

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr.
[Direktor: Geheimrat Prof. Dr. E. Meyer].)

Zur Berufsfähigkeit defektgeheilter Schizophrenen.

(Zugleich ein Beitrag zum Vorkommen von Zwangszuständen
bei Schizophrenen.)

Von

K. Moser und E. Jacobi.

(Eingegangen am 29. Juni 1928.)

Dem Problem der Heilbarkeit der Schizophrenie, das mit der fast traditionell gewordenen infausten Prognose anfänglich abgetan schien, ist in letzter Zeit wieder mehr Aufmerksamkeit geschenkt worden. Trotz mancher jüngst geltend gemachter gegenteiliger Ansichten hat sich namentlich in nicht fachärztlichen Kreisen die Anschauung eingebürgert, daß mit der Diagnose *Dementia praecox* zugleich auch das geistige Todesurteil über den Betreffenden gesprochen ist. Daß dies nicht gerechtfertigt ist, hat auf Grund eines über etwa 10 Jahre katanestisch verfolgten Materials unlängst E. Meyer¹ betont und sich für eine günstigere Prognose ausgesprochen. Daß ferner besonders dem „Außenpsychiater“ die Schizophrenie sich günstiger zeige, oft in 5 bis 8 Wochen ausheile, ohne erhebliche Defekte zu hinterlassen, daß abortive Fälle häufiger seien, die der Kliniks- oder Anstaltspsychiater nicht zu Gesicht bekommt, hat unter anderem v. Holst² in der Versammlung des nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie Juli 1927 hervorgehoben. Es ist in den folgenden Ausführungen nicht beabsichtigt, diese Ansichten an Hand eines umfangreicheren Materials etwa statistisch zu erhärten. Vielmehr sollen als Beitrag zu dieser Frage zwei Fälle mitgeteilt werden, bei denen trotz bestehender Defekte die *Berufsfähigkeit* als Lehrer und Bürobeamter *erhalten* blieb, bei denen also, wenn auch unter gewisser Senkung des Niveaus, eine ausgezeichnete soziale Heilung resultierte. Hiervon abgesehen bieten aber die beiden folgenden Beobachtungen auch sonst eine Reihe Besonderheiten, die sie uns mitteilenswert erscheinen ließen. Vor allem ist namentlich der erste Fall ausgezeichnet durch die *Art des Defektes* und stellt zugleich

¹ Meyer, E.: Zur Diagnose und Prognose der *Dementia praecox*. Z. Psych. 83.

² Vgl. Z. Psych. 87.

einen Beitrag zur Phänomenologie der Zwangszustände bei Schizophrenen dar. Des weiteren interessiert in beiden Fällen besonders die *Stellungnahme der Patienten zu ihrem Defekt* und die sich hieraus ergebenden praktischen Konsequenzen in sozialer und insbesondere gutachtlicher Beziehung, auf die besonders in dem zweiten Fall näher eingegangen werden soll. Endlich bildet der erstmitzuteilende Fall auch interessante klassifikatorische Schwierigkeiten, die das Problem der Endo- und Exogenese der Schizophrenie streifen, und liefert damit einen Beitrag zur Frage der sog. exogenen resp. symptomatischen Schizophrenien, die in letzter Zeit ja gleichfalls mehrfach erörtert worden ist¹.

Im *ersten Falle* handelt es sich um den jetzt 42 Jahre alten Lehrer Walter K., der aus gesunder Familie stammt, in der Schule sehr gut gelernt hat und später bis zum 20. Lebensjahr mit gutem Erfolge das Lehrerseminar besucht hat. Er war stets sehr fleißig, galt als ruhig, intelligent und geistig völlig normal. Nach seinen Schilderungen war der Vater ein ernster Mann, der es trotz schwerer Kämpfe zu etwas gebracht hatte, die Mutter auch eine strenge Natur; er sei streng erzogen worden, war das einzige Kind. Beim Militär habe er sich nicht wohl gefühlt, konnte sich an den barschen Ton nicht gewöhnen, sei auch nie für körperliche Betätigung gewesen; liebte es mehr, in der Stube zu sitzen und zu lesen. War aber dabei nicht ausgesprochen ängstlich und menschenscheu, konnte ungezwungen frei vor einer größeren Gesellschaft sprechen, war geistig sehr rege und strebte vorwärts. 1914 wurde er eingezogen, Ende August 1918 erkrankte er an einem ziemlich schweren Typhus in Mazedonien, nach dessen Abklingen er zur Nachkur in das Lazarett „Weißer Hirsch“ in Dresden kam, wo er anfangs einen geistig gesunden Eindruck machte, nur über Kopfschmerzen und allgemeine Unruhe klagte, jedoch schon nach einigen Tagen plötzlich nachts das Bett verließ, um sich aus dem Fenster zu stürzen. Er gab einen Selbstmordversuch zu, war sehr niedergeschlagen, weinte viel, war völlig haltlos und gebrochen und wurde in die Abteilung für Geisteskranken verlegt. Dort war er anfangs mangelhaft orientiert, glaubte nachts dauernd läuten zu hören und kämpfende Truppen zu sehen, auch seinen Namen rufen zu hören. War dauernd von einem Angstgefühl gequält, in seiner Stimmung stark niedergedrückt, machte sich wegen der Zukunft Sorgen. Gibt an, seit dem Beginn seiner Soldatenzeit Angst davor zu haben, daß er etwas verkehrt mache. Fragt während der Exploration ängstlich, ob er wegen des Selbstmordversuches totgeschossen werde. War dann später nachts fast dauernd schlaflos, machte sich Gedanken, daß man ihm etwas in die Schuhe schieben könne. Läßt sich von seinen ängstlichen Gedanken nicht abbringen. Äußert dann noch eine Fülle von Selbstbeschuldigungen, verachtet sich selbst, macht sich schlecht. Auch retrospektiv stellt er sein ganzes Leben als verfehlt dar und wenn einmal Erfolge gewesen seien, dann hätten seine Vorgesetzten nur Mitleid mit ihm gehabt. Behauptet auch, stets sehr ängstlich und traurig ebenso wie unfähig gewesen zu sein. Nach Stimmen befragt, gab er damals an, daß er manchmal etwas von draußen höre, es werde ihm irgendetwas Trauriges zugerufen, daß seine Mutter tot sei, daß irgendetwas passiere. Die Diagnosen in den Lazaretten schwankten erheblich. Anfangs wurde von einer „Nervenschwäche“ gesprochen, später von einem Depressionszustand, zuletzt dachte man an eine beginnende Dementia praecox.

Anfang 1919 erste Aufnahme in die hiesige Klinik. Er war zeitlich wie örtlich orientiert, klagte über fehlenden Schlaf und über Willenlosigkeit. So unglücklich

¹ Vgl. auch die Arbeit von E. Herz aus der Frankfurter Klinik: Über heredo-degenerative und symptomatische Schizophrenie, 1928, Mon. 68.

wie er sei kein Mensch, man solle sich keine Mühe mehr mit ihm geben, er sei verloren, schädige nur die anderen. Er war stark weinerlich, sprach in monotoner Weise, äußerte spontan nichts, alle Affekte erschienen etwas oberflächlich, äußerte verlegenen neben vernünftigen Gedanken Kleinheitsideen. Auf Befragen nach Leuten, die ihn verfolgten, gab er an, daß er im Halbschlaf Frau und Eltern sehe, „so wie sie von Natur sind“, daß er Stimmen höre, die ihn anklagten, er käme noch ins Gefängnis. Ist bei der Exploration sehr unruhig, spielt mit den Fingern, kratzt sich am Kopf, sieht sich ängstlich und unruhig um. Spricht alles in gleicher monotoner Weise, mit sehr oberflächlichem Affekt, und immer neue Gedanken treten auf, die er auffallend gesprächig vorbringt. Im Laufe der hiesigen Behandlung trat eine gewisse Besserung ein, fühlte sich aber noch sehr unsicher. Bringt auch eigentümliche Befürchtungen vor, so sagt er einmal spontan zum Arzt, daß er Angst habe, impotent zu werden. Er wurde damals als depressiver Psychopath angesehen, Kriegsdienstbeschädigung wurde abgelehnt.

August 1919 zum zweiten Male hier aufgenommen, war er immer noch ängstlich und erregt. Gearbeitet hatte er nicht mehr. Es war ein neues Leiden insofern hinzutreten, als, sobald er die Augen schließe, „allerlei Bilder wie in einem Kinofilm hinter- und durcheinander ohne jeden Zusammenhang vorbeirasten.“ Er sehe Dinge aus seiner Erinnerung und solche, die er niemals gesehen habe, oder die es überhaupt nicht gebe, z. B. umgekehrte Bäume. Dinge aus dem Kriege spielten keine besondere Rolle dabei. Er wisse ganz genau, daß alle diese Dinge nicht „greifbar im Raume“ existierten, daß sie nur in seiner Vorstellung vorhanden seien, Fühlte sich durch die „Bilder“ schwer gestört und gequält, erklärte sich außerstande, mitzuschreiben, was sich ihm alles aufdränge, da das Tempo ein enorm schnelles sei. Ist nicht zur einfachsten Tätigkeit imstande, da er dauernd durch die „gedanklichen Bilder“ gestört werde. Er erklärt es selbst als „Wahnsinn“. Wenn auch kein System in den Bildern sei, so habe er doch öfters einen dominierenden Gedanken, an den sich nun allerhand Ähnliches anschlosse. So hatte er z. B. eines Tages einmal die Vorstellung, daß er ein Loch im Kopf habe, in das jemand Sand schütte, der zur Nase herauslaufe. Er schilderte damals folgendermaßen seinen Zustand: „Ich bin eben erwacht, und in demselben Augenblick setzt auch schon der Wahnsinn der Gedanken ein. Ich kann hier nicht im Entferntesten so schnell niederschreiben, wie es mir im Kopf vorgeht; denn da ist jede Sekunde ein anderes Bild und ein anderes Wort, was alles ganz ungereimt nacheinander folgt und was ich auch bei stärkster Kraftaufwendung nicht bannen kann. — Und ich muß alles verlieren, auch jene Frau im seidenen Unterrock mit der weißen Spitze — pflückt Beeren zur Zeit des großen Kurfürsten, der, wann und wo die Schweden zu tun hat. Elender ist aber noch kein Mensch untergegangen wie ich. Es ist doch so, daß ich nun mal zu Grunde muß. Was, du willst nicht, du Hund, du sollst noch gequält und gemartert werden. Was geht dort für ein Herr im schwarzen Zylinderhut? Ach, das ist der Besitzer des Leichenwagengeschäftes. Also bitte, kiek, was, du Schuft willst noch leben, du mußt verderben, denn wer sein Leben erhalten will, der muß es verlieren. Ja mein Lieber, es wäre schön, wenn du wieder Lehrer sein könntest, aber du sollst hier noch eine Weile gequält werden. Automobilverhältnisse zu seinen Gunsten in der zweiten Instanz des Rattenkönigs. Sehen sie doch diesen Knaben, daß ihn der Pferdefuß auf den Kopf tritt. Wenn jemand die Garben herauffallen sieht und die kleinen Mäuse laufen darüber her und die roten Käfer. Ich Mörder Vater und Mutter“. So erwähnt er noch eine Fülle teils an sich zusammenhängender Gedankenkomplexe, teils sinnloser Worte. Er schreibt noch zum Schluß, daß das nur ein Ausschnitt von dem war, was auf ihn einstürmte, daß er während derselben Zeit noch eine Fülle von Tieren, Fratzen, umgestürzten Köpfen, toten Soldaten, sich selbst in den verschiedensten Stellungen, geknebelt, gewürgt, zum Erschießen an die Wand gestellt gesehen habe. Dann hörte er Schafe blöken, eine Melodie wurde angeschlagen, ein Zug raste vorbei, dazwischen sei immer wieder wie von einem Fremden in sich

die Frage aufgeworfen worden, „warum“, und darauf sei die Antwort erteilt worden, daß er bis zum Tode geplagt werden sollte. Überhaupt finden sich zwischen allen sinnlosen Gedanken immer wieder depressive Ideen, Todesgedanken, Hoffnungslosigkeiten, aus Furcht vor der Zukunft entsprungene Verfluchungen und Verwünschungen. Immer wiederholt sich, daß er beschädigt, gefoltert, erschossen werde, daß alles zwecklos sei, was er dagegen unternehme. Bei einer einige Monate später aufgeschriebenen Zusammenstellung seiner Vorstellungen traten immer mehr Sinnlosigkeiten auf, einzelne abgerissene Worte fanden sich, eigentümliche Figuren und Zeichnungen, aber immer noch solche Gedanken, wie „wenn ich doch lesen könnte“, oder „wenn ich doch gesund würde“ und „Muß ich denn durchaus zugrunde gehen?“ Und auch immer wieder Äußerungen seines Insuffizienzgefühls, wie „kann ich dafür, daß ich kein großer Krieger bin? Muß denn jeder ein rauher Kriegsknecht sein?“ Dann kommen auch öfter Andeutungen von verschmähter Liebe und Sehnsucht nach glücklicher Liebe vor: „Wenn es einen Gott der Liebe gibt, weshalb läßt er sich nicht von mir finden? Warum darf ich nicht empfinden, dich hohe reine hehre Flamme, nach der mir so unendlich dürstet?“

Von der ungeheuren Qual, die ihm dieses Leiden bereitet, schrieb er auch in sehr anschaulicher Weise mit folgenden Worten: „Es treibt ein böser Spuk in meinem Kopf sein Unwesen und läßt mir keine Minute, ja keine Sekunde Ruhe. Bogen und Bogen könnte ich füllen, verstehen kann mich doch kein Mensch, was ich darunter leide. So bleibt nichts weiter übrig als die Minuten, Stunden und Tage zu zählen, bis sich die müden Augen schließen und ein unglückliches Leben zu Ende geht. Aber wieviel Kämpfe, wieviel Seufzer, wieviel banges Fragen? Wieviel noch?“ K. stellte damals Antrag auf Kriegsrente, da er sein Leiden auf den Krieg zurückführte und als Folge des im Felde zugezogenen Typhus ansah. Dieser Antrag wurde jedoch abgewiesen, da nach dem Gutachten eines Facharztes „KDB. mit Bestimmtheit abzulehnen“ sei, weil eine ausgesprochene Geistesstörung sowohl im Sinne einer *Dementia praecox* wie einer Depression als nicht vorliegend angenommen wurde, es sich vielmehr um eine angeborene geistige Minderwertigkeit handeln sollte. Da eine Behandlung in einer geschlossenen Anstalt außerdem empfohlen wurde, ist er daraufhin nach der Provinzanstalt Allenberg überführt worden. Gleichzeitig wurde er von seiner Behörde pensioniert. In der Anstalt wieder Klagen über „Zwangsvorstellungen“, „ein buntes Band von Bildchen wie im Kino zieht ununterbrochen“ vor seinen Augen vorüber. Wenn er einen Baum betrachtet, sähe er sich daran hängen, wenn er sägen höre, sei es ihm, als ob ihm sein Schädeldach abgesägt würde. Wenn er Holz hacke, hacke er immer auf seinen Kopf. Er könne den Gedanken nicht los werden während der Arbeit und auch nicht bei lebhafter Unterhaltung. Jammert viel während des Aufenthaltes dort, besonders des Nachts sehr ängstlich, weil er sich an einem Haken, der sich über seinem Bett befindet, hängen sehe, arbeitet dann später regelmäßig und fleißig. Subjektiv keine Linderung seiner depressiven Stimmung, er hoffe aber von Nacht zu Nacht Besserung, jedoch wird es immer schlimmer. Gibt dann später an, es sei quälend, daß er als Mensch mit Verstand nicht denken könne, was er wolle, sondern denken müsse, was er nicht wolle. Es seien ja Dummheiten, aber er könne nicht dagegen an. Es spuke vor ihm, er sähe phantastische Bilder, es sei ihm, wie ein glühender Nagel durch den Kopf oder Hals, statt der Füße habe er eiserne Röhren u. dgl. Die Gedanken kommen blitzartig. In der nächsten Nacht wieder etwas anderes. Davon frei sei er nicht einen Augenblick. Keine Beschäftigung könne ihn aus diesem Zustand reißen, über nichts könne er sich freuen, alles wäre ihm gleichgültig. Auf die Frage, wie er sich die Zukunft denke, sagt er: „Ich werde mich noch einige Zeit quälen und dann von dieser schönen Erde scheiden.“ Im weiteren Verlauf des Anstaltsaufenthaltes immer dasselbe Bild, am Tage fleißig bei der Arbeit, nachts unruhig, drängt dann nach Hause, da nach seiner Ansicht eine Hilfe nicht mehr möglich sei und wurde am 20. 10. 1920 entlassen.

Bei einer Nachuntersuchung im Juli 1921 war er äußerlich geordnet, machte aber etwas ängstlichen und scheuen Eindruck. Es fehlte ihm damals noch die Fähigkeit, die Gedanken zu sammeln. Er spricht wieder von dem Spuk im Kopf und dem „Film im Gehirn“. Die Bilder haben sich in der Zwischenzeit wenig geändert. Er sieht die wahnsinnigsten Sachen, einen Pferdehuf, ein paar Baumblätter, eine Schraube, die sich dreht. Er habe das Gefühl, als wenn vor dem Gehirn ein Brett wäre. Er sehe alles, was im Kopf drin wäre, es sei aber kein richtiges Gefühl, kein richtiger Druck, er sähe es gewissermaßen nur vor sich. Unterricht habe er zu erteilen versucht, er sei aber dazu nicht imstande gewesen, da er selbst nicht einmal stillsitzen konnte. Gibt auf Fragen geordnet Antwort. An jedem Tage herrscht ein Bild vor, „heute Ecken, morgen Kanten, übermorgen Schrauben. Es ist ein Leben, das kein Leben ist. Ich weiß, daß es eine der wahnsinnigsten Krankheiten ist, aber ich kann sie nicht bannen, kann auch nichts lesen. Ich sehe die Buchstaben, aber der Spuk spielt mit und macht mich unfähig dazu.“ Der Schlaf sei schlecht. Er schlafe wohl schnell ein, werde aber plötzlich durch einen Ruck wach und sehe wieder die Bilder. Es vergehe ihm dadurch die Lust zur Tätigkeit. Vor dem Kriege habe er seine Frau gern gehabt. Sie ist seine Jugendliebe gewesen. Jetzt wohne er beim Vater. Seine Frau wolle ihn nicht mehr zu Hause haben und sich scheiden lassen. Gedächtnis mangelhaft, innerlich alles wie erstorben, gleichgültig und interesselos. Schildert dann immer in gleicher Weise den Anfang der Krankheit, gibt an, während der Typhuserkrankung phantasiert zu haben, vorübergehend und während des Fiebers. (Offenbar handelte es sich um Fieberdelirien, Krankengeschichten fehlen.) Hätte früher nie etwas Ähnliches bemerkt, auch Zwangsgedanken oder ähnliches nie gehabt.

Nach einem Gutachten im Juli 1921 handelt es sich um eine „Zwangsvorstellungspsychose“, als deren Ursache „ein Zusammenhang mit dem Typhus nicht abgelehnt werden kann.“ KDB. sei daher anzuerkennen und K. voraussichtlich für dauernd erwerbsbeschränkt zu bezeichnen. Er erhielt eine Rente von 100%.

In dieser Zeit spielt auch eine Ehescheidungsklage, anfangs von seiner Frau ausgehend, eine Rolle. Wie aus den Ehescheidungsakten hervorgeht, stellte sie den Antrag auf Ehescheidung mit der Begründung, daß er mit zwei Personen Ehebruch getrieben habe. Demgegenüber brachte der Vertreter des Patienten vor, daß seine Frau schon während seiner psychischen Krankheit allmählich immer gleichgültiger geworden sei, und er den Verdacht habe, daß sie Ehebruch getrieben habe. Seine Frau habe auch die eheliche Gemeinschaft abgelehnt, weil er durch seine Krankheit außerstande wäre, seinem bisherigen Berufe als Lehrer nachzugehen. Sie soll dabei geäußert haben, sie wolle mit dem kranken Manne nicht zusammenleben, sie sei noch jung und habe das Recht, sich zu amüsieren. Demgegenüber wurde von seiten der Frau betont, daß die Abneigung gegen den Patienten durch seinen Ehebruch zustande gekommen sei. In der Gerichtsverhandlung vom 4. Mai 1923 wurde die Ehe geschieden und *beide* Teile für schuldig erklärt. Nach seinen eigenen Angaben habe die Ehefrau wegen der Krankheit die Scheidung eingereicht, es aber anders motiviert. Er habe schließlich der Scheidung zugestimmt, weil er ein gutes Zusammenleben nicht mehr für möglich hielt.

Er hielt sich dann eine Zeitlang bei seinen Eltern auf und versuchte systematisch seine Vorstellungen zu bekämpfen, bis es ihm schließlich gelang, nach zweijähriger Arbeit an sich selbst sich soweit beherrschen zu lernen, daß er *trotz des Auftretens der Bilder und Gedanken einigermaßen seinem Berufe nachgehen konnte*. Er wurde erst 1923 versuchsweise als Lehrer beschäftigt und ist bis heute noch ohne besondere Störung tätig. Da eine deutliche Besserung eingetreten war, und er sich wieder selbst sagte, daß er sich mit den quälenden Vorstellungen abgefunden hätte, wurde seine Kriegsrente auf 50% herabgesetzt.

Anfang dieses Jahres wurde er in der hiesigen Klinik noch einmal begutachtet. Er gab an, daß er sich mit seinem Zustande so abgefunden habe, wie man „ein

amputiertes Bein“ hinnimmt. Er habe immer noch dieselben Bilder, einerseits viel seltener, anderseits stören sie ihn kaum noch bei seiner Tätigkeit. Jedoch leide er unter einer ziemlich weitgehenden Gedächtnisschwäche. Es fehle ihm die Fähigkeit, vorwärts zu streben, wie er es früher getan habe. Sonst wäre es ihm, nach seiner Ansicht, möglich, eine andere Stelle zu bekleiden, als er sie jetzt habe. Es fehle ihm an „Aktivität“ und „Willenskraft“. Seine „Dispositionsmöglichkeit“ sei gering. Über seine Vorstellungen befragt, gibt er an, daß es einem Außenstehenden schwer falle, sich ein klares Bild davon zu machen. Es sei „teils Klang, teils Bild“ und lasse sich nicht in Worten festlegen. Auch kann er nicht die Frage klar beantworten, ob es reine Begriffe oder Bilder seien. Wiederholt immer wieder, es ist, „als ob es in meinem Gehirn spricht.“ Am nächsten käme es noch der Sache, daß er die Worte höre, sie unterscheiden sich aber deutlich von den Worten Außenstehender, auch seien sie anders wie aufschießende Gedanken. Assoziationen schlossen sich niemals an. Bei intensiver Beschäftigung erlebe er weniger, vor dem Einschlafen am meisten. Die Gedanken beschreiben sei auch nicht möglich, weil sie schnell kommen und zum Teil unausgeprägt, nur angedeutet, vorbeiziehen. Nach seiner Ansicht müßte ein selbsttätiger Apparat im Gehirn sein, der ohne Zusammenhang mit dem übrigen Denken arbeite. So schildert er z. B. folgende Vorstellungen: „Am Sonntag früh erwachte ich mit dem Gedanken an Messer und Schere, die aufeinandergeschlagen würden. Es war ein ziemlich ausgeprägtes Bild von längerer Zeitdauer.“ Darauf folgte: „Die Zigarren sind kattungefüttert. Er hat den kleinen Zeh am Knopfloch. Das Wachstuch klebt an den Fingern. Der Hochwald hat einen breiten Scheitel, die Butterbüchse ist umgefallen und so weiter.“ Bei einem Spaziergange am Nachmittag entsteht das Bild „von dem Gänseeschmalz in den beiden Socken“ und die Frage: „Wer wird die ersten Flinsen essen?“ Dann erscheinen wieder sinnlose abgerissene Wortteile oder Wortneubildungen, über die er keine Erklärungen abgeben kann, z. B. „Hombug“ oder „Gordal“ oder „Godelip“ und ähnliches. Auf die Frage, ob er die Bilder mit Sinnes-täuschungen vergleichen kann, sagt er, das käme nicht in Frage, denn es sei „ein Denkakt neben dem normalen Denken“. Es liege gerade darin für ihn eine besondere Schwierigkeit, weil er mitten im Gedankengange das Unsinnigste denken müsse.

Die Assoziationsprüfungen ergaben im allgemeinen oberflächliche, auf äußeren Zusammenhang oder Klang beruhende Reaktionen auf beliebige Reizworte. Werden seine Vorstellungen als Reizworte benutzt, ist er nicht imstande, eine Antwort zu geben. Im übrigen ruhig und geordnet, hat weitgehende Krankheitseinsicht, macht nur im ganzen etwas affektarmen Eindruck. Intellektuell ziemlich hochstehend gibt er über seine Krankheitsstörungen genaue Auskunft und schien sich viel mit diesen Fragen beschäftigt zu haben. Er empfindet seine Gedanken als fremd und krankhaft.

Fassen wir zusammen, so handelt es sich um einen aus gesunder Familie stammenden 42 jährigen Lehrer, der stets sehr fleißig, begabt und strebsam war. Er hatte seine Examina sehr gut bestanden und galt im allgemeinen als tüchtig und auch in charakterlicher Beziehung einwandfrei. Während einer im Felde gehabtten Typhuserkrankung traten zum ersten Male seelische Veränderungen in Form von Delirien auf, über die wir allerdings keine näheren Angaben haben (1918). In der Rekonvaleszenz zeigte sich zuerst eine traurige Verstimmung. Er war ängstlich, unruhig, machte Selbstmordversuche, bald stellten sich Sinnes-täuschungen ein, die im großen und ganzen ängstlichen Inhalt hatten. Gleichzeitig traten Versündigungs- und Beeinträchtigungsideen auf, die

aber bald ebenso wie die depressiven Symptome zurückgingen. Er wurde affektlahm, monoton und zerfahren, war in mehreren Lazaretten, dann in der hiesigen Klinik, zuletzt in Allenberg. Es traten allmählich Vorstellungen auf, die einen ganz eigentümlichen Charakter annahmen, indem sie an Wirklichkeitswert verloren, und sich mehr wie zwangshafte Vorstellungen, die vom Patienten selbst als krankhaft aufgefaßt wurden, äußerten. Er wurde sehr stark durch diese Vorstellungen beeinträchtigt. Es fehlt ihm an Initiative. Seine Affekte waren oberflächlich. Er äußerte sehr viel Kleinheitsideen. Die Beeinflussung durch seine Vorstellungen war sehr groß, so daß er nicht erwerbsfähig war und von seiner Behörde pensioniert wurde.

Die Diagnosen, die die verschiedenen Lazarette und Kliniken gestellt haben, waren außerordentlich wechselnd. Während anfangs von einem Depressionszustand nach Typhus, dann von einer beginnenden Dementia praecox gesprochen wurde, dachte man später nur an eine psychopathische Konstitution. KDB. wurde anfangs abgelehnt, da ein Zusammenhang zwischen Psychose und Typhus nicht anerkannt wurde. Später brachte man jedoch die „psychogenen Zwangsvorstellungen“ mit dem Kriegeleiden (Typhus) in Zusammenhang, und er erhielt eine Rente von 100%. In dieser Zeit ist auch die Ehe geschieden worden, da ein Zusammenleben auch wegen seiner geistigen Störungen der Frau unmöglich erschien. Da aber außerdem noch ein beiderseitiger Ehebruch vorhanden war, wurden beide Teile für schuldig erklärt. Nachdem es K. gelungen war, durch ein „Training“ seine Vorstellungen soweit zu bannen, daß sie im Denken nur noch wenig störten, hat er 1923 den Beruf als Lehrer wieder aufgenommen und bis jetzt mit Erfolg ausgeführt. Es wurde darauf seine Rente auf 50% herabgesetzt, weil eine deutliche Besserung eingetreten war. 1928 in der hiesigen Klinik erneut beobachtet, hat sich sein Zustand insofern wesentlich gebessert, als er völlig ruhig, klar und geordnet erschien und einen intelligenten Eindruck machte und weitgehende Krankheitseinsicht hat. Er empfindet die Vorstellungen als etwas Fremdartiges und Krankhaftes, die Störungen sind ein Gemisch von Worten und Bildern und zeichnen sich durch vollkommene Sinnlosigkeit und Zusammenhanglosigkeit vom sonstigen Denken aus. Auch jetzt zieht „wie im Kino ein buntes Band von Bildern“ an seinem Innern vorüber. Er kann aber jetzt, wie früher nicht immer möglich, die Zwangsvorstellungen, wie er sie stets nennt, richtig nach innen projizieren. Er leidet weniger unter diesen Vorstellungen. Er ist im allgemeinen stumpfer und gleichgültiger geworden, das Denken falle ihm schwer, und er fühle weder Fähigkeit noch Willen in sich, sich irgendwie fortzubilden oder vorwärts zu kommen.

Wenn wir uns die Frage vorlegen, um welche psychopathologischen Zustandsbilder es sich bei dieser Erkrankung handelt, so müssen wir noch einmal alle einzelnen Phasen in allgemein psychiatrischer Beziehung

durchgehen, bevor es möglich ist, die jetzt noch bestehenden Residuärsymptome zu deuten.

Im Anfang der Erkrankung handelt es sich, soweit wenigstens die Selbstschilderung ein Urteil erlaubt, um delirante Bilder während des Fiebers, wie sie häufig bei den verschiedensten Infektionskrankheiten symptomatisch beobachtet werden. Danach folgten ausgesprochene *depressive* Ideen mit ernsthaften Selbstmordversuchen und Versündigungs-ideen. Es folgte weiter eine Phase von *Affektarmut*, Abulie bei dem gleichzeitigen Vorhandensein von *Sinnestäuschungen* größtenteils traurigen Inhaltes, die von eigentümlichen „Bildern“ abgelöst wurden, denen gegenüber er allmählich immer mehr objektiv Stellung zu nehmen lernte, die an Wirklichkeitscharakter von Jahr zu Jahr mehr verloren und schließlich Vorstellungen von bildhaftem Charakter hinterließen, wie wir sie jetzt vor uns haben: Eine Fülle rasend schnell vorübergehender sowohl untereinander wie im Verhältnis zur übrigen Psyche völlig unzusammenhängender, verschiedenartiger Gebilde, die sowohl aus einfachen Worten resp. Wortneubildungen wie aus größtenteils absurden oder unangenehmen Gedankenkomplexen bestehen, ihn weder affektiv noch verstandesgemäß besonders beeinflussen, von ihm als fremdartig, krankhaft und direkt *zwanghaft* empfunden werden. Die Hauptpunkte sind also das inhaltlich Absurde, als krankhaft Empfundene und das Gefühl des *Zwanges* ohne Beeinflussung der Intelligenz oder des Gefühllebens durch diese Erscheinungen. Diese nähern sich damit der klassischen Definition der *Zwangsvorstellungen*, wie sie von *Westphal* gegeben ist, worauf später nach Mitteilung des zweiten Falles in Zusammenhang mit diesem noch näher eingegangen werden soll.

Wenden wir uns zunächst der Frage zu, wie dieser Krankheitsprozeß — daß es sich um einen solchen handelt, steht wohl außer Frage — klassifikatorisch einzuordnen ist, so läßt die Fülle der verschiedenen Zustandsbilder, die so ziemlich zu allen psychiatrischen Diagnosen geführt haben, die früheren diagnostischen Schwierigkeiten zur Genüge erkennen. So wurde damals an eine Depression, an eine beginnende Dementia praecox, an eine konstitutionelle Zwangsneurose, endlich sogar auch nur an psychogene Erscheinungen auf dem Boden einer konstitutionellen Psychopathie gedacht. Übersehen wir heute den Verlauf der Psychose, und betrachten wir den jetzigen doch zweifellos mit einem geistigen Defekt verbundenen Endzustand des Patienten, so kann wohl kaum daran gezweifelt werden, daß es sich tatsächlich um eine *schizophrene* Psychose gehandelt hat, daß jetzt ein schizophrener Defektzustand, wenn auch leichteren Grades vorliegt. Allerdings legt die Fülle der verschiedenen Zustandsbilder doch den Gedanken nahe, daß es sich nicht um eine der Kerngruppe Dementia praecox zugehörige endogen-degenerative Schizophrenie handelt, sondern um eine *atypische* schizophrene Psychose.

Wir konnten mehrfach die Beobachtung machen, daß auch bei den sog. endogenen Psychoseformen, insbesondere bei den der *Dementia praecox* im allgemeinen zugerechneten Psychosen gar nicht so ganz selten verschiedene Zustandsbilder auftreten und sich in gewisser Gesetzmäßigkeit ablösen. Gerade diese Fälle boten dann doch manche Anhaltspunkte für eine exogene Genese, teils in symptomatisch gefärbten Initialsymptomen (Bewußtseinstörungen, delirante Erscheinungen), teils in zeitlichem Auftreten mit ätiologisch nicht ohne weiteres gleichgültigen äußeren körperlichen Affektionen (Gestationsprozesse!). In diesem Zusammenhang sei kurz auf den von *Krisch*¹ erwähnten Fall erinnert, bei dem unter Hinweis auf die *Hochesche* Syndromenlehre ebenfalls die verschiedensten Zustandsbilder auftraten, die zu den verschiedensten Diagnosen führten, bis die Sektion das Vorliegen einer Paralyse ergab. Diese Zusammenhänge können und sollen hier natürlich nur ganz kurz gestreift werden, doch bildet unser Fall auch zu diesen Fragen einen Beitrag, insofern er doch zu differentialdiagnostischen Erörterungen darüber Anlaß bietet, ob eine echte endogene schizophrene Prozeßpsychose vorliegt oder eine in Zusammenhang mit dem Typhus stehende sog. symptomatische Schizophrenie.

Für die Schizophrenie sprechen einmal die verschiedenen echten schizophrenen Symptome, wie sie im Verlaufe aufgetreten sind, dann die allmählich entstandene, auch heute noch vorhandene Affektarmut und das abgespaltene Residuärsymptom, die den Zwangsideen ähnlichen Phänomene. Für Mitspielen eines exogenen Agens sprechen folgende Momente: Der Kranke ist weder irgendwie hereditär belastet, noch zeigt seine präpsychotische Persönlichkeitsentwicklung eine Störung, die auf den Prozeß hindeuten könnte. Dazu kommt der zeitliche Zusammenhang der Entstehung der Psychose mit einer Infektionskrankheit, in diesem Falle dem Typhus. Nach Typhus pflegen, wie *Bonhoeffer* betont, Delirien als Initialsymptome einer psychischen Störung nicht selten zu sein, wenn auch ein für Typhus charakteristischer Zustand von ihm abgelehnt wird. In den späteren Zeiten treten stuporöse, auch halluzinatorische Erscheinungen auf, jedoch ist von einer ähnlichen Erkrankung wie in unserem Falle nicht berichtet worden. Andererseits muß hervorgehoben werden, daß der Anfang mit Delirien während einer Infektionskrankheit an sich schon sehr für eine exogene Entstehung spricht. Dazu kommt noch der eigentümliche Verlauf, die sehr weitgehende Remission, die besonders durch die Fähigkeit, einen geistig höher stehenden Beruf ohne wesentliche Störung seit mehreren Jahren ausüben zu können und seine Stellungnahme zur Psychose und zum Defekt sich auszeichnet. Der Krankheitsprozeß war offenbar niemals sehr

¹ *Krisch*: Die exogenen Reaktionstypen und das *Dementia-praecox*-Problem. Zbl. Psych. 42 (1926).

massiv und ausgebreitet. Hierauf weist auch das Verhältnis zwischen psychotischer Irritation und Erhaltenbleiben der intakten Psyche, das zu allen Zeiten zugunsten des letzteren sich neigte, zusammen mit dem wenig progredienten Verlauf, hin. Die Frage der Ätiologie resp. der Exo- oder Endogenese ist in diesem Fall um so wichtiger, als mit ihr die Frage der Kriegsdienstbeschädigung, die gutachtliche Stellungnahme eng verknüpft ist. Handelt es sich um eine zur Kerngruppe der Dementia praecox zu rechnende Psychose, so wäre nach der allgemeinen Auffassung KDB. natürlich abzulehnen. Anders zu beurteilen wäre der Fall, wenn man an eine exogen mitbedingte Psychose schizophrener Symptomatologie denken würde, die im Anschluß und kausal verknüpft mit dem im Felde überstandenen Typhus entstanden ist. Dann wäre, wie es auch in diesem Falle geschehen ist, KDB. mit Recht anerkannt worden. Letzterer Auffassung neigen auch wir zu und möchten uns also dahin aussprechen, daß es sich um eine symptomatische zur Schizophreniegruppe gehörige Psychose, also um eine sog. „*symptomatische Schizophrenie*“ nach Typhus bei K. gehandelt hat.

Fall 2 bietet weniger symptomatologische Besonderheiten, als praktisches Interesse in sozialer und gutachtlicher Beziehung. Es handelt sich um einen jetzt 49 Jahre alten, im Beruf tätigen Magistratsbeamten L.

Einer von uns hatte Gelegenheit, L. noch vor seiner Aufnahme in die Klinik in seinem Beruf tätig zu sehen. Der damalige unvoreingenommene Eindruck kennzeichnete sehr gut den jetzigen Remissionszustand. L. fiel damals (Sommer 1926) nämlich durch sein entgegenkommendes, höfliches und ruhiges Verhalten bei Erledigung einer dienstlichen Angelegenheit direkt auf, wie namentlich auch durch die taktvolle Art, mit der er vorher einen älteren Kollegen beraten hatte. Nun mag ja sein, daß man insbesondere bei den im allgemeinen nicht sehr zugänglichen und entgegenkommenden Ostpreußen in dieser Hinsicht nicht gerade sehr verwöhnt und deshalb gewöhnt ist, in dieser Beziehung keine besonders hohen Ansprüche zu stellen. Immerhin waren wir doch recht erstaunt, als etwa $\frac{3}{4}$ Jahr später eben dieser Beamte, der uns damals durch sein fast vorbildliches taktvolles und entgegenkommendes Benehmen aufgefallen war, auf Veranlassung des Reichsversorgungsgerichtes zur Begutachtung in die Klinik kam, und es sich herausstellte, daß es sich um einen Fall von alter Dementia praecox handelte, der zudem bei näherer Betrachtung auch grobe Defektsymptome aufwies, die er allerdings in erstaunlicher Weise zu beherrschen gelernt hatte.

Aus der Krankengeschichte dieses Falles seien folgende Daten mitgeteilt:

Eltern psychisch unauffällig, in hohem Alter an unbekannter Krankheit gestorben. Die Großmutter mütterlicherseits sowie ein Bruder des Vaters des Patienten angeblich an Gehirnerweichung in einer Anstalt gestorben. Näheres war nicht zu erfahren. L. selbst hat nach seiner eigenen Angabe mit etwa 10 bis 12 Jahren vorübergehend an Krampfstörungen gelitten, die seiner Schilderung nach möglicherweise epileptischer Natur waren. Bis zu seinem 13. Lebensjahr litt er an Bettlägen. Auf der Schule kam er schlecht mit, blieb in Quarta und Untertertia sitzen, ging von Obertertia ab, als er wieder nicht versetzt wurde. In den Jahren 1895—98 war er als Kaufmannslehrling bei einer Firma beschäftigt. Später war er als Kaufmann in verschiedenen Stellen tätig. In diese Jahre fällt der Beginn seiner psychischen Erkrankung, der von ihm selbst etwa in sein 25. Lebensjahr (1904 bis 1905) verlegt wird. Nach seinen eigenen Angaben habe sein Leiden damals mit

unbestimmten hypochondrisch gefärbten allgemein-nervösen Beschwerden begonnen, die von Schlaflosigkeit und Sinnestäuschungen auf akustischem Gebiet gefolgt waren. Dieser Beschwerden wegen sei er damals mehrfach beim Arzt, 1907 kürzere Zeit auch in einer Nervenheilanstalt gewesen. Bis 1914 hatte er sich meistens bei seinem Schwager aufgehalten und diesem in der Führung seiner Molkerei geholfen. Ein Jahr vor seiner Einberufung zum Militär, die im Jahre 1915 erfolgte, war er als Bürogehilfe in Stellung. Während seiner militärischen Dienstzeit fiel er als Armierungssoldat bei der Truppe nicht besonders auf, war stets willig und ruhig, hielt sich nur etwas abgesondert. Im Dezember 1915 und Februar 1916 befand er sich wegen einer Gonorrhöe in Lazarettbehandlung, ohne daß während dieser Zeit in seinem psychischen Verhalten etwas Besonderes aufgefallen war. Im September 1916 erfolgte dann Lazarettaufnahme wegen nervöser Beschwerden, und zwar hauptsächlich Schlaflosigkeit und Nervenschmerzen im Körper. Ein objektiver Befund wurde damals nicht erhoben, Neurasthenie angenommen und L. wegen Verdachtes auf Simulation im Oktober 1916 der hiesigen Klinik überwiesen. Hier gab er nun an, seit längeren Jahren an Schmerzen im Gehirn und in den Geschlechtsteilen zu leiden, manchmal Stimmen zu hören als ob jemand unzusammenhängendes Zeug zu ihm spreche, im Halbschlaf ängstliche Träume zu haben. L. war während des damaligen, nur einige Tage währenden Klinikaufenthaltes viel für sich, verhielt sich aber sonst ruhig und durchaus geordnet. Er wurde wegen *Dementia praecox* als d. u. bezeichnet. Einige Monate später suchte er eine Nervenheilanstalt auf. Nach dem dortigen Befund hörte er fast fortgesetzt Stimmen, und zwar Männer- wie Frauenstimmen, die ihn beschimpften, dauernd von geschlechtlichen Dingen sprachen, seinen Lebenslauf erzählten und seine Familienangelegenheiten besprachen. Auf Schritt und Tritt wurde er von diesen Stimmen verfolgt, sollte fortwährend denken und zuhören, damit sein Gehirn und seine Gehörnerven überanstrengt würden. Im allgemeinen war L. auch dort ruhig und geordnet, nur vorübergehend etwas ängstlich gespannt.

Bei einer Nachuntersuchung 1918 gab er an, noch immer Stimmen zu hören, die Beleidigungen, Grobheiten und Schimpfworte sagten. Er meinte damals daß dies wohl etwas Krankhaftes wäre lehnte jedoch nicht ganz ab daß vielleicht auch jemand dahinter stecken könne. Er machte jetzt einen etwas schlaffen und leicht stumpfen Eindruck. Im Jahre 1920 erwies er sich auch als durchaus geordnet doch wurde sein Gesichtsausdruck als etwas leer, die Sprache als müde, die Stimmung als gleichgültig bezeichnet und das Bestehen leichter kataleptischer Erscheinungen hervorgehoben. In den folgenden Jahren änderte sich bei wiederholten Nachuntersuchungen der Zustand kaum. Zeitweise klagte er nur über heftige Kopfschmerzen, Vergeßlichkeit, mangelndes Konzentrationsvermögen und leichte Erregbarkeit. Die Sinnestäuschungen bestanden in der gleichen Weise weiter fort, die Affektlage erschien im ganzen etwas stumpf.

Nach seiner Entlassung vom Militär im Jahre 1917 trat L. sogleich als Registrator beim Oberpräsidium ein, war dort aber nur einige Monate tätig, um dann 1918 beim hiesigen Magistrat eine Stellung zu erhalten in der er auch jetzt noch tätig ist. Auf eine Anfrage über seine Leistungen wurde uns mitgeteilt, daß L. im städtischen Arbeitsamt als Ermittlungsbeamter tätig sei. Anfänglich schien es, als ob er dem Dienst nicht den nötigen Ernst entgegenbrachte und nicht das nötige Verständnis für das Eindringen in sein Arbeitsgebiet an den Tag legte. Später sei er dann aber eifrig, arbeitsam und bemüht gewesen, seine Dienstobliegenheiten zur Zufriedenheit zu erfüllen, was ihm auch gelungen sei. Wahrnehmungen, die darauf schließen lassen könnten, daß er geistig minderwertig sein könne, seien nicht gemacht worden.

Im April 1927 wurde uns L. zur Begutachtung überwiesen, und zwar handelte es sich darum, ob ihm der Beamtenschein erteilt werden könne. Nachzuholen ist, daß ihm, trotzdem ärztlicherseits KDB. für die Geisteskrankheit abgelehnt war,

dennoch gemäß kriegsministerieller Verfügung unter Anerkennung von DB. für die Dementia praecox auch trotz späteren Einspruches seitens des Hauptversorgungsamtes nach seiner Entlassung vom Militär eine 50%ige Militärrente zugesprochen worden war. Februar 1920 hatte er Bewilligung des Beamten Scheines beantragt, wurde aber abgewiesen, da nervenärztlicherseits seine Brauchbarkeit zum Beamten dienst nach Art der geistigen Störung abgelehnt wurde. Der Gutachter führte damals aus, daß es sich bei L. um eine alte Dementia praecox handle, die, wie bei den früheren Untersuchungen, Krankheitsgefühl und wenigstens partielle Krankheitseinsicht zeige. Eine Verschlimmerung sei in seinem Leiden nicht eingetreten, doch sei er infolge der bestehenden Krankheitszeichen, insbesondere der Sinnestäuschungen und der Stumpfheit nur auf einem leichteren, mit geringer Verantwortung verbundenen Posten zu verwenden. Auch müsse die Möglichkeit ins Auge gefaßt werden, daß der alte schizophrene Krankheitsprozeß wiederum einmal einen akuten Schub hervorbringe.

Im Dezember 1925 wiederholte L. seinen Antrag auf Bewilligung des Beamten Scheines, um beim Magistrat, bei dem er inzwischen ununterbrochen tätig gewesen war, in das Dauerangestelltenverhältnis übergeführt zu werden. Nach einer früheren Bescheinigung seiner Behörde hatte er *„die ihm übertragenen Arbeiten in ruhiger und sachlicher, zuverlässiger Weise zur vollsten Zufriedenheit ausgeführt.“* *Trotzdem er täglich mit sehr viel Publikum umzugehen habe, seien Klagen über ihn bisher nicht laut geworden, vielmehr lege er die größte Ruhe und das größte Taktgefühl an den Tag. Die Voraussetzungen für die Verleihung des Beamten Scheines seien demnach zufolge der Ansicht des Magistrats wohl gegeben.* Die Verleihung des Beamten Scheines wurde vom Magistrat ferner befürwortet, damit dem L. der jetzige Arbeitsplatz gesichert bleibe bzw. ihm die Möglichkeit gegeben werde, in ein Dauerangestellten- resp. Beamtenverhältnis zu gelangen.

Als L. wiederum abgewiesen wurde, legte er hiergegen Berufung ein mit dem Hinweis, daß er seit 1918 beim Magistrat eine Tätigkeit verrichte, wie sie auch von Beamten versehen werde. Gegen den wiederum abschlägig erfolgten Bescheid legte er Rekurs ein, worauf seine Überweisung in die hiesige Klinik erfolgte.

Bei der jetzigen Beobachtung erwies sich L. allseitig orientiert und durchaus geordnet. Seine Angaben zur Vorgeschichte machte er durchaus dem Akteninhalt entsprechend. Zur Begründung seiner Berufung äußert er, es geschehe ihm doch Unrecht, wenn ihm das Versorgungsgericht den Beamten Schein nicht zubilligen wolle. Sein Leiden werde immer als Dementia praecox bezeichnet. Das sei, wie er wisse, eine Geisteskrankheit, und er wisse auch, daß es einen Paragraphen gebe, demzufolge ein Geisteskranker nicht einen Beamten Schein erhalten dürfe. Auch der Magistrat habe sich an dem Ausdruck Dementia praecox gestoßen und ihn deshalb bisher noch nicht angestellt. Nichtsdestoweniger sei er doch aber nun schon 9 Jahre lang beim Magistrat in Stellung eines Beamten tätig gewesen, und zwar ohne besondere Unterbrechungen; er glaube auch, den an ihn gestellten Anforderungen genügt zu haben. Ob er geistig gesund oder krank sei, müsse er dem Facharzt überlassen zu entscheiden. Schwach seien seine Nerven zweifellos, das könne und wolle er nicht wegleugnen. Er habe jedoch seinen Dienst dabei immer in vollem Umfange ausüben können. Sein Nervensystem sei wohl von jeher schwach, wie er auch seiner Nerven wegen gezwungen sei, ein etwas zurückgezogenes Leben zu führen, und nicht ohne ärztliche Behandlung auskomme. Direkt in die Irrenanstalt gehöre er wohl jetzt aber nicht, er betrachte sich jetzt mehr als „nerven“- als direkt geisteskrank, was er früher sicher gewesen sei.

Die Nervenschwäche äußere sich bei ihm in geistiger und körperlicher Abspannung. Er leide sehr an Schlaflosigkeit, höre auch andauernd Stimmen. Er halte dies für eine Überreizung des Nervensystems, zumal er so schlecht schlafen könne. Die Schlaflosigkeit habe er namentlich seit dem Kriege. Habe im Felde kaum eine Nacht schlafen können. Er nehme noch jetzt fast dauernd Schlafmittel ein, die ihm

die behandelnden Ärzte verordneten, komme dadurch aber nur in einen halbtraumhaften Zustand, in eine Art künstlichen, niemals in einen gesunden, natürlichen, erquickenden Schlaf. Bei den Stimmen, die er höre, handle es sich um Frauen- und Männerstimmen. Es sei ihm dann so, als ob ihn jemand unterhalten, über etwas informieren wolle. Die Stimmen seien bei Tag und bei Nacht. Es würden auch Grobheiten und Gemeinheiten gesagt. Diese Stimmen höre er seit vielen Jahren. Er halte das Stimmenhören für eine nervöse Erscheinung; es sei eine Art Überreizung des Nervensystems, die nervöse Zentrale sei überreizt. Das Gehirn habe keine Ruhe, arbeite rastlos weiter. Daß die Stimmen von außen kämen, sei ausgeschlossen. Wenn er sich auf freiem Felde befinden würde, würde er auch die Stimmen hören, aber niemand sehen, wenn er sich umdrehen würde. Daß es Übertragungen irgendwelcher Art seien, halte er auch für ausgeschlossen. Er wisse auch gar nicht, wer so etwas machen sollte. Auch Hypnose könne so etwas doch höchstens vorübergehend verursachen. Daß etwas Derartiges bei ihm im Spiele sei, halte er aber ebenfalls für ganz ausgeschlossen.

Zum ersten Male habe er derartige Stimmen etwa in seinem 25. Lebensjahre gehört. Vorher habe er sehr an Schlaflosigkeit gelitten, und dann hätten sich die Stimmen gefunden. Die Erscheinungen seien damals so wie jetzt gewesen, hätten sich jetzt gegen früher auch nicht viel geändert. Anfangs sei er sehr überrascht und wohl auch beunruhigt und aufgeregt gewesen, das Stimmenhören habe ihn vor allem sehr gestört. Er habe das schon damals für krankhaft gehalten, habe geglaubt, es würde vorübergehen, wie z. B. Ohrensausen und ähnliches. Auf Befragen, wie er jetzt die krankhaften Stimmen von der Wirklichkeit unterscheide, zunächst etwas ratlos, äußert, die Stimmen, die er infolge seiner Nervosität höre, seien den wirklichen Stimmen sehr ähnlich. Es sei in der früheren Zeit wohl vorgekommen, daß er glaube, in seiner Krankheit Stimmen zu hören, und dann gesehen habe, daß sich tatsächlich ein paar Leute hinter ihm unterhalten hätten. Das sei aber sehr selten vorgekommen. Im allgemeinen seien die Stimmen leiser als die der Wirklichkeit. Hauptsächlich informiere er sich aber über die Realität der Stimmen, abgesehen von dem Inhalt des Gesprochenen, der aber auch sehr wechsele, durch Kontrolle des Auges. Wenn er zugleich sehe, daß jemand mit ihm oder anderen spreche, sei er sicher, daß es nicht Einbildung sei. Die krankhaften Stimmen sprächen oft auch von seinen dienstlichen Sachen, von dem, was er gerade erlebt habe, arbeite, vorhabe und denke. Sie redeten nicht nur über ihn, sondern auch über andere Personen, auch aus seinem Verwandten- und Bekanntenkreise. Oft seien es aber auch ihm ganz fremde Dinge, von denen er gar nichts gewußt habe, die aber früher sicher einmal passiert seien. Er könne jetzt im Laufe der Zeit aber die krankhaften Stimmen von der Wirklichkeit doch ziemlich genau unterscheiden, habe es allmählich gelernt, könne selber nicht recht sagen, wie er das mache. Außer den Stimmen leide er nicht an Sinnestäuschungen. Früher habe er besonders abends vorübergehend auch Erscheinungen gesehen, in letzter Zeit sei so etwas aber nicht mehr vorgekommen. Habe damals vorübergehend alle möglichen Bilder gesehen, dann meist auch unruhig geträumt.

Auf die Frage, ob er durch die Stimmen und die schwere Unterscheidbarkeit der Stimmen von der Wirklichkeit nicht argwöhnisch und mißtrauisch geworden sei, gibt er dies ohne weiteres zu. Er begründet es aber besonders auch damit, daß er überall auf Schwierigkeiten gestoßen sei, wenn es sich um seine Krankheit handelte. Vor allem seien ihm beruflich so große Schwierigkeiten gemacht worden, daß er am liebsten zu keinem über seine Krankheit spreche. Daher komme es auch, daß er so zurückgezogen zu leben gezwungen sei. Er spreche nur mit Ärzten, habe die Erfahrung gemacht, daß in Laienkreisen sehr wenig Verständnis für geistige Krankheiten vorhanden sei. Er habe einen großen Verwandtenkreis, besuche aber selten jemand. Stehe nur mit seinem Schwager und seiner Schwester in etwas näherer Verbindung. Mit den Kollegen, mit denen er dienstlich zu tun habe,

komme er ganz gut aus. Er glaube, daß man ihn für gesund halte. Er nehme aber an, daß man ihn vornehmlich seines zurückgezogenen Lebenswandels wegen für einen Sonderling, einen nicht sehr sympathischen Menschen halte. Das sei er wohl auch kaum. Wenn er vollständig geheilt wäre, würde er 100% erwerbsfähig sein.

Er leide sehr unter seinem Zustand. So recht lebensfroh könne er infolge dieser Leiden doch nie sein. Er habe versucht, sich das alles auszureden, das sei aber nicht gegangen. Habe versucht, sich alles als Einbildung zu deuten, sei aber nicht weit gekommen, die Stimmen hätten trotzdem weiter bestanden, nun habe er es allmählich so weit gebracht, äußerlich stets ruhig zu sein. Vor allem aber habe ihm die ständige Arbeit dazu verholfen, sich über die Stimmen und die Tatsache seiner Nervenkrankheit hinwegzusetzen. Durch die viele Arbeit, die er aber gerne verrichte, weil sie ihn auch ablenke, komme er gar nicht dazu, an andere Sachen zu denken. Es sei das einzige, was ihm helfe, wenn es ihn auch sehr anstrengt. Er tue die Arbeit gerne und schaffe auch, wie er glaube, was er zu tun bekomme.

Im übrigen führe er ein ziemlich armes Dasein in geistiger Beziehung. Außer der Zeitung lese er kaum etwas. Komme zu nichts anderem. Habe viel Radio gehört, interessiere sich auch für Musik, habe früher Klavier gespielt, auch viel Konzerte gehört, noch nach dem Kriege, liebe besonders Wagnersche Musik. Jetzt treibe er das alles nicht mehr, weil es einerseits zu teuer wäre, er wenig Zeit habe und auch die Stimmen ihm oft störend dazwischen kämen.

L. erwies sich bei den wiederholten Explorationen stets äußerlich durchaus geordnet, allseitig orientiert, konform, affektiv adäquat. Er zeigte ausgesprochenes Krankheitsgefühl für die noch bestehenden Defekterscheinungen, auch weitgehendste Einsicht für die jetzigen und früheren Störungen. Auf affektivem Gebiet fiel wohl eine gewisse Stumpfheit auf, doch ist der Affekt durchaus adäquat dem Vorstellungsinhalt. In seinem ganzen Wesen spricht sich anfänglich eine gewisse Reserve und Zurückhaltung aus, die aber bei häufigeren Unterhaltungen mehr und mehr zurücktritt. Der Gesichtsausdruck zeigt etwas dürrtisches Mienenspiel, die Haltung ist etwas gezwungen, die gesamte Motorik etwas ungenau. Eigentlich kataleptische Erscheinungen finden sich aber auch nicht angedeutet. Größere intellektuelle Defekte ließen sich kaum nachweisen. Die Stimmungslage ist etwas gedrückt. Wahnhafte Gedankengänge, auch Erklärungsideen, waren niemals nachweisbar. Für Dissimulation bot er ebenfalls keinen Anhalt. Besonders in Hinsicht auf das Prävalieren der akustischen Halluzinationen sei nachdrücklich betont, daß Alkoholismus *nicht* vorlag.

Körperlich ist erwähnenswert, daß ein ausgesprochen eunuchoider Hochwuchs bestand mit teilweise sehr ausgesprochenen femininen Stigmata. Im übrigen ist vom körperlichen Befund nichts Wesentliches hervorzuheben.

Zusammengefaßt handelt es sich also im zweiten Falle um einen — abgesehen von einer gewissen hereditären Belastung — zweifellos von Haus aus minderbegabten Menschen, der sich bereits in früher Jugend psychisch auffällig zeigte, möglicherweise vorübergehend epileptisch zu deutende Anfälle hatte und dann später in dem besonders disponierten Alter von 25 Jahren mit ausgesprochen psychotischen Symptomen erkrankte. Letztere wiesen absolut schizophrene Merkmale auf: hypochondrische Beschwerden, denen sich akustische Halluzinationen typisch schizophrenen Inhalts anschlossen. Zugleich gesellten sich jetzt nicht mehr eindeutig zu rekonstruierende psychotische Symptome hinzu, die zu einer mehrmonatigen Anstaltsbehandlung führten.

Nach Abklingen der floriden Symptome restierten akustische Sinnes-täuschungen schizophrenen Gepräges. Ferner resultierte ein ebenfalls für einen überstandenen Schub einer *Dementia praecox* charakteristischer Defekt namentlich auf affektivem Gebiet mit leicht angedeuteten kataleptischen Erscheinungen. Allmählich trat jedoch eine weitgehende Gewöhnung an die noch bestehenden Sinnestäuschungen ein, so daß L. imstande war, wenigstens innerhalb gewisser Grenzen in den nächsten 10 Jahren einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Gelegentlich einer Lazarettbehandlung wegen Gonorrhöe erweckte L. dann wegen seiner eigenartigen hypochondrischen Beschwerden Verdacht auf Simulation, zumal er im übrigen keinerlei psychotische Symptome erkennen ließ und einen absolut geordneten und besonnenen Eindruck machte. In erster Linie auf Grund der noch vorhandenen akustischen Sinnes-täuschungen wurde dann die Diagnose *Dementia praecox* gestellt und beibehalten. Einige Jahre später erhielt L. eine Stelle als Magistrats-beamter, die er bis auf den heutigen Tag zur vollsten Zufriedenheit seiner Vorgesetzten versieht. In Anbetracht seiner recht dürftigen Schul-bildung kann man nicht einmal von einem besonderen Defekt auf intellektuellem Gebiet bei ihm sprechen, auch nicht von einer besonderen Senkung des Niveaus, die die überstandenen psychotischen Schübe — wahrscheinlich sind deren mehrere anzunehmen, der erste wohl schon in das schulpflichtige Alter zurückzudatieren — mit sich gebracht haben können. In seinem beruflichen Verhalten imponiert er jetzt auch durchaus nicht ohne weiteres als schizophrener Defektzustand, nicht einmal als besonders schizoid, wenn auch bei näherer Betrachtung schizoide Züge unverkennbar sind. Nach allem haben wir es im Gegensatz zum ersten Fall hier mit einer der *Kerngruppe der Dementia praecox* zugehörigen Schizophrenie zu tun, die nach ein oder mehreren Phasen unter Wahrung der Berufsfähigkeit und ohne Hinterlassung gröberer paranoider oder katatoner Defektsymptome abgeklungen ist. Bemerkenswert ist auch in diesem Fall die weitgehende Einsicht für das Krankhafte seines Zustandes und der Umstand, daß gerade die Beschäftigung ihm seinen Zustand erträglich macht, ihn von den noch bestehenden Residuär-erscheinungen ablenkt. Daß diese auch bei L. deutlich eine zwangs-hafte Färbung tragen, sei an dieser Stelle nur kurz erwähnt.

Dieser zweite Fall ist ein besonders prägnantes Beispiel für die Bedeutung der *Beschäftigungstherapie*, die also gerade in Fällen von Defektzuständen nach Abklingen der akuten psychotischen Symptome sicher von größter Bedeutung ist, während dies nach unseren Erfah-rungen an klinischem Material für *akute* psychotische Prozesse durch-aus nicht so allgemein der Fall zu sein scheint. — Die weitgehende Krankheitseinsicht ist es ferner, die auch diesen Fall besonders aus-zeichnet. Es handelt sich bei ihm nicht nur um Krankheitsgefühl oder partielles Krankheitsbewußtsein, wie es sich mehr oder weniger doch

häufiger auch bei *Dementia praecox* findet. Das Krankheitsbewußtsein erstreckt sich vielmehr auf *alle* Symptome, wie er doch auch ein richtiges Maß für die Schwere der Krankheitssymptome erreicht. Diese volle Einsicht, von der man um so eher sprechen kann, und die um so höher zu bewerten ist, als sein geistiges Niveau doch kein gerade sehr hoch stehendes gewesen ist, spricht absolut dafür, daß der eigentliche psychotische Prozeß abgeklungen ist. Von einer inadäquaten Affektlage, von einer Neigung zur Dissimulation, kann bei L. nicht gesprochen werden. Auch ist zu betonen, daß Residuärwahn- oder Erklärungsideen fehlen. Diese Beschwerden veranlaßten uns auch, dem Falle bei Abgabe des von uns eingeforderten Gutachtens eine Sonderstellung einzuräumen. Es sei uns gestattet, die Zusammenfassung des vom Reichsversorgungsgericht erfordernten Obergutachtens mit der Begründung des von uns eingenommenen Standpunktes hier wiederzugeben.

Nach der Formulierung des Reichsversorgungsgerichtes waren die Fragen zu beantworten, „ob L. nach seinem Leidenszustand in der Lage ist, eine Beamtenstelle dauernd ordnungsmäßig zu versehen; ferner ob bei ihm die Schizophrenie vollständig erloschen oder nur vorübergehend zum Stillstand gekommen ist, eventuell ob ein baldiges Wiederaufflackern des Leidens zu erwarten ist“.

Die Zusammenfassung des Gutachtens lautete:

„Die bei L. bestehenden psychisch-nervösen Störungen sind bisher als Geisteskrankheit im Sinne einer *Dementia praecox* (Schizophrenie, Jugendirresein) angesprochen worden. Wenn hieran auch nach dem jetzigen Befund keine Zweifel bestehen, so ist doch anderseits hervorzuheben, daß eine sich mit dieser Feststellung begnügende schematische Beurteilung den vorliegenden Fall nicht restlos erfassen und ihm gerade in gutachtlicher Hinsicht nicht ganz gerecht werden kann, zumal die zur *Dementia praecox* gehörigen Unterformen und Endzustände, namentlich auch in ihren sozialen Auswirkungen sehr verschieden zu beurteilen sind. Dies rechtfertigt, auf den vorliegenden Fall, der auch sonst einige Besonderheiten aufweist, näher einzugehen.

Bei L. besteht ein als Heilung mit Defekt aufzufassender Endzustand relativ leichten Grades nach einem, wahrscheinlich einigen schizophrenen Schüben, die ebenfalls nicht schwerer Natur gewesen zu sein scheinen, insofern es zu längerer Anstaltsbehandlung nicht gekommen ist. Charakteristisch für einen derartigen Defektzustand ist bei L. auch die in dem Vorgutachten stets hervorgehobene Affektlahmheit mit Abschwächung der Gefühlsbeziehungen, manche Eigenarten auf motorischem Gebiet, die etwas gezwungen steife Haltung und der starre Gesichtsausdruck mit wenig Mienenspiel bei im übrigen psychisch völlig geordneten Verhalten und bei weitgehendster Krankheitseinsicht. Abgesehen von verhältnismäßig geringfügigen Abweichungen der Gesamtpersönlichkeit, die seine Umgebung gar nicht als abnorm aufgefaßt hat, finden sich allerdings noch Sinnestäuschungen auf akustischem Gebiet. Aber auch diesen Sinnestäuschungen gegenüber besteht fast völlige oder doch sehr weitgehende Einsicht. L. steht in keiner Weise mehr unter dem Einfluß dieser Stimmen, wie es in ausgesprochen krankhaften Phasen geistiger Erkrankung der Fall ist, sondern steht ihnen durchaus kritisch gegenüber, vermag sie bis zu einem gewissen Grade zu unterdrücken, wird in seinem Handeln nicht von ihnen beeinflusst. Dennoch würde die Feststellung eines schizophrenen Defekt-

zustandes an und für sich genügen, um L. für den Beamtendienst ungeeignet im Sinne des § 33 Abs. 2 der RVG. erscheinen zu lassen, wenn man sich prinzipiell auf den Standpunkt stellt, daß ein früher Geisteskranker von vornherein nicht als qualifiziert zum Beamten zu erachten ist, ihn auch Defekte leichtester Art von einer beamteten Stelle ausschließen lassen müssen. Wenn ein derartiger Standpunkt in der Regel auch stets einzunehmen ist, so läßt sich bei L. nach diesseitigem Dafürhalten doch auch *ausnahmsweise* eine abweichende Beurteilung vertreten. Vom Reichsversorgungsgericht ist ausdrücklich Stellungnahme gewünscht zu der Tatsache, daß L. trotz der bei ihm bestehenden Abweichungen von der Norm auf geistigem Gebiet in den letzten 9 Jahren seinen Dienst in beamtenähnlicher Stellung tatsächlich zur vollen Zufriedenheit des Magistrats versehen hat. Ganz abgesehen davon, daß dieser Umstand gewisse Billigkeitsmomente bei der Beurteilung mit sich bringt, rechtfertigt er auch eine besondere ärztliche Stellungnahme, insofern hieraus hervorgeht, daß es sich um einen praktisch verhältnismäßig leicht zu bewertenden Defekt handelt. Es verdient betont zu werden, daß L. wohl doch nicht als so stumpf anzusehen ist, wie es dem geschulten Beobachter zunächst erscheint. Daß die Willensregsamkeit durchaus nicht so hochgradig gestört ist, ergibt sich auch daraus, daß er trotz der wiederholten abschlägigen Bescheide sich immer wieder um einen Anstellungsschein bemüht in dem Bestreben, sich seine Beschäftigung zu erhalten und für seine Zukunft zu sorgen und damit deutlich noch eine gewisse Zielstrebigkeit erkennen läßt. Besonders hervorzuheben ist auch, daß sich bei L. keinerlei Anhaltspunkte für Dissimulation finden, er vielmehr trotz bestehender Kritik für die Tragweite der früheren und jetzigen Störungen für seine jetzige Begutachtung, diese nicht zu verheimlichen oder beschönigen sucht, auch mit seinen Beschwerden in keiner Weise zurückhält, sie vielmehr offen zugibt. Ferner ist für die Bewertung der Auswirkungen des Defektzustandes in sozialer Hinsicht beachtenswert, daß sich bei ihm auch keine gröbere Denkstörung im Sinne einer schizophrenen Zerfahrenheit sowie insbesondere auch keine Wahnideen finden. Es ist somit bei L. zu einer allerdings selten vorkommenden weitgehenden Gewöhnung und Anpassung gekommen, so daß man jetzt nicht mehr unbedingt von geistiger Krankheit, sondern ebensogut von geistiger Schwäche bestimmter Art bei ihm sprechen könnte. Letztere wirkt sich auch nur in Form einzelner charakteristischer Eigentümlichkeiten aus und ist so geringfügig, daß er in seiner jetzigen beamtenähnlichen Stelle den an ihn gestellten Anforderungen vollauf genügt hat. Ebenso haben ihn die noch bestehenden nervös psychischen Beschwerden in der Ausübung seiner Tätigkeit nicht in nennenswerter Weise behindert. Ganz allgemein läßt sich hierzu noch sagen, daß derartig leicht defekte Schizophrene erfahrungsgemäß gar nicht selten selbst in akademischen Berufen und höheren Beamtenstellen sehr wohl noch den an sie gestellten Anforderungen gerecht werden. Überhaupt wird ja die soziale Brauchbarkeit leicht defekt Geisteskranker zuweilen unterschätzt, gerade auch gegenüber den im allgemeinen nicht als geisteskrank zu bezeichnenden psychisch unterwertigen Psychopathen, deren Neigung zu abnormen Reaktionen sie oft genug noch viel weniger geeignet zum Beamten erscheinen läßt. Erinnert sei in diesem Zusammenhang auch an die zum Teil verblüffenden Erfolge der kürzlich aufgenommenen intensiven Beschäftigungsbehandlung bei Geisteskranken, die diese oft sozial brauchbarer erwies als gemeiniglich angenommen wird. Aus alledem ergibt sich bei Berücksichtigung der besonderen Begleitumstände bei L., daß man bei ihm folgenden Standpunkt vertreten kann. Er ist seinem Leidenszustand nach sehr wohl in der Lage, eine Beamtenstelle zu versehen, *mit der Einschränkung, daß es sich um einen Posten der gleichen Art handelt, wie er ihn gegenwärtig inne hat bzw. in der Voraussetzung, daß er auf seinem jetzigen Posten belassen wird.*

Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob er *dauernd* dazu in der Lage ist. Die Beantwortung dieser Frage deckt sich im wesentlichen mit den vom

Reichsversorgungsgericht gestellten Fragen, ob die Schizophrenie bei L. vollständig erloschen oder nur vorübergehend zum Stillstand gekommen oder ein baldiges Wiederaufflackern des Leidens zu befürchten ist. Zunächst sei vorausgeschickt, daß die noch bestehenden Sinnestäuschungen nicht Ausdruck eines noch bestehenden psychotischen Prozesses, sondern gleichfalls als Defektsymptome, d. h. als abgegrenztes Überbleibsel des früheren Prozesses anzusehen sind, da sie die geistige Persönlichkeit unberührt lassen und sich auch sonst psychotische Störungen resp. Begleiterscheinungen nicht finden. Wenn L. auch nicht als geistig ganz intakt zu bezeichnen ist, so ist also doch der geistige Krankheitsprozeß als abgeklungen, die schizophrene Prozeßpsychose als erloschen zu betrachten. Ob sie nur *vorübergehend* zum Stillstand gekommen und evtl. ein baldiges Aufflackern des Leidens zu befürchten ist, läßt sich nicht sicher sagen. Insbesondere ist zur Beantwortung dieser Frage keinesfalls der Gesichtspunkt einer endogenen resp. exogenen Entstehung dieser geistigen Erkrankung heranzuziehen, weil man nach dem heutigen Stand des Wissens hierüber nichts auch nur annähernd Sicheres weiß, zumindest die wissenschaftlichen Anschauungen hierüber noch *sehr* geteilt und prognostische Schlüsse auf dieser Basis zunächst verfrüht sind. Im allgemeinen wird die Hauptursache der Kerngruppe dieser Erkrankung in der Veranlagung erblickt. Auch bei L. sprechen manche Momente für eine anlagemäßige Disposition zur Erkrankung. Rein erfahrungsgemäß läßt sich nur sagen, daß ein Wiederaufflackern des Krankheitsprozesses, das sich theoretisch selbstverständlich niemals sicher ausschließen läßt, auch in vorliegendem Fall eintreten kann. Davon, daß ein solches Aufflackern eintreten *muß*, kann aber nicht die Rede sein.

Wie oben erwähnt, kommen bei der Beurteilung des L. mit Hinsicht auf seine neunjährige Tätigkeit in beamtenähnlicher Stellung wohl noch gewisse Billigkeitsmomente in Frage, deren Bewertung natürlich nicht in den Rahmen der ärztlichen Begutachtung fällt. Auf folgenden Punkt muß aber auch vom psychiatrischen Standpunkt zum Schluß noch besonders hingewiesen werden, da er vielleicht auch von Bedeutung für die Entscheidung des Gerichtes ist. Geht L. infolge Versagens des Beamtenscheines seiner jetzigen Stellung beim Magistrat verlustig, so wird er, da die Beschäftigung eine Art Behandlung bei ihm darstellt, mit deren Fortfall voraussichtlich schließlich sozial unbrauchbar werden, da er, wie dies auch in dem nervenfachärztlichen Vorgutachten in Stellungnahme zu seinem ersten Gesuch um den Beamtenschein aufgeführt ist, infolge seiner psychischen Defekte nicht mehr befähigt ist, sich einen anderen Posten zu suchen, resp. in einen anderen Posten hineinzufinden. In diesem Falle würde er also, da die Dementia praecox endgültig als DB. Leiden bei ihm anerkannt zu sein scheint, 100% erwerbsunfähig werden und damit der öffentlichen Fürsorge zur Last fallen, während er andernfalls der Behörde noch nutzbringende Arbeit leisten könnte.

In Beantwortung der vom Reichsversorgungsgericht formulierten Fragen fasse ich daher das erforderliche Obergutachten wie folgt zusammen:

L. wird diesseits als in der Lage erachtet, eine Beamtenstelle ordnungsgemäß zu versehen, sofern es sich um den Posten handelt, den er zur Zeit inne hat; er ist also nur bedingt resp. beschränkt geeignet, zum Beamten zu bezeichnen.

Ob er eine Beamtenstelle *dauernd* wird versehen können, erscheint zweifelhaft, jedoch nicht ausgeschlossen.

Die Schizophrenie ist praktisch als erloschen anzusehen. Ob sie nur vorübergehend zum Stillstand gekommen, ob ein Wiederaufflackern des Leidens zu erwarten ist, läßt sich nicht entscheiden und muß zweifelhaft bleiben.

Endlich spricht das Vorliegen von Billigkeitsgründen und eine gewisse Sonderstellung des Falles auch in psychiatrischer Beziehung für eine wohlwollende Beurteilung.“

Das Reichsversorgungsgericht schloß sich diesem Gutachten an und entschied dahin, daß dem L. der Beamtenschein zu gewähren sei mit der folgenden Begründung:

„Dem Rekurs war der Erfolg nicht zu versagen. Allerdings ist es im allgemeinen nicht angängig, daß einem Schwerbeschädigten, der an Dementia praecox leidet, der Beamtenschein gewährt wird. Der erkennende Senat hat jedoch in dem hier vorliegenden besonderen Fall ausnahmsweise die Voraussetzungen für die Gewährung des Beamtenscheins angenommen. Auf Grund des ausführlich und eingehend begründeten Gutachtens der Direktion der psychiatrischen und Nerven-klinik der Universität Königsberg ist angenommen worden, daß die Schizophrenie als zur Zeit abgeklungen angesehen werden kann. Hinzu kommt, daß sich der Kläger bereits seit 1918 ununterbrochen in einer beamtenähnlichen Stellung befindet, und daß er seinen Dienst zur vollen Zufriedenheit seiner Vorgesetzten ausgeführt hat. Das Leiden hat ihn in keiner Hinsicht an der Ausübung der ihm übertragenen Funktionen behindert. Wie der Gutachter richtig ausführt, kommt es bei dem Kläger auch in seinem eigenen gesundheitlichen Interesse vor allem darauf an, daß er seine jetzige Stellung behält. Jedenfalls spricht hiernach ein so hoher Grad von Wahrscheinlichkeit dafür, daß der Kläger eine Beamtenstelle auch dauernd ordnungsmäßig ausfüllen kann, daß ihm der Beamtenschein in diesem besonderen Falle gewährt werden konnte.

Demgemäß war unter Aufhebung des angefochtenen Urteils und des Bescheides des Versorgungsamtes Königsberg vom 26. 2. 26 der Beklagte zu verurteilen, dem Kläger den Beamtenschein zu gewähren.“

Zum Schluß möchten wir auf den „*zwangsmäßigen*“ Charakter der namentlich bei dem ersten Patienten K. bestehenden Vorstellungsinhalte, ihre Ähnlichkeit mit echten Zwangszuständen, die bei ihm früher ja auch vorübergehend angenommen worden waren, noch besonders hinweisen, zumal das Kapitel Zwangsvorstellungen und Dementia praecox, das von jeher zu Schwierigkeiten Anlaß gegeben hat, in neuerer Zeit wieder mehrfach erörtert worden ist. In erster Linie handelte es sich dabei allerdings mehr um die Frage, ob echte Zwangsvorstellungen bei schizophrenen Psychosen überhaupt vorkommen können. Nach der *Friedmannschen* Monographie über die Natur der Zwangsvorstellungen (1920) ist dieses Symptom im wesentlichen aus dem Gebiet der Psychosen gelöst und denjenigen der Psychopathien zugewiesen worden. Erst in letzter Zeit ist mehrfach, zuletzt erst kürzlich von *Jahrreiss*¹ darauf hingewiesen worden, daß *echte* Zwangsvorstellungen sich im Beginn wie im Verlauf der Schizophrenie zeigen und in keiner Beziehung sich von den Zwangsvorstellungen der Psychopathen unterscheiden. An sich ist dies nicht verwunderlich, da sich ja einerseits ausgesprochen psychogene Symptome oft im Beginn einer Psychose, insbesondere auch als Initialsymptom einer Schizophrenie zeigen, anderseits in letzter Zeit darauf hingewiesen worden ist, daß auch bei organischen Hirnerkrankungen (Encephalitis)² echte Zwangsvorstellungen vorkommen.

¹ Arch. Psych. 77.

² Skälweit: Mschr. Psychiatr. 67.

Abgesehen von der Frage, ob wirklich echte Zwangsvorstellungen bei Dementia praecox oder anderweitigen echten Psychosen vorkommen können, ist aber mit allem Nachdruck darauf hingewiesen worden, daß mit echten Zwangszuständen nicht zu verwechseln seien, die von ihnen durch einen Abgrund geschiedenen Fremdheitsgefühle von „*ganzen Gedanken*“, wie sie von manchen Kranken der schizophrenen Gruppe erlebt werden (*Jaspers*) und die ebenfalls als Zwang empfunden werden.

In dem zweiten mitgeteilten Fall L. ist mehr noch als in dem ersten klar erkennbar, daß es sich bei unserem Patienten um krankhafte Vorstellungsinhalte halluzinatorischen Charakters handelt, die nach Abklingen der akuten Psychose von der nunmehr ansprechbaren Psyche weitgehend objektiviert als krankhaft empfunden werden, und zwar als lästiger Zwang. Im ersten Fall K. tritt der halluzinatorische Charakter der Vorstellungsinhalte weniger hervor. Die Bezeichnungen „es laufe ab wie ein Kinofilm“ deuten aber doch sehr auf visionäre Färbung der Vorstellungsinhalte hin.

Es soll nun zunächst erörtert werden, wie weit diese halluzinatorisch gefärbten, als Zwang empfundenen schizophrenen Residuärsymptome der Definition echter Zwangszustände entsprechen und wodurch sie sich von ihnen unterscheiden.

Gemein haben die Zwangserscheinungen in unserem Falle mit echten Zwangsvorstellungen die subjektive Empfindung des Fremdartigen und Zwangshaften bei erhaltener Kritik ihren absurden Inhalten gegenüber. Sie werden in den vorliegenden Fällen auch absolut als krank und inhaltlich falsch empfunden bei ausgesprochenem Gefühl des Zwanges. Auch daß sie ohne jeden organischen Zusammenhang mit dem sonstigen Denken auftauchen (*Bunke*), läßt sie echten Zwangsideen ähneln, wie endlich auch die Absurdität ihres Inhaltes nicht von vornherein gegen solche spricht. *Gegen* ihre Bewertung als echte Zwangsvorstellungen spricht jedoch einmal die mangelnde Gefühlsbetonung, das Fehlen des affektiven Momentes. Ferner paßt hierzu nicht der ewige Wechsel, die Mannigfaltigkeit der ständig wechselnden Vorstellungsinhalte, wie auch deren zerfahrener Ablauf und ihr Wahrnehmungs- resp. Trugwahrnehmungscharakter. —

In diesem Zusammenhang ist ein Vortrag von *Wolpert* aus der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Düsseldorf 1926 zu erwähnen. Gelegentlich der Besprechung der Halluzinationen der Schizophrenen weist *W.* darauf hin, daß man versucht habe, eine Verwandtschaft zwischen den Halluzinationen und den Zwangsvorstellungen festzustellen. Er gibt zu, daß einzelne Merkmale, so der Zwang, das Unlustgefühl, das Gefühl der Fremdheit, auch zu den Merkmalen der Zwangsvorstellungen gehören. Aber abgesehen davon, daß der *Inhalt* von den Zwangsvorstellungen ganz anders sei, bestehe ein großer

Unterschied in der Stellungnahme des Kranken zu seiner Störung. Der Zwangsneurotiker sei sich des Widersinnigen der Zwangsidee bewußt, das Widersinnige der Halluzinationen werde aber von den Halluzinanten, vom Schizophrenen gar nicht bemerkt, nicht beachtet. Bei der schizophrenen Halluzination sei das logische Denken in bezug auf die Halluzination vollständig ausgeschaltet. Trifft der auch von uns zugegebene Unterschied des Inhaltes bei unseren Patienten gegenüber echten Zwangsvorstellungen, wie erwähnt, zu, so kann doch keineswegs davon die Rede sein, daß bei unseren Fällen das Denken in bezug auf die Vorstellungsinhalte vollständig ausgeschaltet ist. Für sie trifft auch nicht der von *Bumke* besonders geltend gemachte Einwand zu, daß die Schizophrenen bei ihren zwangsähnlichen Vorstellungen fast immer die Kritik vermissen lassen. Dieser Umstand ist es gerade, der trotz des für Zwangsvorstellungen ungewöhnlichen Inhaltes und trotz des Trugwahrnehmungscharakters derselben in unseren Fällen diese Erscheinungen den echten Zwangszuständen so nahe rücken läßt, ohne daß auch wir etwa damit zugleich die Ansicht vertreten wollen, daß es sich hier um echte Zwangszustände handelt. Dafür fehlt ihnen, abgesehen von den oben bereits eingeräumten Einwänden auch das Symptom der Unbeeinflussbarkeit durch Ablenkung oder durch Willensanstrengung. Wenn auch erst nach späterer Zeit ist es unseren beiden Patienten doch gelungen, sich durch „Training“ von dem Zwangshaften etwas zu befreien, womit der eigentliche Zwangscharakter zum Teil wieder entfällt.

Nichtsdestoweniger läßt sich die große Ähnlichkeit mit Zwangszuständen bei Psychopathen nicht ablehnen und damit zeigen diese Fälle unseres Dafürhaltens auch, daß eine so große Kluft zwischen den sog. echten Zwangsvorstellungen und den Pseudo-Zwangszuständen bei Schizophrenen nicht immer besteht, wie meist behauptet wird. Nicht nur nach der gesunden Seite besteht über die überwertigen Ideen hinweg ein fließender Übergang, sondern auch nach der anderen Seite, zu schwereren psychotischen Symptomen hin ist eine scharfe Abgrenzung nicht immer möglich. Diese Voraussetzungen zum Auftreten des Zwangsgefühls sind bei unseren Fällen damit gegeben, daß nach abgeklungener Psychose Vorstellungsinhalte mehr oder weniger von Trugwahrnehmungscharakter restieren und die Psyche soweit intakt geblieben ist, diese Erscheinungen als krankhaft zu empfinden, sich ihnen kritisch beobachtend gegenüber zu stellen, woraus das Zwangshafte derartiger Vorstellungsinhalte resultieren muß. Daß gerade nach schizophrenen Psychosen abgesprengte, isolierte Vorstellungsinhalte im Seelenleben des Kranken frei flottieren, liegt im Wesen des schizophrenen Prozesses begründet. Daß derartige abgespaltene Vorstellungsinhalte nach Abklingen der akuten psychotischen Symptome bei genügender Intaktheit namentlich auf affektivem Gebiet als fremd, als zwangshaft empfunden werden, läßt sie durchaus Zwangszuständen im engeren Sinne ähneln,

die ja ebenfalls — *Bumke* nennt es gerade das Merkwürdigste an den Zwangszuständen — zu einem *Zwiespalt* im Bewußtsein führen. Gewisse Beziehungen zur Gedankenwelt des Schizophrenen läßt also auch das Phänomen der echten Zwangsvorstellung als solches erkennen. Es ist daher an sich auch nicht befremdend, wenn bei Schizophrenen durch den Prozeß abgespaltene Vorstellungskomplexe zu Zwangserscheinungen führen.

Darauf hingewiesen zu haben, daß gerade bei defektgeheilten Schizophrenen die Bedingungen zum Zustandekommen des Zwangsmechanismus gegeben sind und zu Zwangszuständen führen, die sich entgegen der üblichen Anschauung von echten Zwangszuständen nicht immer scharf trennen lassen, daß es also auch hier fließende Übergänge gibt, war, abgesehen von der Bedeutung der sozialpsychiatrischen und gutachtlichen Beurteilung unserer Fälle Aufgabe unserer Mitteilung.
