

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

## Über Drangzustände bei Schwachsinnigen.

(Ein Beitrag zur Frage Schwachsinn und Psychopathie.)

Von  
**R. Neustadt.**

(Eingegangen am 9. April 1932.)

Achtlos pflegen wir an den Dingen des Alltags vorbeizugehen, um die es sich hier handelt. So alltäglich erscheint das hier angeschnittene Thema, daß es in den Handbüchern unseres Faches nicht einmal Erwähnung findet. Es muß ausdrücklich vermerkt werden, daß dieses Fehlen in der Handbuchliteratur nicht etwa auf die exquisite Seltenheit der hier zu behandelnden Zustände hinweist, denn jedem Psychiater sind sie bekannt und — wenigstens in ihrer Erscheinungsform — vertraut.

Worauf läßt sich diese Diskrepanz zwischen der Vertrautheit des Praktikers mit diesen Zuständen und der Seltenheit ihrer wissenschaftlichen Bearbeitung zurückführen? Wir müssen dafür vor allem zwei Gründe anschuldigen. Der eine Grund liegt in den Systemen. Der ordnende und klärende Wert jeder Systematik soll unbestritten bleiben, der fördernde Einfluß der Systeme an manchen Knotenpunkten der wissenschaftlichen Entwicklung ausdrücklich anerkannt werden, aber darüber hinaus muß betont werden, daß in jeder systematischen Gliederung die Gefahr einer schematischen Erstarrung liegt und daß diese Gefahr nicht oft genug gebannt wird. Wir haben erlebt, wie das überragende Gebäude Kraepelinscher Systematik einerseits den Fortschritt bedeutete, andererseits den Blick für eine Weiterentwicklung versperrte. Gerade im Gebiet des Schwachsinns — und darüber hinaus ganz allgemein im Gebiet der „atypischen“ Psychosen — verhinderte die Systematik eine individualisierende Auflösung der Krankheitszustände, führte sie zum vielfach mißbrauchten Ausweg in den Begriff der „Pfropfschizophrenie“ und verdeckte die Mannigfaltigkeit der Psychosen der Schwachsinnigen. Auch im Gebiet der psychischen Komplikationen des Schwachsinns, die noch nicht deutlich als psychotische erfaßbar sind, bot die Systematik den Ausweg in den Begriff der psychopathischen Schwachsinnigen, einen Begriff, von dem jeder Kenner weiß, daß er eine besondere

Schwierigkeit andeutet, der aber durch seine Komplexität die Schwierigkeiten der psychiatrischen Erfassung des Einzelfalles in bequemer Weise verdeckt und damit die Trägheit der Praxis durch eine systematische Bezeichnung zu rechtfertigen scheint.

Der andere Grund liegt, wie bereits früher von mir erwähnt, in der Besonderheit der Psychosen der Schwachsinnigen, in ihrer Einförmigkeit und der geringen Produktivität des Schwachsinnigen an psychotischen Einzelsymptomen. Erklärt sich daraus, daß die psychischen Störungen der Schwachsinnigen wenig zur psychopathologischen Analyse anreizen, so bleibt es doch unverständlich, weshalb dieses zahlreiche und durch lange Zeit stationär bleibende Material so wenig zu hirnpathologischen Analysen ausgenutzt wird. Nur wenige Autoren, unter denen an erster Stelle *Eliasberg* und *Feuchtwanger* zu nennen sind, haben eine hirnpathologische Analyse versucht.

Diese stiefmütterliche Behandlung des Schwachsinn mit seinen verschiedenenartigen psychischen Störungen ist um so mehr zu bedauern, als dadurch auch die Erkenntnis versperrt wird, daß jeder angeborene Schwachsinn Ausdruck einer Gehirnschädigung ist, daß Schwachsinnige Gehirnkranken sind und nicht etwa „*Degenerative*“, wie ein auch manchmal heute noch geäußertes, hartnäckig sich erhaltendes Vorurteil behauptet. Es ist zuzugeben, daß der Nachweis der organischen Hirnschädigung für jeden einzelnen Schwachsinnigen heute noch nicht mit Sicherheit zu führen ist. Dieses Unvermögen im Einzelfall kann aber nicht die Geltung unserer Ansicht für die Gesamtheit oder mindestens überwiegende Mehrheit der Schwachsinnfälle erschüttern, denn alle klinischen Gründe, auch außerhalb der Tatsache des Schwachsinn selbst, deuten auf die Hirnschädigung als die organische Grundlage der psychischen Störungen der Schwachsinnigen hin.

Bevor ich weiter auf die cerebrale Schädigung als Grundlage der psychischen Störungen der Schwachsinnigen eingehe, seien kurz einige Krankengeschichten mitgeteilt, die die Drangzustände der Schwachsinnigen beleuchten sollen. Diese Krankengeschichten dienen nur als Modell für eine große Zahl gleichartiger Störungen. Es wurden nur solche Fälle für die vorliegende Untersuchung ausgewählt, die mir zwar aus einem vorübergehenden Aufenthalt in der hiesigen Anstalt bekannt waren, von mir aber nie eingehend untersucht worden sind. Da die Krankengeschichten von einer großen Zahl verschiedener Untersucher angefertigt sind und sich doch, wie sich zeigen wird, weitgehend gleichen, kann darin die beste Gewähr für eine größtmögliche objektive Richtigkeit gesehen werden. Mit Sicherheit ausgeschlossen ist, daß in die an den verschiedensten Orten angefertigten Krankengeschichten Gedanken-gänge des Verf. sich eingeschlichen haben.

*Fall 1.* G. G., geboren 1906, besuchte die Volksschule in A. mit schlechtem Erfolg, blieb wiederholt sitzen, schwänzte die Schule, trieb sich umher und kam

mit 11 Jahren in Fürsorgeerziehung. Hier wanderte sie in kurzer Zeit von einem Heim ins andere, da sie überall Streit mit den anderen Zöglingen und dem Personal bekam. Mit 13 Jahren war sie einmal 4 Monate bettlägerig, da sie sich bei einem Sprung aus dem Fenster, den sie aus Wut unternahm, schwer verletzte. Wegen ihrer Unverträglichkeit und der maßlosen Wutanfälle kam sie 1923 aus der Fürsorgeanstalt in die Heilanstalt zu B.

In B. blieb sie über 1 Jahr, sie zeigte dort ein wechselndes Verhalten, war bald wegen sinnloser Erregungszustände in der Unruhigenabteilung, konnte bald wegen ihres freundlichen, anstelligen Wesens in einer offenen Abteilung sein. Bis zu dieser Zeit war G. Bettlässerin. In einer ihrer verhältnismäßig guten Zeiten wurde sie als erziehungsfähig betrachtet und wieder der Fürsorgeanstalt zugeführt. Die *Diagnose* in B. lautete: *Psychopathie mit Erregungszuständen bei Schwachsinn*.

In der Fürsorgeanstalt in E. konnte G. nicht lange gehalten werden, vom 1. Tage an war sie auffällig, fügte sich in keine Ordnung, war reizbar und erregbar, war aggressiv gegen Zöglinge und Personal und zeigte sich gegen jeden erzieherischen Einfluß als unzugänglich. Nachdem sie einige Tage gereizt verstimmt war, schlug sie plötzlich in ihrem Zimmer sämtliche Möbel und Fensterscheiben entzwei und wurde, 4 Wochen, nachdem sie aus der Anstalt B. entlassen war, der Anstalt in F. wieder zugeführt.

G. befand sich in gutem Allgemeinzustand, sie ist kräftig, gut proportioniert, zeigt keinen groben neurologischen Befund. Gleich bei der Aufnahme ist sie gereizt, ablehnend und hat am Tage nach der Aufnahme bereits eine Schlägerei mit einer Epileptikerin. Sonst hält sie sich in den ersten Wochen zurück, sie ist etwas scheu und manchmal gesperrt, sonst aber ohne große Auffälligkeit. Nach etwa 8 Wochen verschafft sie sich von einem Maurer eine Flasche Goldwasser und betrinkt sich sinnlos. Danach tobt sie wild umher. Von dieser Zeit an tritt sie ganz anders auf, sie zeigt ein gesteigertes Selbstbewußtsein, ist in jeder Beziehung unlenksam. Von dieser Zeit an machte sie bei geringfügigstem Anlaß einen ganz erheblichen Lärm, drohte mit Gewalttätigkeiten, schlug eine Fensterscheibe entzwei, mußte deswegen zur Unruhigenabteilung. Hier trat bald eine Beruhigung ein, aber nach etwa 14 Tagen springt sie plötzlich aus dem Bett und schlägt unerwartet und unmotiviert in brutalster Weise auf eine Mitkranke ein. In dieser Erregung bleibt sie einige Tage, schimpft unflätig auf die Ärzte, schreit laut und anhaltend nach ihrer Mutter. Wieder einige Tage später ist sie ruhig, katzenartig geschmeidig und sucht sich einzuschmeicheln. Nach wieder einigen Wochen ist das Bild wieder geändert, sie ist eine schwere Gefahr für ihre Umgebung, schlägt die Mitkranken, wo sie eben kann, verbündet sich mit anderen Patientinnen zu brutalsten Angriffen auf die ärztliche Visiten. Sie in dieser Zeit als wildgewordene Amazonen zu bezeichnen, ist keine Übertreibung. Plötzlich ist der Sturm durch eine Tafel Schokolade abgeblasen, G. ist freundlich, schmeichlerisch anschmiegsam und gefällt sich darin, für ein geordnetes Benehmen ihrer früheren Kampfgenossinnen Sorge zu tragen.

Im März 1925 wird sie in die Anstalt H. überführt. Hier geht es anfänglich 3 Wochen gut, dann zeigt sie ein verstörtes und aufsässiges Wesen, plötzlich schlägt sie unerwartet und ohne erkennbaren Anlaß 32 Fensterscheiben ein, wobei sie sich nur geringfügig verletzt. Ein Monat später ist sie als bescheiden und freundlich bezeichnet und ist in einer offenen Abteilung. Dieser Zustand hält mit leichten Schwankungen bis zum August 1925 an. In diesem Zeitpunkt wird sie als nicht mehr irrenanstaltspflegebedürftig bezeichnet und nimmt eine Stellung als Hausemädchen an.

Wegen ihres aufgeregten Wesens kann sie sich in allen Stellungen nur kurze Zeit halten und schon nach wenigen Monaten ist sie wieder in einem Fürsorgeheim wegen ihrer Erregungszustände. Im Fürsorgeheim wird sie teils gelobt wegen ihres ausgesprochenen Sinns für Reinlichkeit und Ordnung, teils klagt man über sie wegen ihrer leichten und starken Erregbarkeit. Im Sommer 1926 wurde sie

in einem Krankenhaus in C. als Hausmädchen untergebracht. Dort ging es in den ersten Wochen gut, aber bald zeigte sie sich auch hier wieder als mürrisch, verstimmt, reizbar. Ein heftiger Wutausbruch, am Weihnachtsmorgen 1926, bei dem sie die Schwestern schlug und das ganze Krankenhaus zusammenschrie, veranlaßte die Wiederaufnahme des Mädchens in die Heilanstalt H.

In H. wieder dasselbe Bild. Zuerst freundlich, bescheiden, fleißig, später verstimmt, reizbar, ausfallend, brutal-aggressiv.

Trotzdem der Stand des Schulwissens und der Urteilsfähigkeit keine wesentlichen Züge zu vermitteln vermag, sei zur Kennzeichnung ihres Intelligenzdefektes noch angeführt: (Kaiser ?) „Das weiß ich nicht, wo soll ich das herhaben.“ (Kaiserin ?) „Das weiß ich nicht, ob die tot ist.“ (Kaiser in Holland ?) „Das weiß ich nicht.“ (Krieg 70 ?) Keine Antwort. (Weltkrieg ?) „Das ist doch schon lange her, das weiß ich nicht“ (unwillig). (1 m ?) „100 cm“. (1 Pfund ?) „50 g“. (12 Dutzend ?) „Das kann ich nicht rechnen.“  $107 - 63 =$  „Das kann ich nicht“ usw.

Das geschilderte wechselseitige Verhalten hält während der ganzen Dauer des weiteren Anstaltaufenthaltes an, wenn auch offenbar die Zeiten der Erregung später etwas von ihrer Brutalität verlieren. Ende April 1927 wird G. aus der Anstalt H. zu ihrer Mutter entlassen; aus ihren Briefen geht hervor, daß sie sich in der ersten Zeit bei ihrer Mutter gehalten hat. Weitere Nachrichten fehlen.

Erkundigungen ergeben, daß die Mutter der Kranken und ihre vollsinnigen Geschwister in gutem Ruf stehen, in geordneten Verhältnissen leben und einen ruhigen, gleichmäßigen Charakter haben.

Es handelt sich also um ein schwachsinniges Mädchen, das von früher Jugend an durch unstete Charakterentwicklung auffiel und bei dem sich etwa vom Beginn der Pubertät an eine gesteigerte Triebhaftigkeit zeigte, die sich in brutaler Aggressivität entlädt. Die motorischen Entladungen erscheinen nicht nur der Außenwelt sondern auch der Patientin selbst als „sinnlos“, sie stehen als unverständliche Erscheinungen der übrigen Persönlichkeit gegenüber.

*Fall 2.* H. M. geboren 1905, besuchte 1 Jahr die Normalschule, dann die Hilfsschule, blieb in dieser Zeit mehrfach sitzen. Sie selbst gibt an, daß sie in der Schule immer habe an der Tafel stehen müssen, da sie so unruhig gewesen sei. Die Eltern suchten während der Schulzeit wegen der sehr großen und nicht zu beherrschenden Unruhe des Kindes mehrfach Nervenärzte auf. Das Schulwissen, auf das hier nicht näher eingegangen werden soll, ist minimal, bleibt weit hinter der praktischen Intelligenz der Patientin zurück. Nach der Schulzeit war sie Kindermädchen, später Fabrikarbeiterin, wechselte häufig ihre Stellungen aus den verschiedensten Gründen. So verließ sie eine Stelle, weil sie allein auf der Mansarde schlafen mußte, wo es angeblich von Ratten und Mäusen wimmelte. Sie habe deswegen einen Anfall bekommen und sei daher in die Nervenklinik zu C. gekommen.

Im Jahre 1922 war sie wiederholt wegen psychogener Anfälle und Erregung in der Nervenklinik zu C., von dort aus wurde sie in die Anstalt B. überführt. Als Grund für ihre Anfälle gab sie wiederholte Vergewaltigungen an, die sie in phantastischer Weise immer wieder anders ausschmückte.

In B. hielt sie sich zuerst etwa 2 Wochen ordentlich, plötzlich war sie aus der Anstalt verschwunden, wurde in der Stadt von der Polizei aufgegriffen, angeblich in einem Anfall. Bei der Rückkehr in die Anstalt erzählte sie, daß sie von einem älteren Herrn in ein Weinlokal geführt worden sei. In der folgenden Zeit zeigte sie dann eine Reihe von hysterischen Symptomen, insbesondere Analgesie, die etwa 8 Tage anhielt. In den folgenden Wochen ist sie, meist gegen Abend, aggressiv gegen andere Kranke, zerstört Gegenstände, will nachher nichts davon wissen. Kurze Zeit darauf verläßt sie in Pseudo-Schwesterntracht die Anstalt, wird bald

wieder zurückgebracht. In den beiden nächsten Monaten ist sie ordentlich und eifrig. Im März 1923 läuft sie wieder aus der Anstalt fort, treibt sich am Bahnhof umher, um eine Fahrkarte in ihre Heimat zu bekommen, gibt einen falschen Namen an und motiviert ihren Fortgang aus der Anstalt damit, daß sie zum Namenstag ihres Vaters fahren wollte. In dieser Zeit ist sie ständig erregt, stiftet Unfrieden unter den Patienten und schlägt sich mit diesen. In den beiden nächsten Monaten ist sie dagegen freundlich, ordentlich, fleißig, und bietet außer dem Schwachsinn und dessen direkten Folgen keine psychischen Erscheinungen. Die *Diagnose* bei der Entlassung im Mai 1923 lautete: *Hystero-Epilepsie bei Imbezillität*.

Wiedereinlieferung im Juli 1923. Die Eltern bitten, ihre Tochter in eine Zwangsarbeitsanstalt zu stecken. Sie selbst gibt an, daß sie aus ihrer letzten Stellung fortgelaufen sei, weil diese ihr zu schwer gewesen sei. Außer mehrfachem Entweichen bietet sie nichts Besonderes.

Bei einer Entweichung ließ sie sich unter falschem Namen in ein Krankenhaus in W. aufnehmen, erzwang dort eine gynäkologische Operation, lief aus dem Krankenhaus fort, ohne daß die Wunde geheilt war. In der Folgezeit gab sie mehrfach an, ihre Eltern seien tot, das sage ihr eine innere Stimme, sonst bot sie außer dem wechselvollen Verhalten nichts Besonderes. Im Dezember 1923 endgültig aus B. entwischen.

M. begab sich danach zu ihrer Schwester nach L., die sie aber nicht aufnahm. Sie versuchte sich auf dem Bahnhof das Leben zu nehmen und wurde deswegen in die Anstalt J. gebracht. Von dort aus wurde sie auf Wunsch der Eltern nach F. überführt. *Diagnose* in J.: *Hystero-Epilepsie*.

Aufenthalt in F. von Juni 1924 bis Februar 1925, in dieser Zeit einmal entwischen. In F. zuerst ruhiges und geordnetes Verhalten, lacht, springt und spielt wie ein Kind, ist stets vergnügt und verträglich. Nach einigen Wochen verstimmt und erregt, mußte längere Zeit im Dauerbad gehalten werden.

Körperlich: Kleines Mädchen in gutem Allgemeinzustand, ausgesprochen mongoloider Typ, Babinski rechts +, sonst neurologisch und intern o. B. — Familie: Von 14 Geschwistern 6 klein gestorben, 1 Schwester in der Anstalt B. wegen Epilepsie.

Nach der einzigen Flucht von F. gibt sie an, daß sie von dem Stationsvorsteher in B. vergewaltigt worden sei. In der Folgezeit, etwa in monatlichen Abständen, Wechsel zwischen leichter Lenkbarkeit, Erregtheit und Gewalttätigkeit. In solchen gewalttätigen Phasen versucht sie Teile von den Eisenbetten loszureißen, um damit auf Kranke oder Ärzte loszugehen; auch in den Zeiten großer Erregung ist sie durch einen unerwarteten Scherz usw. fast momentan abzulenken.

Von März 1925 bis März 1926 Aufenthalt in H. Dort gleich nach ihrem Eintritt erregt, schlägt Scheiben ein, motiviert das damit, „ich hatte plötzlich solche Sehnsucht nach F. bekommen“. In H. in der ersten Zeit erregt, besonders aggressiv gegen die Ärzte, im nächsten Monat ruhig und ordentlich. Plötzlich redet sie viel von Selbstmord, will nicht im Schlafsaal sein, sondern nur im Wachsaal schlafen, da sie im Dunkeln Angst habe und der Trieb zum Fenster einschlagen in ihr wachse. „Ich weiß nicht weshalb, das kommt so über mich, ich mag nicht mehr leben.“ Entweicht zu dieser Zeit aus der Anstalt, versucht sich vor ein Auto zu werfen, erzählt nach ihrer Rückkehr, daß sie von 4 Herren betäubt worden sei, sie könne sich an nichts mehr entsinnen. Die nächsten Krankenblatt eingrungen zeigen, daß der Zustand der Verstimmung, Erregung und Reizbarkeit über 2 Monate hin anhält, sie hat viel Streit und Schlägereien mit Fürsorgezöglingen und Ärzten. Nach weiterem Wechsel in der bisherigen Weise entfernt sie sich im März 1926 aus der Anstalt H. Die Entlassungsdiagnose lautete: *Imbezillität + hysterische Degeneration*. 1 Jahr später teilte sie mit, daß sie glücklich verheiratet sei.

In diesem Falle hat der Schwachsinn einen erheblicheren Grad als im vorhergehenden. Die Triebunruhe macht sich schon in früher Jugend sehr störend bemerkbar, von der Pubertät an ist sie erheblich gesteigert. Eine Schwester der Kranken ist Epileptikerin, die Kranke selbst weist organische Symptome auf. Neben länger dauernden Verstimmungszuständen ist triebhaftes Fortlaufen und plötzliche Erregung vorhanden. Die Erregung ist Ausdruck einer inneren Drangunruhe, die durch fremde Eindrücke überraschend gut lenkbar ist.

*Fall 3.* L. V., geboren 1902, besuchte die Normalschule, blieb mehrfach sitzen. Von Kindheit an war sie immer sehr aufgeregzt, ist Bettlägerin. Sie gibt an, daß ihr häufiger Stellenwechsel wegen des Bettlägersseins erfolgt sei. Schon in den letzten Schuljahren sei sie außergewöhnlich reizbar und aufgeregzt gewesen und habe deswegen vom 10. Jahr an in der Schule nicht mehr mitgekonnt.

1924 wird sie in kurzer Zeit dreimal hintereinander in der Nervenklinik zu G. aufgenommen. Die Aufnahme erfolgte jedesmal wegen Kopfschmerzen, Angstzuständen und Wutanfällen von kurzer Dauer. Nach deren Abklingen tut ihr die Erregung und deren Folgen immer leid. Wegen Bedrohung der Mitkranke und des Personals wurde sie im Januar 1925 in die Anstalt zu F. verlegt.

In F. wurde sie in großer motorischer Unruhe eingeliefert, auf irgendwelche Ansprache ging sie nicht ein, mußte tagelang im Dauerbad bleiben. Nach 3 Tagen war sie ruhig, gab willig Auskunft, zeigte sich völlig orientiert, auch über die Zeit der Erregung. Sie gab an, daß sie in diesen Zeiten der Erregung das Gefühl habe, als ob ihr Bruder immer ihren Namen rufe. „Wenn jemand aufgeregzt ist, werde ich auch aufgeregzt, meine ich, ich müßte auch dazwischen sein. Nachher bin ich ihnen gut, dann tut es mir leid. Ich gehe gegen meine Krankheit tüchtig an.“ Sie drängt sehr auf eine ruhige Abteilung, da die Unruhe sie zum Schreien und Lautsein reize. Im ganzen Wesen zeigt sie sich unberechenbar, oft freundlich und zugänglich, dann wieder erregt und brutal. Wenn sie den Arzt bei der Visite freundlich lächelnd mit Handschlag begrüßt hat, fällt sie ihn unter Umständen sofort hinterher plötzlich und unmotiviert an, sucht ihn zu erwürgen und zu schlagen unter Schimpfworten wie „Hurenkerl, Schweinhund“. Im nächsten Augenblick entschuldigt sie sich, sagt, es tue ihr leid, die Worte kämen so, ohne daß sie dagegen angehen könne, aus ihrem Mund. So bleibt der Zustand längere Zeit. Sie verspricht alles Gute und schimpft gleich darauf in den übelsten Ausdrücken, fällt den Abteilungsarzt bei jeder Gelegenheit tätlich an. Bittet sofort hinterher um Verzeihung, es sei so sonderbar in ihr, sie müsse so schimpfen und zuschlagen, es treibe sie gewaltsam.

Der Zustand hält in gleicher Weise 2 Monate an bis zur Überführung nach H. Dort unverändert, erregt aggressiv, greift Ärzte und Kranke an, schlägt plötzlich Fensterscheiben ein. Nach einigen Tagen Eintritt einer Änderung, die etwa 3 Wochen anhielt. Dann schlug sie plötzlich im Klosett eine Fensterscheibe ein, weil sie sich das Leben nehmen wollte. „Ich habe doch nichts vom Leben. In solchen Augenblicken kenne ich mich gar nicht, bekomme eigenartige Gedanken, ganz schlimm.“ Besonders ist sie nachts in dieser Zeit erregt, lärmst und schreit, „wenn ich nicht schlafen kann, sollen die anderen auch nicht schlafen“, greift besonders die Ärzte an. In dieser Weise wechselt der Zustand, bald ist sie ruhig und fleißig, bald gereizt verstimmt mit allem unzufrieden und droht, das ganze Haus einzuschlagen, zerreißt dauernd Wäsche und schlägt Scheiben ein. „Ich gehorche keinem und wenn ich 10 Packungen bekomme, ihr könnt noch was erleben“, im nächsten Augenblick wieder freundlich und zugänglich, dann wieder aus geringsten Anlässen explodierend, häufig auch ohne jeden Anlaß. Schließlich, nach

mancherlei hin und her, wieder auf einer offenen Abteilung, wird sie am 1. 10. 25 vom Vater in H. abgeholt; ungeheilt von *hysterisch-psychopathischer Psychose bei Schwachsinn*.

Schon am nächsten Tage erfolgt die Wiederaufnahme in die Nervenklinik G. wegen großer Erregung, in der sie ihre Angehörigen mit einem Beil bedrohte. Am 27. 10. Überführung nach F. in gleichem erregten Zustande, der 3 Wochen anhielt. Dann 4 Wochen Beruhigung und einige Zeit später wieder Erregungszustände; überführt nach H. Dieser Erregungszustand hält etwa 4 Wochen an. (Weshalb so aufgeregert?) „Im Handumdrehen kommt das.“ Einige Tage später hat sie freien Ausgang und weitere 3 Wochen darauf sind Erregungszustände mit Zerreissen von Wäsche und Beschädigen von Türen usw. wieder an der Tagesordnung. Insbesondere das Schlagen anderer unruhiger Kranker ist störend. Während der nächsten Monate bleibt dieser Zustand im wesentlichen unverändert, etwa 2 Wochen lang halten die guten Zeiten an, dann folgen Zeiten von etwa dreiwöchentlicher Dauer mit größter Erregung. Nach solchen Erregungszuständen meint sie einmal, „warum muß ich denn immer so schimpfen. In der Aufregung kenne ich mich selbst nicht, und was mir gerade zuerst in die Hände kommt, vernichte ich. Ebenso mit den Schimpfwörtern ist es mir gar nicht bedacht. Wenn ich dann zur Ruhe komme, tut es mir bitter leid, daß ich solches angerichtet habe“. Im Oktober 1926 auf Wunsch der Eltern überführt nach D.

In D. wieder dasselbe Bild: Die Eltern flehen darum, daß die Tochter gut bewahrt werde, damit sie nicht fortlaufen könne, sie ständen jetzt noch unter dem schreckenerregenden Eindruck der vorjährigen Beurlaubung. Kurze Zeit später machen die Patienten der Abteilung eine Eingabe: „Sehr geehrter Herr Oberarzt. Befreien Sie uns von dieser Bestie oder wir wollen entlassen sein.“ Sie gibt damals an, daß sie für ihre Erregung keinerlei Grund wisse, sie gerate dann in einen Zustand der Spannung und Erregung, der unerträglich sei. Passiere dann etwas auf der Abteilung, so bezöge sie das alles auf sich und gerate außer sich vor Wut; sie könne sich nicht halten, obwohl sie sich alle Mühe gäbe. Nach einigen Wochen wird sie als Hauskranke bei der Oberin der Anstalt beschäftigt und hat freien Ausgang. Zwischendurch begeht sie Gewalttätigkeiten, zerstört, was sie erwischen kann, schlägt Kranke und Personal, ist aber immer schnell wieder beruhigt. Ein Urlaub im Sommer 1927 verläuft ohne Störungen, kurze Zeit darauf wieder heftige Zusammenstöße mit Ärzten und Personal. Das restliche Krankenblatt der Jahre 1927, 1928 und 1929 zeigt immer wieder denselben Wechsel. Am 3. 6. 29 aus D. entwichen.

Am 4. 7. 29 Wiederaufnahme in die Nervenklinik G., am 5. 7. Überweisung nach F. wegen *Hysterie und Epilepsie*. Die Aufnahme erfolgte, da sie auf dem Wohlfahrtsamt mehrere Scheiben einschlug. Am 14. 8. 29 nach H. überführt. War bis dahin in F. leidlich. Bis Februar 1930 in H. der früher bekannte Wechsel, dann auf Wunsch der Eltern nach J. überführt. In J. wird sie als ruhig und sachlich, klar und freundlich geschildert, als fleißig und geschickt. Nach einigen Tagen „ohne Grund maßlos gebärdet bei der ärztlichen Visite“, sofort aus dem Saal geführt, trat Beruhigung ein. Bei der nächsten Menses fällt sie plötzlich über eine andere Patientin her, sagt am nächsten Tag, „ich weiß nicht, was das ist, seit einem Jahr vergreife ich mich auch an tote Gegenstände, ich will das gar nicht“. Im April 1930 leichte Temperatursteigerung, Eiweiß und massenhaft weiße und rote Blutkörperchen im Urin. Im Mai 1930 operative Entfernung einer Haarnadel aus der Blase, in dieser Zeit teils ruhig, teils erregt. Nach 14 Tagen Abheilung der Wunde, keine Temperatur mehr. In den nächsten Monaten meistens maßlos erregt, an einzelnen Tagen ruhig und freundlich. Am 5. 9. 30 Temperaturanstieg, leichte Benommenheit, am 7. 9. 30 Exitus an Nephritis. *Klinische Diagnose: Imbezillität + Psychopathie.*

Es wurde darauf verzichtet, durch eingehendere Darstellung des mangelnden Schulwissens und der Urteilsschwäche ein Bild von dem Umfang des intellektuellen Schwachsinn zu geben, da der Schwachsinn zwar eine unerlässliche Voraussetzung nicht aber ein bedeutsamer Wesenszug in der bestehenden Drangunruhe ist. Auch in diesem Falle sehen wir, wie die Patientin von früher Jugend an durch besondere Unruhe und Erregbarkeit störend auffällt und wie es dann nach Beendigung der Pubertät zu brutalsten Erregungen ohne äußeren Anlaß oder gelegentlich auch mit einem solchen kommt. Die Kranke ist Bettnässerin. Irgendwelche anfallsartigen Erscheinungen motorischer Art werden bis zum Tode nie beobachtet.

Nicht wesentlich anders liegen die Verhältnisse im folgenden Fall, der daher nur noch kurz dargestellt werden soll.

*Fall 4.* J. K., geboren 1910, besuchte die Volksschule, blieb zweimal sitzen; war bis zum 16. Lebensjahr Bettnässerin. Nach ihrer eigenen Angabe und nach denen der unzuverlässigen Mutter sei sie als Kind nicht besonders schwierig gewesen (die Angaben erscheinen besonders deswegen unglaublich, weil noch zwei weitere Geschwister mit denselben Erscheinungen wie die Patientin uns bekannt sind).

In den verschiedenen Stellungen, die sie als Hausmädchen hatte, wurde sie entlassen, teils wegen ihres Bettnässens, teils wegen Selbstmordabsichten. So habe sie in einer Stellung einmal ohne äußeren Anlaß versucht, sich die Pulsadern zu öffnen, in einer anderen Stellung sich durch Kleesalz zu vergiften, deswegen entlassen. Sie habe solche Wehmut, solche Schwermut darüber, daß ihr Stiefvater sich habe an ihr vergehen wollen. Deswegen sei sie in ein Kloster gekommen, wo man sie aber nicht habe halten können, da sie nachts immer Sturm gemacht habe. Sie träume nachts ängstlich, nässe deswegen ein und werde erregt. Auch tagsüber sei sie oft so erregt, dann könne sie sich selbst etwas antun oder auf andere losgehen. „Es ist doch nichts dabei, wenn man das macht, man kann doch nichts dazu.“

Wegen Erregung und erneuter Selbstmordabsichten September 1930 in der Anstalt F. aufgenommen. Hier zeigt sie sich ungehemmt, labil, leicht weinend, leicht widerspenstig. Für ihre Geistesart charakteristisch ist ihre Antwort auf die Frage nach dem Unterschied von Fluß und Teich, „der Fluß fließt und im Teich sind Enten drin; der Teich fließt doch breit“. Vorläufige *Diagnose: Schwachsinn + Psychopathie*. In den ersten 4 Wochen war sie ziemlich unauffällig, dann versuchte sie sich nach einem Zank mit einer anderen Kranken mit einem Messer die Pulsader zu öffnen, war aber sofort wieder zu beruhigen.

In den nächsten Monaten abwechselnd zugänglich, fleißig, dann wieder maßlos erregt, schimpfend und schreiend sowie gewalttätig. Stürzt sich plötzlich auf andere Patienten, droht Fensterscheiben einzuschlagen. Auf dem Kostümball der Anstalt ging es zuerst gut, dann bat sie selbst darum, zur Abteilung gebracht zu werden und wurde anschließend — ohne äußeren Grund — maßlos erregt. Keine elektrische Übererregbarkeit, lehnt psychotherapeutische und Arzneibehandlung ab. Nach 4 Wochen Beruhigung. Es bildet sich eine Phlyktäne am linken Auge, sie meint dazu, die Oberpflegerin wolle ihr Auge haben, diese wolle das Auge als Zierrat auf ihren Nachttisch stellen, deswegen werde sie so schlecht behandelt. Während der bestehenden Augenerkrankung wieder Zunahme der Erregung, schmeißt Tassen und Scheiben entzwei, tritt ununterbrochen gegen die Türen, schlägt Kranke und Personal. Am 11. 4. 31 überführt nach H.

In H. zuerst ruhig, gibt zu, daß ihr Benehmen in F. sehr häßlich gewesen sei, ist bei der Exploration ungehemmt. Allmählich entwickelt sich ein Zustand, in

dem sie in großsprecherischer Weise mit Gewalttätigkeiten droht, nach etwa vierwöchentlichem Aufenthalt in H. geht sie zu diesen über, gerät in stärkste Erregung, hat es insbesondere auf Patienten und Fensterscheiben abgesehen. Am 8. 6. 31 gegen ärztlichen Rat ungeheilt aus der Anstalt abgeholt.

Nach knapp 2 Wochen Wiederaufnahme in F. Wenn die Eltern gewußt hätten, wie schlimm es ist, hätten sie sie nicht aus der Anstalt geholt; zu Hause hat sie mit dem Beil um sich geschlagen. Wird als gemeingefährliche Geisteskrank erklär. Am 4. 7. 31 wieder nach H. Seitdem wechselnd gereizt, verstimmt, voll innerer Spannung, aggressiv, dann zugänglich, freundlich, fleißig und mit freier Bewegung. Der Zustand hält bis jetzt unverändert an. Die Patientin befindet sich noch in H.

Der Fall weist große Ähnlichkeit mit dem vorhergehenden auf. Auch hier sehen wir einen Wechsel zwischen Zeiten, in denen die Patientin geordnet, zugänglich und leicht lenkbar ist und solchen von Verstimmtung, Gereiztheit, Aggressivität ohne äußeren Anlaß; auch hier wieder ein lange bestehendes Bettlässen.

Man könnte die Zahl der Krankenschilderungen noch um ein Vielfaches vermehren. Es würde sich dadurch aber kaum der Eindruck verstärken lassen, der aus den bisherigen Schilderungen schon als stärkster zu gewinnen ist, der Eindruck der außerordentlichen *Gleichförmigkeit der Krankheitsabläufe*, der typischen Wiederholung. Diese wiederkehrende Gleichförmigkeit in den von den verschiedensten Untersuchern angefertigten Krankenblättern geht weit über den Rahmen des Zufälligen hinaus, ist auch nicht etwa bedingt durch die Begrenztheit des sprachlichen Ausdrucksvermögens, sondern weist zwingend darauf hin, daß es sich um eine *klinisch einheitliche Gruppe von Krankheitsbildern* handelt. Um diesen zwingenden Eindruck nicht unnötig zu verwischen, wurde auf die ausführliche Darstellung psychiatrischer Lebensläufe und des gesamten psychischen Befundes verzichtet, jedoch bieten unseres Erachtens die mitgeteilten Daten genügend Anhaltspunkte dafür, um zu zeigen, wie sich die individuellen Krankheitserscheinungen in den Einzelfällen mit den allgemein gültigen mischten.

Hier handelt es sich nur um die allgemein gültigen Grundzüge. Von diesen sei zuerst erwähnt, daß es sich in allen Fällen um Schwachsinnige handelt, um Imbezille schwereren und leichteren Grades. Die Tatsache des bestehenden Schwachsinns ist für das Verständnis der psychischen Störungen von grundlegender Bedeutung, denn der Schwachsinn ist nur ein Symptom der organischen Hirnschädigung. Allerdings wies nur in einem der mitgeteilten Fälle ein positives Babinskisches Phänomen auf eine grob-materielle Schädigung hin. Dieser vereinzelte Befund entspricht aber nicht voll den Verhältnissen der Wirklichkeit, denn es ist nur allzuleicht erklärlich, daß bei den unruhigen Kranken ein leichterer organischer Befund der Feststellung entgeht. Diese Lücke wird ausgefüllt durch die Befunde, die ich bei männlichen Imbezillen mit den gleichen episodischen psychischen Störungen, wie sie bei den weiblichen Kranken oben geschildert sind, erhob; bei diesen männlichen

Imbezillen mit den gleichen Drangzuständen konnte ich stets leichte organische Symptome in Form von Konvergenzlähmung, vereinzelten spastischen Reflexen, Asynergien usw. nachweisen. Erst durch diesen Nachweis eindeutig organisch-cerebraler Symptome bei den zu dieser klar erfaßbaren Gruppe gehörigen Krankheitszuständen werden die Drangzustände als sicher auf organischer Grundlage beruhend erhellt.

Trotz des organischen Befundes ist in keinem Falle eine noch wirksame Gehirnkrankheit anzunehmen. Hier ist in erster Linie an die epidemische Encephalitis mit ihren Folgeerscheinungen zu denken. Vergleicht man die hier beschriebenen Zustände mit den von *Thiele* u. v. a. nach epidemischer Encephalitis beschriebenen, so ist, worauf noch zurückzukommen sein wird, eine bis in viele Einzelheiten reichende Gleichheit unverkennbar. Wenn man außerdem berücksichtigt, daß manche in frühester Jugend an akuter epidemischer Encephalitis Erkrankte später schwachsinnig werden und bedenkt, daß die akute Encephalitis so bland verlaufen kann, daß sie später nicht mehr anamnestisch als akute Erkrankung sicherzustellen ist, so liegt der Einwand nahe, daß es sich hier um nichts anderes als um unerkannte Encephalitiker handeln könnte. Ein derartiger Einwand kann von uns allerdings nicht als stichhaltig anerkannt werden; denn einmal ist es nicht bekannt, daß akute Encephalitiden, die derartig leicht verlaufen sind, daß sie später nicht mehr als solche erkennbar sind, späterhin zu Schwachsinnzuständen führen, und zweitens ergab sich in den vorliegenden Fällen trotz sorgfältiger Beachtung weder aus der Anamnese noch aus dem gegenwärtigen Befund irgendein begründeter Anhaltspunkt für die Annahme einer chronischen Encephalitis; es konnte im Gegenteil für die älteren Fälle sichergestellt werden, daß der Schwachsinn bereits vorlag lange vor der epidemiologischen Möglichkeit der Encephalitis. Auch für die Annahme der Kombination von Schwachsinn + Encephalitis epidemica fand sich nicht der geringste Anhaltspunkt. Trotz weitgehender Übereinstimmung mit den entsprechenden Erscheinungen bei der chronischen Encephalitis sind sie mit diesen nicht völlig zu identifizieren. Die hier beschriebenen Zustände behalten ihre Bedeutung als selbständige Erscheinungsformen im Rahmen des angeborenen Schwachsinns.

Ähnlich liegen die Verhältnisse in bezug auf die Epilepsie. Auch hier sind die Ähnlichkeiten der Verstimmungszustände, der überraschend einsetzenden brutalen Gewalthandlungen unverkennbar. Hinzu kommt noch, daß in der Hälfte der Fälle klare erbbiologische Beziehungen zu epileptischen Erkrankungen vorhanden sind, und daß über — allerdings unklar gebliebene — eigene Anfallserscheinungen von den Kranken berichtet wird, sowie das in allen Fällen vorhandene Bettlässigkeit. Jedoch hat die jahrelange Beobachtung in keinem Fall sichere Anzeichen der Epilepsie wie Krampfanfälle, Absenzen, Dämmerzustände oder die epileptische psychische Dauerveränderung erkennen lassen.

*Wir erkennen also enge Beziehungen und weitgehende Ähnlichkeiten mit gewissen psychischen Ausnahmezuständen der epidemischen chronischen Encephalitis und der Krankheitsgruppe Epilepsie an, können diese aber keineswegs mit den Drangzuständen der Schwachsinnigen voll identifizieren. Der gemeinsame Grund, aus dem heraus bei allen drei Krankheitsgruppen die ähnlichen seelischen Ausnahmezustände erwachsen, ist die organische Hirnschädigung, die Encephalopathie.*

Nur kurz sind die Beziehungen zu anderen psychischen Störungen zu erwähnen. Die Art der motorischen Unruhe ohne eine Spur von freudiger Gehobenheit, ideenflüchtigen und ähnlichen Erscheinungen läßt die Annahme einer Manie völlig abwegig erscheinen. Auch die aus dem unklaren Drang heraus erwachsenden gelegentlichen Selbstbeschädigungen der Patienten berechtigen nicht zur Identifizierung dieser Handlungen mit entsprechenden katatonen Selbstverstümmelungen; es fehlte diesen Kranken mit Sicherheit alles Schizophrene. Das gilt selbst für den Fall 4, der zeitweilig paranoide Ideen äußerte, der aber sonst keinerlei schizophrenieverdächtige Symptome bot. Wie ich früher bereits nachgewiesen habe, ist das Auftreten von Wahnideen und Sinnestäuschungen bei Schwachsinnigen nicht gleichzusetzen mit der Entwicklung eines schizophrenen Prozesses.

Es sei noch auf einige weitere Beziehungen hingewiesen, die die Drangzustände bei Schwachsinn mit ähnlichen Erscheinungen bei Epilepsie und Encephalitis verbinden, aber gleichzeitig sollen einige weitere trennende Merkmale hervorgehoben werden. Die äußere Ähnlichkeit mit epileptischen Erregungen beruht in der häufigen Plötzlichkeit und Brutalität des einzelnen Erregungszustandes. Hinzu kommt noch, daß in den Fällen 3 und 4 die Einzelerregung aus dem Boden einer phasischen mißmutigen Verstimmung erwuchs, die durch ihre Eigenart als epileptoide Verstimmung zu bezeichnen ist. Jedoch handelt es sich hier offenbar nur um einen fakultativen Vorgang, denn in den Fällen 1 und 2, die nicht weniger aggressiv waren, vermissen wir epileptoide Verstimmungen als Nährboden der Einzelerregungen. Es ist weiterhin zu betonen, daß niemals eine Bewußtseinstrübung wie bei epileptischen Erregungen vorhanden ist. Zwar hat man auf der Höhe der Erregung nicht selten den Eindruck einer affektiv bedingten Bewußtseinsänderung, jedoch sind echte Bewußtseinstrübungen mit Amnesie nie zu beobachten; ihr Vorhandensein müßte überdies gegebenfalls zu der Erwägung veranlassen, ob nicht der ganze Krankheitsablauf ein epileptischer ist.

Bis in fast alle symptomatologischen Einzelheiten besteht jedoch Übereinstimmung mit den Drangzuständen bei jugendlichen Encephalitikern. Aber im ganzen finden sich auch hier noch Unterschiede. Während z. B. bei der Encephalitis die Drangzustände nach Häufigkeit und Schwere nach Beendigung der Pubertät nachzulassen pflegen bis zu ihrem Versiegen in der Akinese des erwachsenen Encephalitikers, sehen wir

bei den Drangzuständen der Schwachsinnigen eine andere zeitliche Verteilung. Wir sehen, wie sich bei den von Jugend auf unruhigen und unsteten Schwachsinnigen vorwiegend in der zweiten Hälfte der Pubertät Drangzustände entwickeln, die ihren Höhepunkt in der Nachpubertätszeit finden. Gleich wie bei den Encephalitikern, sehen wir auch bei den Drangzuständen der Schwachsinnigen nach einigen Jahren ein Versiegen, ohne daß selbstverständlich hier jemals ein Parkinsonismus resultiert. Es handelt sich bei diesen von Jugend auf unsteten Menschen auch nach Abklingen des Dranges mindestens noch jahrelang um besonders schwierig zu behandelnde und empfindliche Menschen.

Wie hat man das Auftreten der Drangzustände in der zweiten Hälfte der Pubertät und ihr Abklingen nach einigen Jahren aufzufassen? Die Tatsache, daß sie ohne Verschlechterung im organisch-neurologischen und psychischen Befund abklingen, macht es unwahrscheinlich, daß ihrem Auftreten eine Änderung in der organischen Grundstörung entspricht. Vielmehr erscheint es wahrscheinlich, daß die schon gemeinhin mit der Pubertät verbundene seelische Auflockerung bei diesen Schwachsinnigen in ihrer Wirksamkeit so verstärkt auftritt, daß der Manifestierung der Drangunruhe keine Widerstände mehr entgegengesetzt und über die Zeit der eigentlichen biologischen Pubertät hinaus für Jahre hin nachwirkend ein Zustand besonderer Psycholabilität und Reagibilität geschaffen wird, der erst verspätet in die in ihrem individuellen Ausmaß wechselnde Ausgeglichenheit des erwachsenen Lebensalters mündet. Daß außerdem die Zeitdauer des Auftretens der Drangzustände durch ihren wechselnden Wert als psychodynamische Erlebnisfaktoren bestimmt wird, scheint sicher zu sein.

Sucht man in der Literatur nach den hier geschilderten Typen, so findet man sie teils bezeichnet als erziehungsunfähige, schwachsinnige Psychopathen, teils als erethische Imbezille. Auch unsere Fälle würden von einem Anhänger dieses am rein äußerlichen Merkmal der Unruhe gebildeten Begriffs hierunter angeführt werden, doch spricht allein schon die Schilderung dafür, daß derartige Fälle in der nichtssagenden Nomenklatur der erethisch Imbezillen mehr unter — als aufgehen.

In der umfangreichen Literatur über Jugendverwahrlosung und Fürsorgeerziehung finden die Schwachsinnigen mit „psychopathischen“ Eigenschaften, d. h. die mit „Triebstörungen und ethischen Störungen“, wie die hier geschilderten Zustände meist benannt sind, weitgehende Berücksichtigung, aber fast nur eine statistische Auswertung. Wir ersehen daraus, daß *Imbezille und insbesondere schwachsinnige Fürsorgezöglinge bis zu 90% aller Fälle Zustände wie die hier geschilderten zeigen*. Wir ersehen aber weiterhin daraus, wie häufig man sich in den interessierten Kreisen mit der Feststellung des statistischen Zusammenhangs begnügt, wie wenig Verständnis man aber dem Wesen dieser Zustände entgegenbringt. *Madisson* hat den Mut, das zuzugestehen, wenn er schreibt,

daß das Verhalten derartiger Kräcker oft direkt unverständlich ist, daß es unerklärbar ist, wenn sie ohne äußersten Anlaß mitten aus guter Stimmung heraus Wutanfälle usw. bekommen.

Das Verständnis liegt nahe, wenn man den Kranken vorurteilslos beobachtet. Dann zeigt es sich, daß zwar ein gewisser Teil aus der Kette der Erregungszustände reaktiv ausgelöst ist, daß weiterhin manchmal der Charakter ihrer Erscheinungsform einem gewissen Wechsel unterworfen ist, daß sogar gelegentlich der Eindruck des Absichtlichen und Demonstrativen hervorgerufen wird, also Merkmale hat, die, wenn auch ohne stichhaltigen Grund, gemeinhin als „psychopathische“ bezeichnet werden, daß es sich aber bei allen diesen Merkmalen nicht um konstante Voraussetzungen der Erregungszustände handelt, sondern um zeitlich und individuell schwankende ausschmückende Nebensächlichkeiten. Gerade das Schwanken des zeitlichen Faktors zeigt sich besonders deutlich darin, daß dieselben Reize nicht zu allen Zeiten gleich wirksam sind, daß sie nur in begrenzten Phasen zum „reaktiven“ Auftreten von Erregungszuständen führen. *Wir haben daher die wesentlichste Voraussetzung der Unruhezustände nicht in äußeren Reizen sondern in inneren Ursachen zu suchen.*

Versuchen wir noch tiefer in das Wesen der Unruhezustände einzudringen, so ergibt sich uns daraus geradezu zwangsläufig die Berechtigung zu ihrer Bezeichnung als Drangzustände, wie wir diese bisher schon anwandten. Wir sehen, wie in allen Fällen ein Zustand innerer Spannung auftritt, der die Kranken gegen ihren Willen übermannnt und oft zu brutalen Gewalttätigkeiten treibt. Spätestens nach ihrem Abschluß, oft auch in einer leichten Dämpfung während der Erregung erklären die Kranken, daß ihnen ihr Verhalten unerklärlich sei, daß es ungewollt und ihnen unangenehm sei. Und doch tobt sich bei diesen Kranken, die in anderen Zeiten ruhig, freundlich und beeinflußbar sind, vielleicht im unmittelbaren Anschluß an eine derartige Erklärung die dranghafte Unruhe weiter aus. Als dranghaft ist diese Unruhe auch deswegen zu bezeichnen, weil sie nicht zielstrebig gerichtet ist, weil sie „ihr Objekt findet“ (Thiele), weil sie — zuerst eine amorphe seelische Spannung — sich an den äußeren Dingen mehr oder weniger zufällig hochschrütt, in der Objektwahl schnell wechselnd, sich bald an Kranken, Personal und Ärzten, bald an Tassen, Türen und Scheiben ausläßt, bald als rücksichtsloser Selbstbeschädigungsdrang sich gegen den Kranken selbst richtet. Endlich ist zu betonen, daß die dranghafte Unruhe sich nicht ausschließlich in asozialem Verhalten äußert, sondern ebenso in zwecklosen Handlungen ohne antisoziale Tendenz und selbst als dranghafte Unruhe bei einer geregelten Arbeit.

Alle diese Merkmale beweisen eindeutig, daß es sich auch beim Schwachsinn um *echte Drangzustände* handelt, wie sie von der chronischen Encephalitis her wohl bekannt sind. Der Versuch, in den Drangzuständen

der Encephalitiker den Ausdruck einer besonderen „psychopathischen“ Veranlagung zu sehen, ist gescheitert. Dasselbe ist auf die Drangzustände der Schwachsinnigen anzuwenden. *Auch hier handelt es sich nicht um eine Kombination von Schwachsinn und Psychopathie — also eine Abnormität im Seelischen — sondern die Drangzustände der Schwachsinnigen sind der konkommittierende Ausdruck derselben organischen Hirnschädigung, die auch den intellektuellen Schwachsinn hervorruft; für das Individuum bedeuten sie durchaus einen organischen Zwang.*

Natürlich ist damit nicht gesagt, daß jede Erregung bei einem Schwachsinnigen Ausdruck einer inneren Drangunruhe ist. Die Annahme bedarf der jedesmaligen besonderen Feststellung, aber die Schilderungen der „psychopathischen“ Schwachsinnigen in der Literatur zeigen, daß eine weite Ausdehnung des Begriffs der organischen Drangzustände bei Schwachsinnigen vonnöten ist. Auf diese Tatsache habe ich bereits vor einigen Jahren hingewiesen, als ich den episodischen Psychosen der Schwachsinnigen die Gruppe der encephalopathischen Grenzfälle zuordnete; um einen Spezialfall aus dieser Gruppe handelt es sich bei den Drangzuständen.

Nach unseren — naturgemäß noch beschränkten — Erfahrungen scheinen die Drangzustände bei Frauen doppelt so häufig zu sein wie bei Männern. Auch haben wir so schwere Zustände wie die oben angeführten bisher nur bei Mädchen gesehen, wenn auch die Drangzustände der männlichen jugendlichen Schwachsinnigen sich in prinzipiell gleicher Weise äußerten. Immerhin ist bisher die Möglichkeit nicht auszuschließen, daß die bisher beobachteten Geschlechtsdifferenzen in der Schwere der Symptome nur auf der Besonderheit in der Zusammensetzung unseres eigenen Beobachtungsmaterials beruhen, daß die in der Schwere der Drangzustände entsprechenden männlichen Schwachsinnigen sich in den Bewahrungshäusern befinden.

Das Verständnis, das aus einer derartigen Einstellung zu den häufigsten Unruheerscheinungen der Schwachsinnigen erwächst, ist nicht ohne praktische Folgen. Es zwingt uns zu einer stärkeren individualisierenden Analyse der Schwachsinnigen und ihrer Erregungszustände. Es folgt weiterhin daraus, daß, wenn wir den organischen Zwang der inneren Drangunruhe erkannt haben, wir nicht den untauglichen Versuch normal-psychologischer Einwirkung mit evtl. moralisch gefärbtem Hintergrund machen werden, einen Versuch, den mancher Psychiater nicht lassen kann, trotzdem er uns von der eigentlich ärztlichen Behandlung abführt und damit letzten Endes den Kranken schädigt. Eine streng ärztliche Stellungnahme führt, wie wir am praktischen Beispiel gesehen haben, in vielen Fällen zu einer Verkürzung des einzelnen Erregungszustandes und hilft damit der Gefahr einer Automatisierung vorzubeugen. Es ist selbstverständlich, daß eine derartige ärztliche Stellungnahme, die geleitet ist von dem Bewußtsein der organischen Natur dieser Zustände, nicht

ohne Wirkung auf die Einstellung des Personals zu den Kranken bleibt und dadurch bewirkt, daß sowohl der Schadenkreis zwischen innerer Drangunruhe und äußeren Reizmomenten an der letzteren Stelle unterbrochen wird, als auch daß die Entäußerungsformen der Drangunruhe in erträglichere Bahnen geleitet werden.

Schließlich ergeben sich aus dieser veränderten Auffassung auch noch soziale Folgen, vor allem in forensischer Beziehung. Infolge der Erkenntnis, daß asoziale Dranghandlungen eines Schwachsinnigen Folgen eines organischen Zwanges sind, sind die daraus entstehenden sozialen Störungen in foro nicht anders zu bewerten, wie die Triebstörungen des chronischen Encephalitikers. Nicht also ist, wie es meistens geschieht, die Höhe des intellektuellen Defekts maßgebend für unsere forensische Stellungnahme und unser ärztliches Handeln, sondern nur die Gesamt erfassung der Encephalopathie, die sich zwar auch im intellektuellen Schwachsinn äußert, aber auch noch in vielen anderen Beziehungen.

---

### Literaturverzeichnis.

*Göring, M. H.:* Die Aufgaben der Psychiatrie in der Fürsorgeerziehung. Z. Neur. 94, 319 (1925). — *Gregor-Vogländer:* Die Verwahrlosung. Berlin: S. Karger 1918. — *Gruhle, H. W.:* Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Berlin: Julius Springer 1912. — *Homburger, A.:* Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Julius Springer 1926. — *Madisson, H.:* Beitrag zur Kenntnis der Verwahrlosung und Kriminalität Minderjähriger. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 6, 144 (1926). — *Neustadt, R.:* Zur Psychopathologie der Encephalitis-Folgezustände bei Jugendlichen. Klin. Wschr. 1926, Nr 38. Die Psychosen der Schwachsinnigen. Berlin: S. Karger 1928. — *Runge-Rehm:* Über die Verwahrlosung der Jugendlichen. Berlin: S. Karger 1926. — *Schneider, K.:* Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig-Wien: Franz Deuticke 1928. 2. Aufl. — *Schnitzer, H.:* Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Z. Neur. 5, 1 (1911). — *Strohmayer, W.:* Über angeborene und früherworbene Schwachsinnzustände. Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*. Berlin: Julius Springer 1928. — *Thiele, R.:* Zur Kenntnis der psychischen Residuärzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: S. Karger 1926. — *Többen, H.:* Die Jugendverwahrlosung und ihre Bekämpfung. 2. Aufl. Münster: Aschendorffsche Verlagsbuchh. 1927. — *Weygandt, W.:* Idiotie und Imbezillität. Handbuch der Psychiatrie von *Aschaffenburg*. Leipzig-Wien: Franz Deuticke 1915.

---