam an den Zusammenhang erinnern, weiß nicht, wie er zu seinen Äußerungen gekommen ist. Für die Vorgänge während der Periode des Abstinierens gibt er jetzt eine psychologische Motivierung. Er sei damals betrunken gewesen, da er deshalb zur geschlossenen Abteilung zurück sollte, sei er aus Protest in den Hungerstreik getreten. Man habe ihm gesagt, in 3—4 Tagen werde er schon aufhören zu hungern, und da habe er beweisen wollen, daß er über 10 Tage lang hungern könne. — Irgendwelche schizophrenieverdächtigen Symptome zeigt er jetzt nicht.

Es handelt sich also um einen Schwachsinnigen mittleren Grades, der nach der Schulzeit im Leben versagt. Spätestens seit seinem 40. Lebensjahr entwickeln sich bei ihm phasisch auftretende Wahnideen. Zwei dieser Phasen wurden von uns beobachtet. In der ersten Phase sind die Wahnideen mehr systematisiert, in der zweiten Phase werden nach einem anfänglichen Stuporzustand nur unsystematisierte Vergiftungs- und Verfolgungsideen produziert. Die Erscheinungen lassen an die Entwicklung einer paranoiden Schizophrenie bei Imbecillität denken. Nach einigen Monaten sind jedoch sämtliche Erscheinungen völlig abgeklungen, werden zum Teil psychologisch verarbeitet und zurückbleibt die Grundpersönlichkeit eines heiteren Schwachsinnigen, der in keiner Weise schizophren verändert ist.

Fall 2. F. K., geboren 19. V. 1889, ledig, Schleifer, wird am 15. Juli 1924 in die Anstalt Grafenberg aufgenommen. Die Familienanamnese ist o. B. Er selbst war von früher Jugend an geistig zurückgeblieben; besuchte die Schule vom 6. bis 14. Lebensjahr, blieb aber stets sitzen; er kann kaum lesen und nur mit kleinen Buchstaben etwas schreiben. Auffassung, Merkfähigkeit und Urteilsfähigkeit sind entsprechend gering; das Intelligenzalter nach *Binet-Simon* beträgt 7 Jahre. Körperlich bietet K. außer einer beträchtlichen Myopie links mit eingeschränkter Lichtreaktion der linken Pupille sowie einer Parese des rechten unteren Facialisastes nichts Besonderes.

Im April 1924 wurde K. wegen „allgemeiner Depression und leichten Verfolgungsideen“ in ein Krankenhaus eingeliefert, von dort Ende Mai 1924 gegen ärztlichen Rat gebessert wieder abgeholt, aber 4 Wochen später in bedeutend verschlechtertem Zustand wieder zurückgebracht. Er war unruhig und verwirrt, glaubte seine Krankheit auf eine Geschlechtskrankheit zurückführen zu müssen.

Hat Gehörshalluzinationen und Illusionen, glaubt sich von der Polizei verfolgt, fürchtet umgebracht zu werden. Steht nachts bei jedem Geräusch auf, um nachzusehen, wer da ist. Glaubt, die Kinder seiner Schwester seien im Keller versteckt, um dort umgebracht zu werden.

Bei uns fiel vor allem seine ängstliche Verstörtheit auf. Er hat vor allem und jedem Angst, fragt sofort, ob ihm nichts passieren werde, ängstigt sich, sich ins Bett zu legen usw. Neben seinen Angstgefühlen und gleichzeitig damit bricht immer wieder ein Lächeln durch, das ohne Tiefe und der Situation nicht angemessen erscheint. Es entsteht dadurch der Eindruck eines läppischen und paradoxen Affektes.

Gespräche in seiner Umgebung deutet er als die Stimmen der Schwestern und Patienten des Krankenhauses in K. Dazu hört er dauernd, daß er erschossen werden soll. „Wenn sie mich totschießen wollen, dann ist mir das egal, aber dann will ich vorher in die Kirche gehen; ich bin ein religiöser Mann. Deshalb kann ich auch nachts nicht schlafen. Ich weiß gar nicht, was ich getan haben soll.“ Er hört dauernd, daß er erschossen werden soll, ist daher ängstlich und erregt. Die Diagnose lautete: Ängstlicher Verwirrheitszustand bei Imbecillität.

Dieser Zustand hält in der nächsten Zeit unverändert an. Er steht dauernd unter dem Einfluß optischer und akustischer Sinnestäuschungen. Er hört den Schuß, der ihn und seine ganze Familie hinstrecken soll, schon fallen und sieht seine Mörder auf sich zukommen.

Der Zustand hält in unveränderter Form und Stärke bis zur zweiten Septhälfte 1924 an. Von da an tritt ziemlich rasch eine Änderung ein, Sinnestäuschungen und Wahnideen treten zurück, die Angst läßt etwa im Oktober nach; K. wird in seinem Wesen freier, in Verhalten und Affekt natürlich und wird am 9. XI. 1924 geheilt entlassen. Seitdem haben wir von K. nichts mehr gehört.

Es handelt sich also in diesem Fall um einen Schwachsinnigen höheren Grades, der im 35. Lebensjahr psychotisch erkrankt. Die Psychose nimmt nach anfänglichem Schwanken einen außerordentlich heftigen Charakter an. Es treten zahlreiche ängstlich gefärbte Sinnestäuschungen und Wahnideen auf, die durch inhaltliche Einförmigkeit gekennzeichnet sind; daneben tritt ein heiterer, aber leerer und paradoxer Affekt hervor. Nach einem halben Jahr sind sämtliche Erscheinungen abgeklungen, es bleibt eine natürliche, heitere, schwachsinnige Persönlichkeit zurück, die nicht die geringsten Zeichen eines schizophrenen Schubes aufweist.

Diese beiden Fälle sind aus einer großen Zahl gleichartiger Fälle, die wir in den letzten Jahren beobachten konnten, wahllos herausgegriffen worden. Beiden gemeinsam ist, daß es sich um Psychosen bei Schwachsinnigen handelt, die in höherem Lebensalter auftraten. Diese Psychosen haben durch Wahnbildung, Sinnestäuschungen, Stupor und Affektleere ein schizophrenes Gepräge, kommen damit also der Krankheitsidee der Pfropfschizophrenie nahe. Den „schizophrenen“ Symptomen kommt jedoch nur ein pathoplastischer Wert im Sinne der Strukturanalyse *Birnbaums*⁷ zu; der Krankheitsprozeß als solcher erweist sich als nicht schizophren.

Sioli hat daher vorgeschlagen, diese und ähnliche psychotische Störungen der Schwachsinnigen als „episodische Psychosen der Schwach-

sinnigen“ zusammenzufassen. Wir wollen damit sagen, daß es sich um *eine ganze Gruppe* von schizophrenieähnlichen, aber nicht schizophrenen Psychosen handelt. *Ihren wesentlichen und gemeinsamen Faktor bildet die schwachsinnige Persönlichkeit.* Die Beziehungen dieser Gruppe von Psychosen zum manisch-depressiven Formenkreis, zur Schizophrenie, Epilepsie, zu den symptomatischen Psychosen und zur Psychogenie sollen in einer späteren Veröffentlichung ausführlich erörtert werden, ebenso die pathogenetischen Grundlagen der Psychose, soweit sie erb-biologisch, körperbaulich-konstitutionell und in ihrer eidetischen Veranlagung erfaßbar sind.

Es sei noch die Frage erörtert, ob die Krankheitsidee der Pfropfschizophrenie überhaupt abzulehnen ist. Bei der heutigen Unsicherheit in der Umgrenzung des Schizophreniebegriffes läßt sich diese Frage nicht einmal empirisch mit Sicherheit lösen. Ihre Beantwortung hängt wesentlich von der Umgrenzung des Schizophreniebegriffes ab. Wer mit *Wernicke* und *Kleist* in der Schizophrenie eine sicher organische Erkrankung sieht, wird den Begriff der Pfropfschizophrenie anders als der umgrenzen, der erwartet, daß in der Schizophrenie ein, wenn auch noch so kleiner, Rest einer funktionellen Psychose stets bestehen bleibt. Nur aus dieser prinzipiellen Differenz über das Wesen der Schizophrenie erklären sich so diametral gegenüberstehende Ansichten über das Vorkommen von Schwachsinn und Schizophrenie wie die von *Medow*⁸ und *Luther*⁹. *Medow* nimmt an, daß 62% aller Hebephrenen schon vor ihrer Erkrankung schwachsinnig waren, daß die Häufigkeit von angeborenen Intelligenzdefekten bei den psychisch Erkrankten insgesamt eine viel höhere ist als beim Durchschnitt der Gesunden, und daß intellektuelle Vollwertigkeit in gewissem Maße vor geistiger Erkrankung schütze. *Luther* sagt in derselben Hinsicht umgekehrt, daß der angeborne Schwachsinn in gewisser Beziehung vor dem Auftreten einer zu weiterer Verblödung führenden Psychose schützt. Wenn wir uns aus theoretischen Erwägungen und praktischer Erfahrung an die Seite *Luthers* stellen, so können wir unsere Erfahrungen aus einem großen Krankheitsmaterial über die scheinbar schizophrenen Psychosen der Schwachsinnigen dahin zusammenfassen:

Nur der kleinste Teil aller sog. P[ro]pfschizophrenien sind P[ro]pfschizophrenien.

Literaturverzeichnis.

- ¹ Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie 1911. — ² Lehrbuch d. Psychiatrie, 8. Aufl. 1913. — ³ Lehrbuch d. Psychiatrie, 7. Aufl. 1904. — ⁴ Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie 1915. — ⁵ Die psychopathischen Reaktionen. Düsseldorf 1927. — ⁶ Psychiatr. Verein d. Rheinprovinz 1905. — ⁷ Der Aufbau der Psychose. Berlin: Julius Springer 1923. — ⁸ Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 58, 222. 1925. — ⁹ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Orig. 16, 386. 1913.