

(Aus der Irrenanstalt „Ezrath Nashim“, Jerusalem.)

## Frühentlassung von Schizophrenen in Palästina.

Von

**Dr. H. Herrmann,**  
Direktor der Anstalt.

(Eingegangen am 19. Januar 1931.)

Zu diesem in letzter Zeit häufiger erörterten Thema möchte auch ich an Hand meines hiesigen Materials Stellung nehmen. Ich glaube nämlich, daß die Verhältnisse Palästinas und speziell die der von mir geleiteten Anstalt hierzu einen Beitrag liefern können, der deshalb von besonderem Interesse ist, weil er nicht aus wissenschaftlichen Überlegungen gewonnen, sondern von äußeren Notwendigkeiten diktiert wurde.

Zum Verständnis dieser Behauptung möchte ich kurz einige Unterlagen geben<sup>1</sup>. Palästina verfügt über zwei Irrenanstalten, die mit etwa 60 Kranken belegte Regierungsanstalt in Bethlehem und die von mir geleitete jüdische Anstalt „Ezrath Nashim“ mit 80 Kranken<sup>2</sup>. Da die Einwanderung in das Land eine überwiegend jüdische ist, so ist damit — ganz unabhängig von rassebiologischen Fragen — schon eine erhebliche Vermehrung der jüdischen Psychosen im Lande selbstverständlich<sup>3</sup>. Für diese Nebenresultate einer vermehrten Einwanderung ist von keiner der in Frage kommenden Stellen genügend Vorsorge getroffen worden, so daß eine außerordentliche Überbelegung der vorhandenen Anstalten besteht und zur Zeit schätzungsweise weit mehr als 100 Kranke in einem Lande von etwa 800 000 Einwohnern unversorgt sind, die, in Listen verzeichnet, auf freiwerdende Plätze warten. Diese schwierige Situation zwingt den hiesigen Anstaltsleiter zu den verzweifeltesten Maßnahmen, freie Betten zu schaffen. Er muß also oft die erste leidliche Beruhigung nach einem Erregungszustand benutzen, um den

<sup>1</sup> S. auch meine Veröffentlichung im *Briuth Haam*. Jerusalem 1, Nr 3 (1926, Okt.); *Briuth Haam*, a journal devoted to public health Jerusalem; in deutscher Übersetzung von mir erhältlich.

<sup>2</sup> S. auch *Weygandt*: Reiseindrücke von der Irrenfürsorge in Ägypten, Palästina und der Türkei. *Z. psych. Hyg.* 2, H. 6 (1929).

<sup>3</sup> Der Anteil der europäischen Juden hier entspricht etwa dem mitteleuropäischen Zahlenverhältnis von vor dem Kriege: 2 anstaltsbedürftige<sup>4</sup> Geisteskranke auf 1000 Einwohner.

Kranken, wenn er nur einigermaßen ungefährlich, nicht suizidal und im Besitze eines Heimes ist, zu entlassen und dadurch Platz zu schaffen. Er kann sich nicht die Bedenken von *Riebeth-Görden*<sup>1</sup> zu eigen machen, ohne ihre Berechtigung bestreiten zu wollen.

Auch bei meinen Aufnahmen sind die Schizophrenen die am stärksten vertretene Gruppe. Vom 1. Juni 1924 bis Ende Dezember 1930 nahm ich unter 343 Gesamtaufnahmen 183 Schizophrene auf, von denen im Laufe der Jahre 116 die Anstalt verließen und 10 gestorben sind<sup>2</sup>. Über diese Entlassenen war es infolge der schwierigen Verhältnisse eines Koloniallandes nur sehr teilweise möglich, brauchbare Katamnesen zu erhalten. Immerhin glaube ich, von den 116 Entlassenen 24 Fälle verwerten zu können, deren mir bekannt gewordene Besserung oder praktisch Heilung ich mit aller Vorsicht auf die Frühentlassung glaube zurückführen zu können. Ich habe diejenigen, die schon in der Anstalt selbst von ihrem Schub geheilt wurden, nach Möglichkeit ausgeschaltet und benutze nur diejenigen Fälle, die noch ausgesprochene Krankheitssymptome zeigten oder aus anderen Gründen nach europäischen Begriffen noch nicht entlassungsreif waren. Auch hierbei wird natürlich der Einwand, daß sich diese Fälle schließlich auch in der Anstalt bei weiterem Aufenthalt noch wesentlich gebessert hätten, nicht zu entkräften sein und es bleibt immer eine gewisse subjektive Beurteilung notwendigerweise im Spiele. Andererseits hatte ich aber doch den Eindruck beim Vergleich mit ähnlich gearteten Fällen, die aus den oben erwähnten äußerlichen Ursachen nicht aus der Anstalt entlassen werden konnten, daß diese rascher zu verstärktem Autismus, Persönlichkeitszerfall und Demenz kamen als selbst diejenigen der Entlassenen, bei denen die Frühentlassung keinerlei deutliche Besserung zeitigte. Bei meinem katamnestischen Material waren die Angaben über diese letztgenannte Gruppe der Entlassenen aus psychologisch verständlichen Gründen so mangelhaft, daß ich es mir versagen muß, dieses Material auch nur auszugsweise wiederzugeben. Immerhin wird ja aus den Gesamtzahlen ersichtlich, daß diese Gruppe von Entlassenen nicht wesentlich größer war als die mit Erfolg Frühentlassenen (der Rest setzt sich aus in der Anstalt zur Heilung gelangten, in ihre Herkunfts länder zurücktransportierten oder gegen ärztlichen Rat von den Angehörigen herausgenommenen Kranken zusammen).

<sup>1</sup> Vorzeitige Entlassung von Geisteskranken aus der Irrenanstalt. Z. Neur. 126, H. 3/4.

<sup>2</sup> Der große Anteil der Schizophrenen unter meinen Aufnahmen erklärt sich aus den eingangs geschilderten Verhältnissen. Unter den wochenlang oder gar monatlang Wartenden waren es gerade die Schizophrenen, die am längsten „aushielten“; andere Krankheitsgruppen kamen vorher zur Heilung, starben oder wurden außerhalb der Anstalt privat untergebracht. Ferner ist zu berücksichtigen, daß in ein Kolonialland hauptsächlich Jugendliche im Prädilektionsalter für das Auftreten von Schizophrenie einwandern.

*Fall 1.* F. L., Immigrantin aus Polen, Apothekengehilfin, 22 Jahre, ausgesprochen katatonisch. Negativistisches, zeitweilig stuporöses Krankheitsbild, einige Zeit Schlundsondernahrung. Aufgenommen 16. 5. 24, entlassen am 3. 12. 24. Bei der Entlassung kaum sprechend, ängstlich gehemmt, verläßt nur mit Mühe und widerstrebend an der Hand der Mutter das Spital. Nach Angaben der Mutter nach einigen Wochen zu Hause fortschreitende Wiederherstellung, lebenszugewandt, wenn auch nicht richtig arbeitsfähig, liest, schreibt, geht spazieren, macht kleine Einkäufe. Bleibt ungefähr ein Jahr in diesem Zustande und verfällt im Sommer 1926 unter zunehmender ängstlicher Verstimmung in einen neuen negativistisch-katatonischen Zustand mit Nahrungsverweigerung, Retentio urinae, Mutismus. Am 25. 11. 26 wieder aufgenommen, liegt bis 18. 3. 27 ohne zu sprechen, durch die Sonde gefüttert im Bett, nur wenige Tage vor der Entlassung bei Besuch der Mutter Nahrungsaufnahme per os. Darauf sofortige Entlassung, ist zu Hause leidlich und kann einige Monate später in ähnlich gutem Zustande wie nach der ersten Entlassung mit der Mutter das Land verlassen und nach Europa zurückkehren.

*Fall 2.* T. G., Haustochter ohne Beschäftigung, 20 Jahre alt, russische Einwanderin, am 27. 5. 24 mit Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, gemischt mit katatonisch-negativistischen Zügen, aufgenommen. In der Anstalt ziemlich stumpf, ablehnend, spricht kaum, zunehmend starr katatonische Haltung. Am 27. 7. 24 in diesem Zustande in Privatpflege überführt. Dort leichte Hausbeschäftigung und rasch zunehmende Besserung. Referent begegnet etwa 2 Monate später Patientin in einem Konzert in völlig geordnetem Zustande, in den letzten 6 Jahren kein Rückfall, lebt geordnet und unauffällig im Familienkreise und beschäftigt sich mit Hausarbeit.

*Fall 3.* J. R., landwirtschaftliche Arbeiterin, russische Einwanderin, 24 Jahre alt. Aufgenommen am 27. 7. 24. Während des letzten Monates vor der Aufnahme Wesensveränderung, war vorher einfach, still und zurückhaltend, begann dann plötzlich viel zu sprechen, sang viel, wurde erregt, schlug ihre Umgebung mit der Beschuldigung, man halte sie für geisteskrank, riß sich die Kleider vom Leibe, sah in der Zeitung alle Nachrichten und Annoncen als auf sie und ihr Liebesleben bezüglich an. In der Anstalt anfangs heiter gefärbter, schwerer Erregungszustand, abwechselnd mit starrer Haltung und Negativismus, muß isoliert werden, beschmutzt sich. Später viel ruhiger, gewisse Krankheitseinsicht, protestiert aber sehr scharf gegen ihre Internierung, ist nur mit Gewalt aus dem Untersuchungszimmer zu entfernen. Nach einem mehrere Monate dauernden Mischzustand von starr-apathisch-negativistischem Verhalten und plötzlicher aggressiver Erregung wird sie am 21. 11. 24 in wesentlich gebessertem Zustande, doch ohne wirkliches Verständnis für die psychische Natur ihrer Erkrankung und einer gewissen Stumpfheit entlassen. Die Beschäftigung in der Anstalt war vor der Entlassung noch recht ungleichmäßig und ohne Ausdauer. Körperlich zahlreiche Degenerationsmerkmale. Nach Angaben der Arbeitskollegen in wenigen Wochen völlig arbeitsfähig, unauffällig und still wie vorher. Eine Nachuntersuchung 1930 stellte fest, daß sie 6 Jahre in diesem Zustande verblieben ist, vielleicht mit einer gewissen apathischen und verschlossenen Persönlichkeitsnote.

*Fall 4.* J. Z., Schreiner, 22 Jahre, aufgenommen 9. 11. 24, erst kurz vor der manifesten Erkrankung aus Rußland eingewandert. Melancholisch gefärbtes Krankheitsbild mit Insuffizienzvorstellungen, vagen hypochondrischen Ideen, Selbstbeschuldigungen, dabei Andeutungen von Halluzinationen, stürzt plötzlich bei der Gartenarbeit auf eine vorübergehende Besucherin los mit der Beschuldigung, sie sei es, die die Welt zerstören wolle. Später beruhigt, will arbeiten, versagt jedoch dabei, steht gesperrt und leicht grimassierend umher. Im zweiten halben Jahr der Erkrankung euphorischer Zustand mit deutlichen Intelligenzdefekten,

schreibt eine verworrene Entlassungsbittschrift, die er mit „Der Gefangene Josef“ unterzeichnet. Zuletzt imstande, ein oder zwei Stunden leichte Arbeit zu machen, bleibt jedoch affektiv sehr labil, abwechselnd apathisch und unruhig. Wird am 18. 9. 25 von seinen Arbeitskollegen herausgenommen. Nach drei Monaten Mitteilung, daß Patient lediglich in einer Tischlerei arbeitet. Weitere Angaben über sein Lebensschicksal nicht erhältlich.

*Fall 5.* D. H., 18 Jahre alt, eingeborener Talmudschüler, aufgenommen am 1. 12. 24. Vorher besonders hervorragende geistige Leistungen. Anfangs ausgesprochen hebephrenes Krankheitsbild mit zeitweilig starker aggressiver motorischer Unruhe, später mehr katatonisch-negativistisches Bild mit zahlreichen Grimassen, Schnauzenkrampf, Stereotypien. Am 27. 2. 25 versuchswise nach Hause entlassen. Fing in dieser Zeit etwas zu lernen an, war jedoch sehr schwierig zu behandeln, trieb sich halbe Tage lang umher, zum Schluß wieder aufgeregert und verwirrt. Daher erneut am 10. 5. 25 aufgenommen. Trotz leichter Beschäftigung ungefähr ähnliches Zustandsbild wie vorher. Am 4. 9. 25 auf meinen Rat hin erneuter Versuch der Familie, Patient nach Hause zu nehmen, der ebenso wie der erste mißlingt. Daher dritte Aufnahme am 5. 10. 25. Diesmal motorisch recht unruhig, versucht einige Male zu entfliehen, stärkere Intelligenzdefekte, zeitweilig erregt, physikalischer Beeinträchtigungswahn: wird dauernd von Fernelektrizität gestört. Im Laufe von fast dreijährigem Anstaltsaufenthalt lediglich beruhigt, doch nicht arbeitsfähig. Wird wegen Platzmangels am 15. 7. 28 als harmloser Kranke in Familieneinpflege übergeben. Dort in kurzer Zeit überraschende Verbesserung, gleichmäßig ruhig und geordnet, wenn auch stumpf, trägt regelmäßig im Milchgeschäft von Verwandten die Milch in die Häuser, hat gegen ärztlichen Rat geheiratet (!), lebt seit 2 Jahren unauffällig und geht seiner Beschäftigung nach.

*Fall 6.* P. Z., 19 Jahre alt, aufgenommen am 15. 5. 25, landwirtschaftliche Arbeiterin. Soweit bekannt, bereits in Rußland zwei Attacken von Geisteskrankheit. In der Anstalt sehr negativistisch, gestikuliert, imitiert Arzt und Umgebung, motorisch unruhig, gelegentlich läppisch. Eine Zeitlang manisch gefärbter Aktivitätszustand, versucht sich immer wieder auf der Station zu betätigen, röhmt dabei heiter-geschwätzig die Güte ihrer Arbeit. Später wieder ablehnender und negativistischer, arbeitet nicht, dann schwerer erotisch gefärbter Erregungszustand, zum Schluß ruhig, doch oft mißtrauisch, zuweilen läppisch und von großem Anschlußbedürfnis an Kranke und Personal. In diesem Zustande am 19. 5. 25 wegen Platzmangels zu ihrer Krankenkasse entlassen. Es gelingt ihr, als Säuglingspflegerin (!) unterzukommen. In dieser Stellung seit 5 Jahren tätig und nach Informationen durch die Leiterin gute und gewissenhafte Arbeiterin. Ref. begegnet ihr Anfang 1930 im Gerichtsgebäude, wo sie einen Prozeß gegen den Vater ihres Kindes wegen Alimentation anstrengt, wobei sie sich durchaus unauffällig benimmt.

*Fall 7.* C. H., 25 Jahre alt, deutscher Einwanderer, Gärtner. Am 26. 8. 25 aufgenommen. Schwerer erstmaliger akuter Erregungszustand, der besonders von religiösen Wahnvorstellungen gefärbt wird. Nach rascher Beruhigung eigenartig verschrobene Haltung, in der paranoische und Größenideen zum Vorschein kommen. Er sei der Messias und Jesus Christus in einer Person, auf den die Juden warteten und der der Menschheit alles Heil bringen würde. „Das liegt alles in einer Linie, versuchen Sie nicht, mich davon abzubringen.“ Später zunehmende Beruhigung, erklärt selbst seine vorher geäußerten Ideen als Reste seiner Krankheit und als Wahnvorstellung, pfeift häufig nachts laut und spricht zu sich. In diesem Zustande am 5. 11. 25 wegen Platzmangels nach Europa zurücktransportiert, wo er nach kurzer Zeit eine kaufmännische Tätigkeit antritt und sie, wie ich aus Auskünften dieses Jahres entnehmen konnte, ungestört während 5 Jahren fortsetzt.

*Fall 8.* Z. K., landwirtschaftlicher Arbeiter, 23 Jahre, russischer Einwanderer. Am 10. 12. 25 mit einem seit einigen Monaten vorbereiteten apathisch-depressiven Zustand und Andeutung von katatonischen Zügen aufgenommen. Kurz vor der

Einlieferung Erregungszustand, schlug plötzlich ohne Grund auf seine Kollegen ein. In der Anstalt wechseln in etwa 1—2wöchentlichen Intervallen Beruhigung mit Erregungszuständen ab. In letzteren starke motorische Unruhe, Grimassen, bizarre Haltungen, manieriertes Wesen. Schreit die Umgebung an: „Du bist mein Bruder, Du bist mein Vater“ oder läuft brüllend unter Ziel- und Schießbewegungen umher. Später ruhiger, doch autistisch und negativistisch, isoliert sich immer mehr, spricht allmählich überhaupt nicht mehr. Zum Schluß etwas besser, spricht wieder, doch noch sehr labil, leerer Gesichtsausdruck, leicht abgesondert und ohne Kontakt mit Umgebung. Bittet Arzt und Kranke mehrmals um Entschuldigung für alle Beleidigungen, die er ihnen zugefügt hätte. Am 14. 9. 26 wird Patient in Begleitung seines Bruders, des einzigen im Lande lebenden Verwandten, aus der Anstalt entlassen, obwohl er noch zahlreiche negativistisch-katatone Symptome aufweist. Soll versuchen, gemeinsam mit dem Bruder die Landarbeit wieder aufzunehmen. Dieses gelingt nach anfänglichen Schwierigkeiten im Laufe einiger Wochen. Nach Mitteilungen aus seiner Arbeitsstelle arbeitet der Patient noch nach einem Jahre unauffällig. Weiteres über sein Schicksal ist nicht festzustellen gewesen.

*Fall 9.* S. I., Büroangestellte, russische Einwanderin, 27 Jahre alt. Wird am 13. 1. 26 mit einem schweren manisch gefärbten Erregungszustand in die Anstalt aufgenommen. Eine Schwester geisteskrank, Patientin früher gesund. Körperlich sehr schwach, schwaches Herz, zahlreiche Degenerationszeichen. Auch nach Beruhigung völlig fehlende Krankheitseinsicht, Andeutungen von Beeinflussung durch Telepathen. Plötzliche Stuporzustände und starres Festhalten an einer einmal eingenommenen Körperposition bis zu 10 Minuten Dauer lassen an der Diagnose einer schizophrenen Erkrankung gegenüber dem mehr manischen Hauptsymptomen keinen Zweifel. Wird am 4. 2. 26, d. h. nach nur  $3\frac{1}{2}$  wöchentlicher Internierung entlassen, obwohl sie keinerlei Verwandte im Lande hat.

Nachuntersuchung am 8. 9. 30: War etwa 2 Jahre inzwischen in Europa, wo sie Kunstgewerbe studiert und sehr viel gearbeitet hätte, wollte sich als Lehrerin für dieses Fach ausbilden. Seit einem Jahre wieder im Lande, könne sich nicht recht einordnen und fände keinen geeigneten Arbeitsplatz. Darüber sei sie mißgestimmt, sei aber sonst die ganze Zeit gesund und psychisch in Ordnung gewesen. Die Untersuchung ergibt keinerlei manifeste psychische Störungen. Patientin macht einen etwas süßlich-devoten, doch sonst völlig geordneten Eindruck, erinnert sich nur unklar an ihre vorhergehende Erkrankung.

*Fall 10.* A. P., ohne Beruf, 22 Jahre alt, ganz neu ins Land gekommene Immigrantin aus Galizien. Nach 3wöchentlichem Aufenthalt im Lande schwerer Erregungszustand, Schlaflosigkeit, Halluzinationen, Stereotypien usw. In der Anstalt Fortdauer der sehr starken Erregung mit eigenartig pathetisch-infantiler Sprechweise, reißt sich mehrfach alle Kleider vom Leibe, zahlreiche religiöse und sexuelle Wahnvorstellungen. Später ruhiger, steht in allerlei bizarren Haltungen umher, phantastische Angaben über ihre Schicksale vor der Einlieferung: sie sei unter Verrätern in der Hölle gewesen, die mit Lampen gezaubert hätten usw. In den letzten 2 Monaten ihres Anstaltsaufenthaltes nur kurz dauernde Erregungszustände, jedoch religiöse Wahnvorstellungen, Negativismus, intellektuelle Schwäche; wird mit Mühe zu etwas Handarbeit gebracht. Obwohl sie noch einige Tage vorher sich über verdächtige Menschen aufregte, die in ihr Zimmer eingedrungen seien und verdächtige Reden geführt hätten, wird sie in gebessertem Zustande wegen Platzmangel am 5. 9. 26 entlassen.

Nach einer schriftlichen Mitteilung des Einwanderungsbüros vom Herbst 1930 hat sich die Patientin die ganze Zeit arbeitend im Lande aufgehalten, anfangs in einer Handarbeitsschule Nähnen gelernt und später 1928 in einer landwirtschaftlichen Siedlung gearbeitet.

*Fall 11.* C. D. K., 20 Jahre, eingeborener Talmudschüler, aufgenommen am 15. 9. 26. Stammt angeblich aus gesunder Familie, fleißiger Schüler, jedoch immer scheu und zurückgezogen. Etwa 1 Monat vor der Aufnahme Wesensveränderung, dann Ausbruch eines schweren Erregungszustandes mit Grimassen, Verbigerationen, stereotypen Bewegungen, der zur Anstaltaufnahme führt. Hier rasch ruhiger, doch deutlich verworren, ablehnend, grimassierend. Am 24. 11. 26 in noch psychisch recht labilem Zustande mit großer Ermüdbarkeit entlassen.

Katamnese: Am 11. 8. 30 gibt der Vater an, daß Patient einige Wochen nach seiner Entlassung aus dem Spital wieder „ganz normal“ geworden sei. Hätte seine geistige Beschäftigung aufgegeben und sei Milchmann geworden. Hätte geheiratet (!) und ein gesundes Kind von 8 Monaten. Sei im Geschäft recht geschickt.

*Fall 12.* R. C., 23 Jahre, Hausfrau, russische Einwanderin. Am 25. 6. 26 aufgenommen. Erkrankte etwa 1 Monat vorher im Anschluß an eine Geburt mit einem schweren Erregungszustand und allgemeiner Verwirrenheit, der auf der geburtshilflichen Abteilung, in der sie sich befand und wo sie infolge Platzmangels in unserer Anstalt mehrere Wochen auf Aufnahme warten mußte, zu solchen Unzuträglichkeiten führte, daß zeitweilig an die Schließung der Abteilung gedacht werden mußte. Bei der Aufnahme schon wesentlich ruhiger, gehemmt-katatonisch, traumhaft verworren, spricht und singt leise vor sich hin, ganz autistisch, keine Möglichkeit von affektivem Rapport, später apathisch, unsauber, kataleptisch mit Andeutung von *flexibilitas caerea*. Am 1. 5. 27 auf Wunsch des Mannes entlassen in noch völlig desorientiertem und negativistisch-katatonem Zustande.

Nachuntersuchung am 2. 6. 30. Der Mann gibt an, sie sei 2 Wochen nach der Entlassung besser geworden und hätte bald wieder die Hausarbeit aufgenommen, sei wieder völlig sozial brauchbar geworden, arbeitete zu Hause, besuchte Bekannte, hätte jedoch ein schlechtes Gedächtnis, vergesse viel. Objektiv nervöse Übererregbarkeit, mäßige Gedächtnisstörungen, ganz gute Krankheitseinsicht.

*Fall 13.* D. M., 26 Jahre, polnische Einwanderin, Bauernfrau. 5 Monate vor der Aufnahme schwerer katatonischer Erregungszustand, später ruhiger, konnte wegen Platzmangels nicht früher aufgenommen werden. Hier in gehemmtem Zustand eingeliefert, äußerst zahlreiche paranoische Ideen, später plötzlich heiter und euphorisch, sehr affektiv labil, allerhand traumhafte Wahnvorstellungen mit Andeutung von Halluzinationen. Dann schwätzhaft-heiter, doch leicht zu verstummen. Arbeitet etwas und wird in diesem Zustand am 3. 5. 27 ihrem Manne übergeben.

Dieser teilt in einem Schreiben vom Herbst 1930 mit, daß Patientin in kurzer Zeit zu Hause zu voller Gesundheit zurückgekehrt sei und während der letzten 3 Jahre völlig gleichmäßig ihren Arbeiten nachgegangen sei, sich auch während der Unruhen im August 1929 durchaus unauffällig und unnervös gezeigt habe, trotzdem ihr Haus sich in der Gefahrenzone befand und beschossen wurde.

*Fall 14.* P. M., russische Einwanderin, Bauernfrau, 27 Jahre. Am 22. 3. 27 in die Anstalt aufgenommen. Vorhergehender ausgesprochen depressiver Zustand mit Unruhe, Halluzinationen und Suicidversuchen. In der Anstaltsbehandlung apathischer Zustand von paranoisch-halluzinatorischer Färbung, klagt viel über Kopfschmerzen, drängt auf Entlassung, hält an ihren paranoischen Gedanken und optischen wie akustischen Sinnestäuschungen bei volliger Ruhe fest, zum Schluß gute Beziehungen zur Umgebung, arbeitet sehr fleißig und mit besonderer Sorgfalt landwirtschaftliche Arbeit. Bleibt bei äußerer Ordnung jedoch noch ängstlich, verbirgt zahlreiche Wahnvorstellungen und Beziehungsideen, die nur bei längerer Exploration aufgedeckt werden können. In diesem Zustand am 13. 5. 27, da der depressive Zustand nur noch wenig Gefahren bietet, wegen Platzmangels in Begleitung der Familie entlassen.

Katamnese: Am 14. 8. 30 teilt uns der Mann mit, daß die Patientin während der gesamten Zeit seit ihrer Entlassung völlig ruhig und unauffällig gearbeitet

habe, nur noch häufig über Kopfschmerzen, besonders im Sommer klage und auch in jüngster Zeit einen Typhus abdominalis gut überstanden habe.

*Fall 15.* E. J., Arbeiterfrau, polnische Einwanderin, 25 Jahre alt. Über Heredität nichts bekannt, erkrankte etwa 7 Monate vor der am 4. 5. 27 erfolgten Erstaufnahme mit heftiger Unruhe, ängstlicher Verworrenheit, Neigung zu Suicidversuchen. Wurde im Hause behandelt, was nur unter großen Schwierigkeiten möglich war. Nach 4monatlicher Krankheitsdauer fast gesund, darauf plötzliches Rezidiv: Fast nicht zu bekämpfende motorische Unruhe, in der Patientin dauernd versucht, sich aus dem Fenster zu stürzen. Aggressiv gegen ihre Umgebung, sehr negativistisch. Infolge Platzmangels mehrere Wochen noch in einem Privatsanatorium, dort gewisse Beruhigung. Hier in der Anstalt dauernd ängstlich, mürrisch, verstimmt, monotone, fast stereotype Redeweise, ist nur mit großer Schwierigkeit zur Nahrungsaufnahme zu bewegen. Während der gesamten Zeit ihres ersten Aufenthaltes sehr ablehnender, kaum zu disziplinierender Zustand, wird in diesem auf Wunsch des Mannes versuchsweise am 14. 7. 27 nach Hause entlassen. Sofort einsetzender schwerer Erregungszustand, ist schlaflos, läuft umher, wird aggressiv und sehr ausfahrend gegen ihre Umgebung, muß daher abermals aufgenommen werden. In ungefähr gleichem Zustande wie das erste Mal bleibt dann die Patientin vom 20. 7. 27 bis 30. 4. 28 in der Anstalt, wird dann erneut entlassen, um zu ihren Eltern nach Polen überführt zu werden. Nach Angabe des Mannes schon auf der Reise besser, lebt bei den Eltern in unauffälligem Zustande, beschäftigt sich etwas.

*Fall 16.* J. L., eingeborener Uhrmacher, 28 Jahre. Am 6. 12. 27 in einem schweren ängstlich hypochondrischen Erregungszustand in die Anstalt eingeliefert. Völlig schlaflos, schreit, wirft alle möglichen Gegenstände durcheinander. Nach eintretender Beruhigung stumpf, desorientiert, Intelligenzdefekte, Stereotypien, singt zuweilen. In diesem Zustande am 28. 3. 28 zu seinen Verwandten entlassen, wo er sich langsam erholt und seinem Gewerbe wieder nachgeht.

*Fall 17.* J. I., 28 Jahre, polnische Einwanderin, Schneiderin. Wird wegen eines ängstlich-gehemmten, mit zahlreichen paranoischen Zügen gemischten Zustandes am 21. 12. 27 in die Anstalt eingeliefert. Hier abwechselnd läppisch-heiter und ablehnend-verstimmt, dabei stets eigenartig manieriertes, zu auffälliger Kostümierung neigendes Wesen, völlig fehlende Krankheitseinsicht, affektiv sehr labil, zahlreiche körperliche Degenerationsmerkmale. Auf Fragen meist mißtrauisch ausweichend. Mit nur geringer Besserung wird Patientin, da sie ruhig und harmlos ist, am 15. 4. 28 entlassen.

Stellt sich am 16. 9. 30 hier wieder vor. Macht noch recht verschrobenen, auffällig gekleideten Eindruck, äußert sich sehr abfällig über die Behandlung im Hospital, klagt über leichte Schlaflosigkeit, ist jedoch während der ganzen fast  $2\frac{1}{2}$  Jahre, wie auch aus anderen Bekundungen hervorgeht, völlig arbeitsfähig und ernährt sich ausreichend von ihrer Arbeit.

*Fall 18.* B. B., eingeborener Talmudschüler, 20 Jahre. Am 12. 1. 28 wegen eines katatonischen Zustandes mit zahlreichen stereotypen Bewegungen und negativistischem Verhalten aufgenommen, sehr schwach durch Nahrungsverweigerung, vorher recht unruhig und schwer zu Hause zu halten. In wenigen Tagen in der Anstalt Abklingen dieses Zustandes, doch ist Patient dauernd unstet und stimmungslabil, ist zu keiner Arbeit zu bewegen. Am 20. 2. 28 nach Hause entlassen. Nach Mitteilungen des Vaters vom August dieses Jahres hat sich Patient selbst unmittelbar nach der Entlassung auf ärztlichen Rat einen anderen Beruf ausgesucht und ist mit Bauarbeit während der ganzen Zeit ohne irgendwelche Störungen beschäftigt.

*Fall 19.* P. L., Gymnasiastin, 17 Jahre. Am 11. 6. 28 mit ziemlich akutem, schwerem Erregungszustande von meist heiterer Färbung aufgenommen, der in

der Anstalt bald einem apathisch-negativistischem Verhalten Platz macht. Es entwickeln sich zahlreiche hypochondrische und paranoische Ideen, Patientin ist eine Reihe von Wochen völlig unzugänglich, aggressiv, unsauber, läppisch-heiter. Dann etwas ruhiger, doch noch zahlreiche Manieren, sehr gespreiztes Verhalten. Am 20. 9. 1928 mit deutlicher Besserung, jedoch in noch arbeitsunfähigem Zustande mit zahlreichen Manieren und Grimassen entlassen. Erholt sich in Familienpflege rasch und ist in einigen Wochen zu Hause so weit wieder hergestellt, daß sie eine Buchhaltungsschule mit Abschlußexamen und gutem Zeugnis besucht und nach Angabe des Vaters vom Herbst 1930 seit mehreren Monaten in dessen Geschäft zu seiner vollen Zufriedenheit die Buchführung übernommen hat.

*Fall 20.* R. P., Arbeiterfrau, im Lande geboren, 21 Jahre. Am 22. 3. 29 wegen eines negativistischen Zustandes in die Anstalt aufgenommen, spricht garnicht, grimassiert, deutliches Vitium cordis. Vorher zu Hause stark erregt, depressiv, vernachlässigte ihre sämtlichen Pflichten, wollte sich vom Dach herunterstürzen, war schlaflos. In der Anstalt wechselndes Verhalten. Im allgemeinen recht autistisch und schwer zugänglich, zuweilen ängstlich verworren. Später stumpf, Andeutung von Halluzinationen. Am 18. 7. 29 in ruhigeren, doch noch arbeitsunfähigem Zustande nach Hause entlassen. Hier nach Angabe des Mannes und der Nachbarn langsame Besserung und Aufnahme aller häuslichen Pflichten.

*Fall 21.* A. Sch., Arbeiter, 24 Jahre alt, polnischer Einwanderer. Wird nach einem mißglückten Suicidversuch am 4. 4. 29 in die Anstalt aufgenommen. Hier hypochondrisch, psychisch sehr labil, desorientiert. Hört Stimmen, schließt sich völlig ab, bleibt tagelang mutistisch und unansprechbar. Im Laufe von einigen Monaten langsame Besserung, doch immer noch autistisch-ablehnend, oft querulatorisches Verhalten, viel Schlaflosigkeit, möchte entlassen werden. In diesem Zustande am 29. 12. 29 zu seiner Arbeitsgruppe nach Haifa entlassen.

Versuchte dort zu arbeiten, was aber noch nicht recht ging. Begegnet Ref. gelegentlich einer Reise in durchaus geordnetem Zustande. Er suche Arbeit und könne schwer solche finden, fände gelegentlich tageweise Beschäftigung. Wird wegen Beteiligung an politisch-illegaler Tätigkeit im Sommer 1930 verhaftet, bringt eine Zeitlang im Gefängnis zu, schreibt von dort sehr geordnete Bittbriefe an Ref., ihm zur Entlassung zu verhelfen und wird nach ordnungsgemäßer Abüßung seiner Strafe in ruhigem und völlig unauffälligem Zustande in seine Heimat abtransportiert.

*Fall 22.* J. G., Uhrmacher, im Lande geboren, 24 Jahre. Am 22. 7. 29 mit Verworrenheit, Suicidversuchen, Nahrungsverweigerung, aufgenommen. In der Anstalt zahlreiche hypochondrische Körperbeschwerden, anfangs ängstlich verworren, später apathisch-ablehnend, zahlreiche Grimassen und Manieren. Gelegentlich deutliche Halluzinationen. Nach langsamem Beruhigung am 18. 12. 29 gebessert dem Vater übergeben. Ist ruhig und äußerlich geordnet, weist jedoch noch zahlreiche Stereotypien und Manieren auf, wirkt recht stumpf.

Nach Mitteilung der Angehörigen nach einigen Wochen zu seiner Arbeit zurückgekehrt, obwohl er in der Anstalt sich jeder Beschäftigungstherapie entzog.

*Fall 23.* G. W., 37 Jahre, Arbeiterfrau, russische Einwanderin. Am 23. 7. 29 in einem schweren Erregungszustand mit paranoischen Ideen, Halluzinationen, Grimassen, besonderer motorischer Unruhe, allgemeiner Körperschwäche aufgenommen. In fortgesetztem, meist heiter gefärbten Erregungszustand monatelang eine der unruhigsten Kranken der Anstalt, muß isoliert werden, zerreißt und beschmutzt alles, ist sehr aggressiv. Noch im August 1930 schwerer aggressiver Erregungszustand, will Ref. schlagen, weil er ihren Bruder und alle ihre Kinder ermordet hätte. Nach wenigen Tagen leidliche Beruhigung, jedoch verworrene sprachliche Äußerungen, fehlende Krankheitseinsicht, meist Euphorie, dabei leicht mißtrauisch und reizbar. Gerät noch am 26. 8. 30 in eine heftige Schlägerei mit

einer Mitpatientin. Trotzdem am nächsten Tage versuchsweise nach Hause entlassen, verabschiedet sich mit den merkwürdigsten Körperverdrehungen, Manieren und Grimassen. Nach Mitteilungen des Mannes schon auf der Heimreise merkliche Besserung. Ist in etwa 2—3 Wochen imstande, ihre Hausarbeiten in vollem Umfange zu übernehmen und wird jetzt nach 4 Monaten von ihrer Familie und sämtlichen Nachbarn übereinstimmend als völlig gesund bezeichnet.

*Fall 24.* N. A., 19 Jahre, landwirtschaftlicher Arbeiter, russischer Einwanderer. Wurde am 31. 12. 29 in hochgradigem Erregungszustande, der sich schon wochenlang vorher durch Wesensveränderung vorbereitet hatte, in die Anstalt aufgenommen. Hier völlig verworren, ablehnend, Andeutung von Halluzinationen, Selbstvorwürfe, stereotype Bewegungen. Im Laufe der Behandlung langsame Beruhigung, bleibt jedoch noch recht isoliert, eigenartig ablehnend. Beschäftigt sich bei der Gartenarbeit, bleibt jedoch oft in plötzlicher Sperrung mit dem Arbeitsinstrument in der Hand starr stehen. Am 8. 5. 30 zu seiner Arbeitsgruppe in noch recht gehemmtem Zustande entlassen. Nach Mitteilung von seiner Arbeitsstelle in kurzer Zeit dort völlig geordnet und arbeitsfähig.

Unter den oben mitgeteilten Fällen hat vielleicht der Fall 5 eine gewisse Ausnahmestellung, weil man bei ihm nach mehrjährigem Anstaltsaufenthalt nicht gerade von Frühentlassung sprechen kann. Und doch glaube ich, daß dieser Fall hierhergehörig ist, weil er erstens beweist, daß man unter Umständen selbst nach längerer Krankheitsdauer und so schweren paranoischen Symptomen die Versuche nicht aufgeben darf, solche Kranke aus der Anstalt zu entlassen. So kann wohl auch hier entsprechend der Schwere des Krankheitsfalles von einer relativen Frühentlassung gesprochen werden. Auch Fall 15 gehört hierher, bei dem die zweite Entlassung dadurch wirksamer gewesen sein mag, daß Patientin nicht in die alten, wohl teilweise krankheitsauslösenden Verhältnisse zurückkam, sondern direkt nach Europa fuhr. Wahrscheinlich ist auch im Fall 7 die unmittelbar von der Anstalt erfolgende Abreise als Heilfaktor anzusehen. Hier wie auch bei einer Anzahl von weiteren Fällen, die besonders unter der Freiheitsberaubung litten (z. B. Fall 3), möchte ich mich der Ansicht von *Maier*<sup>1</sup> anschließen, daß wohl eine psychogene Krankheitskomponente eine wesentliche Rolle spielt. *Maier* weist mit Recht auf die Gegenindikationen sozialer und rassehygienischer Art hin. Auch bei meinen Fällen 5 und 11, die sich verheiratet haben, Fall 6, die ein Kind geboren und Konflikte mit dem Vater des Kindes hatte, Fall 21, der in radikale politische Strömungen hineingeriet, sind dieselben Bedenken geltend zu machen, doch bleiben sie gegenüber der außerordentlichen Notlage der unversorgten Psychosen des Landes und der Tatsache, daß diese Kranken sich leidlich wieder sozial eingegliedert haben, gering. *Römer* sagt daher auch sehr richtig: „Rassenhygienische Bedenken sollen nicht übersehen, brauchen aber auch nicht überschätzt zu werden.“ Wie schon eingangs betont, hatte ich den

<sup>1</sup> *Maier*: Bericht über Jahresversammlung des Deutschen Vereines für Psychiatrie in Danzig, Mai 1928. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 53. Band. *Maier* und *Römer*: Die Frühentlassung der Schizophrenen.

Eindruck bei zahlreichen anderen Kranken ähnlicher Struktur, die in der Anstalt verblieben, daß ihnen das Zusammensein mit anderen Geisteskranken im Sinne der Entwicklung einer dauernden sozialen Unbrauchbarkeit ersichtlich schädlich war und die von *Nitsche* im *Bumkeschen* Handbuch angeführten Milieuschädigungen der Anstalt habe ich bei meinen primitiveren Anstaltsverhältnissen besonders deutlich beobachten können. Ich kann hinzufügen, daß ich in einer großen Reihe von Fällen Kranke meiner Privatpraxis nicht zur Aufnahme gebracht habe oder häufiger noch aus Mangel an Platz nicht bringen konnte, bei denen sich meinem bestimmten Eindrücke nach diese Maßregel sehr bewährt hat, worauf ja schon *Bleuler* immer wieder hingewiesen hat.

Sehr schwer wurde mir der Entschluß zur Entlassung im Fall 23, wo es sich um eine besonders erregte und in der Anstalt auffallend asoziale Kranke handelte. Doch auch hier glaubte ich nach längerer vergeblicher Anstaltstherapie vom rein therapeutischen Gesichtspunkt aus einen Versuch wagen zu müssen, zumal die Familienverhältnisse zwar keineswegs der sozialen Lage aber dem Verständnis und der liebevollen Fürsorge für die Kranke nach, entsprechend günstig lagen.

Ich habe mir diese Erfahrungen meiner 6½jährigen Anstaltstätigkeit hier zur therapeutischen Regel gemacht und versuche bei jedem Schizophrenen, für den ich eine auch nur irgendwie geartete Unterkunftsstelle habe, eine Entlassung aus der Anstalt. Das hat einige Male zweifellos zu Unzuträglichkeiten und zur Vermehrung von vagabundierenden psychotischen Elementen im Lande geführt. Immerhin ist mir auch von dieser Krankengruppe kein wirklicher Unglücksfall oder eine gröbere kriminelle Handlung bekannt geworden. Daher warte ich bei jedem frisch eingelieferten Fall von Schizophrenie die erste leidliche und einige Wochen anhaltende Beruhigung ab, um eine Entlassung zu versuchen und lasse mich auch durch Mißerfolge nicht davon abschrecken, es in späteren Stadien der Erkrankung noch ein- oder zweimal zu wiederholen. Es ist jedenfalls festzustellen, daß selbst in einem Lande, in dem so absolut keinerlei psychiatrische Fürsorge besteht und demzufolge natürlich kaum eine sachverständige Familienpflege oder brauchbare Erholungsheime für entlassene psychisch Kranke bestehen, die Resultate so relativ gute sind.

Mehr als in meiner deutschen Tätigkeit fiel mir auf, daß die Kranken besonders schwer unter der Freiheitsberaubung durch die Anstalt zu leiden hatten. Ich führe das nicht nur auf meine primitiveren Anstaltsverhältnisse zurück, die namentlich europäischen Einwanderern gelegentlich besonders bedrückend vorkommen konnten, sondern auch darauf, daß unter dem Einwanderungselement des Landes ein besonders starkes Freiheitsgefühl der wichtigste Antrieb für die Übersiedlung hierher ist. Ich kann daher die Annahme nicht von der Hand

weisen, daß schon allein die Tatsache der wiedergewonnenen Freiheit bei meinen Entlassenen als wichtiger psychogener Faktor zur Wiederherstellung mit beigetragen hat. Es ist bedauerlich, daß derartige Feststellungen einen vielfach subjektiven Charakter tragen und sich auf Eindrücke stützen müssen. Um so mehr habe ich mich bemüht, aus einem weit größeren Material nur diejenigen Fälle auszuwählen, über deren Ergehen ich zuverlässige Mitteilungen erhielt oder die ich nachuntersuchen konnte.

---