

Untersuchungen über seelische Dauerstörungen bei defektgeheilten Paralytikern nach Malariabehandlung¹.

Von

cand. med. Georg Zillig, Würzburg.

(Eingegangen am 27. September 1933.)

Inhaltsübersicht.

	Seite
I. Einleitung. Herausarbeitung der Fragestellung	479
II. Übersicht über die für die Fragestellung wesentliche Literatur	483
III. Das Wesen der paralytischen Denkstörung	491
IV. Analyse der seelischen Dauerstörungen bei defektgeheilten Paralytikern	502
1. Über die Methode	502
2. Störungen des intellektuellen Apparates	503
3. Störungen des emotionalen Lebens	512
4. Störungen der Aktivität und Spontaneität des psychischen Lebens	533
5. Zur Frage der Revision des Demenzbegriffes	538
6. Zur Frage der Lokalisation	540
7. Die autochthonen Verstimmungszustände	541
8. Die Einstellung des Defektgeheilten zu seinem Defekt	543
V. Zusammenfassung	544

I. Einleitung.

Überblickt man kritisch die Erfahrungen und Erfolge, die bei der Fieberbehandlung der progressiven Paralyse erzielt werden, so wird es bei Durchsicht der Statistiken und der Literatur darüber und einem Vergleich mit den selbst beobachteten Erfolgen dieser Behandlungsmethode, die wir der genialen Arbeit des Wiener Psychiaters Wagner von Jauregg verdanken, deutlich, daß man den Begriff der *Heilung* bei

¹ Das Thema der vorliegenden Untersuchung wurde als Preisaufgabe der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg für das Jahr 1932/33 gestellt. Die Arbeit, die der Fakultät in erweiterter Fassung vorlag, wurde von ihr preisgekrönt. Das Material zu diesen Untersuchungen verdanke ich den Universitätskliniken für Psychiatrie und Nervenheilkunde in München (Geh.-Rat Prof. O. Bumke) und in Würzburg (Prof. M. Reichardt), sowie den Heil- und Pflegeanstalten in Bamberg (San.-Rat Bott), Bayreuth (Obermed.-Rat Hock), Eglfing-Haar (Obermed.-Rat Ast), Gabersee (Dir. Utz), Kutzenberg (Obermed.-Rat Schwarz), Werneck (Obermed.-Rat Entres). Den Leitern dieser Kliniken und Anstalten bin ich für das Entgekommen, das sie mir bei der Überlassung von Krankengeschichten zeigten, sowie für die Möglichkeit, Kranke selbstständig untersuchen und beobachten zu können, zu großem Danke verpflichtet. Für vielfache Förderung danke ich besonders Herrn Prof. M. Reichardt und Herrn Oberarzt Priv.-Doz. Grünthal der Würzburger Klinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

der Paralyse viel schärfer fassen muß, als das in psychologisch durchaus verständlicher Weise die ersten Untersuchungen und Statistiken (etwa von 1919 an) zeigen. Wenn man von Heilung spricht, muß man fordern, daß der Krankheitsprozeß im Gehirn zum Abklingen und Verschwinden gebracht ist. Ebenso muß die *völlige Wiederherstellung der Persönlichkeit (im weitesten Sinn)* des Kranken gefordert werden. In diesem Sinn wird man von einer „Heilung“ wohl in keinem Fall sprechen können. Die anatomische Untersuchung von Gehirnen „geheilter“ Paralytiker zeigt wenigstens die Spuren einer abgelaufenen Erkrankung (Störungen der Rindenstruktur), meist wohl die Umwandlung der akuten Krankheit in einen chronischen oder stationären Verlauf (einige Plasmazellen, geringfügige vereinzelte Gefäßinfiltrate).

Bostroem hat die Vermutung ausgesprochen, *Bürger-Prinz* und viele andere haben die feste Behauptung aufgestellt, daß es einen in seiner Persönlichkeit nicht geschädigten, „geheilten“ Paralytiker nicht gebe. In der Tat wird man dieser Behauptung voll beipflichten können, unter der Einschränkung allerdings, daß es sich um Patienten mit einer zum Ausbruch gekommenen, „klinischen“ Paralyse handelt. (Wir haben Fälle gesehen, bei denen man geneigt ist, zu behaupten, daß es sich um Vollremissionen, um Heilungen ohne Defekt handelt, allerdings nur in Fällen, die etwa bei Behandlungsbeginn den ersten Anfängen des Stadiums der „versagenden psychischen Steuerung“ [*Bostroem*] entsprachen.)

Damit behaupten wir also, daß man bei der überwiegenden Mehrzahl der „geheilten“ Paralytiker nur von *defekt*-geheilten Paralytikern sprechen sollte, d. h. von Leuten, die irgendwie doch durch die vorausgegangene Erkrankung in ihrer Persönlichkeit geschädigt und dauernd gestört sind.

Wenn man exakt sein will, darf man freilich im konkreten Einzelfall auch nicht von einer *Defekt-Heilung* sprechen. Weder aus dem psychopathologischen, noch aus dem serologischen Zustandsbild kann man mit Sicherheit sagen, ob es sich bei dem Kranken um eine *Heilung mit Defekt*, oder um eine *bis zur Berufsfähigkeit gesteigerte Remission* handelt. Denn dieses nach Zeit und Ausmaß Unberechenbare der spontanen Remissionen hat bei der Paralyse immer die Beurteilung der Wirkung von Heilfaktoren außerordentlich erschwert. Von jeher haben spontane Remissionen Heilerfolge vorgetäuscht, die sich später als unzutreffend erwiesen. *P. Schroeder* hat in seiner Arbeit über die Remissionen der progressiven Paralyse eingehend darauf hingewiesen und führt dafür, daß dies längst bekannt war, *Voisin* an, der in seiner Abhandlung über Paralyse einen Satz von *Calmeil* (1826!) zitiert, einem der ersten Untersucher der Paralyse, der schon auf den überraschenden Wechsel in der Stärke der Krankheitserscheinungen bei der progressiven Paralyse hingewiesen hat¹.

¹ *Schroeder, P.:* Mschr. Psychiatr. 32 (1912).

Daß auch der serologische Befund letztlich zu einer Unterscheidung zwischen Heilung und Remission nicht beitragen kann, geht daraus hervor, daß einerseits Liquorsanierungen bei defektgeheilten Paralytikern erst nach einer Reihe von Monaten auftreten, andererseits Blut und Liquor nach mehreren Jahren auch bei Paralysen mit langsamem oder stationärem Verlauf allmählich spontan negativ werden können.

Dem praktischen klinischen Sprachgebrauch entsprechend wird man also von defektgeheilten Paralytikern dann sprechen können, wenn auf Grund einer längeren Beobachtungszeit (*Wagner-Jauregg fordert 2 Jahre*) die psychischen Krankheitssymptome weitgehend zurückgegangen sind, und man einen stationären Zustand beobachten kann. Gegenüber guten spontanen Remissionen besteht also wahrscheinlich nur ein quantitativer und ein temporärer, nicht jedoch ein qualitativer Unterschied.

Das dieser Arbeit zugrunde liegende *Material* umfaßt etwa zu gleichen Teilen Patienten aus Städten und vom Land und ist von den verschiedensten Psychiatern beobachtet und untersucht. Die Gefahr der einseitigen Beobachtung ist dadurch wesentlich verringert. Andererseits wurde die Einheitlichkeit in der Beurteilung der einzelnen, vor allem der von Anfang an genauer untersuchten Fälle von mir dadurch zu erreichen versucht, daß ich eine große Anzahl von Kranken entweder, soweit sie entlassen waren, in ihrem häuslichen Milieu selbst sehen und untersuchen konnte, oder aber in Heil- und Pflegeanstalten.

Das hier zusammengetragene Material ist aus den Krankengeschichten der Münchner und Würzburger Psychiatrischen Klinik, sowie aus den Heil- und Pflegeanstalten in Bayreuth, Bamberg, Eglfing-Haar, Gabersee, Kutzenberg, Werneck ausgewählt. Das zur Auswahl stehende Material betrug etwa 2000 Kranke. Davon kamen etwa 120 Kranke für eine genauere psychopathologische Beobachtung in Betracht.

Die Auswahl der Fälle erfolgte einmal unter dem Gesichtspunkt, möglichst genau geschildertes und psychopathologisch gut beobachtetes Material zu erhalten. Alle Fälle von nicht unbedingt sicherer Paralyse wurden ausgeschlossen. Ebenso wurden nur Fälle ausgewählt, die den oben gestellten Forderungen für eine „Defektheilung“ entsprachen.

Die körperlichen Angaben über die Kranken sind im allgemeinen noch so lückenhaft in den Krankengeschichten verzeichnet, daß man damit auch nur zur Herausarbeitung bestimmter Konstitutionstypen sehr wenig anfangen kann. Es wurde deshalb in dieser Arbeit auf in anderem Zusammenhang wichtige Fragen, die sich hier doch nur teilweise und lückenhaft hätten behandeln lassen, kein Bezug genommen. Der Anamnese wurde hingegen erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt.

Gelegentlich wurden auch Kranke zur Betrachtung herangezogen, die mit Recurrens, Sodoku oder Pyrifer geimpft worden waren.

Wenn auch die Frage der Wirkung der Malariainfektion auf den paralytischen Organismus noch durchaus dunkel ist, so läßt sich doch sagen,

daß jedenfalls das Fieber nach der Infektion als Ausdruck für die Reaktionsfähigkeit des kranken Organismus und die wirksame Kraft der Toxine mit der Heilung in einem gewissen Zusammenhang steht und daß im Prinzip Infektionen mit Malaria, Recurrens, Sodoku, Pyrifer wohl den gleichen Wirkungsmechanismus haben.

Das Schrifttum über die Frage der Fieberbehandlung der Paralyse und damit zusammenhängende Fragen beläuft sich nach einer Schätzung von *Joßmann*¹ auf eine Zahl von weit über 2000; schon aus äußerer Gründen ist es unmöglich, alle Arbeiten zu lesen. Immerhin hoffe ich, daß mir Arbeiten, die für meine Fragestellung wesentlich erscheinen, nicht entgangen sind, wenigstens nicht im Referat. Ausgiebig wurden die Monographien von *Gerstmann*, *Kihn*, *Leroy* et *Médakovitch*, sowie die Darstellung der Klinik der progressiven Paralyse in *Bumkes* Handbuch der Psychiatrie (Bd. 8) durch *Bostroem*, sowie die entsprechenden Abschnitte in den Lehrbüchern der Psychiatrie von *Bleuler*, *Bumke*, *Kraepelin-Lange*, *Reichardt* herangezogen. Einzelarbeiten finden sich an ihrer gehörigen Stelle zitiert.

Eine Untersuchung über seelische Dauerstörungen bei remittierten Paralytikern infolge einer künstlichen Fieberbehandlung kann an 2 älteren Arbeiten nicht vorbeihaben, die sich mit seelischen Dauerstörungen bei *spontan* remittierten Patienten befassen. Nach all dem, was wir bis jetzt über spontane und Fieber-Remissionen wissen, scheint es sich ja im wesentlichen um den gleichen Vorgang zu handeln.

Das zeigt sich auch daran, daß *Schroeder* für seine Remissionen genau dasselbe fordert, was wir bei unserer Begriffsbestimmung des defektkgeheilten Paralytikers für wesentlich halten, wesentliche und längerdauernde Verminderung der Krankheitssymptome. Nimmt man dazu, daß alle Formen der Paralyse, die schon spontan die meisten Remissionen zeigen, auch das beste Behandlungsergebnis aufweisen, dann darf man wohl vermuten, daß wir bei spontanen Remissionen ähnliche oder gleiche Dauerstörungen sehen werden, wie bei defektkgeheilten Paralytikern nach Fieberbehandlung.

Nun hat schon *Boettger* in einem Vortrag „Über die Remissionen im Verlauf der progressiven Paralyse“, den er 1875 im Psychiatrischen Verein zu Berlin gehalten hat, interessante Charakterveränderungen bei remittierten Paralytikern mitgeteilt.² Er weist darauf hin, daß der Patient in einen Remissionszustand kommen könne, welcher ihn bei nicht zu genauer Betrachtung als normal erscheinen ließe. Trotzdem trügen alle remittierten Paralytiker eine gewisse geistige Schwäche zur Schau. *Boettger* spricht von der Flüchtigkeit und Oberflächlichkeit aller Gemütseindrücke, von einem häufigen, gänzlich unmotivierten Wechsel der Stimmung, einem Wechsel von tiefstem Weh zu ausgelassenster Heiterkeit, von einer Neigung, sich mit Spielereien und unnützen Dingen zu beschäftigen. Gewisse Charaktereigentümlichkeiten könnten verloren gehen, andere neu entstehen. Jähzornige und Heftige würden sanft und fügsam, äußeren Einflüssen leicht zugänglich, bereitwillig und kritiklos dem Leben ausgeliefert. Meist fehle ganz oder zum Teil das Krankheitsbewußtsein, außerdem sei die Neigung, sich ärztlichen Untersuchungen zu entziehen, auffallend.

¹ *Joßmann*: Referat auf der Tagung des deutschen Vereins für Psychiatrie, Breslau 1931. Allg. Z. Psychiatr. 95.

² *Boettger*: Über Remissionen im Verlauf der progressiven Paralyse. Allg. Z. Psychiatr. 34 (1876).

Hegar veröffentlichte 1909 einen Aufsatz über „Charakterveränderungen in den Remissionen der progressiven Paralyse“¹. Auch für *Hegar* bedeutet Remission einen wesentlichen Ausgleich des psychischen Defektes, Rückkehr zu Familie und Beruf. In dieser Zeit bestehé aber eine gewisse geistige Unklarheit weiter. Die Stimmung bei den Kranken sei gleichmäßig heiter, meist zufrieden, oberflächlich, das körperliche Befinden sei gut.

Im einzelnen findet *Hegar* bei seinen ausführlich mitgeteilten Fällen: Neigung, mit Leistungen zu prahlen, Unermüdlichkeit bei kleinen Arbeiten, Gutmütigkeit, Ordnungsliebe, Neigung, andere Kranken zu tyrannisieren. Beim Erzählen finde sich Weitschweifigkeit, Hang zu Kleinigkeiten, das Benehmen sei höflich, oft bestehé ein merkwürdiger Gegensatz zwischen der Aufmerksamkeit und dem Gedächtnis für die Erfordernisse seines eingeschränkten Lebensraums und dem sonstigen verblödeten Zustand.

Den Ordnungssinn findet *Hegar*, wenigstens rudimentär, bei fast allen remittierten Paralytikern. *Hegar* hält diesen Ordnungssinn für ein durch die Krankheit bedingtes Symptom. Außerdem sei auch die auf die eigene Person gerichtete Ängstlichkeit und Aufmerksamkeit auf den jeweiligen Zustand des Leibes auffällig.

Die Erklärung, die *Hegar* für dieses Ordnungssymptom gibt, ist interessant: Alle Manipulationen, sagt er, beabsichtigen einen Nutzen für den Kranken. Der Paralytiker habe immer ein Bewußtsein seiner Schwäche und Ungeschicklichkeit, sei sehr empfindlich gegen Störungen und Reize. Er suche jede Störung zu verhindern, verdecke durch strenge Ordnung seine Vergeßlichkeit. Auch ein hoher Verblödungsgrad erlaube ihm, zweckmäßig für sich zu sorgen.

Man wird über die Ähnlichkeit dieser Schilderungen mit den Befunden bei fieberbehandelten defektgeheilten Paralytikern, wie wir sie an Hand unserer Beobachtungen schildern werden, erstaunt sein. Diese merkwürdige geistige Leere und Schwäche, diese Unmöglichkeit, Wesentliches vom Unwesentlichen zu trennen, diese affektive Leere und inadäquate Ansprechbarkeit des Gefühlslebens finden wir bei den meisten defektgeheilten Paralytikern einzeln oder zusammen wieder. Man wird darin einen neuen Hinweis auf die grundsätzlich gleiche Wirkung und den wesentlich gleichen Vorgang sehen, der sich bei spontanen und bei Fieber-Remissionen abspielt.

Jedenfalls zeigen die Untersuchungen von *Boettger* und *Hegar*, daß man bei der Suche nach seelischen Dauerstörungen sich durchaus nicht damit zufrieden geben kann, auf irgend eine Weise Störungen der Intelligenz oder des intellektuellen Apparates zu untersuchen und daß man zur Erklärung des eigentümlichen Zustandes der meisten Defektgeheilten in ganz anderen Bereichen der Persönlichkeit, im emotionalen Leben, im Willensleben, in der Triebsschicht sich nach Störungen wird umschauen müssen.

II. Übersicht über die für die psychopathologische Fragestellung wesentliche Literatur über seelische Dauerstörungen bei fieberbehandelten defektgeheilten Paralytikern.

Nach dem Urteil von *Scheid*² fehlt trotz zahlreicher wertvoller Ansätze und Hinweise ein Versuch, rein vom psychopathologischen Standpunkt aus die Frage nach der Wesensveränderung der Defektgeheilten in ihrer ganzen Breite aufzurollen, bis jetzt. Trotzdem muß in einer kurzen Übersicht einiger wesentlicher Vorarbeiten zur Lösung dieses Problems gedacht werden.

¹ *Hegar*: Psychiatr.-neur. Wschr. 9, Nr 26 (1907/08).

² *Scheid*: Die Psychologie des erworbenen Schwachsins. Zbl. Neur. 67 (1933).

*Pönitz*¹ hat den Begriff des defektgeheilten Paralytikers geprägt. Er sagt: „Unter dem Begriff des defektgeheilten Paralytikers verstehe ich den Paralytiker, bei dem eine Behandlung anscheinend den parasitologischen Gehirnprozeß zum Stillstand gebracht hat, bzw. zu Rückbildungen des Entzündungsprozesses im Gehirn führte, jedoch psychische Defekte zurückgeblieben sind, die wir offenbar auf irreparable Degenerationsprozesse bzw. auf den Schwund von Ganglienzellen und Nervenbahnen zu beziehen haben“. Der Nachdruck wird dabei vor allem auf die psychischen Defekte gelegt, denn diese sind der Gradmesser für den Behandlungserfolg. Neurologische Defekte sind als „Narbensymptome“ aufzufassen. Die Wertigkeit des zurückgebliebenen Defektes kann nicht mit dem Grad der Arbeitsfähigkeit in Parallele gesetzt werden. Zwischen vollgeheilten und defektgeheilten Paralysen bestehen wohl fließende Übergänge.

In einer anderen Arbeit² setzt sich *Pönitz* eingehend mit allen hier in Betracht kommenden Fragekomplexen auseinander. *Pönitz* unterscheidet defektgeheilte Paralytiker, bei denen der Nachdruck mehr auf das Wort *Defekt* zu legen ist, und andere, bei denen mehr das Wort *Heilung* unterstrichen werden muß. Die von *Pönitz* geforderte Zeit von einem halben Jahr für die Nachuntersuchung defekt-geheilter Paralytiker ist, um den endgültigen Defekt feststellen zu können, meistens wohl zu kurz.

Der psychische Defekt kann verschieden groß sein; bei Kranken, denen trotz Fehlens psychotischer Symptome die Demenz deutlich auf der Stirn geschrieben steht, bedarf es zur Feststellung dieser Defekte keiner eingehenden Untersuchung. Die minder großen Defekte lassen sich jedoch unter Umständen durch Intelligenzprüfungen weniger gut objektivieren. Die Methode vermag, Unterschiede zwischen der Zeit vor und nach der Behandlung festzustellen, zum Feststellen geringerer Defekte bei der Nachuntersuchung genügt sie jedoch nicht.

Das Wesentliche beim Defektgeheilten, und darin ist *Pönitz* völlig beizupflichten, sieht er im Fehlen einer richtigen Stellungnahme zur Situation. (Von dieser Feststellung ausgehend werden wir diese paralytische Stellungnahme näher zu umgrenzen versuchen. Die ausgezeichnete Schilderung des Verhaltens Defektgeheilter, die man völlig bestätigen muß, ist in der Originalarbeit nachzulesen.)

Wie wenig im Grund die Berufsfähigkeit ein Kriterium für psychopathologische Fragestellungen abgeben kann, hat schon *Pönitz* klar erkannt. Er sagt, daß Berufsfähigkeit durchaus kein einheitliches Kriterium ist und daß für manche Defekte die Ehe ein viel feineres Kriterium darstellt als das Berufsleben.

¹ *Pönitz*: Der defektgeheilte Paralytiker. Münch. med. Wschr. 1929, H. 29.

² *Pönitz*: Der defektgeheilte Paralytiker. Z. Neur. 113.

Untersuchungen über die psychologische Kontrolle der Heilwirkung bei fieberbehandelten Paralysen sind von verschiedenen Untersuchern veröffentlicht worden.

Irene Kaufmann¹ untersuchte nach der Methode von Ranschburg, die durch Tests von Kraepelin, Ziehen, Vieregge, Rossolimo ergänzt wurde, 12 Fälle genau. Es wurde hauptsächlich eine Prüfung auf Auffassungs- und Gedächtnisvermögen (momentanes und behaltendes Gedächtnis) sowohl nach Umfang wie nach zeitlichem Ablauf der engraphischen und ekphorischen Leistungen hauptsächlich für sinngemäße Wortverbindungen und Leistungsfähigkeit im Rechnen, Lesen, Schreiben (Tempo, Präzisität, äußere Form beim Diktatschreiben, Spontanschreiben, Abschreiben) geprüft.

Kaufmann findet eine Besserung von Gedächtnis und Reproduktionszeit. Die Besserung beim logischen Gedächtnis sei sowohl für die auffassende wie für die behaltende Tätigkeit desselben durchaus zufriedenstellend. Die Besserung beim Schreiben, Lesen, Rechnen sei meist bescheidener. Bei der Schrift besserte sich das Tempo beim Abschreiben und bei der Spontanschrift (letztere bezieht Kaufmann auf eine Besserung der Denkfähigkeit). Die Genauigkeit der Schrift zeigt eine bedeutende, die äußere Form der Schrift eine geringgradige Besserung. Beim Lesen bessert sich die Schnelligkeit etwas, die Genauigkeit mehr. Beim Rechnen fand Kaufmann nur eine geringe Besserung. Mit Ausnahme der Rechenfähigkeit, welche sich nur in einem Drittel der Fälle und stets nur einigermaßen besserte, erreicht die Häufigkeit der Besserung bei allen geprüften geistigen Fähigkeiten zumeist 60%.

Die Größe der Gesamtbesserung berechnet Kaufmann aus der Summe des Grades der Besserungen der einzelnen geistigen Funktionen bei jedem Kranken im Vergleich zum Abstand vor der Behandlung. Kaufmann findet eine Gesamtbesserung von 5—20% bei strengster Beurteilung. Al Zeipunkte der erreichten Optima findet Kaufmann: Für logisches Gedächtnis 1,5 Monate, Präzision des Schreibens 1,5 Monate, äußere Form des Schreibens 1,5 Monate, Spontanschriftschnelligkeit 1,75 Monate, Schnelligkeit der Diktatschrift 3 Monate, Schnelligkeit des Lesens 3 Monate, Präzisität des Lesens 3 Monate, Schnelligkeit der Abschrift 4 Monate, Zahlenreihenauffassung (Ziehen-Vieregge) 4 Monate, Rechenfähigkeit 11 Monate, fortlaufende geistige Arbeitsfähigkeit 12,5 Monate.

Außerdem findet Kaufmann, daß eine größere Fiebersumme einer höhergradigen geistigen Besserung entspricht.

Nach der Binet-Simonschen Methode hat Simon² Untersuchungen an Paralytikern vor und nach der Behandlung angestellt. Die Kranken, die er geprüft hat, teilt er in 4 Gruppen. Bei den Kranken, die ohne jede paralytische Behandlung zur Aufnahme kamen, findet er eine starke Herabsetzung des intellektuellen Standes; trotzdem ergibt die Testprüfung größere intellektuelle Fähigkeiten, als man nach dem allgemeinen Eindruck erwartet hätte. Bei den Kranken, die wegen Rückfalls wieder aufgenommen wurden, ähnelt das geistige Niveau in allen Punkten dem der erstmalig aufgenommenen, aber umgekehrt wie bei der ersten Gruppe erscheint die geistige Schwäche zunächst geringer, als das durch die Testprüfung nachher festgestellte geistige Niveau. Bei den übrigen, die bei der Entlassung untersucht wurden, ergaben sich bei der Mehrzahl der untersuchten Kranken Besserungen. Immerhin zeigten sie noch ein recht niederes Niveau, daneben eine allgemeine Besserung des gesamten geistigen Zustandes. Die Intelligenzherabsetzung bei den Paralytikern scheint teils durch destruktive Veränderungen, teils durch funktionelle Störungen bedingt. Nur die letzteren wurden durch die Therapie beeinflußt. Keinesfalls könne man von einer vollen Verantwortungsfähigkeit bei Defektgeheilten sprechen.

¹ Kaufmann: Wien. klin. Wschr. 1929.

² Simon: Ann. méd.-psychol. 88 II (1930).

In der Aussprache dazu bemerkte *Chaudé*, daß die eingeschlagene Methode ungeeignet zur Intelligenzprüfung bei Erwachsenen sei, und verlangt Ausarbeitung einer besseren und geeigneteren Methode.

Pfeifer und *Rohden*¹ veröffentlichten in einer Arbeit Untersuchungen über die Prüfung der theoretischen und praktischen Intelligenz vor und nach der Fieberbehandlung.

Bei Prüfung der theoretischen Intelligenz finden die Autoren geheilte Paralytiker anderen Vergleichsgruppen in allen anderen Funktionsprüfungen zum Teil erheblich überlegen, nur nicht in der Urteilsfähigkeit. Die Schizophrenen schneiden in allen Prüfungen besser ab, als die defektgeheilten Paralytiker.

Bei der Prüfung der praktischen Intelligenz ergaben sich sehr gute Leistungen vor der Behandlung überhaupt nicht, nach der Behandlung in mehreren Fällen; gute Leistungen wurden vor der Behandlung wenig ausgeführt, nach der Behandlung in allen Gruppen, abgesehen von den Kranken, deren Zustand durch die Behandlung schlechter wurde.

Beim näherem Zusehen wird man solchen Untersuchungen experimental-psychologischer Natur, so wichtig sie sein mögen, doch bei der Betrachtung des gesamten Seelenzustandes der Defektgeheilten nur einen bedingten Wert zugestehen können. Bei den in diesen Arbeiten erfaßten Besserungen handelt es sich im wesentlichen um Besserungen des intellektuellen Apparates und auch hier wieder vorwiegend um Prüfungen der Vorbedingungen der Intelligenz. Daraus einen Schluß auf die Besserung im geistigen Sein der Kranken überhaupt ziehen zu wollen, ist eine zu weitgehende Folgerung. Man erfährt durch solche Untersuchungen in erster Linie etwas über Besserungen des intellektuellen Apparates; daß der aber für das Seelenleben letztlich nicht entscheidend ist, sondern nur ein kompliziertes Werkzeug für den eigentlichen Kern der Persönlichkeit, darauf wird unten eingehend hingewiesen werden.

Über die Schilderung des defektgeheilten Paralytikers, wie sie *Pönnitz* gibt, gehen auch die Schilderungen bei *Gerstmann* und *Kihn*, sowie *Leroy* und *Médakovitch* in ihren einschlägigen Monographien keineswegs hinaus.

Gerstmann sieht für die Beurteilung eines Behandlungserfolges in erster Linie die im Leben erprobte Berufstätigkeit an, obwohl die Anforderungen in den verschiedensten Berufszweigen qualitativ und quantitativ wesentlich verschieden sind. Er meint, daß Menschen, deren psychische Mechanismen und speziell ihre intellektuelle Aktivität feiner vervollkommen sind, über ein viel reicheres Ausmaß von cerebral-funktionellen Kompensationsmöglichkeiten verfügen, als manuelle Arbeiter. Er betont trotzdem, daß auf den präpsychotischen Charakter, die präpsychotische Persönlichkeit in der Beurteilung des Heilerfolges Rücksicht genommen werden müsse.

Der Standpunkt, in der Arbeitsfähigkeit, der „sozialen Heilung“, ein entscheidendes Kriterium für den Erfolg der Fieberbehandlung zu sehen, den auch schon *Pönnitz* und mit ihm andere namhafte Forscher

¹ *Pfeifer* u. *Rohden*: 6 Jahre Malariatherapie der Paralyse in der Landesheilanstalt Nietleben. Dtsch. Z. Nervenheilk. 117/119 (1931).

abgelehnt haben, führt zu einer unzulässigen Vermengung von sozialen und psychopathologischen Gesichtspunkten. Aus diesem Grund allein scheinen die meisten jener zahlreichen Statistiken, die über Heilwirkungen und Heilerfolge bei Fieberbehandlung veröffentlicht worden sind, von geringem Wert, abgesehen davon, daß die meisten unter dem Fehler leiden, den Zeitpunkt für die abschließende Untersuchung über den Heilerfolg viel zu nahe an den Zeitpunkt der Malariabehandlung gelegt zu haben. Für die Zukunft erscheint es geboten, eingehende psychopathologische Untersuchungen anzustellen und sie von der Beurteilung der Berufsfähigkeit, die ganz individuell und elastisch durchgeführt werden muß, streng zu trennen.

*Mauz*¹ hat in einer Untersuchung ausgezeichnete Beobachtungen über defektgeheilte Paralytiker mitgeteilt. Er findet, daß der Eindruck, als sei der defektgeheilte Paralytiker dieselbe Persönlichkeit wie früher, wesentlich durch die Wiederherstellung des allgemein vegetativen und psychomotorischen Tonus hervorgerufen wird, die über eine bloß *vegetative Erholung* (*Kihn*) weit hinausgeht. Haltung und Ausdruck des vollremittierten Paralytikers würden nicht nur das betont Schlaffe und Leere verlieren, das sie beim Beginn der Paralyse zeigten, sondern nähmen wieder das volle individuelle Gepräge der prämorbidien Persönlichkeit an. Nicht das Gleiche gelte von der höheren seelischen Persönlichkeit. Hier fände sich fast regelmäßig als Narbensymptom der überstandenen Paralyse ein allerdings oft nur der feineren Beobachtung zugänglicher Verlust mancher individueller Akzente. Die Persönlichkeit sei zwar in ihrem Kern erhalten, aber nivelliert. Diese Glättung wirke sich praktisch in einem Gedämpftsein aus, das unter Umständen von den Angehörigen dankbar quittiert würde. Die prämorbidien Eigenschaften scheinen verstrichen und verwischt. Diese, zunächst rein organisch bedingte Persönlichkeitsumwandlung werde durch psychogene Einstellungen betont und verstärkt.

Diesen Verlust des betont Schlaffen und Leeren, den *Mauz* für charakteristisch hält, kann ich nur bei einem Teil meiner bestremitierten Kranken finden. Bei manchen findet man, obwohl sie intellektuell und beruflich voll leistungsfähig sind, eben doch dieses eigentlich Schlaffe und Leere, das sich im folgenden im wesentlichen auf eine Antriebsstörung in Verbindung mit einer Einebnung der Schicht der psychischen Gefühle und eine Störung der „Wertsichtigkeit“ zurückzuführen suche. Man muß sich eben immer wieder klar machen, daß neben der Zentralstörung die verschiedensten peripheren Störungen das psychische Bild umgestalten und mannigfaltig machen können.

Die Charakterveränderungen bei Defektgeheilten im Sinn einer leichteren sozialen Einordnung und größeren Verträglichkeit in der

¹ *Mauz*: Zur Psychopathologie malararemittierter Paralytiker. *Z. Neur.* 127 (1930).

Familie, die von den verschiedenen deutschen Autoren erwähnt wird, belegt Codet mit einer kleinen Kasuistik¹. Eine Kranke, die vor der Remission rechthaberisch, mißtrauisch, eifersüchtig, zornig und leicht in Wut zu bringen war, ist nach der Fieberbehandlung seit etwa 2 Jahren verträglich, sanft, in ausgeglichener Stimmung. Geistig ist sie leicht geschwächt, aber ihre geistige Regsamkeit und Aktivität scheint gegen früher nicht beeinträchtigt. Die andere Kranke, die vor der Erkrankung ziemlich unter Beschwerden der Menopause zu leiden hatte (operative Therapie bei einem malignen Neoplasma, Totalexstirpation des Genitales), und kindisch und oberflächlich war, wurde in der Remission mehr suggestibel und völlig korrekt in der Versorgung ihres Hauswesens. Die Malaria beseitigte den 10 Monate dauernden neuropathischen Zustand infolge der Menopause.

Ob es sich hier freilich um echte Menopausebeschwerden handelte oder um neuropathische Beschwerden, wie sie gern auch zu Beginn der Paralyse von denjenigen geäußert werden, die ein Versagen der eigenen Kraft und Gesundheit fühlen, muß dahingestellt bleiben.

Auf die Auswirkungen der defektgeheilten Paralyse auf die Gemeinschaft haben neben Pönnitz, der den defektgeheilten Paralytiker als das soziale Problem des 20. Jahrhunderts betrachtet, was die Frage der Asozialität durch geistige Erkrankung anlangt, und eine viel strenger durchgeföhrte Indikation zur Fieberbehandlung fordert (eine Forderung, die freilich nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse sehr schwierig, vielleicht in den meisten Fällen unmöglich erscheint) Nobbe und Knab² und Weygandt³ neben anderen hingewiesen.

Weygandt weist darauf hin, daß man überhaupt nicht von Heilung der Paralyse sprechen sollte, sondern von Wiederherstellung der vollen Berufsfähigkeit im günstigsten Fall. Er fordert strenges Individualisieren bei der Begutachtung Defektgeheilter, defektgeheilten Ärzten rät er an, keinesfalls mehr operative Praxis auszuüben. Empfehlenswert sei es, da die Behandlungsaussichten bei paralytischen Akademikern nicht ungünstig seien, weitgehend ihnen, wenn sie defektgeheilt sind, entgegenzukommen und sie durch einen befreundeten Arzt oder durch verständige Angehörige, wenn die Kranken wieder in ihrem Beruf tätig sind, dauernd unauffällig beobachten zu lassen. Diesen Forderungen kann man rückhaltslos zustimmen.

Nobbe und Knab weisen darauf hin, daß der Begriff des defektgeheilten Paralytikers weder wissenschaftlich noch praktisch genau festgelegt sei. Selbst bei denen, die man als die besten Remissionen bezeichnen könne, müsse man darauf verzichten, in ihnen das zu finden, was man etwa als

¹ Codet: Modifications persistantes du caractère, après impaludation, dans la Paralysie générale. Progrès méd. 56 (1929).

² Nobbe u. Knab: Arch. f. Psychiatr. 94.

³ Weygandt: Wien. klin. Wschr. 1928.

„Selbstzündung“ bezeichnen könnte: Den eigenen freien Antrieb, die Kritikfähigkeit, die Initiative, größere Unternehmungen zu planen, zu beginnen oder fortzuführen. Sie weisen darauf hin, daß häufig der Verlust dieser Eigenschaften durch eine gewisse Euphorie ersetzt würde, die deshalb nicht schädlich werden könne, weil sie durch baldige Erschlaffung paralysiert werde. Immerhin könne man auch bei den nicht Euphorischen unschwer etwas Maschinelles feststellen in der Art, wie sie ihre Berufsleistungen vollbringen. Sie weisen darauf hin, daß 50% der behandelten Paralytiker in der Tat nichts anderes als eine soziale Belastung bedeuten, eine Erfahrung, die wir durchaus bestätigen können. Wir glauben eher, daß die Zahl von 50%, wenn man von wirklichen Dauererfolgen sprechen will, noch zu niedrig gegriffen ist.

In einer eingehenden Studie hat sich *Bürger-Prinz*¹ mit der Psychopathologie der progressiven Paralyse beschäftigt. Er untersucht die beginnende Paralyse und faßt unter diesen Begriff auch die Defektgeheilten, die bald nach Ausbruch der Paralyse ($\frac{1}{2}$ Jahr) zur Behandlung kamen und remittierten. Er weist auf allgemeine Persönlichkeitsveränderungen hin, bespricht dann die einzelnen leichten Störungen und versucht eine Herausstellung verschiedener häufiger vorkommender Typen.

Bürger-Prinz findet zunächst die Zustandsbilder nach der Behandlung viel verschwommener, als im Beginn. Schwierig sei die Frage zu entscheiden: Individualisierung oder Abbau? Denn hier würden so viele Fehlerquellen mitspielen, daß eine Entscheidung schwer zu treffen sei. Im allgemeinen glaubt *Bürger-Prinz* aber sagen zu können, daß die Persönlichkeiten als solche nach der Behandlung geschlossener wirken, als sie das zu Beginn der Erkrankung ohne Malaria taten (eine Beobachtung, die doch wohl nicht für alle Fälle richtig ist!). Auch der Wegfall der Bewußtseinsveränderungen, auf die ja vor allem *Bostroem* für die beginnende Paralyse aufmerksam gemacht hat, kann nicht erklären, warum die Kranken komponierter wirken, obwohl sie doch in ihren Leistungen nachgelassen haben. Der Erklärungsversuch, daß eine gewisse sorglose Haltung eben zur eigentlichen Persönlichkeitshaltung der Defektgeheilten geworden sei, ist im Grund keine Erklärung und arbeitet mit zu verschwommenen Begriffen. Bei einem Erklärungsversuch muß jedenfalls unter allen Umständen das emotionale Leben berücksichtigt werden. Der bedeutsame Faktor der Übercompensation, den *Bürger-Prinz* sehr gut in seiner Wirkungsweise schildert, wird auch bei unserem Versuch der Deutung seelischer Dauerstörungen gebührend berücksichtigt und ziemlich hoch veranschlagt.

Daß es einen gänzlich unveränderten und restlos wieder zur Norm zurückgekehrten Paralytiker nicht zu geben scheint, darin stimme ich mit *Bürger-Prinz* und *Bostroem* völlig überein.

¹ *Bürger-Prinz*: Die beginnende Paralyse. Berlin: Julius Springer 1931.

Die Syndrome, die *Bürger-Prinz* unterscheidet, haben, was mein Material anlangt, in Einzelfällen zweifellos ihre Berechtigung. Nur muß man sich darüber klar sein, daß bei weitem die meisten Defektgeheilten eines dieser Syndrome nicht etwa rein oder auch nur annähernd rein zeigen — wie ja auch die beginnende Paralyse ohne Behandlung viel verschwommener und weniger faßbar geworden ist, als vor etwa 20 oder 30 Jahren —, die meisten Defektgeheilten zeigen vielmehr eine Mischung der verschiedensten Syndrome. Ohne die Arbeit *Bürger-Prinz* zu kennen, war ich anfangs ebenfalls versucht, solche Syndrome und Typen von Defektgeheilten aufzustellen, beschränkte mich aber dann darauf, um die ungeheuren Mannigfaltigkeiten, die die Natur auch hier zeigt, nicht zu sehr zu schematisieren, systematisch die einzelnen Schichten der Persönlichkeit zu untersuchen und nahm von einer Syndromaufstellung Abstand. Wenn man sich solcher Syndrome in der Praxis bedient, vergißt man eben doch zu leicht, daß es auch noch andere Störungen in diesem vorwiegend nach einer Richtung hinzielenden Krankheitsfall gibt. Es erscheint mir als das Beste, bei jedem einzelnen Kranken genau nach Störungen zu fahnden und mit kurzen Worten jedesmal wieder alles Wichtige eines Kranken bei der psychopathologischen Betrachtung herauszustellen.

Bürger-Prinz unterscheidet folgende Syndrome:

1. Das Ermüdungssyndrom.
2. Die Antriebslosen.
3. Die affektiv Veränderten.
4. Die Allgemeindementen.
5. Das amnestische Syndrom.
6. Individuelle Reaktionen.

Hier soll noch kurz auf die paralytischen Sprach- und Schreibstörungen eingegangen werden hinsichtlich ihrer Besserungsfähigkeit durch die Fieberbehandlung.

Mit der paralytischen Sprachstörung bei Defektgeheilten hat sich *Pönnitz* in ganz hervorragender Weise beschäftigt¹. Er weist auf die Wichtigkeit der Sprachstörung als eines der diagnostisch wichtigsten Symptome hin und untersucht besonders den Einfluß der Fieberbehandlung auf die Sprachstörung.

Pönnitz teilt seine Untersuchungen in einen sprach-psychiatrischen und in einen sprach-neurologischen Teil. Er weist darauf hin, daß diejenigen Paralytiker, die klinisch geheilt sind und sich mit einer gewissen Einsicht für die Schwere der durchgemachten Erkrankung wieder vorstellen, sprachlich versagen, stottern und stolpern und ängstlich besorgt sind, ob sie der Prüfung standhalten. Dagegen schneidet der defektgeheilte Paralytiker infolge seiner mäßigen Apathie in dieser Richtung

¹ *Pönnitz*: Die paralytische Sprachstörung. Mschr. Psychiatr. 80 (1931).

wohl besser ab; dieses Versprechen läßt sich weitgehend aus dem Gefühl der Unsicherheit deuten, das der ausdifferenzierte fast ohne Defekt geheilte Paralytiker hat, und zum Teil auch aus dem Prinzip der Freud-schen Fehlleistung. Kranke mit Störungen des Tempos und der Phrasierung beim Sprechen erreichen wohl in den seltensten Fällen die gleiche Intensität wie vor der Erkrankung. Die Phrasierung ist ein sehr feines Reagens für die Senkung des Persönlichkeitsniveaus. Der Vergleich, den Pönnitz mit einem Musiker macht, der schlecht Prima-Vista spielt, ist ausgezeichnet. Immerhin sind bei der Betrachtung von Sprachtempo und Monotonie auch Komponenten zu erfassen, die als Störungen im striären System aufzufassen sind (Encephalitis epidemica!).

Neurologisch-paralytische Sprachstörungen sind jedoch die artikulatorischen Störungen im engeren Sinn. Diese artikulatorische Sprachstörung ist etwas, was sich bei sehr vielen Defektgeheilten findet, und anscheinend eine recht schlechte Tendenz zur Besserung aufweist. Man wird sie wohl als striäre Narbensymptome auffassen müssen. Ausdruckspsychologisch sind diese Störungen nicht zu erfassen.

Eine ähnliche Studie über die Veränderung der paralytischen Schrift wäre sehr wünschenswert. Eine italienische, darüber existierende Arbeit war mir leider unzugänglich. Aus den Schriftproben, die ich sah, ließen sich wohl recht beachtenswerte Hinweise auf die Verflachung und Ein-ebnung der Persönlichkeit gewinnen, auch bei recht gut Remittierten findet man gelegentliche Auslassungen von Buchstaben, Silben und Worten, außerdem findet man bei fast allen eine außerordentliche Ein-tönigkeit und Langweiligkeit in der Schrift, die oft mit vielen Schnörkeln verziert ist.

III. Das Wesen der paralytischen Denkstörung.

Bevor eine zusammenhängende Darstellung der Störungen erfolgt, die im einzelnen durch charakteristische Krankengeschichten erläutert werden sollen, müssen hier Untersuchungen mitgeteilt werden, die an einem sich zur Nachkur in der Klinik in Würzburg aufhaltenden defektgeheilten Paralytiker angestellt wurden, um die eigentümliche paralytische Denkstörung, die man in gleicher Weise, wie in der akuten Psychose, auch bei defektgeheilten Paralytikern findet, aufzuklären. Die Untersuchungen wurden 3 Monate nach Abschluß der Malariakur begonnen, die serologische Untersuchung des Liquors ergab eine deutliche Besserung des Befundes und deutete auf einen durch die Fieberbehandlung ab-gestoppten Prozeß hin. Der Zustand des Kranken war während der Beobachtungszeit, die sich über 2 Monate erstreckte, vollkommen gleich-mäßig. Die gleichzeitig an anderen Kranken in derselben Richtung angestellten Versuche ergaben bei allen daraufhin untersuchten Kranken einen wesentlich gleichen, nur graduell verschiedenen Befund, so daß es genügend erscheint, nur diesen einen Fall genauer mitzuteilen. Dieser

Kranke schien deswegen besonders geeignet, das Wesen der paralytischen Denkstörung aufzuzeigen, weil sich bei ihm die einzelnen Störungen ausgeprägt fanden und weil der Kranke mit einer rührenden Geduld die täglichen Untersuchungen über sich ergehen ließ. Für ihn schien die Untersuchung irgendwelche unangenehme Seiten nicht zu besitzen, übrigens auch ein typisches Defektsymptom!

Zuerst die Krankengeschichte im Auszug:

W. 22. Ambros Sch., geboren 1. 7. 1880, aufgenommen 11. 12. 29.

Der 49jährige Obstbauverwalter, der in seinem Beruf außerordentlich tüchtig war, hat vor etwa 18 Monaten einen „Nervenzusammenbruch“ erlitten. Er war angeblich in der letzten Zeit sehr angestrengt. Vor 8 Monaten trat ein Anfall mit vorübergehenden Lähmungen auf, die sich nach 8 Tagen besserten und wieder verschwanden. Vor dem „Schlaganfall“ sei der Kranke aufgeregter gewesen, als sonst. Nach seiner Genesung habe er wieder Dienst gemacht, seine Gedanken habe er jedoch nicht wieder so zusammennehmen können. Vor einigen Monaten war der Kranke, da sein Gesundheitszustand starken Schwankungen unterworfen war, zur Kur in Tölz, wo er sich sehr gut erholte. In letzter Zeit soll der Kranke nach Angabe seiner Frau öfters verwirrt sein, er sei immer außerordentlich vergeßlich. Manchmal wisse er gar nichts von seiner Umgebung. In letzter Zeit hat der Kranke stark an Körpergewicht abgenommen, die Sprache wurde immer schlechter, wegen seines Berufes mache sich der Kranke viele Sorgen. In letzter Zeit klage der Kranke auch über allerhand Leiden, erzählt seine Frau, über Asthma, Herzklöpfen, Atemnot.

Bei der Aufnahme ist der Kranke zeitlich und örtlich desorientiert, die zeitliche Einordnung von Ereignissen der Vergangenheit ist ihm unmöglich. In den ersten Tagen seines Aufenthaltes in der Klinik fabuliert der Kranke, delirierte, ist in jeder Beziehung völlig desorientiert. Nach einer Pyrifer- und Malariaikur wird der Kranke psychisch freier, ist nicht mehr so ängstlich, über sich und seine Umgebung ist er jetzt orientiert, bei der Entlassung ist der Kranke noch deutlich verlangsamt, sein Wissen ist recht gering, es zeigen sich deutliche Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörungen, bei schwierigeren Rechnungen, solchen, die nicht mechanisch festhaften, versagt der Kranke völlig. Nach einigen Monaten kann sich der Kranke wieder in seinem Beruf beschäftigen, er kommt seinen dienstlichen Obliegenheiten ganz gut nach, hält Versammlungen ab, kann auch schriftliche Sachen wieder gut abfassen. Gelegentlich fällt dem Kranke irgend etwas nicht ein. Er ist leicht ermüdbar, abgespannt und leicht erregbar, besonders gegen Abend; der Schlaf ist so schlecht, daß der Kranke immer Schlafmittel nehmen muß. Körperlich hat der Kranke zugenommen. Nach einem Brief seiner Frau, die allerdings keinen ganz zuverlässigen Eindruck macht, hat der Kranke großes Interesse für den Dienst.

Nach 2 Jahren wird der Kranke neuerdings in die Klinik gebracht. Die alten Klagen, daß der Kranke verstört sei und oft seine Gedanken nicht mehr richtig zusammenbringe, werden erneut vorgebracht; im Dienst ginge es viel besser, als im Privatleben, erzählt die Frau des Kranken, in letzter Zeit sei der Kranke sehr deprimiert, in allem verlangsamt, außerordentlich vergeßlich. Oft schläft der Kranke bei Tisch ein. Jetzt bei der neuerlichen Aufnahme ist der Kranke ganz still und leblos.

Seine Körperhaltung ist bei der Aufnahme schlaff, er klagt über Müdigkeit und Gedächtnisschwäche, er brauche peinlichste Ruhe, was leider hier in der Anstalt nicht der Fall sei. Er habe selber bemerkt, daß die Sprache in letzter Zeit schlechter geworden sei, besonders tätte er sich bei dem Aussprechen von Fremdwörtern schwer. Die Stimmung des Kranken sei nicht mehr so wie sonst, sagt seine Frau; das gibt der Kranke auch selbst zu. Er könne sich, wenn er etwas beschreiben wolle, nur sehr schwer ausdrücken; manchmal steige ihm so eine „fliegende Hitze“ in den

Kopf. Die Merkfähigkeit scheint bei der Untersuchung stark gestört, Schul- und Erfahrungswissen scheinen nur sehr lückenhaft erhalten. Auf viele Fragen aus seinem Erfahrungswissen sagt der Kranke, er wisse das jetzt nicht, die Frage käme ihm jetzt so unverhofft. Er faßt sehr schlecht auf, bei der körperlichen Untersuchung macht der Kranke fast alles verkehrt. Die eingeleitete Sudoku-Impfung wird auf Wunsch der Frau des Kranken abgebrochen; einige Tage nachher scheint der Kranke bei oberflächlicher Besichtigung zunächst ohne gröbere Ausfallerscheinungen. Bei der Exploration zeigt sich jedoch, daß der Kranke zeitlich nicht ganz im Bild ist, Zahlen kann sich der Kranke nicht merken, beim Rechnen wird der Kranke durch die Aufmerksamkeitsschwäche stark gehindert. Auffallend sind die Wünsche des Kranken, unbedingt und baldmöglichst wieder in seinem Beruf tätig zu sein. Ein Brief an seine Familie ist zwar vom Kranke kalligraphisch schön und regelmäßig geschrieben, enthält aber doch Verdoppelungen und Auslassungen von Buchstaben, außerdem ist der Brief sehr flach und eintönig. Auch aus anderen Briefen dieses Kranken hat man denselben Eindruck. Der Kranke muß auf Wunsch seiner Frau entlassen werden.

Nach 3 Wochen wird der Kranke wieder gebracht; in der ersten Zeit seiner Entlassung soll es mit dem Kranke ganz gut gewesen sein. Er habe seinen Beruf wieder aufgenommen, erzählt seine Frau und habe auch in Versammlungen Vorträge gehalten. Es sei ganz leidlich gegangen. Alle geschäftlichen Angelegenheiten habe er erledigt, er sei recht fleißig gewesen. Ruhe habe sich der Kranke nicht gegönnt. In der letzten Woche habe sich der Kranke sehr aufgereggt. Grund dieser Aufregung sei eine Anfrage des Bezirksamtes gewesen, dem er unterstellt ist, ob er sich nicht pensionieren lassen wolle. Seitdem sei er völlig verwirrt. In der landwirtschaftlichen Schule, in der er Unterricht halte, sei er ganz verwirrt gewesen, auf seinen Sohn habe der Kranke viel geschimpft.

Bei der Aufnahme ist der Kranke sehr erregt, sonst lassen sich keine wesentlichen Veränderungen gegenüber dem Entlassungsbefund feststellen. Rechenaufgaben werden schlecht gelöst, die Merkfähigkeit ist stark herabgesetzt, er hat den unbedingten Willen, sich in seinem Beruf weiter zu beschäftigen. Nur darum kreisen seine Gedanken. Er macht dauernd Pläne, Vorschläge zur Verbesserung der Obstbauanlagen seines Bezirkes, Eingaben an die Behörden. In der nächsten Zeit ist der Kranke sehr unruhig, nimmt an jeder Kleinigkeit Anstoß, klagt, jammert und schimpft immer wieder. Wenn ihm keine Beachtung geschenkt wird, redet er einfach laut vor sich hin. Er betet auch viel. Inhaltlich haben seine Äußerungen immer einen Zusammenhang mit seiner Berufsarbeit. Weil der Kranke allmählich immer verwirriger und ganz unruhig wird, muß er unter Trional gesetzt werden. Während des Fiebers (Malaria) ist der Kranke völlig verwirrt. Er redet ständig vollkommen zusammenhanglos vor sich hin. Er hat ein völlig läppisch-kindliches Benehmen, verrechnet sich bei den kleinsten Rechnungen. Die geistige Persönlichkeit des Kranken geht immer mehr zurück. Gelegentlich erstreckt sich der Inhalt der Reden des Kranken auch auf Kriegserinnerungen, das Erlebnis seiner Luesansteckung das in die Kriegszeit fällt, scheint dabei als Angst- und Schreckerlebnis in ihm wirksam geworden zu sein.

Bei Beginn der mit ihm angestellten Untersuchung macht der Kranke einen formal ganz gut erhaltenen Eindruck. In leeren Redewendungen, die aber recht geschickt vorgebracht werden, weiß der Kranke seine Gedankenarmut und seine Armut an geistigen Einfällen gut zu verborgen. Um nun hinter die eigenartige Denkstörung des defektgeheilten Paralytikers, speziell dieses Kranken, zu kommen, wurde folgender Weg eingeschlagen:

Der Intelligenzfragebogen wurde im Abstand von etwa 10 Tagen einige Male dem Kranken vorgelegt; er mußte ihn dann beantworten.

Wie der zusammenhängende Sinn einer Geschichte erfaßt wird, wurde auf folgende Weise geprüft: Es wurde einmal untersucht, wieweit und was der Kranke von einer erzählten Geschichte auffaßt. Dann wurde geprüft, was der Kranke von einer Geschichte auffaßt, die er selbst vorliest. Dann wurde der Kranke geprüft, wie er den Sinn von Bildern auffaßt; dann wurde untersucht, ob der Kranke aus einer Reihe von Bildern, die eine zusammenhängende Geschichte darstellen, aber in falscher Reihenfolge gegeben waren, die Bilder in gehöriger Reihenfolge legen kann. Dann wurde der Kranke in eine Filmyvorstellung mitgenommen, um zu sehen, wie viel der Kranke vom Sinn eines Bildablaufes auffaßt. Außerdem wurde der Kranke sehr oft in Gespräche verschiedenster Art verwickelt; dabei wurde genau auf Gedankengang des Kranken, affektive Resonanz, sachliche Richtigkeit und Behauptungen und Beurteilungen von Zeiteignissen geachtet.

1. Wie faßt der Kranke eine erzählte Geschichte auf?

Dem Kranken wird die Geschichte von der Biene und der Taube erzählt. Trotz mehrmaligen Vorerzählens wird der Sinn der Geschichte nicht aufgefaßt. Er weiß wohl, wer bei der Geschichte beteiligt ist: Jäger, Biene, Taube. Aber in welcher Beziehung diese drei zueinander stehen, das wird nicht erfaßt. Er weiß auch etwas von Schießen, Wasser, Rettung, aber beim Wiedererzählen der Geschichte wird ein wirres Durcheinander produziert, das klanglich an die Vorlage wohl Anklänge hat, aber mehr nicht. Im Anschluß an ein neuerliches Vorerzählen stellt der Kranke nun plötzlich die Frage: Wurde die Biene denn tatsächlich gerettet? „Nein, sie wurde nicht gerettet, denn als sie stach, verlor sie ihren Stachel, und dann mußte sie sterben“. Der Kranke macht sich nun einen Spaß daraus, alle Anwesenden zu fragen, ob nun tatsächlich die Biene gerettet wurde. Stolz erzählt er ihnen dann von seiner Entdeckung.

Dieser Versuch mit dem Kranken zeigt folgendes: Ein komplexer Gedankengang, der dem Kranken vorerzählt wird, wird nicht erfaßt. Aber an einem Einzelwort oder einem Einzelgedanken bleibt der Kranke kleben und verarbeitet den selbständig weiter. Jetzt zieht er an sich richtige Folgerungen, obwohl er vorher bei anderen Prüfungen versagt hatte, als man von ihm ähnliche Folgerungen und Schlüsse aus anderen Gegebenheiten verlangte.

Erzählt man dem Kranken kurz nacheinander mehrere Geschichten, so werden die Elemente der einzelnen Geschichten sinnlos miteinander vermengt.

Aller Einzelheiten der erzählten Geschichte werden erfaßt, der Sinn der ganzen Geschichte jedoch nicht. Aus den einzelnen Elementen wird ein innerlich sinnloser Vorgang konstruiert, Einzelemente der Geschichte

auch selbständige weitergedacht. Diese Gedanken können unter Umständen sinnvoll sein. Dieses Weiterdenken knüpft sich gern an ein Wort des letzten Satzes an, den der Kranke erzählt bekommt, oder der dem Kranken vorgelesen worden ist.

2. Wie faßt der Kranke eine Geschichte auf, die er selbst vorliest?

Dem Kranken wurde folgender Text aus der Zeitung vorgelegt:

Außenpolitischer Kurs unverändert.

Die deutsche Außenpolitik wird durch die innerpolitischen Ereignisse nicht verändert. Es ist bekannt, daß die Meinungen der Parteien über die Lebensfragen des deutschen Volkes nicht auseinandergehen, was in vielfachen Kundgebungen und Erklärungen zum Ausdruck gekommen ist. Reichsausßenminister von Neurath wird sich, wie vorgesehen, Ende der Woche nach Genf begieben, wo in der kommenden Woche Fragen, die für Deutschlands Zukunft von größter Wichtigkeit sind, entschieden werden.

1mal lesen, nach 3 Min.:

Ein Herr aus München hat sich um etwas interessiert, was in der Zeitung stand. Was das war, ist mir nicht mehr in Erinnerung. Ich glaube, es hängt mit der Neuwahl zusammen.

Noch einmal lesen, sofort:

Es hängt mit der Neuwahl zusammen. Der hier in der Zeitung genannte Herr will der Angelegenheit nachgehen und weitere Erkundigungen einziehen, ob wirklich etwas vorliegt, ob Gegenstimmungen vorliegen, die eventuell eine nochmalige Neuwahl notwendig machen sollten. Denn aus den Zeitungsberichten ist ja zu ersehen, daß verschiedene Meinungsverschiedenheiten vorliegen zwischen den Parteien.

Noch einmal lesen, sofort:

Der, der mit der Außenpolitik zu tun hat, will sich nach Genf bemühen und weitere Erkundigungen einholen, ob Verhältnisse vorliegen, die für eine nochmalige Neuwahl als dringend notwendig angesehen werden müßten. (Der erste Satz, der beim Lesen spontan als der Wichtigste angegeben wird, wird folgendermaßen wiedergegeben: Es besteht ja doch wenig Aussicht, daß Neuwahlen stattfinden, die letzten Wahlen sind ja ganz günstig ausgefallen. Anschließend verliert sich der Kranke in inhaltloses Gerede.)

Zunächst überrascht das eigenartige Ergebnis des ersten Lesens. Der Kranke hat den Inhalt der Geschichte überhaupt nicht erfaßt, dagegen weiß er noch, daß ich ihn gebeten habe, aus der Zeitung etwas vorzulesen und daß ich mich dafür interessieren würde. Außerdem weiß er, daß ich kurz vorher in München war. Die Bemerkung über die Neuwahl läßt sich wohl daraus erklären, daß der Kranke zu einer Zeit erkrankte, in der es sich um die Neuwahl des Reichspräsidenten handelte. Diese politische Situation, die einzige, die ihm anscheinend ganz geläufig ist, tritt jetzt immer dann in seinen Vorstellungsschatz ein, wenn überhaupt von Politik die Rede ist. (Diese Beobachtung konnte auch sonst bei ihm gemacht werden.) Seine Unfähigkeit, nach dem Lesen eine Geschichte wiedergeben zu können, verdeckt der Kranke einfach damit, daß er etwas in ganz allgemeinen Umrissen skizziert, wie es ihm möglich erscheint.

Erlebnisse, die er unmittelbar vor dem Lesen der Geschichte hatte, vermag er nicht von dem möglichen Inhalt der Geschichte zu trennen. Wie weit Vorstellungen und Erinnerungen, die in ihm auftauchen und

die wohl etwas mit Politik zu tun haben können, hierher gehören, vermag der Kranke nicht zu entscheiden.

In den folgenden Darstellungen der Geschichte, die der Kranke gibt, bleibt er an den in ihm aufgetauchten Erinnerungen kleben und verbindet sie in freier Kombination mit Elementen der Erzählung, die aber sinngemäß nicht angewendet werden. Eine Neigung zu Verschwommenheit und Verallgemeinerungen ist unverkennbar. Der falsche Sinn wird durch das öftere Lesen nicht korrigiert, sondern der Kranke fährt sich mit seinen Ideen erst recht fest.

Haifischgeschichte.

Von einem Haifisch verschlungen wurde der Sohn des Pastors Herbig aus Holzengel bei Greußen. Er war als erster Offizier auf einem Hamburger Handelsdampfer angestellt, und wurde durch eine Sturzsee plötzlich über Bord gespült. Da eine Rettung sich als unmöglich erwies, wurde der unglückliche junge Mann vor den Augen der entsetzten Schiffsmannschaft von einem den Dampfer umkreisenden Haifisch erfaßt und zum Meeresgrund gezogen, einen dunklen Blutstreifen hinter sich lassend.

Einmal lesen:

Die Geschichte handelt von einem Haifisch. Der ist geschwommen. Dann kam einer, der hat ihn gesehen. Der Haifisch wollte etwas verschlingen. Was er verschlingen wollte, weiß ich nicht, ich glaube eine Tafel.

Noch einmal lesen:

Der Haifisch hat den Sohn erfaßt und zu Boden gerissen. Vom Schiff war eine Rettung nicht mehr möglich. (Was hat der Haifisch mit dem Sohn gemacht?) Der Sohn war ertrunken, denn er mußte ja ertrinken, weil ihn der Haifisch auf den Meeresgrund gezogen hat.

Noch einmal lesen:

Ein Sohn des Pfarrers wurde von einem Haifisch erfaßt. Er wurde zu Boden gerissen, eine Rettung war nicht mehr möglich. Auch nicht vom Schiff. (Wie kommt der Sohn des Pfarrers auf das Schiff? Ins Meer?) Er wurde von einer Katastrophe ans Land gespült, von einem Haifisch erfaßt und auf den Boden des Meeres gezogen. Eine Rettung war nicht mehr möglich. Durch eine Schiffskatastrophe kam der Sohn ins Wasser. Er hat vielleicht einen Teil des Schiffes erfaßt und sich dann ans Land gerettet. Oder er war vielleicht ein Schwimmer. (Wurde der Sohn denn gerettet?) Nein, der Sohn wurde nicht gerettet, sondern auf den Boden des Meeres gezogen.

Noch einmal lesen:

Durch eine Schiffskatastrophe wurde der Sohn eines Pfarrers angeschwemmt. Er wurde von einem Haifisch erfaßt, der Haifisch hat das Schiff umkreist. Den Sohn des Pfarrers hat er ergriffen und zu Boden gerissen. Eine Rettung war unmöglich. (Wenn der Sohn angeschwemmt war, war er doch am Land, wie konnte ihn da der Haifisch ergreifen?) Er war eben nicht ganz am Land. Sonst hätte ihn ja der Haifisch nicht nehmen können.

Am nächsten Tag ohne neuerliches Lesen:

(Der Kranke besinnt sich erst ziemlich lang; dann erzählt er:) Ein Sohn wollte ins Ausland. Er fuhr mit dem Schiff und wollte nach Amerika. Da kam ein Schiffsunglück vor, er konnte schwimmen und war bestrebt, ans Land zu schwimmen oder zu warten, bis Hilfe kommt. Ans Land wird es jedenfalls recht weit gewesen sein noch. Aber man hat ja auch die Möglichkeit, sich telegrafisch zu verständigen. (Die letzten Gedanken sagt der Kranke so halblaut vor sich hin.) Er hat schließlich

auch gedacht, es käme Hilfe von einem anderen Schiff. Dann kam ein Walfisch, der ihn in die Tiefe zog. Eine Rettung war nicht mehr möglich.

Neuerliches langsames Lesen:

Der junge Herr war ein Offizier. Er war dienstlich auf einen Handelsdampfer berufen. Wohl infolge eines Unglücks wurde er über Bord geworfen. Infolge eines das Schiff umkreisenden Wal fisches würde er mit in die Tiefe gezogen. Eine Blutspur wurde hinterlassen. Es muß mit seinem sicheren Tod gerechnet werden. Eine Rettung war unmöglich, da kein Taucher zur Stelle war. Es war ja ein Handels schiff und kein Tauchschiiff. Bei einem Personendampfer wäre vielleicht Rettung dagewesen, oder auf telegrafischem Weg entweder das Land zu erreichen gewesen oder ein in der Nähe sich befindliches Schiff hätte herbeikommen und ihn retten können.

Hier wird der Kern der Geschichte sehr bald erfaßt. Aber es besteht die Neigung, alles auszuschmücken. Er erfindet Sachen dazu, die nach seiner Ansicht so gewesen sein könnten. Beim Nacherzählen verwertet er Vorstellungen und Möglichkeiten, die sich ihm aufdrängen, ohne daß er bei einer solchen Verwertung des Möglichen erkennt, daß das unmöglich mit dem weiteren Verlauf der Geschichte übereinstimmen kann. Gegen vorstellungen, die ihm sagen, daß seine Vorstellungen aus dem und dem Weiterverlauf der Geschichte unmöglich sind, treten gar nicht auf. In manchen Angaben wird der Kranke konkreter, in manchen verschwommener, aus dem Ganzen wird zuerst nur ein Teil herausgehoben und erfaßt. Der Blick für das Wesentliche ist nicht mehr da. Die Untersuchungen Schilders¹ weisen in dieselbe Richtung. Es zeigt sich daraus, daß zwischen der Denkstörung vor und nach der Behandlung der Paralyse, soweit es sich um Defektgeheilte handelt, ein wesentlicher Unterschied nicht besteht.

3. Wie erklärt der Kranke Bilder?

Binet 1. Auf dem Arm, das scheint eine Puppe zu sein. Da ist ein Mädchen, das hat eine Spitzenhose an. Die beiden Damen am Fenster gehören nicht dazu, denn die beiden haben eine ganz andere Frisur. Der Mann und diese 2 scheinen zusammen zu gehören. Die Frau will das Kind retten. Schließlich ist aber die Puppe doch ein kleines Kind. Die Frau hat Gebirgskleidung an. Es handelt sich hier um einen Unglücksfall oder um einen Mord. Der Mann will die Frau mit den Kindern ermorden. Die Frau ist im Sprungschritt, will dem Kinde zu Hilfe kommen, die im Haus stehen ganz schweigend drinnen und schauen zu. Auffällig ist, daß der Herr Zylinder trägt, und sich auf einem Spaziergang befindet. Jedenfalls ist es kein Angehöriger, der kommt doch nicht mit einem Spazierstock und einem Zylinder. Der Anzug paßt nicht zum Zylinder, er müßte doch einen Frack anhaben, oder einen Cut, oder wenigstens einen Rock. Es muß ein Mordfall sein, denn wenn es ein persönlicher Besuch wäre, wäre der nicht so angezogen und das Kind läge nicht so auf der Straße. Auch die Weste paßt nicht dazu. (Er ist ganz ratlos, hält aber an seiner Behauptung von einem Mordfall fest.)

Binet 2. Ein Schulkind, seine Pelzkappe, ein Unglücksfall, ein hineingeworfenes Fenster, ein Steinwurf, Steine; hier sitzt ein Bub, die Hose ist grün. Der eine Bub versteckt sich. Da liegt Schnee. Es scheint Winter zu sein; vielleicht ist der Stein-

¹ Schilder: Studien zur Psychologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse. Berlin: S. Karger 1930.

wurf von außen gekommen. (Der Kranke beschreibt weiter alle Einzelheiten des Bildes.) Auf Fragen, die darauf hindeuten, erkennt der Kranke langsam, aber richtig, wer den Stein in das Fenster geworfen hat und erfaßt jetzt auch langsam den Vorgang.

Binet 3. Der Tisch ist gedeckt, es stehen Gedecke für 2 Personen darauf, Kinder sind da, ein Unglücksfall, eine Mordtat. Die Frau und die beiden Kinder gehören zusammen. Sie wollten scheinbar Kaffee trinken. Der eine hat die Augen verbunden. Das ist ein Rätsel, das dürfte doch nicht sein! Der wollte anscheinend nicht erkannt werden. Das Kind soll wohl gemordet werden, weil der ja auch auf das Kind hinausgeht.

Der Kranke kennt bei den Bildern die darauf dargestellten Einzelheiten, Schwierigkeiten ergeben sich nur in der sinngemäßen und richtigen Zusammenordnung. Daß irgend etwas los ist, erkennt der Kranke. Aber er deutet es ganz falsch, aus einer gewissen vorgefaßten Meinung, die nicht mehr korrigiert wird, legt der Kranke dann Einzelheiten einen ganz falschen Sinn unter. So erklärt sich die eigenartige Deutung des Kopftuches. Er erkennt die Unordnung, die hier herrscht, (in Wirklichkeit eine Unordnung beim Blinde-Kuh-Spielen!) er denkt an einen hier nicht zutreffenden, aber möglichen Fall von Unordnung, an Einbruch und Mord, das ihm anscheinend erlebnismäßig irgendwie nahe liegt, die auftretende Vorstellung wird nicht zurückgewiesen, der Unterschied zwischen Wirklichkeit und Möglichkeit, zwischen Gegenstandserfassung und bloßem Ausdenken ist weitgehend aufgehoben. Wir sahen das schon bei den Ergebnissen aus den früheren Versuchen. Eine Vorstellung, die eben auftaucht, wird nicht auf ihre Richtigkeit geprüft, jeder Einfall wird zur Wirklichkeit und aus dieser falschen Einstellung und dem falschen oder ungenügenden Erleben des tatsächlichen Sachverhaltes wird der Sinn einer Begebenheit völlig falsch, allerdings meistens konsequent falsch, gedeutet.

4. Erfäßt der Kranke aus einer Reihe von Einzelbildern den Zusammenhang?

Die einzelnen Bilder werden in völlig falscher Reihenfolge gelegt. Die zusammenhängenden, eine Geschichte darstellenden Bilderbogenausschnitte bringen eine Szene zwischen einem Elefanten und einem Neger im afrikanischen Busch.

Der Kranke belegt den Elefanten mit dem Namen Naswolf. Er versichert, das Tier unter diesem Namen öfters im Tierpark gesehen zu haben. Daß es sich um ein Tier handelt, das man Elefant heißt, davon ist der Kranke nicht zu überzeugen.

Auf den Bildern erkennt der Kranke wieder alle Einzelheiten, versteht es aber absolut nicht, sich daraus eine Geschichte zurecht zu machen. Er macht nur zu jedem Einzelbild, das er als unabhängig und ohne inneren Zusammenhang mit den anderen Bildern auffaßt, erläuternde Bemerkungen. Er sagt z. B., ein Naswolf käme nur im zoologischen

Garten oder in warmen Ländern vor. Als man ihm die Bilder in richtiger Reihenfolge hinlegt, kann er daraus keinen Zusammenhang erkennen. Schließlich meint er, die ganze Geschichte sei die Mordtat von einem Neger und einem Naswolf. Er greift dann immer aus dem Vorgang nur Einzelheiten heraus und beleuchtet das Gesamtgeschehen von der Warte seiner Unbedeutendheiten und Kleimigkeiten.

Als Beispiel für Gespräche und Auffassung im Kino, in das der Kranke mitgenommen wurde, folgendes:

Bei einem Gang durch die Stadt macht der Kranke einen sehr zufriedenen Eindruck. Er ist von ausgesuchter, formeller Höflichkeit, will unter allen Umständen links gehen, macht immer zuerst die Türen auf. Vom schönen Wetterthema, das er zuerst angeschlagen hat, gleitet er sofort ab und fängt von seiner sehr schönen Jugend zu erzählen an. Er leiert nun in den Redensarten, die er immer gebraucht, seine ganze Geschichte ab. Anschließend kommt er auf seine Bedeutung für den Obstbaubezirk zu sprechen, dem er vorsteht. Da zeigt sich nun, daß der Kranke die Situation, in der er früher war und in der er jetzt ist, völlig mißversteht. Sein Selbstgefühl ist sehr gehoben. Die Frage der Pensionierung, die daraufhin vom Referenten angeschnitten wird, hält der Kranke bei sich für nicht akut. Er wolle sich noch nicht pensionieren lassen, weil er das Geld für die Erziehung seiner Kinder noch notwendig brauche. Einsicht in seinen Defekt fehlt bei ihm völlig.

Die Abgleitung von einem beliebigen Thema zu dieser Geschichte von seinem Beruf, seinem Werdegang, seinen guten Familienverhältnissen erfolgt immer wieder. Man hat den Eindruck, als ob plötzlich immer wieder dieselbe Grammophonplatte abgespielt würde.

Auf Befragen erzählt der Kranke, daß er viele Bücher lese, er hätte zuhause auch eine sehr schöne Bibliothek. Er zählt nun einzelne Bücher auf, die er in seinem Besitz hat, vergißt dabei auch nicht den schönen Bücherschrank zu erwähnen, den er besitze, gleitet wieder ohne jedes Ziel völlig in der Unterhaltung ab. Dann erzählt er auf neuerliches Befragtwerden, was er denn nun eigentlich gelesen habe, er habe in der Klinik ein Buch gelesen von Beethoven, dem Erfinder der Klaviere. Das sei ein sehr schönes interessantes Buch, das der Referent auch lesen solle. (Was steht da drin?) Das ist ein sehr interessantes Buch. (Wo hat Beethoven denn gelebt?) Ja, das weiß ich nicht mehr so genau, ich glaube in Württemberg. (Nein, in Wien!) Das merkt man eben doch nicht mehr so, aber jetzt erinnere ich mich auch schon! (Wo ist Beethoven denn geboren?) — — — (In Bonn!) Jetzt erinnert sich der Kranke spontan an eine Abbildung von Beethovens Geburtshaus in Bonn, es sei ein zweistückiges Haus, nicht besonders schön, der Kranke wundert sich, daß ein so bedeutender Mann in einem so wenig schönen Haus geboren ist. (Wie ist es Beethoven denn im Leben ergangen?) Nicht besonders gut, er hat sehr stark an Merkschwäche gelitten, er hat auch einige Schlaganfälle gehabt. (Hat Beethoven nicht auch schlecht gesehen und gehört?) Ja, er habe auch schlecht gehört, in dem Buch seien auch die schönen Hörinstrumente abgebildet gewesen. Daran, daß Beethoven merkschwach war und einige Schlaganfälle gehabt habe, hält der Kranke nachdrücklich fest.

Hier soll darauf hingewiesen werden, daß es sehr interessant ist, daß der Kranke einem Mann, den er für hochbedeutend hält, die Krankheitssymptome andichtet, unter denen er subjektiv leidet, von denen er wenigstens weiß, daß man sie bei ihm von ärztlicher Seite zu finden glaubt. Die Tendenz, eine Rolle, die Hauptrolle zu spielen, hält *Schilder* für etwas, was man bei der paralytischen Demenz häufig finde. Das scheint

mir hier eine gute Illustration zur berechtigten Behauptung *Schilders* vom Durchbruch primitiver Erlebnisse und Triebe infolge einer Korrekturstörung zu sein. Bemerkenswert ist, daß später, als der Kranke nachdrücklich von einem Arzt der Klinik gefragt wird, wie denn das eigentlich mit Beethovens Schlaganfall und Merkschwäche sei, der Kranke von seiner früheren mehrmals zu verschiedenen Zeitpunkten gemachten Äußerungen nichts wissen will.

In der Weiterführung des Gespräches kommt nun der Kranke, angeregt durch den Gedanken an die Musik sofort auf die Bemerkung, sein Vater habe ja auch die schönen Instrumente Baßgeige und Bombardon gespielt; sofort kommt er wieder in früher schon häufig erzählte Geschichten aus seiner Jugendzeit.

Als man auf die augenblickliche Situation der unheimlichen Arbeitslosigkeit mit ihm zu sprechen kommt, hat er zuerst anscheinend ein ganz richtiges Urteil. Bald zeigt sich aber, daß der Kranke weitgehend nur allgemeine Sprüche macht. Sobald er etwas genauer und konkret beurteilen soll, geht das nicht. Der Kranke schweift auch immer auf Beobachtungen ab, die er selber einmal gemacht hat, die Not der armen Leute im Winter schildert er recht anschaulich.

In der Stadt kennt sich der Kranke noch gut aus. Er bemerkt, daß manche Läden ihren Besitzer verändert haben, findet sich auch sehr gut zurecht. Er sagt, daß er nicht ins Kino gehen könne, da er kein Geld bei sich habe, als er von dem Referenten dazu eingeladen wird, bedankt er sich sehr. Er will ihm gleich, wenn er wieder daheim ist, Blumen schicken oder Obstbäume für seinen Garten, wenn er sie brauchen könne.

Im Kino, in dem der Kranke früher angeblich oft war, verhält er sich etwas kindisch. Bei sentimental Stellen flüstert er immer wieder: Wunderschön, wunderschön! Bei komischen Stellen lacht der Kranke herzlich laut auf, etwas ungehemmt und der Situation oft nicht ganz angepaßt. Auffallend ist er jedoch nicht gerade.

(Der Kranke wird nun vom Referenten gefragt, nachdem das Stück beendet ist, was er denn eigentlich gesehen habe, was ihm besonders gut gefallen habe, was das Stück für einen Inhalt gehabt habe.) Alles findet der Kranke nun wunderschön, besonders die eine Dame, die die Hauptrolle gespielt habe. Sie habe ja auch ganz wundervoll getanzt. Alles hätte ja auch so wundervoll zusammengespielt und zusammengepaßt. Das Stück habe zum Teil in Würzburg gespielt, zum Teil im Gebirge. (Warum im Gebirge?) Es wären so viele Blumen dagewesen und Balkone, die mit Blumen verziert gewesen wären, genau wie in Bad Tölz, in dem er ja früher zu Beginn seiner Erkrankung gewesen war. Nun erzählt der Kranke sofort von seinem Tölzer Aufenthalt. Dann spricht der Kranke über die Blumen, die alle auf dem Balkon gewesen wären.

Es ist sehr schwer, den Kranken auf die Frage zu fixieren, ob alle Bilder einen Zusammenhang gehabt hätten. Er meint, das Ganze werde wohl einen Zusammenhang gehabt haben! (Induziert!) (Welchen?) Jetzt werden wieder der Reihe nach die einzelnen Bilder aufgezählt, die Personen hätten ja auch glänzend zusammengepaßt. Zum Problem des Tonfilms nimmt der Kranke überhaupt keine Stellung.

Als der Kranke am Abend in der Klinik nach dem Film gefragt wird, weiß er fast gar nichts mehr davon. Nachdem er einzelne Bilder beschrieben hatte, wird er gefragt, ob alles, was er nun gesehen habe, wirklich dagewesen sei. Ob das auf der Bühne gewesen sei oder ob das nur mit Lichtbildern gemacht worden sei. Er hält nun entschieden daran fest, daß alles in Wirklichkeit dagewesen sei, ein Orchester erzählt er jetzt, habe in einem verdeckten Raum gespielt. Das Stück habe in Würzburg gespielt.

Am nächsten Tag, als der Kranke wieder aufgefordert wird, etwas vom Kino zu erzählen, erzählt er wieder einzelne Bilder, aber wesentlich mehr, als am

vergangenen Tag. Nach öfterem Fragen, ob alles Wirklichkeit gewesen sei, oder nur Lichtbilder, Film, sagt der Kranke, ein Teil sei Wirklichkeit gewesen, der andere Film. Dadurch, daß er mehrere Male ungefragt versichert, daß er allein darauf gekommen sei und sich das überlegt habe, muß man auf den Gedanken kommen, daß er über die Unmöglichkeit seiner Behauptungen auf der Abteilung aufgeklärt worden ist. Er sagt nun, die Eisenbahn sei Film gewesen. Die sei für die Bühne ja viel zu groß. Außerdem sei das Einstiegen und Fortfahren der Schauspieler am Schluß des Films bestimmt Kino gewesen, weil die Schauspieler ja, wenn sie mit der Eisenbahn fortgefahrene wären, nicht am anderen Tag hätten wieder in Würzburg spielen können. Man sieht auch hier, wie dem Kranken die schlecht und ungenau erfaßte Wirklichkeit nur Ausgangspunkt für eine neue Kombination wird, die ihm als möglich oder wahrscheinlich erscheint. Die Personen, meint er, seien im Gegensatz zum Zug richtig dagewesen, die hätten ja auch gesprochen.

Nach einigen Tagen wird der Kranke wieder nach dem Sinn gefragt; man meint zunächst, daß der Kranke einige Zusammenhänge aufgefaßt habe, in Wirklichkeit handelt es sich bei genauerem Zusehen doch um seine gewöhnlichen Konfabulationen.

Faßt man die Ergebnisse der vorstehenden Untersuchungen, von denen nur ein Teil und nur die Untersuchungen an einem Kranken mitgeteilt sind, zusammen, die an mehreren Kranken angestellt wurden, aber im wesentlichen gleiche Störungen ergaben, so kann man über die Störungen, die man in die Gruppe der „paralytischen Denkstörung“ einordnen kann, folgendes sagen:

1. Die Störungen bei defektgeheilten Paralytikern lassen sich, was Störungen des Denkens anlangt, auf Störungen der Vorbedingungen zur Intelligenz im Sinne von Jaspers nicht zurückführen, wenn auch diese Vorbedingungen zum Teil bei manchen Kranken geschädigt sind. Die eigentliche Störung ist eine Störung des intellektuellen Apparates, die Urteilsfähigkeit, die Denkfähigkeit, die Spontaneität, der Sinn für das Wesentliche sind abgeschwächt oder nur noch spärlich vorhanden.

2. Dem Gedankengang des Defektgeheilten fehlt die Zielstrebigkeit.

3. Zusammenhänge werden nicht erfaßt; an Einzeldinge aus einem Komplex werden Konfabulationen angeknüpft.

4. Die Grenze zwischen Realitätsgehalt von Wahrnehmung und Vorstellung verschwindet oder wird undeutlich.

5. Korrigierende Gegenvorstellungen bei der Beurteilung von Sachen treten nicht auf. Ein einmal gefälltes falsches Urteil wird festgehalten.

Das scheint das Ergebnis zu sein, das man fürs erste aus den vorstehenden Beobachtungen erhält. Hier müssen weitere Untersuchungen einsetzen. Jedenfalls wird aber sofort klar, daß mit diesen Störungen der eigentümliche Zustand, den der typische defektgeheilte Paralytiker aufweist, noch nicht hinreichend erklärt wird. Im folgenden soll der Versuch unternommen werden, zusammenfassend die verschiedenen Einbruchsmöglichkeiten der Paralyse in die komplizierte Struktur der Persönlichkeit aufzuzeigen. Dann wird sich zeigen, daß die wesentliche Störung der Persönlichkeit des defektgeheilten Paralytikers, der nach der Malaria übrig bleibende Zustand der „paralytischen Demenz“ nicht

allein mit Störungen im intellektuellen Apparat erklärt werden kann, sondern daß beim defektgeheilten Paralytiker weitgehend auch die für das Handeln und die Persönlichkeit wichtigsten Schichten, die Trieb-, Temperament- und Charakterschicht geschädigt sind und daß diese Störungen erst eine befriedigende Erklärung für das eigentümliche Wesen der Defektgeheilten bieten. Diese Untersuchungen sollen weiter führen, keinen Abschluß bringen. Aber ich will zeigen, daß die Gleichsetzung von Demenz und Schädigung des intellektuellen Apparates ungenügend ist, wenn man dann mit der paralytischen Demenz das Wesen der psychischen Veränderung Defektgeheilter und Paralytischer überhaupt zu fassen meint. Eingehende Untersuchungen über das Verhältnis von Intelligenz und Trieb-, Temperament- und Charakterschicht müssen vor allem angestellt werden, wenn man in der psychopathologischen Forschung weiter kommen will. Die folgenden Untersuchungen wollen als Versuch gewertet werden, als Weg, der seinem Ziel nach richtig ist, mögen auch Einzelstationen noch mangelhaft sein.

IV. Analyse der seelischen Dauerstörungen bei defektgeheilten Paralytikern.

1. Über die Methode.

Mauz schreibt in seiner ausgezeichneten Arbeit über die Psychopathologie defektgeheilter Paralytiker¹ einmal, daß das Urteil einer verständigen Frau über ihren defektgeheilten Gatten gelautet habe: Er ist es, und er ist es nicht.

Treffender könnte man den tatsächlichen Sachverhalt nicht kennzeichnen. Wenn man viele defektgeheilte Paralytiker gesehen und untersucht hat, so wird man unbedingt den Eindruck haben, daß bei den allermeisten dieser ehemaligen Kranken etwas verändert ist, was, auch bei völliger Intaktheit des intellektuellen Apparates als solchen, auf die ganze Lebensgestaltung, auf die Haltung, Einstellung, auf ihr ganzes Sein als Mensch irgendwie abschwächend wirkt. Diesen ersten Eindruck nun nach Möglichkeit so zu fassen, daß man sagen kann, hier ist die Persönlichkeit des Kranken bestimmt gegen früher verändert, das ist das Ziel dieser Untersuchung.

Eine Prüfung mit experimentellen Methoden, mit einem genau vorher aufgestellten Feldzugsplan, verboten schon äußere Gründe. Von Ausnahmen abgesehen hatte ich nicht die Möglichkeit, defektgeheilte Paralytiker über eine längere Zeit hin zu beobachten. Die meisten Kranken befanden sich wieder im Beruf, mindestens in der häuslichen Umgebung und ich mußte froh sein, wenn ich sie für kurze Zeit beobachten, mit ihnen und ihren Angehörigen sprechen und mich über sie erkundigen konnte.

¹ *Mauz*: Zur Psychopathologie malariaemittierter Paralytiker. Z. Neur. 127 (1930).

Dieser Nachteil wird durch einen Vorteil weitgehend aufgewogen. Bei den leicht-defekten Kranken geben experimental-psychologische Methoden und Untersuchungen zu wenig Aufschluß. Sie sind großenteils nur zur Prüfung des intellektuellen Apparates brauchbar, über das, was man unter der eigentlichen Persönlichkeit versteht, erfährt man durch diese Methoden nichts.

Jedenfalls sind wir jetzt noch nicht so weit, Störungen des Gefühls- und Willenslebens experimentell zu erfassen, so zu erfassen, daß Entscheidendes darüber durch naturwissenschaftlich-exakte Methoden ausgesagt werden kann. (Ob das überhaupt möglich ist, soll hier nicht diskutiert werden.)

Alles liegt also an einer guten und genauen Beobachtung, wie sie sich aus einer Situation, die man vorher weitgehend nicht weiß, durch genaues Zusehen und Aufpassen und hinterher durch kritisches Überlegen und Auswerten ergibt. Wichtig ist es selbstverständlich, sich immer zu kontrollieren, ob man unvoreingenommen untersucht und in die Untersuchung ein Resultat hineinträgt, das auf Grund des Befundes nie dabei herauskommen kann. Ich war nach Möglichkeit bestrebt, immer wieder unvoreingenommen an die einzelnen Kranken zu gehen.

2. Störungen des intellektuellen Apparates.

Immer von neuem muß man über die Mannigfaltigkeit der Störungen staunen. Die eigentümliche Persönlichkeitsveränderung der defektgeheilten Paralytiker freilich ist wohl nicht nur im Effekt, sondern auch in der Ursache weitgehend gleich. Aber um diese Veränderung herum gruppieren sich die verschiedenartigsten Werkzeugstörungen. Auch ist der Grad der Persönlichkeitsveränderung weitgehend verschieden.

Manche Defektgeheilte sind von der Paralyse gestreift, manche getroffen, manche zerbrochen. Die Einstellung der Kranken zu ihrem Defekt, die Art, wie sie damit fertig zu werden suchen, ob der Defekt verdrängt und zur Lebenslüge wird, oder ob er übermächtig die Persönlichkeit in seinen Bann zwingt, das alles kompliziert die Beurteilung des Defektes ungeheuer, und in manchen konkreten Fällen wird eine genaue Abgrenzung zwischen organischem Ausfall und psychogener Überlagerung zur Unmöglichkeit.

Zu den Vorbedingungen der Intelligenz, deren Störungen wir zunächst betrachten, gehören eine Fülle einzelner Funktionen des Seelenlebens, vor allem Merkfähigkeit, Gedächtnis, Ermüdbarkeit, sowie der Mechanismus der motorischen Erscheinungen des Sprechapparates (*Jaspers*).

Als Beispiel für die Störung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses kann folgender Fall dienen.

Fall 1. M 12. Georg Schmi., geboren 9. 11. 1886, aufgenommen 19. 2. 27.

Der 41jährige Reisende, der in der Schule gut gelernt hat und immer gesellig und lustig war, kam von jeher im Beruf gut vorwärts. Vor ungefähr 10 Jahren erfolgte die Infektion mit Lues im Krieg.

Vor etwa 3 Monaten erkrankte der Patient an Kopfschmerzen, war immer sehr bald müde, konnte nicht mehr so weit laufen, wie früher. Er hatte an seiner Arbeit keine rechte Lust mehr und verlor bald das Interesse an seiner Umgebung völlig. Dabei war er grüblerisch, machte sich viele Sorgen, wurde vergeßlich. Seine Libido ließ immer mehr nach.

Bei der Aufnahme ist der Kranke völlig orientiert, beantwortet alle Fragen mit monotoner Stimme, ist ganz ohne wesentlichen Affekt, ist auch durch nichts in Affekt zu bringen. Das Auffassungsvermögen ist leicht eingeschränkt, die Merkfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Widersprüche, die man ihm vorsagt, empfindet er nicht als solche, darauf aufmerksam gemacht, lächelt er nur blöde. Auf der Abteilung ist er in nachdenkend-grüblerischer Stimmung, er kann sich nicht recht denken, was mit ihm nun werden soll.

Während der Fieberanstiege ist der Kranke unruhig.

Nach der Kur glaubt sich der Kranke gesund, möchte zur Nacherholung in ein Sanatorium. Im ganzen ist er stumpf, unterhält sich nur selten mit seinen Nachbarn auf der Abteilung.

Einige Wochen nach der Kur kommt er wieder mit allerhand Beschwerden, verlangt dauernd seine Entlassung. Für seine Beschwerden können nicht die geringsten Anhaltspunkte gefunden werden. Krankheitseinsicht fehlt dem Patienten völlig.

Nach 2 Monaten ist der Kranke völlig beschwerdefrei, er ist ruhig, freundlich, entgegenkommend, etwas euphorisch; so kann er aus der Klinik entlassen werden.

Nach 4 Jahren ergibt sich bei einer Nachuntersuchung, daß der Kranke von seiner Entlassung an bis jetzt in seinem alten Beruf wieder völlig arbeitsfähig war. Er selbst fühlt sich gesund und leistungsfähig. Das Einzige, was sich objektiv außer einer leicht hypomanischen Stimmung feststellen läßt, ist eine geringe Gedächtnis- und Merkschwäche. Darüber klagt er gelegentlich selber.

Aus einer stumpfen, depressiven beginnenden Paralyse entwickelt sich eine fast vollständige Remission. Psychisch ist lediglich eine leichte Gedächtnis- und Merkschwäche nachzuweisen, vielleicht ist die Stimmung des Patienten durch die Paralyse leicht in die Richtung des Hypomanischen verändert. Jedenfalls liegt aber keine gröbere Umstimmung des Affektlebens vor.

Die Störungen des *Gedächtnisses* sind im allgemeinen bei den leichteren Formen der defektgeheilten Paralyse nicht sehr ausgeprägt. Bei schwereren Formen des Abbaues finden wir freilich einen fast völligen Abbau des Gedächtnisses. Aber auch bei Kranken, die durchaus nicht sehr gestört sind und im praktischen Beruf sich gut betätigen können, finden sich Störungen des Gedächtnisses.

Viel häufiger finden sich Störungen der *Merkfähigkeit*. (Auf die Auffassung des Merkfähigkeitsverlustes als Zeit- und Einstellstörung soll hier nicht eingegangen werden; wir bezeichnen mit dem *Begriff der Merkfähigkeit die Möglichkeit des Neuerwerbs geistigen Gutes*.) Die Störung der Merkfähigkeit kann so weitgehend sein, daß man versucht ist, sie in manchen Fällen für den oder wenigstens einen wesentlichen Faktor zu halten, der an der seelischen Dauerstörung des Kranken schuldig ist. Störungen der Merkfähigkeit finden sich auch bei Kranken, die sonst wenig Störungen aufweisen, häufig. Umgekehrt wieder findet man bei geistig hochgradig abgebauten Kranken die Merkfähigkeit wenigstens

für Eindrücke, die mit einem gewissen Affekt verbunden sind, nicht soweit abgebaut, als es dem sonstigen geistigen Zustand des Kranken entsprechen würde.

Die *Schwierigkeit, sich zu konzentrieren*, beruht auf einer Störung der Aufmerksamkeit (im weiteren Sinn). Eine Konzentrationsschwäche findet man wohl bei fast allen defektgeheilten Paralytikern. Wenn man die Beziehungen beachtet, die einerseits zwischen Ermüdbarkeit und Aufmerksamkeit, andererseits zwischen Affekt und Aufmerksamkeit bestehen, so ist es von vornherein wahrscheinlich, daß Störungen der Aufmerksamkeit, leichte Ermüdbarkeit und Mangel in der affektiven Zuwendung parallel gehen. Diese Vermutung findet man tatsächlich bei sehr vielen Kranken bestätigt.

Die *Beziehung zwischen Aufmerksamkeit und Affektleben* ist überhaupt eine außerordentlich wichtige. Der Aufmerksamkeit Defektgeheilter scheint bei allem guten Willen, den die Kranken mitbringen, die innere Spannung zu fehlen, die wohl als affektiver Unterbau und als Voraussetzung für eine aufmerksame Zuwendung zum Objekt für die psychischen Funktionen der Aufmerksamkeit und der Konzentration angenommen werden muß. Aus dem *Mangel an innerer Spannung* lassen sich auch leicht und zwanglos die Ablenkbarkeit des Gedankenganges und die Induzierbarkeit neuer Gedanken erklären, die man bei defektgeheilten Paralytikern in den meisten Fällen findet. Darauf wird bei der Besprechung der Störungen des Gefühlslebens noch einmal darauf zurückzukommen sein.

Der *Kenntnisschatz* unserer Kranken, der als Grundlage für die eigentliche Intelligenz und für intelligentes Verhalten ebenfalls nötig ist, ist in vielen Fällen recht dürftig. Zwar ist die Beurteilung deshalb recht schwierig, weil man nicht weiß, was an Schul- und Lebenswissen vor der Erkrankung zum geistigen Inventar des Kranken gehörte. Man wird sich im allgemeinen von vornherein bei der Beurteilung auf ein recht geringes Niveau einstellen. Trotzdem verblüfft immer wieder auch bei ehemals geistig Hochstehenden die außerordentliche Verarmung an Wissen. Das merkt man erst, wenn man sich nicht durch formal gut vorgebrachte Sprüche täuschen läßt, sondern außer diesen noch eine positive Leistung verlangt. Aus einer ausschließlichen Gedächtnisstörung diese Verarmung an geistigem Besitz erklären zu wollen, erscheint mir nicht ganz richtig. Man wird doch wohl in Betracht ziehen müssen, daß die ständige Erneuerung von Kenntnissen, das dauernde Wiederholen früher erworbenen Wissens, das heute durch Zeitungen und Kurse auch bei einfachen Arbeitern wenigstens bis zu einem gewissen Grade erreicht wird, wegfällt, einfach weil bei den Kranken das Interesse dafür nicht mehr vorhanden ist und nie mehr wiederkommt. Freilich darf man diese Tatsache des ständigen Wiederholens nicht überschätzen. Was dieses „Interesse“ ist, darauf wird unten noch näher eingegangen werden.

Folgende Krankengeschichte zeigt gut die bisher besprochenen Störungen:

Fall 2. M 18. Georg Vog., geboren 28. 8. 1885, aufgenommen 4. 1. 23.

Der 38jährige Bankinhaber, der in der Schule sehr gut gelernt hat, hat sich nach Absolvierung der Mittelschule mit der besten Note dem Bankfach zugewandt. Er war geschäftlich sehr gewandt, im Kriege war er Reserveleutnant, nach dem Kriege gründete er im Beginn der Inflationszeit eine Bank, die sehr gut ging. Seinen Verwandten fiel auf, daß er sich allmählich im Wesen veränderte. Er konnte nicht mehr gut schreiben, war aufgereggt, wiederholte alles, hatte ein schlechtes Gedächtnis. Schließlich wurde er unfähig, seine Bank zu leiten und wurde in die Klinik gebracht. Bei der Aufnahme war seine Sprache verwaschen, die Stimmung euphorisch. Er war sehr selbstbewußt, Krankheitseinsicht fehlte ihm völlig, es konnte eine geringe Merkschwäche festgestellt werden. Die huetische Infektion fand vor 13 Jahren statt.

Nach der Malariakur wurde der Kranke gebessert, aber arbeitsunfähig nach Hause entlassen. Äußerlich war der Patient unauffällig, schien für alles interessiert, rechnete gut, die Stimmung war stumpf euphorisch, eine Beeinträchtigung der Merkfähigkeit ließ sich nicht mehr nachweisen.

Nach 6 Jahren kommt der Patient zur Beobachtung seines Geisteszustandes wieder in die Klinik. Die Schwester des Kranken gibt an, daß ihr Bruder immer allein lebe, nichts arbeite; das Gedächtnis sei gut, aber sonst sei es nichts Besonderes mit ihm. Beim Sprechen komme er vom Hundertsten ins Tausendste, tue nichts, lese nur Zeitung, esse und schlafe. Er sei friedlich, mit sich sei er immer zufrieden. Vor allem interessiere er sich für Hausfrauengeklatsch. In letzter Zeit sei er wegen eines Prozesses etwas aufgereggt.

Der Kranke selbst berichtet, daß er nach seiner Entlassung aus der Klinik noch an verschiedenen Orten in Behandlung gewesen sei. Er beziehe eine Rente von dem Teilhaber seines Bankgeschäftes, lebe in Österreich, weil dort das Leben billiger sei. Er habe keinerlei Anschluß. Er lebe ganz allein für nur sich. Er ruhe viel, gehe spazieren, lese die Münchener Neueste Nachrichten, die seine einzige Lektüre seien. Abends um 8 gehe er ins Bett, und liege bis morgens um 5 schlaflos; seit 5 Jahren will er noch keine Stunde richtig geschlafen haben. Deswegen könne er auch nicht arbeiten.

Bei der Untersuchung verhält sich der Patient im allgemeinen geordnet, gibt immer gern und freundlich Auskunft. Die psychische und motorische Auffassung des Kranken ist beeinträchtigt; der Kenntnisbesitz ist in Anbetracht seiner Vorkenntnisse und seines Bildungsganges sehr dürftig; leichtere Rechenaufgaben werden zwar prompt und richtig gelöst, bei schwereren Rechenaufgaben aber versagt er. Er sucht bei diesen schwierigeren Aufgaben die gleiche Geschwindigkeit zu erreichen, die er anscheinend früher gewohnt war, und hat sich offenbar darauf, daß es nicht geht, noch nicht umgestellt. Erst wenn man ihn veranlaßt, langsam und ruhig zu rechnen, werden die Ergebnisse besser. Daraus kann man nicht nur eine gewisse Herabminderung seines Niveaus erkennen, sondern auch die Tatsache, daß er sich auf diesen Defekt noch keineswegs richtig eingestellt hat. Er traut sich zu Unrecht noch Fähigkeiten zu, die er früher einmal gehabt hat, ohne daß er merkt, daß seine Leistungen jetzt einfach nicht mehr entsprechend sind.

Läßt man ihn Begriffe definieren, die er von früher her aus seinem Bankfach gewohnt war, so gerät er meist in diffuses, oberflächliches Gerede. Auch hier sind zuerst die Resultate wesentlich schlechter, als später, aber es kommen doch auch später oft Verwechslungen vor, die bei einer Tätigkeit in seinem Fach sich in der Zukunft peinlich auswirken könnten.

Bei der Prüfung der Urteilsfähigkeit ergeben sich recht verschiedene Resultate. Zunächst besteht die Neigung, bei der Erklärung von Unterschiedsfragen nicht die Unterschiede allgemein zu präzisieren, sondern alles an Beispielen seiner engeren

Erfahrung zu verdeutlichen. Auf die Frage nach dem Unterschied zwischen Borgen und Schenken meint er: „Borgen, da lebt man ein Geld aus, Schenken, da wird ein gewisser Betrag geschenkt“. Den Unterschied zwischen Lüge und Irrtum sieht er in folgendem: „Lügen ist, wenn jemand lügt, Irrtum ist, wenn man sich täuscht, wenn man einen anlügen“. Erst bei wiederholtem Fragen und hindeutenden Bemerkungen merkt er eigentlich, worum es geht.

Bei der Sprichworterklärung gibt er zunächst nur eine wörtliche Umschreibung, ohne die Nutzanwendung hervorzuheben. Er kann das einfach nicht, dagegen ist er in der Lage, Sprichwörter, die den gleichen Sinn haben, zusammenzustellen. Auffallend ist, daß sich der Kranke nur sehr schlecht konzentrieren kann. Es ist schwer zu sagen, ob das mit der Flüchtigkeit seiner Auffassung zusammenhängt, oder nur auf die fehlende Aufmerksamkeitsspannung zurückzuführen ist.

Bei der Unterhaltung ist der Kranke abschweifend, verliert leicht den Faden, kann Wichtiges nicht von Unwichtigem trennen. Der Kranke ist nach Art von Schwachsinnigen sehr stark ichbezogen. Als in einem Stück, das er als Leseprobe vorgelegt bekommt, der Name Kraepelin vorkommt, meint er gleich, den habe ich auch gekannt. Er ist jetzt gestorben. Dann liest der Kranke nach dieser Bemerkung ohne jeden Affekt weiter. Er liest in völlig gleichem Tonfall, ohne den Sinn zu erfassen. Aus seiner Zeitungslektüre, die er täglich mit der größten Gewissenhaftigkeit absolviert, hat er keinen großen Vorteil gezogen. Er kann über nichts Auskunft geben und hat auf alles immer nur schöne allgemeine Redensarten vorrätiig. Wie er Auskunft darüber geben soll, wodurch ein Bankgeschäft verdient, weiß er gar nichts Konkretes zu sagen, sondern hat nur schöne allgemeine Redensarten, mit denen er hausieren geht.

Die Stimmung des Kranken ist ausgesprochen euphorisch. Er ist in kindlicher Freude mit sich und der Welt zufrieden. Er hat eine gewisse Krankheitseinsicht. Er weiß, daß er geistig nicht mehr so leistungsfähig sei, wie früher. Diese Einsicht ist jedoch nicht von der beim Gesunden zu erwartenden affektiven Resonanz begleitet. Er kennt die bei ihm gestellte Diagnose, macht sich aber anscheinend nicht recht viel daraus. Die Syphilis sei eine schwere Krankheit, meint er, die habe er jetzt aber nicht mehr, nur Chinin habe er noch im Kopf. Auch daß er Paralyse hatte, weiß er. Auf die Frage, ob er sie noch habe, antwortet er, das stehe ja vermutlich in dem ärztlichen Bericht drinnen, der über ihn jetzt angefertigt werde. Auf die Frage, ob er sich Gedanken darüber mache, meint er, man müsse sich eben mit seinem Schicksal abfinden, so gut man es könne. Selbstmord könne man deswegen doch keinesfalls begehen. Sein Teilhaber würde ja dann lachen, weil er ihm keine Rente mehr ausbezahlen brauche. Daß er an Paralyse noch einmal sterben könne, daran glaubt er nicht. Jetzt sei er ja auch völlig gesund, außerdem wasche er sich jetzt ja auch täglich.

Zu seiner Krankheit hat er eine ganz eigentümliche Einstellung. Er bringt offenbar irgendeine Krankheitsfurcht nicht auf, aus Freude darüber, daß ihn das Leiden geschäftsunfähig gemacht hat, und er vielleicht auf diese Weise seinen Prozeß, den er eben führt, gewinnen kann. Im übrigen befolgt er aus Gewissenhaftigkeit und einer gewissen Hörigkeit dem Arzte gegenüber die Verordnungen seiner Ärzte aufs genaueste. Außerdem hat er sich ganz eigenartige Sachen angewöhnt: Er isst z. B. kein Rindfleisch, weil das Blut positiv sei.

Aus einer einfach-dementen Paralyse entwickelt sich bei diesem Kranken im Lauf von einigen Jahren eine Persönlichkeitsveränderung, die sich vor allem in einem Ausfall von Kenntnissen, herabgeminderter Urteilsfähigkeit, Initiativlosigkeit, Gleichgültigkeit und affektiver Einengung bemerkbar macht.

Wenden wir uns nun den Störungen des *Denkens*, der Verstandestätigkeit im engeren Sinn, der eigentlichen Intelligenz zu! Da muß zunächst auf die früher gesondert unter III mitgeteilten Untersuchungen über die paralytische Denkstörung verwiesen werden. An der Verarmung des geistigen Lebens, das auch schon in den ersten psychischen Anzeichen einer Paralyse eine wichtige Rolle spielt, und das man wohl bei allen defektgeheilten Paralytikern findet, gerade auch als auffallendes, in die Augen springendes Symptom, bei defektgeheilten Gebildeten, ist der Mangel an auftauchenden geistigen Inhalten, mit denen intelligent gearbeitet werden kann, schuld. Auch wo die Fähigkeit, Urteile und Begriffe zu bilden, noch kaum geschädigt ist, ist schon diese Möglichkeit, aus einer Vielheit von Vorstellungen eine, die Richtig, herauszugreifen, aus dem Vollen zu schöpfen, infolge der Verarmung an sich anbietenden geistigen Inhalten weitgehend geschädigt. Daß sich bei einer weiteren Schädigung, einem tiefer gehenden Abbau mit Vorliebe dann nur noch geistige Inhalte anbieten, die infolge einer affektiven geistigen Grundhaltung und eines affektiv starken Eindrucks, den sie gemacht haben, besonders eindringlich waren, von denen dann der Kranke einfach nicht mehr loskommt, wenn sie sich ihm einmal aufgedrängt haben, ist eine immer wieder zu machende Erfahrung. Wenn ein Kranker immer wieder von allen Gesprächen ab und auf seine Jugendzeit zurückkommt, so kann man das wohl damit am besten erklären.

Die Krankengeschichte des Kranken W 2 zeigt sehr eindrucksvoll die geistige Armut, das Mangelhafte und Unelastische im Auftauchen und der Verwendung von neuen Einfällen, alles wesentliche Veränderungen, die mit diesem Kranken vorgegangen sind, besonders an den beigegebenen Gedichten.

Fall 3. W 2. Hermann Schmi...., geboren 1. 5. 1891, aufgenommen 8. 10. 29.

Der 38jährige Kranke, der vor 4 Jahren erkrankte, seither nach dem Urteil seiner Begleiter, die ihn in die Klinik brachten, immer verrückt war, sinnlos mit der Musik auf den seinem Heimatdorf benachbarten Dörfern umherzog, in diesen Dörfern als der Gemeindetäpp galt, läßt bei der Aufnahme in die Klinik die Untersuchung gleichgültig über sich ergehen.

Die Untersuchung ergibt eine hochgradige Verlangsamung in allen Leistungen. Der Kranke selber gibt an, daß er krank sei. Er meint, daß er es an den Füßen habe. Er ist orientiert, einfache Aufgaben kann er richtig lösen, bei der Unterhaltung redet er ziemlich einsichtslos und schwachsinnig daher. Er gibt an, daß er mit seinen Angehörigen in Streit lebe, behauptet, daß er eben nie in Ruhe gelassen würde, und deshalb gebe es immer Streit. Für seine Torheiten ist der Kranke nicht einsichtig, von selbst spricht er nicht, seine Stimmungslage ist euphorisch.

Nach einer Rattenbißfieberkur ist der Kranke orientiert, beim Ablesen macht er einige Aufmerksamkeitsfehler. Unterschiedsfragen werden von ihm schlecht beantwortet, das Erfahrungswissen ist gut. Er sagt, daß er krank sei, deshalb wolle er auch Militärrente haben, weil er sich schon im Krieg krank gefühlt habe. Er macht einen gemütlich stumpfen Eindruck. Entlassungswünsche bringt er nie spontan vor, läßt sie sich auch kaum für länger aufsuggerieren.

Die Luesinfektion wird für die Zeit vor 20 Jahren zugegeben.

Nach einer Malariakur ist der Kranke recht apathisch, energielos, stumpf, arbeitet auf der Abteilung mit, behauptet arbeitsfähig zu sein, wenn man sich mit ihm unterhält und bringt jetzt auch Entlassungswünsche vor. Bisweilen ist der Kranke in der Stimmung wechselnd, meist läppisch-heiter, gelegentlich aber auch grundlos gereizt.

Bei der Aufnahme in die Anstalt, in die der Kranke verlegt wird, ist er geordnet, besonnen, orientiert, stumpf, affektlos, sein Gesichtsausdruck ist ausgesprochen blöde, die Sprache ist verwaschen, der Ausdruck umständlich. Ohne jede affektive Reaktion erzählt er allen, die es wissen wollen, daß er Lues und Paralyse gehabt habe. Er ist auf der Abteilung wunschlos, hilft bei den Hausarbeiten, beteiligt sich auch beim Kartenspielen. In seinen Erzählungen verliert der Kranke oft den Faden, macht viele Abschweifungen, verwickelt sich, ohne es zu merken, oft in Widersprüche, läßt alles mögliche kritiklos in sich hineinfragen, aus seinen eigenen Gedankengängen kann man nur sehr schwer klug werden. Nachdem der Kranke einige Zeit in der Anstalt ist, meint er aus sich selber heraus, daß er hier in der Anstalt unter lauter kranken Menschen auf die Dauer wohl nicht lange bleiben könne.

3 Jahre nach der Kur befindet sich der Kranke noch in der Anstalt und trägt sich dauernd mit Heiratsgedanken. Durch die Neckereien seiner Umgebung, die ihn in keiner Weise ernst nehmen, läßt er sich nicht von seinem Vorhaben abbringen. Seine Zukunft malt er sich rosig aus, will von selbst gedichteten und komponierten Liedern leben. Er sagt auch, daß er beabsichtige, nach seiner Entlassung aus der Klinik in seinem Heimatdorf die Leitung der Musikkapelle zu übernehmen. Zum Gaudium seiner Umgebung produziert er sich dauernd mit seiner Gesangskunst. Er behauptet, er sei deswegen aus der Klinik in die Anstalt überführt worden, um hier die festlichen musikalischen Veranstaltungen zu leiten. Er zeigt eine läppische Euphorie, außerdem eine erschwerte musikalische Auffassung. Der Kranke bietet in der Anstalt nun seit Jahren ein völlig stationäres Krankheitsbild dar. Kurz nach Weihnachten erzählt der Kranke von einem wunderbaren Traum, den er einmal nachts gehabt habe. Im Traum seien ihm die hl. 3 Könige erschienen. Dadurch sei ihm die Wahrheit der Religion Christi geoffenbart worden. Er sei jetzt Vorkämpfer der christlichen Religion und bekämpfe die Nationalsozialisten und die Kommunisten. (Vor Jahren war der Kranke kommunistischer Gewerkschaftsfunktionär und Betriebszellenleiter im Ruhrgebiet!) Nachdruckslos besteht er darauf, entlassen zu werden und hilft stumpfsinnig bei der Hausarbeit mit. Er macht läppische Gedichte, von denen 2 hier mitgeteilt werden sollen.

Ihr Sänger am Rhein!

Ihr Sänger am Rhein,
trinket den Wein
schenkt ein, trinkt aus!

Am Rhein, am Rhein
stoßet an die funkelnden Gläser
in Köln am Rhein!

Steht ein altes Haus
ein holdes blondes Mädel schaut heraus.
Ihr Sänger kommt herein und trinkt mit
den Wein am Rhein, deutschen Rhein.

Sie traten ins Kämmerlein und tranken
bis frühen Morgen hinein
den Wein
am Rhein, deutschen Rhein.

Frau Wirtin sprach: Mein Töchterlein,
das darf nicht sein
Ihr vom Rhein trinkt den Wein allein
am Rhein, deutschen Rhein.

Wohl am Rhein hat schon mancher Deutscher
Sänger sein Leben besoffen beim Wein
Am Rhein, deutschen Rhein,
da möcht ich begraben sein.
Am Rhein, deutschen Rhein.

Im Wald.

Gehn wir in den Wald hinein
trillern die Vöglein so schön und fein
und der Sänger horcht und lauscht
alles ist still um ihn her
O Waldruh !

Drüben vom Tal schallt die Stimme wieder.
Und der Sänger sieht am Waldsaum nieder
Er denkt an sein fernes Liebchen
Die ihm macht viel Kummer und Sorgen.
O Waldruh !

O Waldesruh, o Waldruh.
Muß fort vom Vaterhaus,
Halts nimmer länger aus.
Zieht fort in die weite Welt
Vielleicht ist ihm dort besser gestellt.
O Waldesruh !

Bei diesem Kranken finden wir einmal eine ziemlich große Antriebslosigkeit und gemütliche Stumpfheit, dann aber auch eine tiefgreifende Störung im Urteil, die den Kranken hindert, zwischen Tatsachen und Wünschen zu unterscheiden. Merkfähigkeit, überhaupt die „Vorbedingungen der Intelligenz“ (Jaspers) sind noch verhältnismäßig besser erhalten, als die höchste geistige Funktion, das Urteil. An den Gedichten zeigt sich einmal die Verarbeitung von verhältnismäßig banalen Stimmungsgehalten in Anlehnung an bekannte Volks- und Rheinlieder, die Wortwahl geht durchaus nicht über den in diesen Liedern vorkommenden Wortschatz hinaus, auch die ganze Art der Gedichte ist in schwachsinniger Weise nachgemacht. Inwieweit die Störungen des Urteils mit denen des Affektlebens zusammenhängen, wird an anderer Stelle im Zusammenhang mit ähnlich gelagerten Fällen besprochen werden.

Trotz dieser *Verarmung an auftauchenden geistigen Vorstellungen* und Möglichkeiten machen doch bei oberflächlicher Betrachtung manche Kranke den Eindruck, als ob die Vielheit der auf sie einstürmenden Eindrücke, Gedanken, Ideen und Vorstellungsfetzen einen geregelten Gedankengang verhindern würde, so daß die Kranken vielfach ohne rechtes Ziel einfach ihren verschiedenen Einfällen wahllos folgen. Diese Beobachtung spricht keinesfalls gegen die Annahme und die Beobachtung einer Verarmung an geistigem Inventar. Hier fehlt es einfach an den

Möglichkeiten, geeignetes, passendes geistiges Gut so auszuwählen, daß es sich einem geplanten Gedankengang sinnvoll einfügt. Ein Ziel, das maßgebend sein sollte bei der Auswahl geistiger Inhalte wird nicht über eine längere Gedankenreihe festgehalten. So gewinnt man aus den Reden defektgeheilter Paralytiker einsteils den Eindruck der Planlosigkeit, andererseits kann man an der Einförmigkeit ihres Redens gar nicht vorbeigehen.

Außer diesen Störungen findet man die schon geschilderten Störungen in der Begriffsbildung und im Urteil, in der Erfassung von Zusammenhängen, in der Deutung von Ereignissen, Störungen, die sich bei den verschiedensten Kranken weitgehend gleichen und die genauer und eingehender in dem Abschnitt über die paralytische Denkstörung zusammengefaßt sind. Die Unmöglichkeit der Erfassung von Zusammenhängen und von Beziehungen wirkt sich auf planvolles Denken vernichtend aus. Dadurch, daß Gegenvorstellungen bei der Beurteilung einer Sachlage nicht auftreten, fehlt die Möglichkeit zu einer Korrektur eines einmal gefaßten Gedankens, ob er nun ursprünglich richtig oder falsch war.

Die Neigung zu formalen Antworten, zu oberflächlichen Redereien an Stelle eines Erfassens von Wesentlichem zeigt sich sehr gut, wenn man solche Defektgeheilte, die möglicherweise wieder erfolgreich in ihrem früheren Beruf tätig sein können, auffordert, Begriffe zu definieren, mit denen sie täglich umgehen. Entweder die Kranken vollführen dann ein umfangreiches zielloses Gerede, das am Kern der Sache vorbeigeht, oder sie sind irgend einmal auf den Defekt aufmerksam geworden und haben sich eine Definition angeeignet, die im Vergleich mit dem sonstigen Gerede den Eindruck des Eingelernten macht. In den verschiedensten Situationen habe ich das recht häufig erlebt. Man ertappt einen leicht geschädigten Paralytiker gewöhnlich nur einmal dabei, daß er z. B. über Politik nicht orientiert ist, oder daß er irgend etwas nicht weiß, das er gefragt worden ist. Aber wenn man die geistige Leistung, so einrichtet, daß dabei das Wesentliche immer neu zu erfassen ist, daß die Fragen nicht schematisiert werden, dann findet man regelmäßig wieder ein Versagen.

Läßt man defektgeheilte Paralytiker Sprüchwörter erklären oder den Unterschied zwischen 2 Sachen bestimmen, so stößt man immer wieder darauf, daß die Aufgabe einfach erläutert, mit weitausholenden Zusätzen versehen, mit eigenen Erinnerungen ausgeschnückt wird, aber sie wird eben nur unpräziser gefaßt, nicht gelöst. Die ähnliche Geschichte, die dann regelmäßig auftaucht, die der Kranke irgend einmal gelesen, gehört, erzählt hat, nimmt ihn so gefangen, daß er von seinem ursprünglichen Gedankengang ganz abkommt, nur um die Geschichte zu erzählen. Abstrakte Begriffe werden mit Vorliebe durch konkrete Angaben ersetzt, oder zum eigenen Verständnis mit konkreten Beispielen erläutert.

Rechenleistungen lassen nur einen recht bedingten Schluß auf die Intelligenz zu. Allerdings, wenn der Sinn einer Aufgabe aus dem Text

zu erfassen ist, und die Rechnung nach dem Text erst angesetzt werden muß, dann kann man auch bei formal noch sehr gut erhaltenen Kranken Erstaunliches erleben. Die Kombination von verschiedenen Teilergebnissen macht unglaublich viel Mühe. Dieses Mißglücken der Leistungen ist mehr auf die fehlende Aufmerksamkeitsspannung zurückzuführen, als auf ein tatsächliches Nichtwissen. Andererseits finden sich Rechenleistungen in manchen Fällen noch erstaunlich gut erhalten; bei der Beurteilung des Rechnens ist sehr wesentlich zu wissen, ob der Betreffende in seinem Beruf früher sehr viel mit Rechnen zu tun hatte oder nicht. Es scheint, daß auch Subtraktionsleistungen weitgehend mechanisiert werden können.

Häufig findet man bei den Kranken eine Erschwerung in der Fähigkeit, Ereignisse der Vergangenheit richtig in den gehörigen zeitlichen Zusammenhang zu stellen. Manchen, die unter Umständen in ihrem Beruf noch recht gut Bescheid wissen, fällt es so z. B. schwer, aus dem augenblicklichen Datum und ihrem Geburtstag ihr Alter zu berechnen.

Überschaut man im Zusammenhang die Störungen des intellektuellen Apparates, so findet man sie von den bei der beginnenden Paralyse auftretenden Störungen wesentlich nicht verschieden. Bei der behandelten zum Stillstand gekommenen Paralyse fallen Momente, die die psychopathologische Beurteilung der akuten Phase erschweren, so vor allem die in den verschiedensten Graden mögliche und das psychische Bild fälschende Bewußtseinstrübung weg, aus dem überlagerten Durchgangsstadium der akuten Psychose ist jetzt ein reiner Zustand geworden, der auch feinere Störungen des intellektuellen Apparates richtig erkennen läßt. Deshalb scheinen mir auch für das Studium der paralytischen Demenz gerade Zustandsbilder bei Defektgeheilten besonders aufschlußreich und günstig zu sein.

Wenigstens in leichteren Graden findet man feinere Veränderungen in der Gedankenführung, Einengung des geistigen Gesichtskreises, Klebenbleiben an denselben Gedankengängen, Wiederholen derselben affektiv besonders wertvollen und wichtigen Geschichten bei fast allen Defektgeheilten.

Freilich, schon im vorhergehenden Abschnitt wurde angedeutet, daß, so wesentlich die Störungen des intellektuellen Apparates sich auf die Gesamtpersönlichkeit auch auswirken, so sehr die Verminderung bereitstehender geistiger Inhalte und auch schon leichteste Störungen auf dem Gebiet des Urteils das Niveau der Persönlichkeit herabzudrücken vermögen, damit die eigentümliche Wesensveränderung nicht erklärt werden kann, die man bei fast allen defektgeheilten Paralytikern findet.

3. Störungen des emotionalen Lebens.

Es gibt Kranke, und die sind gar nicht so selten, bei denen der intellektuelle Apparat, soweit man das überhaupt beurteilen kann, völlig in

Ordnung ist. Wenn man sie zu einer geistigen Leistung anhält, so wird sie tadellos ausgeführt; und doch kann der gleiche Kranke einen ganz läppischen, in seiner Persönlichkeit schwer veränderten Eindruck machen.

Daß zum Kern der Persönlichkeit das Gefühlsleben, Streubungen, Triebesamt den zugehörigen Dispositionen eine ganz enge Beziehung haben, ja ihn vielleicht ausmacht¹, wird man wohl als sicher annehmen können. Während man sich bei der Betrachtung des intellektuellen Apparates in ausgefahrenen Bahnen bewegt, wenigstens was die Methodik angeht, ist es ungleich schwieriger, für das emotionale Leben und seine Betrachtung gewisse Grundlinien zu ziehen, auf die man Störungen im emotionalen Leben dann beziehen kann. Auch Jaspers ist der Ansicht, daß die bisherige wissenschaftliche psychologische Erfassung des emotionalen Lebens noch durchaus unzureichend ist; und die *Schicht des emotionalen Lebens* ist bestimmt, wenn man schon abwägt und sich selbstverständlich bewußt ist, daß bei seiner Struktur, unter deren Bild man ja die Seele des Menschen heute am besten erfassen zu können glaubt, auch der kleinste Teil für das Ganze wichtig und unentbehrlich ist, die *letztlich Entscheidende und Wichtige im Seelenleben des Menschen*. Was man unter Gedächtnis versteht, weiß jeder, aber was ist das: Emotionales Leben, „Gefühl“?

Wir werden uns, um Undeutlichkeiten und Mißverständnisse nach Möglichkeit zu vermeiden, wenn wir schon mit Begriffen arbeiten, die zum Teil einer vorwissenschaftlichen Betrachtung entnommen sind, immer genau zu fragen haben, was diese Begriffe bedeuten und in welchem Sinn wir diese Begriffe anwenden wollen.

Bei allen defektgeheilten Paralytikern, auch bei denen, wo es zunächst anders zu sein scheint, finden wir einen gewissen Mangel an *Selbstbeherrschung*. Selbstbeherrschung ist etwas, was den verschiedensten Menschen im verschiedensten Maße eigen ist. Das beruht auf individuellen Verschiedenheiten in Anlage und Erziehung, man kann daher einen Mangel an Selbstbeherrschung immer nur auf die präpsycho-tische Persönlichkeit beziehen, da Selbstbeherrschung bei den einzelnen Menschen in viel höherem Maße verschieden ist, als etwa die Fähigkeit, logisch zu denken.

Dieser Fall kann als Beispiel für eine Veränderung der Persönlichkeit im Sinn einer Verminderung der Selbstbeherrschung dienen:

Fall 4. B. 6. Sebastian Kol....., geboren 15. 10. 1873, aufgenommen 8. 6. 27.

Der 54jährige Kranke, der sich vor 25 Jahren eine Lues zugezogen hat, war vor 7 Jahren wegen manisch-depressiven Irreseins in der Anstalt. Seit einigen Monaten hat er grundlose Befürchtungen wegen Streichung einer ihm zukommenden Militärrente, ist seit dieser Zeit arbeitsunfähig, völlig schlaflos. Seit 6 Wochen hat er heftige Angstzustände. Nach Zeugnis des Amtsarztes besteht Wortkargheit, Angst,

¹ Reichardt: Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl., S. 83. Jena; Gustav Fischer 1923.

Versündigungswahn, Willens- und Tatenlosigkeit, der böse Feind sei über ihm, er habe mit seiner Schwester Blutschande getrieben; solche und ähnliche Vorstellungen und Gedanken verlassen den Kranken keinen Augenblick. Bei seiner früheren Aufnahme in der depressiven Phase seiner manisch-depressiven Erkrankung kreisten seine Gedanken vorwiegend um die luetische Infektion. Damals glaubte er, alle Leute seien falsch zu ihm und meinten es mit ihm nicht richtig.

Bei der neuerlichen Aufnahme wegen der beginnenden Paralyse ist der Kranke ängstlich, doch immerhin trotz seines ängstlichen Gehabens im Grund ziemlich gleichgültig. Er sagt, daß er immer aufgeregt sei, schlechten Schlaf habe, immer sehr ängstlich sei. Sein Gesicht ist bei diesen Klagen, die er vorbringt, auffallend affektleer. Gelegentlich habe er Verwirrtheitszustände gehabt, bei der Aufnahme ist der Kranke aber besonnen, ohne Interesse an der Umgebung.

Kurz nach der Malaria (die nur wenigen Fieberanstiege wurden nur sehr schlecht vertragen), ist der Kranke immer noch voller Bedenklichkeiten, bittet wegen jeder Kleinigkeit um Verzeihung, macht zu seinen Entschuldigungen ein tieftrauriges Gesicht. Nach 3 Monaten ist der Kranke frischer und fröhlicher, in seinem Benehmen ist er sehr korrekt, nach 4 Monaten zeigt der Kranke eine leicht hypomanische Stimmung; er hat jetzt wieder Selbstvertrauen und kann kräftig lachen.

Nach 12 Monaten ist die Stimmung des Kranken fast manisch.

Nach 36 Monaten schreibt die Frau von einer Verschlechterung des Zustandes. Der Kranke sei sehr unruhig, schlafe aufgeregt, mache Verkehrtheiten, sei sehr mißtrauisch, habe ganz grundlos Eifersuchtsideen, versuche auch ohne allen Grund seine Frau zu schlagen. Bei der Untersuchung, die anlässlich eines Besuches bei ihm vorgenommen wird, ist er selbst sehr heiter, übertrieben guter Laune; zwischen ihm und seiner Frau sei nicht das Geringste vorgefallen. Von einer neuerlichen Kur will er, trotzdem er ruhiger und zugänglicher geworden ist, nichts wissen.

Nach 64 Monaten lassen sich nur wenig Zeichen eines Defektes bei dem Kranke nachweisen, der Kranke ist aber viel reizbarer und mißtrauischer als früher.

Bei diesem Kranke, der schon vor Jahren an einer Melancholie erkrankt war, wird der Ausbruch der Paralyse weitgehend von einem depressiven Bild beherrscht, das typisch melancholische Züge aufweist. Immerhin ist dem untersuchenden Arzt die Affektleerheit aufgefallen. Die Veränderungen des Defektzustandes beziehen sich vorwiegend auf die affektive Schicht: Der Kranke ist reizbar und mißtrauisch geworden. Eine Herabminderung der intellektuellen Qualitäten fand bei diesem Kranke wohl sicher nicht statt, dagegen ist eine gewisse Stumpfheit und Antriebslosigkeit, ein Mangel an vitaler Kraft deutlich. Vor allem zeigt sich aber ein Mangel an Selbstbeherrschung, ein völlig ungehemmtes Nachgeben und Ausgeliefertsein der Persönlichkeit gegenüber den Affekten.

In dieser Frage vermögen uns gewöhnlich die Ehefrauen der Kranken Aufschluß zu geben. Zunächst wird man wohl durch Klagen aufmerksam, welche Paralytikerfrauen beim Arzt vorbringen, wenn sie erst einmal zu ihm Vertrauen gefaßt haben.

Unter *Selbstbeherrschung* versteht man die Unterordnung von Gefühlen unter charakterologische Strebungen und Willensakte, die von der Persönlichkeit als wertvoll und erstrebenswert erkannt worden sind. Freilich, nicht alle Gefühle (um uns hier dieses vorläufigen und allgemeinsten Ausdrucks zu bedienen) werden untergeordnet. Unter-

geordnet werden im wesentlichen Gefühle, die der Triebsschicht entsprechen. Beim defektgeheilten Paralytiker findet man, auch bei vorher selbstbeherrschten Kranken, diese Selbstbeherrschung vermindert und zwar sehr oft schon dann, wenn intellektuelle Störungen noch nicht oder überhaupt nicht nachweisbar sind. Verstöße gegen den Takt, mangelndes Distanzgefühl, das Fehlen der rechten affektiven Erfassung einer Situation haben zum Teil in dieser Dissoziation von Triebleben und Beherrschung der Triebe durch charakterologische Strebungen, die bewußt werden, ihre Wurzel. Kranke, die über eine mehr als durchschnittliche Intelligenz verfügen, nehmen einer momentanen Triebregung folgend anderen Kranken oder Bekannten, Verwandten, aber auch gänzlich Unbekannten einfach, weil sie zu rauchen wünschen, die Pfeife oder die Zigarette aus dem Mund, ohne dieses dann hinterher im geringsten unordentlich, unbeherrscht oder merkwürdig zu finden.

Man kann mit einer gewissen Berechtigung sagen, daß der Intellekt beim gesunden Menschen die Temperamentschicht und Triebsschicht steuert, wenn man zugibt, daß *der intellektuelle Apparat* selbst wieder nur Werkzeug der zentralen Persönlichkeit ist und *einmal unter dem Einfluß der Erziehung* steht, die eine äußerliche Macht des Intellekts über das Triebleben bewirkt, *andererseits*, und das scheint mir das Entscheidende zu sein, *unter dem Einfluß der sog. „höheren Gefühle.“* Man wird also ein Versagen der Selbstbeherrschung nicht allein darauf zurückführen können, daß eine Dissoziation zwischen Triebsschicht und beherrschendem Intellekt besteht, sondern auch darauf, daß in den meisten Fällen, sehr früh ein Einbruch in die Welt der „höheren Gefühle“ erfolgt. Diese höheren Gefühle verschwinden nicht, wie *Bumke*¹ meint, deswegen, weil den Kranken frühzeitig die gedanklichen Inhalte für diese Gefühle verloren gehen, sondern gerade umgekehrt finden sich beim defektgeheilten Paralytiker sehr häufig noch Worte, gedankliche Inhalte, die ein Gefühl bezeichnen sollen, die primären Gefühle jedoch werden längst nicht mehr erlebt. Auf das, was man „höhere Gefühle“ nennt, wird nun im Zusammenhang der Besprechung der Psychologie und Pathologie des Gefühlslebens eingegangen werden.

Jedenfalls ist bei jeder Besprechung und bei jeder Systematisierung dessen, was man Gefühle heißt, eines klar: daß man mit diesem Wort durchaus verschiedene Arten emotionalen Erlebens und Lebens zusammenfaßt.

Rümke hat in einer sehr lesenswerten Studie über die Phänomenologie des Glücksgefühles², in der er eingehend auf die Schwierigkeiten in der Betrachtung des Gefühlslebens hinweist, gezeigt, daß hier eine Betrachtungsweise, wie sie die Phänomenologie ausgebildet hat, auch für die Psychiatrie, in vernünftigen Grenzen als Methode angewendet, von

¹ *Bumke, O.:* Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 3. Aufl. S. 499, 1929.

² *Rümke:* Zur Phänomenologie des Glücksgefühls. Berlin: Julius Springer 1924.

Nutzen sein kann. Nach der wesentlichen Fertigstellung seiner Arbeit hat er ein System eines Philosophen gefunden, das den Anspruch erhebt, die verschiedenen Arten der „Gefühle“ richtig zu gruppieren und vollständig zu umfassen. Dieses System ist aus der reinen Wesensschau der Phänomenologie aufgestellt, und *Rümke* verhehlt sich die Bedenken nicht, die eine solche Herkunft bei den naturwissenschaftlich eingestellten Psychiatern auslösen wird. Aber ihm scheint dieses System so richtig zu sein, auch ohne Kasuistik, daß er die Kasuistik seiner Arbeit geradezu als einen Beweis für die Richtigkeit jener Untersuchungen Max Schelers über die Gefühle ansieht. Wenn ein Naturwissenschaftler durch seine Ergebnisse und Einzelbeobachtungen an kranken Menschen und ein Philosoph durch Wesensschau zu dem gleichen Resultat kommen, getrennt voneinander, dann scheint es mir mindestens richtig zu sein, bei dem Tiefstand unserer Gefühlspsychologie, diese Ergebnisse als Arbeitshypothese aufzustellen, obwohl ich persönlich geneigt bin, mehr darin zu sehen.

Auf die grundlegende Bedeutung der Schelerschen Gefühlspsychologie hat übrigens als erster *Kurt Schneider*¹ hingewiesen, der Veränderungen in diesen einzelnen Gefühlsschichten zur Erklärung des Aufbaus der Depressionszustände herangezogen hat. Soweit ich sehe, sind außer diesen beiden Arbeiten von *Rümke* und *Schneider* Schelersche Gedanken zur Gefühlspsychologie von Psychiatern zur Verständlichmachung des Seelen-ebens bei Geisteskranken nicht herangezogen worden.

Max Scheler, einer der Begründer der philosophischen Richtung der Phänomenologie, die sich eng an die Lebensarbeit *Husserls* knüpft, gibt in seinem Buch: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik² einen Beitrag zur Schichtung des emotionalen Lebens. Die phänomenologischen Beweise für die Richtigkeit seiner Ausführungen und nähere Erläuterungen zu dem von mir hier gegebenen Überblick müssen bei *Scheler* nachgelesen werden.

Scheler unterscheidet die Gefühle nach Gefühlsarten und Gefühlstiefe.

Das phänomenale Merkmal der „Tiefe“ des Gefühls findet *Scheler* nun wesenhaft verbunden mit vier wohl charakterisierten Stufen des Gefühls, die der Struktur unserer gesamten menschlichen Existenz entsprechen. Diese vier von einander zu unterscheidenden Gefühlsschichten sind:

1. Sinnliche Gefühle oder Empfindungsgefühle.
2. Leibgefühle und Lebensgefühle, vitale Gefühle.
3. Rein psychische (Ich-) Gefühle.
4. Geistige Gefühle (Persönlichkeitsgefühle).

¹ *Schneider, Kurt*: Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. Z. Neur. 59 (1920).

² *Scheler*: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik, S. 340 bis 358. Halle: Niemeyer 1916.

Alle diese Gefühle haben eine Beziehung auf das Ich, aber diese Beziehung ist bei den verschiedenen Arten der Gefühle verschieden „tief“.

ad 1. Man kann das Empfindungsgefühl nach Lokaleinheiten lokalisieren, von dem Empfindungsinhalt nicht trennen, Empfindungsgefühle können selbst zum Objekt von Genießen oder Leiden werden, das „Ich“ fühlt dieses Empfindungsgefühl da, wo es die Organeinheit erlebt, das Gefühl ist ausschließlich aktuell. Wenn man die Aufmerksamkeit darauf lenkt, wird dieses Empfindungsgefühl am wenigsten verändert, dadurch wird eher die Empfindungsgrundlage verstärkt. Man kann diese Gefühle willkürlich hervorrufen, jedes sinnliche Lustgefühl ist durch die Verabfolgung des entsprechenden Reizes zu erzeugen.

ad 2. Die vitalen Gefühle sind nicht näher zu lokalisierende Leibgefühle. Ich kann nicht behaglich sein, wie ich etwa traurig sein kann, ich kann mich nur behaglich fühlen. Dabei stellt das „mich“ jenes Leib-Ich dar, das einheitliche Bewußtsein meines Leibes. Die vitalen Gefühle werden durch die darauf gerichtete Aufmerksamkeit gestört. Gefühle, wie Wohlbehagen, Frische, Mattigkeit, Gesundheit, Krankheit sind solche Vitalgefühle. Sie lassen sich nicht wie die Empfindungsgefühle willkürlich hervorrufen. Sie hängen mit ab von der Gesamtheit der Lebensverhältnisse und von der individuellen Anlage. Man kann sie nur innerhalb enger Grenzen durch praktische Maßregeln verändern. Das Lebensgefühl bildet eine Einheit. Diese Einheit fehlt den Empfindungsgefühlen, die gleichsam mehr auseinander liegen. Es stammt nicht aus einer Verschmelzung von Empfindungsgefühlen, so wenig, wie der Organismus eine Summe von Zellen ist. Das Lebensgefühl ist mit anderen mitfühlbar. Es gibt Gefühlserinnerungen an vitale Gefühlszustände.

ad 3. Die psychischen Gefühle sind von diesen Gefühlen getrennt. Sie sind echte Qualitäten des Ich. Sie haben überhaupt keine Ausdehnung (das Vitalgefühl hat wenigstens eine vage Ausdehnung). Die reinen psychischen Gefühle neigen dazu, im Licht der Aufmerksamkeit völlig zu verschwinden. Die Gefühle dieser Schicht, zu denen auch das Glücksgefühl gehört, hängen so innig mit der Konstellation der ganzen Bewußtseinsinhalte zusammen, daß sie noch viel weniger willkürlich beeinflußt werden können, als die vitalen Gefühle.

ad 4. Die geistigen Gefühle durchdringen alle besonderen Inhalte des Erlebens, ohne selbst durch Inhalte motiviert zu sein. Sie sind da; sind sie da, so lösen sie sich von dieser Kette von Motiven, durch die sie möglicherweise zum Vorschein gekommen sind, in eigenartiger Weise los, und erfüllen gleichsam vom Kern der Person her das Ganze unserer Persönlichkeit und unserer Welt. Sie sind völlig der Herrschaft des Willens entzogen, entspringen spontan aus dem tiefsten Kern der Persönlichkeit. Sie können nicht intendiert werden. Solche Gefühle sind etwa Seeligkeit, Verzweiflung, sie werden entweder überhaupt nicht erlebt oder sie

ergreifen Besitz von unserem ganzen Sein. Gefühle dieser Art sind vorzugsweise religiöse oder metaphysische Gefühle.

Von dieser Basis ausgehend wollen wir zunächst die *Vitalgefühle* bei den defektgeheilten Paralytikern einer Beobachtung unterziehen.

Vitalgefühl ist etwas, was dem Begriff der psychischen Grundstimmung, der dauernden Gefühlslage, den dauernden Eigenschaften des Gefühlslebens dem Wesen nach weitgehend ähnlich ist. Während diese Grundgefühlslage weitgehend abhängig ist von der Gesamtheit der Lebensverhältnisse und von der individuellen Anlage, können wir bei Betrachtung der dauernden Gefühlslage beim defektgeheilten Paralytiker sagen, daß diese Gefühlslage weitgehend der Situation inadäquat ist. Die Stimmungslage kann in ganz unangebrachter Weise entweder gehoben oder gesenkt sein.

Die gehobene Stimmungslage, ohne daß sie bei der augenblicklichen Situation irgendwie angebracht ist, verbunden mit einer Urteilsschwäche, verursacht den Eindruck des Läppischen, Infantilen. Und den hat man bei längerer Beobachtung von Defektgeheilten wohl bei den meisten.

Natürlich spielt hier auch die Beurteilung einer Situation, das Herausfinden des Wesentlichen, die Fähigkeit, richtig zu werten, eine Rolle, die man wohl als die dem Kern der Persönlichkeit entsprechende zentrale Funktion der Persönlichkeit ansehen muß. Und diesen Eindruck des Läppischen, der wohl immer auf eine Störung im Kern der Persönlichkeit verweist, ebenso wie er eine gewisse gehobene vitale Stimmungslage zur Voraussetzung hat, ist oft schon dort gegeben, wo Störungen des intellektuellen Apparates als solche in keiner Weise nachzuweisen sind.

Diese Steigerung des Vitalgefühls, verbunden mit einer Störung des Urteils wirkt sich auf die ganze Erlebensweise des Individuums entscheidend aus, sie wirkt auf die verschiedensten psychischen Apparate und Provinzen.

Gelegentlich, allerdings nicht so häufig wie zu einer dauernden Steigerung der Gefühlslage kommt es auch zu einer Abschwächung und Senkung des Vitalgefühls. An der Stelle des Gefühls von Behaglichkeit findet sich jetzt ein Gefühl des Unbehaglichen, der Krankheit, des Niedergedrücktseins.

Aus dieser gestörten Stimmungslage heraus, sowie aus der Störung im Urteil erfolgt die häufige Umdeutung tatsächlicher Situationen.

Der Kranke mit der gehobenen Stimmungslage hält seine Defekte, die man ihm aufzeigt, für unwesentlich, er hat eine ausgesprochene Zuversichtlichkeit, daß alles, was er erreichen will, und was er für günstig hält, schon einmal eintreten wird. Er kann eine gute Einsicht darin haben, daß er krank war, und trotzdem hat er nicht den geringsten Sinn für seine Defekte, einfach weil er sich gesund fühlt. Der eine zweifelt nicht daran, daß er seinen Prozeß gewinnen wird, obwohl seine Aussichten nicht gut sind und er sich gar nicht weiter darum kümmert, was

er etwa zum günstigen Ausgang tun könnte. Er sieht alle Schwierigkeiten eben nicht, oder er legt ihnen, wenn er sie sieht, keine Bedeutung bei, weil dieses Gesundheitsgefühl zu mächtig ist, um einen Sinn für die Schwierigkeiten aufkommen zu lassen, die sich ihm noch in den Weg stellen könnten. Auch das Fehlen der Selbtkritik, die hohe Einschätzung der eigenen Person erklärt sich daraus. Freilich, ein gewisser Faktor der Verdrängung eines Gefühls der Minderwertigkeit und die sich daran anschließende Überkompensation wird, mindestens wo es sich um ein nicht sehr gesteigertes Vitalgefühl handelt, bei der Entstehung dieser euphorischen Grundstimmung eine Rolle spielen, so daß man der Genese nach ein vorwiegend autochthones und ein vorwiegend reaktives Vitalgefühl zu unterscheiden hätte, d. h., richtiger ausgedrückt man hat am Vitalgefühl eine autochthone und eine reaktive Komponente zu unterscheiden.

Als Beispiel für eine Überbewertung der eigenen Persönlichkeit infolge einer vital gehobenen Stimmung kann folgende Krankengeschichte angeführt werden.

Fall 5. G. 4. Martin Boh...., geboren 6. 9. 1900, aufgenommen 29. 6. 30.

Der 30jährige Kranke, der von seiner Frau getrennt lebt, wird in die Klinik aufgenommen. Bei der Aufnahme macht er einen sehr demen ten Eindruck. Das Rechnen geht bei diesem Kranken ausgesprochen schlecht. Die erste Impfung mit Malaria hat einen Erfolg auf vegetativem Gebiet. Nach einer zweiten Impfung remittiert der Kranke auch weitgehend auf psychischem Gebiet. Er hat Krankheits einsicht, möchte die Kur noch weiter fortsetzen, damit es sicher wieder ganz gut mit ihm würde. Bei der Arbeit hat er noch subjektive Beschwerden, vor allem klagt er immer über starke Kopfschmerzen. In der Anstalt, in die er aus der Klinik verlegt wird, ist er zuerst etwas querulierend, obwohl er geordnet und einsichtig Auskunft geben kann. Aus nicht durchsichtigen Gründen wird der Kranke allmählich affektiv gegen die Anstalt, in der er sich gegenwärtig befindet, eingestellt. Dauernd klagt er darüber, daß es mit der Arbeit gar nichts Rechtes sei mit ihm. Er könne jetzt nicht einmal mehr einen Zentner Kohlen tragen. Affektiv ist er fast gleichmäßig, örtlich, zeitlich, persönlich ist der Kranke immer orientiert, er ist immer bei völlig klarem Bewußtsein. Die Auffassung ist vielleicht etwas verlangsamt. Der Gesichtsausdruck ist schlaff, bei der Schilderung seiner Beschwerden zeigt sich eine gewisse Labilität seiner Stimmung. Die Merkfähigkeit ist in Ordnung, Störungen von Gedächtnis und Kombinationsfähigkeit sind nicht nachweisbar. Kenntnisse und Urteil sind bei dem Kranken nicht wesentlich gestört. Ethische Defekte sind nicht nachweisbar.

In der nächsten Zeit legt es der Kranke darauf an, nicht entlassen zu werden. Wenn man bei ihm von Entlassung spricht, hat er plötzlich wieder stärkere subjektive Beschwerden. Bei der Arbeit ist er, wenn er angeleitet wird, ruhig und gut zu haben. Manchmal ist er grundlos gereizt.

In einer anderen Anstalt, in die er verlegt worden ist, geht es, nachdem hier die affektive Einstellung gegen den Direktor wegfällt, mit ihm noch wesentlich besser. Er steht nun 28 Monate seit der ersten Kur in Behandlung. Bei der Arbeit muß er immer angeleitet werden. Man muß vorsichtig sein, um ihn nicht irgendwie zu kränken, da er gleich beleidigt und dann zu keiner Arbeit mehr zu gebrauchen ist.

Seine frühere Hitzköpfigkeit hat sich ganz schön geglättet; bei der Untersuchung ist er als Persönlichkeit durchaus komponiert, an seine Krankheit erinnert

er sich noch recht gut; er verfügt über ein glänzendes Gedächtnis; so weiß er die Namen der Ärzte und Pfleger in den verschiedenen Anstalten, in denen er war, noch ausgezeichnet.

Bevor er sich hätte behandeln lassen, sei ihn immer so schwindelig geworden. Er fühle sich jetzt schon noch krank, aber nicht mehr so stark, wie am Anfang. Zeitenweise habe er Kopfweh, besonders wenn er im Zimmer sei; er sei auch invalidisiert, jeder Mensch müsse ja sehen, daß er nicht arbeitsfähig sei. Beim Rückwärtszählen ergeben sich leichte Fehler, Perseverieren, doch kann man schwer unterscheiden, was zurückgebliebener Defekt und was mangelhafte frühere Schulbildung ist. Die affektive Abneigung, die er gegen die frühere Anstalt, in der er war, und gegen deren Direktor hat, ist anscheinend auch auf Nichtauskommen mit manchen Kranken zurückzuführen. Dort seien lauter Tölpel gewesen, hier, in seinem jetzigen Aufenthaltsort könne man wenigstens mit den einzelnen Kranken reden. Er erzählt, daß er sehr fleißig arbeite; sein stark gehobenes Selbstgefühl zeigt sich darin, daß er behauptet, er sei der Einzige in der Anstalt, der richtig arbeiten würde. An ihm hänge alles. Gelegentlich liest er, spielt Karten; viel lesen kann er nicht; er sagt, daß ihn das mehr anstrengt, als früher. Schachspielen hat er erst in der Anstalt gelernt, das könne er jetzt auch. Ein planvolles Spiel kann er jedoch nicht führen, trotzdem gewinnt er meistens, weil er mit einem Kranken spielt, der nur wenig aufpaßt.

Die Reproduktion der Bienengeschichte erfolgt auf einmaliges Vorsprechen richtig, der Kranke hat dabei durchaus verstanden, worauf es ankommt. Die Haifischgeschichte, die ihm vorerzählt wird, ist ihm auf einmal zu viel, deshalb wird sie ihm nochmals vorerzählt. Er berichtet dann folgendes: Ein Haifisch hat einen Offizier verschlungen. (Pause. Frage?) Der Offizier war der Sohn des Pastors (?). Der wurde über Bord gespült (?). Eine Blutlache war auch auf dem Wasser.

Einzelheiten eines Filmes, den er vor 4 Wochen gesehen hat, kann er nicht mehr angeben. Er weiß nur, daß er sehr schön war und daß ihm alles sehr gut gefallen hat.

Manchmal habe er Selbstmordgedanken, sagt er; offenbar empfindet er das Gefühl einer Leistungsverminderung und dieses menschlich doch recht unbefriedigenden Daseins in einer Anstalt recht stark, wenigstens gelegentlich, wenn er es sich auch nicht recht eingestehen will. Er sagt aber selber, daß es zu einem Selbstmord bei ihm wohl nie kommen werde, dazu sei er jetzt schon viel zu ruhig.

Er erzählt, daß er früher ein Hitzkopf war, der immer hätte mit dem Kopf durch die Wand wollen. Das sei seit seiner Erkrankung gänzlich anders geworden. Affektiv durchaus einfühlbar erzählt er dann die Geschichte seiner Scheidung; er sagt, daß er seine Frau heute noch liebe, obwohl vom Gericht festgestellt ist, daß sie ihm untreu war. Sich selber schildert der Kranke als einen sehr gutmütigen Menschen, der früher eben öfters einmal seinen „Rappel“ gehabt habe. (Aus seiner Schilderung, der objektiven Vorgesichte aus Angaben seiner Mutter und aus dem Eindruck, den man von ihm persönlich gewinnt, läßt sich sagen, daß es sich bei ihm früher wahrscheinlich um einen in bezug auf Erregbarkeit leicht psychopathischen Menschen gehandelt hat, eine Eigenschaft, die er durch die Erkrankung fast völlig verloren hat.)

Vorläufig will er aus der Anstalt, in der er ein sicheres Unterkommen und für ihn sorgende Menschen gefunden hat, nicht heraus. Es gefalle ihm hier so gut, er sei so am besten versorgt, obwohl er auch draußen von seiner Rente leben könne. Außerdem benötige ihn die Anstalt hier dringend, weil er ja der einzige richtige Arbeiter im landwirtschaftlichen Betrieb sei. Draußen bekäme er doch keine rechte Arbeit, dürfe auch nicht arbeiten, weil er sonst seine Rente nicht mehr bekommen würde und dann würde er draußen versimpeln. Dann würde er auch zum Selbstmord kommen, meint er. Im Kino faßt er Einzelheiten und den Zusammenhang gut auf. Beim Erzählen klebt er etwas an den rührseligen Stellen, die in seiner

Schilderung einen etwas breiteren Raum einnehmen, als es ihnen tatsächlich im Stück zukommt. Ein zielgerichtetes Gespräch kann er nicht führen, er hat wohl überhaupt keine Ziele, die er noch erreichen möchte. Er gleicht hier mit seinen 30 Jahren einem abgearbeiteten alten Mann, der im Leben alles erreicht hat, was es für ihn zu erreichen gibt.

Der Kranke macht einen netten, gemütlich gut ansprechbaren Eindruck. Man findet eine leichte intellektuelle Herabminderung, verminderte Aktivität; seine frühere affektive Inkontinenz und sein abnorm starkes affektives Reagieren sind ziemlich eingeebnet; daraus ergibt sich doch die trotz seiner Nettheit unzweifelhafte geringe verminderte Tiefe seiner Persönlichkeit. Er hat sehr gute Krankheitseinsicht und stark gehobenes Selbstgefühl.

Umgekehrt haben Defektgeheilte mit einer Gefühlslage im Sinn einer Verstimmung wohl eine außerordentliche Einsicht in ihren Defekt, aber sie überschätzen den Defekt. Bei diesen Verstimmten finden wir ein sehr starkes Leiden unter nicht vorhandenen oder nur angedeuteten Störungen der Vorbedingungen der Intelligenz, sie machen in ihren Klagen den Eindruck von Hypochondrischen, Neuropathischen, vegetativ Stigmatisierten.

So leidet etwa ein Kranker von durchaus überdurchschnittlicher Intelligenz ohne objektiv nachweisbare Störungen der Vorbedingungen der Intelligenz subjektiv infolge seiner depressiven Verstimmung stark unter Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses. Der Kranke kann sich eben seine gedrückte Stimmung, die das Primäre ist, nicht anders erklären, als durch solche Störungen, und so treten sie auf, weil sie erwartet oder befürchtet werden. Diese Verstimmungen finden sich meist bei den defektgeheilten Paralytikern, die intellektuell recht wenig Ausfallserscheinungen zeigen. Immerhin können Verstimmungen leichtesten Grades verstärkt werden durch nachträgliche Einsicht in die Genese der Krankheit und durch ethische Wertungen, die zur Erklärung dieser Verstimmung herangezogen werden und auf diese wohl steigernd einzuwirken vermögen. Auch bei diesen Verstimmungen läßt sich wohl immer eine zweifache Wurzel aufzeigen, vitale Grundstimmung und Urteilsstörung, so daß man wohl auch hier von autochthonen und reaktiven Komponenten sprechen kann.

Das Vorhandensein und die Bedeutung einer Verschiebung der dauernden Gefühlslage in Richtung auf das Depressive zeigt folgender Kranke gut.

Fall 6. M. 17. Georg Was....., geboren 14. 8. 1897, aufgenommen 14. 9. 28.

Der 31jährige Kranke, der aus einer belasteten Familie stammt (Mutter Rückenmarksleidend, Halbbruder Idiot, Onkel geisteskrank und in einer Anstalt), hat Lues vor 14 Jahren gehabt und ist mit Hg und Salvarsan behandelt worden. Seit einer Woche fühlt er sich müde und behauptet, nicht mehr arbeiten zu können. Seit längerer Zeit ist er vergeßlich, hat oft großes Angstgefühl, besonders auf der Straße. Seit früher Jugend sei er sehr ernst, habe sich aus einfachen Verhältnissen emporgearbeitet.

Seit einem Jahr sei seine Stimmung schlecht, besonders am Morgen. Er fühle sich oft außerordentlich matt; früher konnte er schon lustig sein. Er komme sich außerordentlich überflüssig vor, erzählt er bei der Aufnahme, und hätte sich schon manchmal erschießen wollen. Durch Streitigkeiten wird seine Mißstimmung verstärkt; er kommt bei der Auskunft, die er gibt und bei der man zunächst keine Intelligenzstörung nachweisen kann, leicht aus der Ruhe. Dann kann er sich sehr schwer konzentrieren. Vor 2 Jahren habe er einen Nervenzusammenbruch gehabt, in dem er die einfachsten Aufgaben nicht fertig brachte.

Die Stimmung ist bei der Aufnahme augenscheinlich gedrückt, vor Sorgen getrübt. Trotzdem gibt der Kranke offen Auskunft. Er drückt sich präzis aus, macht über alles bestimmte, und wie es scheint, zuverlässige Angaben. Manchmal hat der Kranke Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren. Das Rechnen geht sehr langsam. Die Konzentrationsschwierigkeit empfindet der Kranke subjektiv sehr stark.

Das Fieber verläuft bei dem Kranken ohne Besonderheiten. Nach 2 Jahren kommt der Patient zur Nachuntersuchung. Er hat in der letzten Zeit zunehmende körperliche Schwäche und ein Nachlassen der Spannkraft an sich bemerkt. Er kann seine Arbeit nicht mehr wie früher erledigen. Vor einiger Zeit hatte er eine schwierige geschäftliche Besprechung, die er wegen vorzeitigen Abgespanntseins nicht richtig zu Ende führen konnte und die abgebrochen werden mußte.

Seinen Klagen über Abgespanntheit entspricht der gegenwärtige Zustand des Kranken bei der Untersuchung keineswegs. Der Kranke zeigt bei der Untersuchung eine überdurchschnittliche Intelligenz, geistige Elastizität und Beweglichkeit. Die Merkfähigkeit ist sicher nicht herabgesetzt. Im Gespräch zeigt der Kranke ein klares Urteil, das er sachlich zu begründen weiß. Er macht sich wegen seiner Krankheit starke Sorgen und befürchtet, daß seine Krankheit doch nicht ausgeheilt sein könnte. Er ist in verständlicher Unruhe, wie das Untersuchungsergebnis der Rückenmarksflüssigkeit ausfallen wird.

Bei längerer Beobachtung wirkt der Kranke doch etwas defekt, ohne daß auf irgend eine Weise Intelligenzstörungen nachzuweisen sind. Das geistige Niveau ist für einen Mann seiner geistigen Vorbildung und in Anbetracht seiner früheren Erfolge zweifellos herabgedrückt.

Aus dem leicht depressiv gefärbten Bild eines Paralyseanfangsstadiums entwickelt sich eine sehr gute Remission, bei der jedoch immerhin eine Veränderung der Persönlichkeit im Sinn der „Abschwächung“ festzustellen ist. Die auffallende Krankheitseinsicht entspricht wohl zum einen Teil der Situation; andernteils ist eine leicht hypochondrische, ins Depressive gehende Verstimmung und ein Mangel an Tatkräft und Energie unverkennbar, ebenso wie eine dauernde Lebensangst und die Angst, den etwaigen Anforderungen des Berufs nicht gewachsen zu sein.

Schwankungen der dauernden Gefühlslage sind nicht allzu häufig, immerhin kommen sie nicht selten vor. Euphorische, die in eine depressive Phase kommen, bekommen plötzlich eine ganz gute Krankheitseinsicht, nehmen alles ernst, wofür sie vorher nur ein mitleidiges Lächeln übrig hatten; aber dieser Stimmungsumschlag dauert meist nicht lang. Vielleicht kann man die Tatsache, daß bei Paralysen mit schubweisem Verlauf, auch wenn sie behandelt worden sind, sich ein Fortschreiten des paralytischen Prozesses meist durch Verstimmungen nach der euphorischen oder depressiven Seite bemerkbar macht, zur Deutung dieser Veränderungen in der Stimmungslage heranziehen und irgendwie an einen

Zusammenhang mit dem Stationärwerden des paralytischen Prozesses, das man anatomisch findet, denken, und das mit einer Stoffwechselumstimmung des Gehirns in Beziehung setzen. Freilich ist das eine reine Vermutung.

Diese Kranke zeigt ein auffälliges Schwanken in der dauernden Gefühlslage:

Fall 7. W. 11. Selma Dre....., geboren 19. 10. 1892, aufgenommen 24. 11. 30.

Die 38jährige Kranke macht bei der Aufnahme einen ängstlichen, depressiven Eindruck. Sie sagt, daß sie sich nicht eigentlich krank fühle, sie sei nur sehr „mit den Nerven herunter“ und in letzter Zeit ziemlich vergeßlich geworden.

Vor Beginn der Behandlung klagt sie sehr über ihr Schicksal, ist aber so einsichtig, sich nicht zu sträuben. Ihr Selbstvertrauen scheint durch das Nachlassen ihrer Leistungen gelitten zu haben. Rechnen geht mäßig, im Vergleich zu ihrer Bildung schlecht, die Patientin vergißt ziemlich rasch.

Während des Fiebers ist die Kranke sehr arztbedürftig.

Nach dem Fieber, fühlt sich die Kranke frisch, beim Rückwärtzzählen findet man leichte Aufmerksamkeitsstörungen. Die Patientin merkt die Fehler aber selber gleich und verbessert sie richtig. Rechnen geht wieder ganz gut.

Bei der Nachuntersuchung 18 Monate nach der Kur ist die Patientin geordnet; sie macht sich Sorgen, daß sie bei den schlechten Zeiten daheim sitzt, und nichts verdient. Seit ihrer Erkrankung beschäftigt sie sich meist im Haushalt ihrer Mutter, lernt jetzt, um dann später wieder leichter eine Stellung zu finden, englisch. Die Stimmung, die in der ersten Zeit nach der Kur leicht hypomanisch war, ist jetzt eher gedrückt; sie erzählt, daß sie sich mit allen Leuten, mit denen sie irgendwie zu tun habe, sehr gut vertrage, sie rege sich aber im Gegensatz zu früher leicht auf. Sie meint, daß das die Zeit so mit sich bringe. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind angeblich gut; jedoch konnte sie bei der Untersuchung 2 kleine Zeitungsnotizen dem Sinne nach nicht richtig wiedergeben, die Geschichte vom Fuchs und vom Raben, die sie von ihrem früheren Klinikaufenthalt her kannte, wußte sie dagegen noch ganz gut.

Die Kranke zeigt nirgends gröbere Ausfälle, macht aber doch einen leicht infantilen Eindruck. Man hat von ihr unbedingt den Eindruck, daß sie irgendwie nachgelassen hat. Die Affektlabilität, die sie in den ersten Monaten nach der Kur hatte, scheint jetzt bei dieser Untersuchung nicht nachweisbar.

Bei einer Untersuchung nach 3 Jahren zeigt sich, daß die Kranke durchaus keine intellektuellen Defekte zeigt. Man kann sagen, daß sie auf den ersten Blick einen durchaus normalen Eindruck macht. Jedoch fällt beim längeren Reden mit ihr eine gewisse Labilität im Affektleben auf, Weinen und Lachen liegen sehr nahe beieinander und ihr Herz hat sie sehr leicht auf der Zunge.

Aus einer ganz im Beginn der Erkrankung, im Stadium des „Versagens der psychischen Steuerung“ zur Behandlung gekommenen Paralyse entwickelt sich eine zwar durch Untersuchung und experimentelle Methoden nicht faßbare, aber immerhin deutliche Abschwächung der Persönlichkeit, der es an Nachdruck und Zielgerichtetheit fehlt. In ganz leichtem Maße findet man sowohl Werkzeugstörungen als auch den Kern der Persönlichkeit und das emotionale Leben irgendwie im Sinn einer Abschwächung und einer Affektlabilität verändert. Dagegen bringt die Kranke sehr viel Energie auf, um bei Kassen alle nur möglichen Heilverfahren und Erholungsaufenthalte durchzusetzen. Von der Antrieb-

losigkeit der defektgeheilten Paralytiker sonst ist hier jedenfalls durchaus nichts zu bemerken.

Immerhin findet man gelegentlich auch Kranke, die in einer dauernden Gefühlslage sind, wie man sie unter entsprechenden Voraussetzungen bei Hirngesunden erwarten darf.

Diese dauernde Gefühlslage, die Vitalschicht der Gefühle färbt aber nicht nur im Zusammenhang mit den Störungen im Urteil die tatsächlichen Verhältnisse um, sie erhält auch ein unvergleichliches Übergewicht zu den anderen Gefühlsschichten. Ob die Tatsache, daß diese Schicht der vitalen Gefühle im Vordergrund steht, auf eine primäre Verstärkung dieser Schicht durch die Krankheit, oder auf eine Abschwächung höherer Schichten des emotionalen Lebens beruht, ob es sich um eine absolut oder relativ erhöhte Kräftigung und Bedeutung der Schicht der Vitalgefühle handelt, ist eine Frage, die man wohl aus der tatsächlichen Sachlage heraus am besten so entscheidet, daß man von einer relativen Bedeutungserhöhung und Durchschlagskraft dieser Schicht gegenüber den anderen Schichten des emotionalen Lebens spricht.

Daß mit den Störungen in der vitalen Schicht der Gefühle keinesfalls Erregungszustände zusammengeworfen werden dürfen, wie wir sie recht häufig bei Defektgeheilten finden, wird bei näherer Betrachtung dieser Erregungszustände klar. Darauf wird unten noch näher eingegangen werden.

Die Betrachtung der psychischen Gefühle, deren Störungen wir uns jetzt zuwenden wollen, läßt die Schwierigkeit über Störungen zu sprechen, wo man mit der Erfassung des Normalen noch mit den ersten Schwierigkeiten zu kämpfen hat, in hellstem Licht erscheinen. Untersuchungen beschreibender und abgrenzender Art über die „psychischen Gefühle“ im Sinne *Schelers* sind im einzelnen vorwiegend in der phänomenologischen Literatur zerstreut, ohne eine breitere Basis gefunden zu haben oder noch irgendwie für die Psychologie und Psychiatrie nutzbar gemacht worden zu sein. Das kann und will diese Arbeit gar nicht leisten. Aber es ist mir nicht zweifelhaft, daß hier gerade für die Psychologie der progressiven Paralyse und für die der Defektgeheilten, wie überhaupt für die Psychopathologie, reichstes und wichtigstes Neuland zu erforschen ist.

Jedenfalls scheinen schon in wenig fortgeschrittenen Fällen die psychischen Gefühle an Intensität sehr stark abgeschwächt. Die affektive Resonanz auf irgendwelche Ereignisse scheint im Verhältnis zu denen eines normalen Menschen irgendwie flach, nachdruckslos. Der Zorn der defektgeheilten Paralytiker ist so kurzatmig wie ihre Freude oder ihre Begeisterung, die Kranken drücken ihre Affekte vielleicht noch mit Worten aus, die sie früher gewohnt waren, aber an anderen Zeichen wird es untrüglich, daß diese Verflachung tatsächlich eintritt.

Reichardts Verdienst ist es, lange vor anderen und immer wieder auf die engen Zusammenhänge hingewiesen zu haben, die zwischen Gemütsleben und vegetativem System, ja dem Körper überhaupt bestehen. An

den Ausdrucksbewegungen hat man ein Anzeichen dafür, inwieweit normale oder veränderte, verminderde Affekte, Gefühle hinter diesen körperlichen Erscheinungsformen stehen. Gerade wo infolge der Dissoziation zwischen Intellekt und Gemütsleben ein verstärkter Durchbruch des Affektlebens zu erwarten wäre, sehen wir in Gesten und Mimik etwas eigentümlich Leeres, Maskenhaftes, Starres. Man hat den Eindruck, daß hinter den Worten des Defektgeheilten nicht mehr viel steht. Die Lebendigkeit des Mienenspiels, die vielfachen Ausdrucksbewegungen, die der Gesunde benutzt, werden auf ein Mindestmaß eingeschränkt, und zeigen in ihrer abgeschwächten Intensität sehr schön hin auf die Verflachung der psychischen Gefühle.

Gerade hier ergeben sich bei der individuellen Verschiedenheit der Art und Stärke der psychischen Gefühle recht interessante und anscheinend widerspruchsvolle Tatsachen. So sind manche Paralytikerfrauen gerade über die Wirkung der Paralyse auf die frühere Reizbarkeit des Mannes, über die Verminderung der affektiven Resonanz bei ihren Männern recht froh.

Umgekehrt können sich auch Änderungen in der adäquaten Erfassung der Gegenstandswelt im Gefühlsleben bei den psychischen Gefühlen so geltend machen, daß das Erlebnis eines Wertvollen oder für wertvoll Gehaltenen, sowie der Zwang, infolge einer Unterordnung und Einordnung in menschliche Gemeinschaften Erlebnisse sammeln zu müssen, die für unwertvoll oder für etwas gehalten werden, was zu vermeiden ist, mit einem nicht adäquaten psychischen Gefühl so verbunden wird, daß einfach an fast jedem Erlebnis das psychische Gefühl des Ärgers, der Wut, der Unzufriedenheit haftet; und diese Gefühle brechen infolge der Auflockerung aller seelischen Gefüge elementarer durch, ohne durch die Korrektur irgend einer Instanz, Verstand, Gefühl, Wertung geziugelt zu werden; ist dies bei manchen Kranken der Fall, dann wird das Leben für die Umgebung sehr erschwert. Freilich haben wir es hier allein mit den reaktiven psychischen Verstimmungen zu tun.

So verkennt der Kranke W. 15 etwa alle Erlebnisse, weil sie für ihn zugleich den Stempel des Hypochondrischen tragen.

Fall 8. W. 15. Franz Feu....., geboren 31. 1. 1881, aufgenommen 1. 3. 29.

Der 51jährige Kranke, der sich vor etwa 12 Jahren luetisch infizierte, fühlt sich seit 6 Wochen, dem Zeitpunkt, in dem er einen paralytischen Anfall hatte, verändert. Er war vorübergehend gelähmt; seit einigen Tagen hat der Kranke Kopfschmerzen, besonders nachts. Zu Beginn der Fieberkur hat der Kranke einen deliriosen Zustand, fühlt sich bedroht, ist unruhig, sagt, alle Leute wollten auf ihn schießen.

1 Monat nach der Kur ist bei dem Kranken eine deutliche Besserung nicht zu erkennen. Der Kranke ist langsam, umständlich, unbeholfen, klagt in hypochondrischer Weise über allerhand kleine Beschwerden.

Nach einem Jahr kommt der Kranke zur Nachuntersuchung. Seine langsame und breite Sprechweise ist unverändert. Er schildert umständlich die verschiedenen körperlichen Beschwerden, die er habe und gibt die verschiedenen Heilmittel an,

deren er sich zur Linderung seiner Beschwerden bediene. In einem Jahr hat er etwa 25 Pfund an Gewicht zugenommen.

Nach 3 Jahren wird der Kranke mit Sudoku geimpft. Über die Zwischenzeit gibt der Kranke folgendes an: Mit seinem Gedächtnis sei es leidlich gegangen, seit seiner Krankheit benutze er die viele freie Zeit, die er jetzt nach seiner Pensionierung habe, fleißig zu Spaziergängen. Je schöner das Wetter sei, desto besser gehe es ihm. Bei schlechtem Wetter gehe es ihm sehr schlecht, da sei er müde und abgeschlagen; außer seiner Zeitung, für die er immer Interesse habe, lese er nichts. Er ist orientiert, sein Verhalten ist situationsgerecht. Die Ausdrucksweise, deren sich der Kranke bedient, ist umständlich. Ob sie umständlicher ist wie vor der Erkrankung läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen. Das Allgemeinwissen des Kranken ist entsprechend, das Urteil hinreichend, Fabeln werden umständlich und lückenhaft nachzählt. Rechnen geht gut, bei Fehlern verbessert sich der Kranke, wenn er darauf aufmerksam gemacht wird. Widersprüche in Geschichten werden von dem Kranken nicht erkannt.

Während der Kur ist der Kranke euphorisch zufrieden, liegt meist ruhig im Bett, liest seine Zeitung, beobachtet sich während der Kur überängstlich, ganz pedantisch. Einmal findet er eine kleine durchaus physiologische Rötung zwischen den Fingern als ein besorgnisregendes Krankheitssymptom; er fürchtet sehr, sich durch Trinken einer kalten Flüssigkeit einen Katarrh zuziehen zu können. Dann hat er wieder Hals- und Atembeschwerden ohne den geringsten objektiven Befund. Obwohl ihm alle Ärzte erklären, 8 Fieberstöße seien durchaus genügend, will er, um ganz sicher zu gehen durchaus noch einen 9. Fieberstoß haben. Davon ist er durch keine Autorität der Welt abzubringen.

Nach der Kur kann bei der Untersuchung wie früher eine leichte experimentelle Merkschwäche festgestellt werden. Diese Merkschwäche scheint primär auf einer Unfähigkeit des Sich-konzentrieren-Könnens zu beruhen. Nach einigen Tagen will der Kranke in der Zeitung gelesen haben, in der Krankheit, die er habe, träten Schwellungen auf. Er behauptet daraufhin steif und fest, sein Hinterkopf sei ganz deutlich geschwollen. Sein Kopf hätte jetzt Ecken bekommen, früher sei er viel runder gewesen. Der Versuch, ihm klar zu machen, daß er alle seine Befürchtungen und seine Krankheitssymptome aus einer subjektiven hypochondrischen Einstellung heraus produziere, scheitert völlig. Er ist zu höflich, um den Ärzten zu sagen, daß er ihren Worten keinen Glauben schenkt, im Stillen bleibt er aber um so fester bei seiner Meinung. Nach diesen Klagen bringt der Kranke keine hypochondrischen Beschwerden mehr vor, bei Entlassung 1 Monat nach der Kur, ist der Kranke mit der Behandlung der Klinik sehr zufrieden, seine Art, wie er den Ärzten seinen Dank zum Ausdruck bringt, ist dabei umständlich, ungeschickt, schwerfällig.

Bei diesem Kranken handelt es sich um eine leichte Persönlichkeitsenkung vor allem auf intellektuellem Gebiet. Sein Gesichtskreis ist stark eingeengt. Interessant ist die durchaus hypochondrische Einstellung des Kranke zu seiner Krankheit und zu seinem Defekt, den er zwar nicht erkennt, aber irgendwie doch faßt. Das psychische Gefühl des Ängstlichen, Wehleidigen, Gefahrwitters mischt sich jedem seiner Erlebnisse bei und führt so zu Mißdeutungen.

Um den Tatsachen gerecht zu werden, muß ich hier auf die innigen Beziehungen verweisen, die zwischen den psychischen Gefühlen und den Erlebnissen im innersten Kern der Persönlichkeit, die wir als *Werterlebnisse* kennzeichnen wollen, bestehen. Hier phänomenologisch zu betrachten, und genau zu analysieren, was das Werterlebnis ist, kann

nicht im Sinn dieser Arbeit liegen und soll in einem anderen Rahmen in Angriff genommen werden. Jedenfalls ist der *Begriff des Wertes* so zu fassen, daß man darunter *ein Ding oder eine Person unter dem Gesichtspunkt der Seinsfälle*, der Seinsmächtigkeit versteht.

Wir erkennen diese psychischen Gefühle als Reaktionen der Persönlichkeit auf das Anstreben eines für wertvoll erkannten Gegenstandes oder Seienden schlechthin, mit dem sich die Persönlichkeit in irgend einer Weise innerlich einigen will.

Diese Zentralstörung scheint z. B. in folgendem Falle vorzuliegen:

Fall 9. W. 19. Max Dit....., geboren 4. 1. 1888, aufgenommen 18. 4. 28.

Der 40jährige Kranke, der angeblich früher immer gesund war, ist seit etwa 6 Wochen daheim dadurch aufgefallen, daß er so viel sprach, ganz gegen seine sonstige Gewohnheit, und sich so undeutlich ausdrückte, daß niemand wußte, was er meinte. Das fiel auch in Gesellschaft auf. Dabei war er sehr gutmütig, und wenn jemand andere Ansichten äußerte, als er sie für recht hielt, war ihm das im Gegensatz zu früher höchst gleichgültig. Seinen Angehörigen fiel auch auf, daß der Kranke in der letzten Zeit so viel schlief.

Bei der Aufnahme ist der Kranke in sehr gutem Ernährungszustand, ansprechbar, richtig orientiert, antwortet freundlich und bereitwillig. In seinem Verhalten ist er etwas langsam und umständlich. Er erzählt, daß er vor etwa 20 Jahren Lues gehabt habe, und behandelt worden sei. Die Sprache des Kranken ist an sich unauffällig, beim Nachsagen schwerer Wörter wird jedoch die paralytische Sprachstörung ohne weiteres deutlich.

Vor und während der Fieberkur äußert der Kranke die allergewaltigsten und unsinnigsten Größenideen.

Nach der Kur ist der Kranke ausgemacht euphorisch. Mitteilungen, wie: Sie haben Gehirnerweichung! entlocken ihm nur ein mitleidiges Lächeln. Auch nach der Kur ist er zunächst noch ganz mit seinen rauschenden Größenideen beschäftigt. Er lebt dabei anscheinend noch völlig in seiner Scheinwelt. Allmählich wird aber der Kranke doch ruhiger und berichtigt langsam seine Größenideen. Er meint, daß er die im „Fieberrausch“ von sich gegeben habe. Bei seiner Entlassung ist er in seinem Auftreten noch etwas reichlich selbstbewußt, er will eben zeigen, daß er wieder völlig der Alte ist. Daraus erklärt sich ein Brief, den er an die Klinikleitung schreibt, worin er seinen Lebensplan für die Zukunft ausführlich darlegt.

Die letzte Nachuntersuchung fand bei dem Kranken nach 4 Jahren statt. Das Allgemeinbefinden des Kranken ist gut; für Gelesenes ist er sehr vergeßlich. Er sagt, daß er nicht mehr so nervös als früher sei und sich auch nicht mehr so leicht wie früher aufrege. Das wird auch von seinen Angehörigen bestätigt. Er sagt, daß er mit seinen Vorgesetzten und Kollegen gut auskommt. Seine Stimmung sei fidel, nicht traurig; er mache sich auch keine Sorgen.

Stimmungsschwankungen habe er keine, er sei auch jetzt noch ein gesuchter und guter Unterhalter. Sinnwidrigkeiten werden bei der Untersuchung vom Kranken gleich als solche erkannt. Intelligenzfragen werden prompt gelöst. Eine gewisse Pomadigkeit, eine gewisse leichte Euphorie und Abstumpfung fällt bei der Untersuchung auf. Es fehlt der Persönlichkeit der affektive Nachdruck und die ausreichende Aktivität. Es fällt bei der Untersuchung eine gewisse Merk- und Konzentrationsschwäche auf. Die ethischen Vorstellungen des Kranken sind oberflächlich. Um seine Gesundheit ist er etwas ängstlich-hypochondrisch besorgt. Das Benehmen des Kranken bei der Nachuntersuchung ist geordnet und unauffällig. Man kann gegen früher eine wesentliche Besserung feststellen. Es fehlt nur an persönlichem Nachdruck und am Erfassen komplexer Vorgänge. Urteilsstörungen

findet man im wesentlichen bei dem Kranken nicht. Man kann sich mit ihm ganz geordnet unterhalten. Eine erneute Fieberbehandlung lehnt der Kranke mit völlig stichhaltigen Gründen ab, weil er dann in der Zwischenzeit seinen Posten verlieren und dadurch er und seine Familie brotlos würden.

Bei diesem Kranken gilt das schon bei der vorigen Patientin Gesagte: Man hat von dem Kranken den Eindruck einer irgendwie abgeschwächten Persönlichkeit, ohne zunächst sagen zu können, wo innerhalb der Persönlichkeit der Defekt, die Störung gelegen ist und was in erster Linie gestört ist. Trotzdem ist er irgendwie in seiner Art nicht so eingestellt, wie es der Situation entspricht.

In dieser Fähigkeit zum Erstreben eines Gutes, das übrigens nicht der Lust wegen erstrebt wird, wie das eine Psychologie gemeint hat, die ihrer Betätigung und Zielsetzung nach mit der eigentlichen Aufgabe der Psychologie als Wissenschaft zum Verständnis der menschlichen Seele und des menschlichen Seelenlebens nichts mehr als das Wort gemeinsam hat, scheint mir der defektgeheilte Paralytiker weitgehend geschädigt zu sein. *Die zentrale Funktion der geistigen Persönlichkeit, die Erfahrung der Welt unter dem Aspekt des Werthaften, die Entfaltung der Seele und ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten auf Grund der verbindlich gehaltenen Forderungen, die die Seele von der Welt her vernimmt, der Versuch, mit der Welt und dem objektiven Reich des Seins und des Wertes in Übereinstimmung zu kommen, ist nicht aufgehoben; aber der Fülle der Werte und der Bedeutung der Einzelwerte in der Betrachtung der Welt kann der defektgeheilte Paralytiker nicht mehr gerecht werden, die verbindlichen Forderungen, die er von der Welt her erfährt, kann er nicht mehr auffassen und verwirklichen, dafür ist ihm das „Organ“ verlorengegangen und zerstört worden.* Er hat keinen „Sinn“ mehr für die von ihm durch Ehe, Familie, Gemeinschaft geforderte Werterfassung und Wertverwirklichung. Deshalb allein dürfte man wohl bei Defektgeheilten, die weitgehend „wertblind“ geworden sind, den dauernden Ausschluß geistiger Gemeinschaft testieren können, wie er nach dem Gesetz zur Scheidung eine Ehe notwendig ist. Im Grund ist es doch für Ehe und Einfügen in eine Gemeinschaft in den meisten Fällen ungeheuer gleichgültig, ob intellektuelle Funktionen etwas abgeschwächt sind oder nicht. Brennend wird das Problem immer erst dann, wenn eine mehr und mehr überhandnehmende „Erblindung“ für das Werthafte einsetzt; und damit glauben wir den eigentlichen Kern der Persönlichkeitsveränderung erfaßt zu haben, wie er beim defektgeheilten Paralytiker im Zentrum seiner Persönlichkeit ansetzt; die Erfassung des Wertvollen und der Verpflichtung zur Betätigung dieses Wertvollen ist, in allerdings graduell sehr verschiedener Weise, gestört.

Dem Einwand, der mir bestimmt entgegengehalten wird, will ich schon hier begegnen: er betrifft die Berechtigung der Verwendung des Wertbegriffes in einer naturwissenschaftlichen Arbeit. Eines der Zentral-

dogmen, die meist noch heute in der Psychologie herrschen, ist dieses, daß der Begriff des Wertes etwas sei, was man nicht exakt naturwissenschaftlich fassen kann und das bei einer naturwissenschaftlichen Betrachtung keinen Platz und keine Berechtigung hat.

Dazu ist in Kürze folgendes zu sagen: Von diesem Dogma wird die Berechtigung zur Verwendung des Wertbegriffes für naturwissenschaftliche Betrachtung bestritten. Das setzt voraus, daß das Seelenleben einer naturwissenschaftlichen Betrachtung zugänglich ist und unterworfen werden muß, wenn man über dieses Seelenleben etwas Wesentliches aussagen will¹. Und hier liegt das Problem; es mehren sich die Anzeichen dafür, daß man auch in breiteren Kreisen dazu zurückkehren wird, Psychologie mit psychologischen, seelenkundlichen Methoden zu betreiben und die Berechtigung des Wertbegriffes in der Psychologie bei Betrachtung des menschlichen Seelenlebens, seiner Entfaltung, seiner Strebungen muß unbedingt festgehalten werden.

Über das Werterlebnis hat von psychologischer Seite *G. E. Störring*² gearbeitet. Die Tatsache des Werterlebnisses steht auch für ihn außerhalb

¹ Überhaupt röhren die Schwierigkeiten der Verständigung zwischen Philosophen, Natur- und Geisteswissenschaftlern in diesen Fragen zum großen Teil daher, daß das Wort Naturwissenschaft mit verschiedener Bedeutung gebraucht wird.

Einmal versteht man unter Naturwissenschaft die Wissenschaft von den Dingen, deren Kennzeichen es ist, einen Raum einzunehmen, dann aber die Wissenschaft vom Tatsächlichen überhaupt (indem man in unzulässiger Weise den Bereich des Tatsächlichen auf den Bereich des räumlich Gegebenen beschränken will).

Nun ist uns in der Erfahrung Psychisches nur dadurch erkennbar, daß es sich im Materiellen ausdrückt. Aber deswegen darf man nicht aus einem falschen Vereinheitlichungsstreben Psychisches und Materielles als die verschiedenen Ausdrucksweisen und Anschauungsweisen der gleichen Sache, z. B. des Gehirns, auffassen. Weil ein Problem vorläufig unlösbar erscheint, darf es nicht unterschlagen werden.

Unter Wissenschaft versteht man die planmäßige, methodische Arbeit, sich mit dem Verstande des erfahrbaren Seins zu bemächtigen. Erfahrbares Sein ist Materie und Psyche. Die Arbeitsmethode einer Wissenschaft muß dem jeweiligen Wissenschaftsgebiet angemessen sein. Eine naturwissenschaftliche Methode, die sich auf das Quantitative gründet, muß also bei der Erfassung des ganz anders gearteten Psychischen versagen. Ziel jeder Wissenschaft ist die Verständlichmachung des Seinsgebietes, auf das die Wissenschaft erkennend zielt, die Klärlegung von Gesetzmäßigkeiten und inneren Zusammenhängen. Die Wissenschaftsgeschichte der letzten Jahrzehnte zeigt auch klar das Versagen der experimental-psychologischen Methode, wo es sich tatsächlich um das Ziel einer Verständlichmachung menschlichen Seelenlebens handelt. Das lag in dem methodischen Irrtum der experimentellen Psychologie begründet, deren Verdienste, wo es sich tatsächlich um die Aufklärung von psychophysischen Zusammenhängen handelt, keineswegs verachtet werden sollen.

Da jede Wissenschaft in ihren Anfangsstadien zunächst darauf angewiesen ist, Material zu sammeln und gut zu beschreiben, so sehen wir in einer gut beobachteten „phänomenologischen“ Beschreibung des kranken Seelenlebens, sei es nun hinsichtlich der einzelnen Strebungen und Akte, sei es hinsichtlich der Triebregungen, vorläufig die nötigste Aufgabe der Psychopathologie.

² *Störring, G. E.: Experimentelle Untersuchungen über das Werterlebnis. Arch. Psychol. 73, H. 1/2 (1929).*

irgendwelchen Zweifels. Doch kann in diesem Rahmen auf seine sehr interessanten Untersuchungen nicht eingegangen werden.

Störrings Werterlebnis und der von mir gemeinte Daseinswert eines Dinges, Seinswert und Wertung sind selbstverständlich nicht das gleiche. Der Daseinswert kommt einem Ding unabhängig vom erkennenden Subjekt einfach auf Grund der Seinsstufe zu, der das fragliche Ding angehört. Seinsstufen lassen sich dadurch unterscheiden, daß es Seiendes gibt, das im Reichtum an Möglichkeiten voneinander verschieden ist. In der Wertung, dem Werterlebnis muß eine subjektive und eine objektive Komponente unterschieden werden, die im Werterlebnis verschmelzen. Wert ist, wenn man in der *Kantschen* Redeweise sich ausdrücken will, eine Eigenschaft des „Dings an sich“. (Freilich kann man nach *Kant* ja nur die Existenz des „Dings an sich“ erkennen, nichts von seinem Wesen. Die Behauptung des Daseinswertes geht also hier über *Kant* hinaus.)

Übrigens ist selbstverständlich zuzugeben, daß sich nicht bei jedem Paralytiker diese Veränderung am Kern der Persönlichkeit findet. Es herrschen hier bei den Defektgeheilten durchaus regelmäßigerkeiten im Sinn eines Naturgesetzes. Aber wenn ein Kranker einen „typisch“ paralytischen defektgeheilten Eindruck macht, dann findet sich wohl immer zentral diese Störung.

Hier könnten uns weitere Untersuchungen in der Psychopathologie, bei denen man allerdings unbedingt genau die präpsychotische Persönlichkeit kennen müßte, noch recht interessante Einblicke gewähren in die Art und Weise, wie die Werterfassung zunächst abgeschwächt, verändert, diffuser wird und wie sich in den einzelnen Wertbereichen allmählich die Einstellung ändert.

In kurzem sollen noch die Störungen dessen betrachtet werden, was *Scheler* geistige Gefühle nennt.

Man kann wohl annehmen, und die Erfahrung scheint diese Annahme zu unterstützen — freilich ist es naturgemäß wenig, was man darüber bei Defektgeheilten in Erfahrung bringen kann —, daß das Gefühl der Verzweiflung, das z. B. solch ein geistiges Ichgefühl ist, auch dann noch erlebt werden kann, wenn der Abbau in der Zerstörung des intellektuellen Apparates bereits fortgeschritten ist und auch die psychischen Gefühle schon sehr abgeflacht sind. Wenigstens scheint dieses Gefühl der Verzweiflung, das das Ich an einer ganz zentralen Stelle trifft, die einzige befriedigende Erklärung dafür zu sein, daß trotz weitgehender Einsichtslosigkeit in ihre spezielle Situation und bestehender Euphorie die Kranken zu ganz ernstgemeinten Selbstmordplänen und zu ebenso ernst gemeinten Versuchen kommen. Freilich soll das ausdrücklich als Vermutung gekennzeichnet sein.

Für diese Vermutung ließe sich etwa folgender Fall (ich kenne einige ähnliche) anführen.

Fall 10. B. 14. Valentin Zie....., geboren 11. 11. 1881, aufgenommen 17. 7. 26.

Der 55jährige Kranke, der aus einer belasteten Familie stammt (Psychopathie des Bruders, Arteriosklerose der Mutter, ein Sohn des Kranken ist Psychopath, der andere unterdurchschnittlich begabt) war ein fleißiger und besorgerter Hausvater, der einmal in seiner Jugend eine Gehirnhautzündung durchgemacht hat. In seinem Wesen ist er etwa seit 6 Monaten, seitdem er auf offener Straße einen Anfall erlitten hatte, verändert.

Bei seiner Aufnahme in die Anstalt ist der Kranke in euphorischer Stimmung, das Gedächtnis hat sehr stark nachgelassen, örtlich, zeitlich und persönlich ist der Kranke orientiert.

Nach der Malaria zeigt der Kranke für alles mögliche Interesse, liest mit Verständnis Zeitung, gelegentlich hat er Verwirrtheitszustände; Krankheitseinsicht fehlt ihm völlig. Er sagt immer, daß er sich gesund fühle und heim zu seiner Familie wolle.

Nach 2 Monaten arbeitet der Kranke auf dem Felde mit, die Arbeit scheint ihm gut zu bekommen. Er zeigt jetzt allmählich auch wieder Interesse für sein Geschäft und seine Familie, er sagt, daß er Pläne und Kostenanschläge machen könne wie zur Zeit vor der Erkrankung.

Nach 4 Monaten ist der Kranke öfters ungehalten darüber, daß er noch nicht entlassen wird. Die Arbeit, die der Kranke leistet, scheint jedoch noch nicht genügend exakt, um die Verantwortung für eine ungehinderte Berufsausübung von der Anstalt aus übernehmen zu können. Trotz Aufklärung seiner Angehörigen wird der Kranke jedoch gegen ärztlichen Rat aus der Klinik genommen.

In der Außenfürsorge, in der er bleibt, zeigt der Kranke nach 9 Monaten eine sehr gehobene Stimmung. Die Frau des Kranken gibt an, daß ihr Mann viel weniger reizbar geworden sei als früher und ist über diesen Behandlungserfolg recht erfreut.

Nach 13 Monaten bekommt der Kranke immer Krach mit dem Bauführer, unter dessen Oberleitung er arbeiten muß, weil er immer alles, was ihn gar nichts angehe, leiten und kommandieren wolle. Im Gegensatz zu früher soll der Kranke auch nach Angaben von zuverlässigen Leuten sehr geldgierig geworden sein.

Nach 14 Monaten hat der Kranke eine Reihe von offenbar paralytischen epileptiformen Anfällen. Bei einer neuerlichen Aufnahme des Kranken in die Anstalt erscheint der Zustand des Kranken sehr verschlechtert. In der ersten Zeit seiner neuerlichen Aufnahme ist der Kranke ratlos, scheint benommen, will immer heim. Nach Recurrens ist der Kranke freundlich, zugänglich, schreibt an seine Frau einen geordneten, besorgten Brief. Die Schrift ist, sowohl was Form, als auch was Inhalt anlangt, ohne Entgleisung. 17 Monate nach der ersten Kur wird der Kranke wieder entlassen.

In den nächsten Monaten schimpft der Kranke viel. Bei seinen Erregungen hat er auch immer Anfälle. Nach 22 Monaten ist der Kranke in euphorischer Stimmung, erzählt ganz ohne gemütlichen Nachdruck, daß seine Tochter anscheinend nicht gut verheiratet sei. Die Auffassung des Kranken ist verlangsamt, das Denken scheint erschwert, der Gesichtsausdruck scheint alles eher als geistreich. Er ist freundlich, aber stumpf und unlebendig. Ohne daß sich sein psychischer Zustand verschlechtert, hat der Kranke in den nächsten Wochen wieder dauernd seine Anfälle.

Nach 50 Monaten kommt der Kranke immer mehr in einen depressiven Zustand hinein; trotz seiner Stumpfheit macht er sich jetzt viel Sorgen mit seinen Kindern, er unternimmt auch einen mißglückten Selbstmordversuch. Die Frau des Kranken sagt, daß ihr Mann in letzter Zeit viel und gern getrunken habe und deshalb habe es viel Streit in der Familie gegeben. Er selbst gibt als Grund für seinen Selbstmordversuch an, daß er sich sehr überflüssig vorkomme; er habe überhaupt nichts mehr

zu sagen und sei das 5. Rad am Wagen. Die Frau meint, daß den Kranken Schulden machen und Trinken immer soweit brächten, daß er einen rechten „Katzenjammer“ habe. Wenn er nicht trinke und keine Schulden mache, dann sei es schon mit ihm zum Aushalten.

Nach 55 Monaten macht der Kranke einen zweiten Selbstmordversuch durch Erhängen, wird aber noch rechtzeitig abgeschnitten. Er gibt an, er wolle sterben, weil er krank sei und seine Frau keine Rücksicht auf ihn nehme. Sie brauche ihm nicht immer vorzuhalten, daß er in früheren Zeiten öfters einmal über den Durst getrunken habe. Einige Stunden darnach unternimmt der Kranke einen dritten Selbstmordversuch. Bei der darauffolgenden Aufnahme in die Klinik ist der Kranke schwerfällig, gedrückt, langsam, etwas verlegen, auf eigenen Wunsch arbeitet er in der nächsten Zeit etwas. Das sind jedoch Arbeiten, die nicht besonders viel Geist verlangen. Dauernd hat der Kranke kleine (paralytische) Anfälle.

Nach 65 Monaten wird bei dem Kranken eine Pyriferkur gemacht. Darnach ist der Kranke ruhig, harmlos, freundlich, fleißig; er geht in der Anstalt auf Außenarbeit, von Lebensüberdruß zeigt er keine Spur mehr. Allmählich bekommt der Kranke wieder seine kleinen paralytischen Anfälle.

Bei diesem ziemlich lang beobachteten Kranken, bei dem man intellektuelle Störungen und Ausfälle nachweisen kann, sind es vorwiegend Störungen des Affektlebens, die die Persönlichkeit des Kranken verändert haben. Interessant sind bei diesem Kranken seine Selbstmordversuche, die durchaus ernst gemeint waren. Außerdem findet man ein Persistieren der paralytischen Anfälle nach den einzelnen Fieberkurven, ohne daß sich klinisch eine Progredienz des Krankheitsprozesses nachweisen läßt. Der Zustand nach der ersten Kur ist, was das psychopathologische Zustandsbild anlangt, kein endgültiger. Der scheint vielmehr erst nach der letzten Fieberbehandlung erreicht. Hier erst wirkt der Kranke ganz flach, ausgebrannt, oberflächlich, leer. Auch hier kann man, wie in den vorhergehenden Fällen, von einem schubweisen Verlauf der Paralyse mit wahrscheinlichem, schließlichen Stillstehen des paralytischen Prozesses sprechen. (Stationärwerden?)

Von einer sexuellen Enthemmung habe ich bei keinem Kranken etwas gesehen, bei den meisten, bei denen man nachforschen konnte, konnte man eher von einer Abschwächung oder Aufhebung, als von einer Steigerung des Geschlechtstriebes sprechen. Steigerung des Nahrungstriebes findet man bei recht abgebauten Kranken gelegentlich.

Wir können es wohl als das Wesentliche unserer Betrachtung der Störungen des Gefühlslebens beim defektgeheilten Paralytiker betrachten, daß die Schicht der Vitalgefühle eine Veränderung im Sinn einer ungebrachten und wesentlich auf organische Ursachen zurückgehenden Euphorie bzw. Verstimmung erleidet und daß infolge der Verflachung der psychischen und wohl auch der geistigen Gefühle die Schicht der Vitalgefühle eine erhöhte Bedeutung für das psychische Leben des Defektgeheilten gewinnt. Daneben besteht als entscheidende Veränderung am Kern der Persönlichkeit eine Störung in der Erfassung des Seienden unter dem Gesichtspunkt des Werthaften.

4. Störungen der Aktivität und Spontaneität des psychischen Lebens.

Noch etwas scheint für die Betrachtung der paralytischen Wesensveränderung charakteristisch und wichtig zu sein. Mit all den bis jetzt aufgezeigten Störungen läßt sich die eigentümliche Schlaffheit der defektgeheilten Paralytiker, wenigstens der meisten, nicht erklären. Die Euphorie, die Erhöhung der vitalen Stimmungslage finden sich auch beim maniakalischen Syndrom. Aber während wir dort ein Zuviel an Antrieb haben, scheint uns *der fehlende Antrieb*, den man wohl für einen Grundtrieb des Lebendigen halten muß, lebendiger Materie sowohl, wie lebendigen Geistes, und der sich bei den defektgeheilten Paralytikern nicht nur in allen Bewegungen des Leibes, sondern vor allem auch im psychischen Leben äußert, die Stumpfheit unserer Kranken zu erklären, die zu keiner Leistung, zu keiner Arbeit einen inneren Anstoß haben, trotzdem oft der intellektuelle Apparat noch leidlich erhalten ist. Der Mangel an innerer Spannung bei der Wahrnehmung, die Konzentrationschwäche, scheint ebenso auf diesen fehlenden psychischen Antrieb zurückführbar zu sein, wie das fehlende Interesse für alles, was nicht unbedingt nötig ist und für die innere Spannung des Willensaktes.

Als Beispiel für mangelnde Aktivität und Spontaneität kann folgender Fall angeführt werden.

Fall 11. B. I. Oskar Tim....., geboren 7. 10. 1882, aufgenommen 16. 7. 29.

Der 47jährige Kranke, der in der Schule öfters wegen Faulheit durchgefallen ist und öfters seinen Beruf gewechselt hat, kann seit einem Jahr nicht mehr arbeiten. Er ging geistig zusehends zurück, wurde vergeblich, seine Sprache war sichtlich verändert, er schien sich beim Sprechen schwer zu tun, manchmal war er aufgeregter, unsauber, sehr empfindlich; er hat Augenblicke, wo er kein Wort herausbringt. Dann wird er hochrot im Gesicht, in solchen Zuständen bedroht er auch manchmal seine Frau und beliebige Leute auf der Straße.

Bei der Aufnahme ist der Kranke stumpf, teilnahmslos, hat eine ausgesprochene paralytische Sprachstörung. Personalangaben kann er richtig machen. Er gibt zu, krank zu sein, er sagt, es fehle ihm an den Füßen. Die Antworten, die er gibt, sind langsam und spärlich. Seine Vergeblichkeit ist außerordentlich stark.

Die Malaria wird bei dem Kranken wegen allgemeiner Schwäche und der Gefahr eines vegetativen Kollapses nach 7 Fieberanstiegen abgebrochen. Anschließend erfolgt eine Neosalvarsankur.

In den Wochen nach der Kur bringt der Kranke die Ideen seines Bettnachbarn vor, er werde nachts immer am After eingestrichen. (Sein Nachbar ist ein verschrobener Schizophrener.) Allmählich wird der Kranke lebendiger, spricht mehr und verständlicher. Er drängt sehr heim und scheint starke Sehnsucht nach seiner Frau zu empfinden.

Nach einem Monat ist der Kranke schwer verstimmt, er will nichts mehr essen. Subjektiv scheint er jetzt eine sehr starke Krankheitsgefühl zu haben. Er behauptet, man stecke beständig einen Eisenstock in seinen After. Am Tag nach diesem Verstimmungszustand ist der Kranke wieder frisch, erklärt, jetzt gehe es ihm wieder gut und jetzt könne er auch wieder reden. Über die vegetativen Fortschritte, die er macht, freut er sich sehr.

4 Monate nach der Kur ist der Kranke völlig interesselos, gleichgültig. Zur Arbeit fühlt er durchaus keine Veranlassung. Er möchte gerne heim, ist in seinen

Wünschen aber sehr leicht suggerierbar, so daß er sich nach kurzer Zeit auch das längere Hierbleiben in der Anstalt suggerieren läßt. Zu allem, was erledigt werden muß und zu jeder Arbeit auf der Abteilung, bei der er helfen soll, läßt er sich schieben.

Nach 40 Monaten wird der Kranke wieder untersucht. Der Kranke ist stumpf-euphorisch. Rechnen geht schlecht. Seine Schwester erzählt, daß er gerne trinken würde, er habe aber kein Geld. Seine Frau ist vor einiger Zeit gestorben. Er möchte gerne wieder eine haben. Er sagt, daß er arbeiten wolle, kann aber nach Angabe seiner Schwester nicht. Er ist sehr vergeßlich, lacht läppisch, bringt mit Stolz seine lückenhaften Kenntnisse aus der Schulzeit und der Zeitung vor. Manchmal wird der Kranke nach Aussage der Schwester ungemütlich, grob, leicht reizbar; man dürfe überhaupt nicht zu viel bei ihm sagen. Seine Schwester findet den Kranken mehr nach der gemütlichen, als nach der intellektuellen Seite seiner Person hin abgebaut. Sie meint, daß ihr Bruder schließlich schon immer dumm gewesen sei, wenn auch nicht so unregsam.

Bei diesem Kranken fällt vor allem das völlig Aspontane seines Wesens auf. Er sitzt, so lange der Arzt bei ihm in der Wohnung ist, seelenruhig, stumpf, ohne sich nur einmal vom Platz zu erheben, auch ohne viele Körperbewegungen zu machen, auf seinem Stuhl. Spontan richtet er an den Arzt keine Fragen, auch seine Spontanbewegungen sind auf ein Mindestmaß eingeschränkt. Alle höheren Gefühle sind anscheinend völlig bei ihm erloschen, die intellektuellen Leistungen sicher auch gegen früher herabgesetzt, das Fehlen der Aktivität wirkt sich für die ganze Persönlichkeit wohl am schädlichsten aus.

Mit der Beschreibung der Störungen im Seelenleben defektgeheilter Paralytiker und dem Versuch einer Erklärung des Verhaltens Defektgeheilter aus diesen Grundstörungen scheint der wesentliche Teil unserer Aufgabe erfüllt. Daß jeder Kranke eine einmalige Persönlichkeit ist, die trotz weitgehender Übereinstimmung mit den anderen Persönlichkeiten etwas Einmaliges, Besonderes hat, und daß an dieser Individualität der Person die verschiedenen Störungen in wechselnder Mannigfaltigkeit und Intensität angreifen, erklärt die Verschiedenheit der Defektgeheilten in ihrem psychischen Sein. Daß bei den meisten Kranken Störungen in den verschiedenen psychischen Bereichen vorkommen, ist klar. Dafür noch 2 Beispiele.

Fall 12. G. 5. Otto Geb....., geboren 1. 8. 1886, aufgenommen 13. 6. 29.

Der 43jährige Elektrotechniker stammt aus einer schwer belasteten Familie. Er selbst war immer eigenartig, sehr launisch, eingenommen von seiner eigenen Tüchtigkeit und Klugheit. Er prahlte gern, fiel dabei immer durch eine gewisse Menschenscheu auf.

Seit einigen Monaten ist der Kranke verändert, sehr grob gegen seine Frau, hat dumme Größenideen und macht ungünstige Sachen in seinem Geschäft.

Bei der Aufnahme ist der Kranke völlig distanzlos, sehr stimmungslabil. Das Erfahrungswissen ist einigermaßen erhalten. Rechnen ist dagegen schwer gestört. Unterschiedsfragen werden nicht erfaßt, der Kranke ist sehr vergeßlich und in euphorischer Stimmung.

Nach Pyritier ist der Kranke in der Mitteilung seiner Größenideen etwas ruhiger und vorsichtiger geworden. Urteilsschwäche und Euphorie bestehen jedoch unverändert fort. Ein Fluchtversuch aus der Anstalt, in der er untergebracht ist,

mißlingt. Plötzlich bekommt der Kranke wegen der geringfügigsten Sachen Erregungszustände. Im allgemeinen ist er aber ruhig, stillvergnügt, löst gerne Kreuzworträtsel. Plötzlich kommt es ihm in den Sinn, eine Unzahl von Heiratsofferten zu schreiben.

Nach einer Malariakur stellt er seine früheren Ideen als krankhaft hin und behauptet jetzt, frei davon zu sein. Er ist jetzt ruhig, gleichmäßig, geordnet, freundlich und hat keine Größenideen mehr.

6 Monate nach der Malaria ist der Kranke etwas bedrückt, fängt öfters zu weinen an, sagt, daß er nie mehr froh werden könne, solange er in der Anstalt bleiben müsse. Die Situation, die er auf dem Arbeitsmarkt für sich nach seiner allenfallsigen Entlassung vorfinden würde, beurteilt er richtig. Er weiß, daß er es draußen nicht leicht haben wird.

8 Monate nach der Malaria scheint der Kranke intellektuell abgeschwächt, ist aber im Verhältnis zum Aufnahmestatus immerhin als gebessert zu bezeichnen. Mit seinen Worten muß man bei ihm sehr vorsichtig sein, weil er sehr empfindlich ist. In der Anstalt lebt er gleichgültig und ohne jede Initiative in den Tag hinein. Er beschäftigt sich meist mit dem Lösen von Kreuzworträtseln, aus einem Konversationslexikon hat er sich mit großer Sorgfalt ein ganzes Buch zusammengestellt, in dem alle nur erdenklichen Wörter, wie sie in Kreuzworträtseln vorzukommen pflegen, Namen von chinesischen Flüssen, indischen Städten, persischen Gebirgen, Namen von Künstlern, Dichtern, Gelehrten übersichtlich zusammengestellt sind, zum Gebrauch beim Lösen von Kreuzworträtseln.

Nach 14 Monaten klagt anlässlich eines Besuches seine Frau sehr darüber, daß der Kranke ihr gegenüber völlig interessilos sei, er frage sie nicht, wovon sie lebe, wie es ihr gehe, und kümmere sich eben spontan um gar nichts.

Nach 24 Monaten ist der Kranke in Benehmen, Denk- und Sprechweise völlig unauffällig; das Gemütsleben scheint abgestumpft, der Kranke zeigt keine Lust zu irgendeiner ernsthaften Tätigkeit. Er hat ein sehr großes Geltungsbedürfnis, kann oft aus den nichtigsten Anlässen, vor allem, wenn er sich zurückgesetzt glaubt, in eine sinnlose Wut geraten. Auf der Abteilung, wo er immer wegen seines ordentlichen Verhaltens gelobt werden will, ist er sehr oft völlig grundlos auf andere eifersüchtig und sucht dann diese durch barsches Wesen und Unfreundlichkeit hinauszukeln.

Bei einer Untersuchung nach 40 Monaten macht der Kranke einen stillen, etwas verschlossenen Eindruck. Der psychische Turgor, Aktivität und Spontaneität, sind auf den ersten Blick wesentlich herabgesetzt. Das Gesicht hat etwas Ausdrucksloses, Leeres. Es sieht so aus, wie wenn eine maskenhafte leere Stille und Traurigkeit über sein Gesicht gebreitet wäre.

Er erzählt aus seinem Leben ziemlich fließend, in eintönigem Tonfall. Außer gelegentlichen Schwierigkeiten in der zeitlichen Einordnung ist die Art, wie er erzählt, ganz gut. Freilich spricht er in einer monotonen Stimmlage, so daß man auch von seiner Rede den Eindruck eines Menschen ohne wesentlichen Affekt, ohne Regsamkeit und Interesse, haben muß. Er lese viel, erzählt er. Wenn man ihn aber fragt, so tut er sich schon schwer, den ungefähren Inhalt eines Buches anzugeben, das er angeblich kürzlich gelesen hat und noch ganz genau weiß. Leicht bringt er die aller-verschiedensten Sachen durcheinander.

Der Kranke hat an sich die Beobachtung gemacht, daß er viel ruhiger denken könne als früher. Früher sei er so ein leidenschaftlicher Mensch gewesen, und deshalb immer gehindert gewesen klar zu denken. Das habe sich jetzt völlig verloren, so daß der Kranke über diese Folge seiner Erkrankung sehr erfreut ist.

Wenn man dem Kranken eine Geschichte vorerzählt (Haifischgeschichte), so erklärt er im ersten Augenblick, die könne er unmöglich nacherzählen. Wenn man sie ihm dann aber nochmals erzählt, ihm gut zuredet und ihn aufmuntert, dann

geht es ganz gut. Neigung zu Abscheifungen, zum breiteren Ausschmücken der Geschichte sind unverkennbar.

Trotz Ablenkung in der Zwischenzeit stellt sich heraus, daß er die Haifischgeschichte noch nach 20 Min. im wesentlichen richtig erzählen kann. Experimentell ist keine Merkschwäche nachweisbar.

Der Kranke erzählt, daß er sehr zornig werde, wenn man ihn reize, sonst sei er sehr ruhig. Er sei der einzige Kranke in der Anstalt, der sich wirklich ordentlich führe und sich richtig benehmen könne. Das sei die Hauptsache.

Er erzählt von sich, daß er immer eigentlich sehr wehmüdig war; an die Zeit seiner akuten Erkrankung hat er im wesentlichen keine Erinnerung. Fragen nach dem Zweck der Ehe, dem Unterschied zwischen Sparsamkeit und Geiz, werden zwar etwas weitschweifig, aber doch richtig beantwortet. Er ist der Mann auf der Abteilung, der die Goldfische zu besorgen hat und der Ordnung und Ruhe hält. Darauf ist er sehr stolz.

Daß er schwer krank war, weiß er; er sagt auch, daß er wieder hinaus wolle, um sich eine neue Existenz zu gründen; aber er ist geistig wohl zu schwer anpassungsfähig und es fehlt ihm eigentlich vollkommen der Antrieb, die Aktivität und Spannkraft, um sich im Leben durchzusetzen. Allzu ernst scheint er seine Arbeitswünsche auch selber nicht zu meinen. In seinem Verhalten ist er ruhig und still, spielt Schach von einem Zug zum anderen, man kann, wenn man mit ihm spielt, gelegentliches Aussetzen der Aufmerksamkeit finden. Einsicht in die Situation, in der er sich befindet, geht ihm völlig ab.

Aus einer beginnenden Paralyse mit vorwiegend affektiven Störungen und Größenideen entwickelt sich im Verlauf von mehreren Jahren ein Zustandsbild, das im wesentlichen durch den völligen Mangel an Antrieb und Aktivität gekennzeichnet ist. Daneben findet sich auch auf intellektuellem Gebiet die Unmöglichkeit, mehrere Glieder eines Gedankenanges überschauen zu können. Es fehlt die Möglichkeit, die eigene Situation beurteilen zu können, durchaus. Das affektive Leben ist sehr abgestumpft; daneben besteht Neigung zu elementaren Entladungen; überwertig ist bei ihm vor allem der Geltungstrieb, der Drang, unter allen Umständen eine ausgezeichnete glänzende Rolle in der Anstalt zu spielen, der nach Aussagen seiner Frau früher nicht in dem Maß da war, und der sich wegen der gestörten Intelligenz oft in durchaus komischen Sachen offenbart.

Fall 13. M. 14. Gottfried Sech....., geboren 12. 3. 1889, aufgenommen 24. 10. 21.

Der 30jährige Kunstschorlosser, der bei der Aufnahme bei der Angabe von zeitlichen Beziehungen in starke Unsicherheit gerät, entwickelt in den ersten Tagen seines Klinikaufenthaltes enorme Größenideen. Über sein Kranksein ist er sehr traurig, ruhig, ablenkbar, starrt oft vor sich hin, wenn er erzählt, erweckt den Eindruck eines Pseudologen. Seine Erzählungen sind meist phantastisch. Wenn man ihm sagt, daß das, was er erzählt, nicht mit der Wirklichkeit oder auch nur mit der Möglichkeit übereinstimmt, regt er sich sehr auf, sagt immer wieder, er sei kein Schwindler. Wie könnte man von Lüge reden, wo er doch nicht die Absicht habe, zu schwindeln, und nur sein Kopf daran schuld sei. Tagsüber zeichnet der Kranke phantastische Bilder für Entwürfe zu indischen Vasen. Dabei spielt ein eigenartiges Paradiesvogelmotiv eine beherrschende Rolle. Urteilslos sagt er doch gelegentlich bei seinen Geschwistern, das sei freilich nicht wahr, da müsse es ihm eben im Kopf fehlen,

Während des Fiebers macht der Kranke massenhafte Entwürfe für seine indischen Vasen. Er erzählt, daß er solche Dinge auf seiner letzten Indienreise massenhaft gesehen habe. Nach dem ersten Fieberanstieg erzählt der Kranke, er habe jetzt massenhaft geschwitzt, aber er spanne es, er werde wohl jetzt wieder gesund. Allmählich korrigiert er all seine phantastischen Ideen. Die Art der Größenideen, die in den nächsten Tagen auftreten, sind von den jeweiligen Nachbarn auf der Abteilung abhängig. Der Kranke ist außerordentlich bestimbar und zeigt eine starke Urteilsschwäche.

Nach 10 Monaten wird der Kranke, der unterdessen entlassen war, neuerdings in die Klinik gebracht. Die Angehörigen berichten, daß der Kranke die ganze Zeit fleißig gearbeitet habe, er sei etwas aufgereggt, man müsse ihm immer etwas nachgeben. Manchmal starre er so vor sich hin, wenn man ihn dann anrede, weine er; worüber er weine, das wisste man nicht. Der Schlaf des Kranken sei unruhig, er schwätzt viel und trinke nachts viel Wasser. Seiner gesunden Zeit gegenüber finden seine Angehörigen den Kranken verändert, er sei „gemütskrank“, sein Befinden wechsle auffällig alle paar Wochen. Oft sei der Kranke sehr aufgereggt; worüber er aufgereggt sei; das wisste man nicht. Man müsse ihn sehr vorsichtig behandeln. Nach der Entlassung sei es zunächst noch sehr schlimm mit ihm gewesen; er bilde sich ein, er habe noch sehr viel Geld und habe infolgedessen viele unnütze Sachen gekauft. Seit einem halben Jahr etwa sei der jetzige Zustand. Seitdem der Kranke eine vorübergehende Lähmung des Gesichtes hatte, sei es mit seinem psychischen Verhalten besser geworden. Manchmal behauptete der Kranke falsche Sachen. Er läßt sich dabei nicht korrigieren, wird nur sehr zornig, wenn man auf ihn einreden und ihm etwas klarmachen will. Die kunstgewerblichen Entwürfe des Kranken sind gut, jedenfalls sind sie viel besser als in der Zeit seiner Erkrankung. Schlafen kann der Kranke sehr schlecht und liest deshalb die halbe Nacht durch Romane, Zeitungen u. dgl.

Bei der Untersuchung ist der Kranke orientiert, die Stimmung ist leicht gedrückt, was der Kranke mit einer Furcht, neuerlich krank zu werden, begründet. Der Kranke ist im Verkehr völlig unauffällig, intellektuell ist kein paralytischer Defekt festzustellen.

Nach 18 Monaten kommt der Kranke neuerdings in die Klinik. Die Leute hätten zwar gesagt, gibt er an, das sei ja gar nicht nötig, daß er sich behandeln lasse, aber er tue es doch und käme jetzt herein, um ja nichts zu versäumen. In der letzten Zeit habe er gemerkt, daß sein Gedächtnis bedeutend besser geworden sei. Es seien ihm Dinge eingefallen, die ihm während seiner Erkrankung längst entschwunden gewesen seien. In seiner Affektlage ist der Kranke auffallend gleichgültig, erzählt sehr sachlich, nur wenn er mit irgendeiner Frage überrascht wird, ist er einen Augenblick etwas fassungslos und kann nicht gleich antworten. Er sagt, daß er dieses Gefühl der „Perplexität“ nie draußen habe, wenn er einmal von etwas Unerwartetem überrascht werde. Nach einer Salvarsankur wird der Kranke ohne alle auffälligen Symptome entlassen.

Nach 23 Monaten kommt der Kranke wieder, macht einen affektstumpfen Eindruck, kommt nur etwas in Affekt, als er berichtet, daß seine Frau, obwohl das Blut bei ihr „positiv“ sei, sich nicht entschließen könne, sich behandeln zu lassen.

Nach 28 Monaten kommt der Kranke wieder in die Klinik. Er erzählt, daß er genau wie sonst habe ausgezeichnet draußen arbeiten können. Ab und zu habe er das Gefühl, als ob die Leute es ihm ansähen, daß er manchmal so ein Brechgefühl habe. Dieser Zustand komme etwa alle 4 Wochen, hinterher könne er sich auch gar nicht gut erinnern. Früher habe er sich über wirtschaftliche und finanzielle Fragen leicht aufgereggt, jetzt sei er ruhiger, nicht mehr so reizbar; früher sei er ein leidenschaftlicher Kartenspieler gewesen, jetzt sei er das auch nicht mehr. Beleidigt sei er gleich, früher habe er sich über herausfordernde Reden von anderen immer sehr geärgert, jetzt merke er es immer gleich, wenn man ihn ärgern wolle. Er sei zwar

leicht reizbar, bemühe sich aber immer, die aufsteigende Erregung zu unterdrücken. Unwichtigen Sachen legt er, besonders in Hinsicht auf sich, viel zu große Bedeutung bei, ist überhaupt leicht zu kränken und zu verletzen. In seiner ganzen Art ist er etwas kindlich, sonst nicht auffallend.

Nach 36 Monaten kommt der Kranke wieder in die Klinik. Er klagt sehr darüber, daß er seit seiner letzten Entlassung aus der Klinik so schlecht schlafen könne. Er habe regelrecht Angst vor der Nacht, wenn neue Aufträge in seiner Kunstsenschlosserei da waren. Dann mußte er die ganze Nacht grübeln. Öfters plötzlich spüre er ein Gefühl von Angst, das den Magen heraufkomme und einige Minuten andauere. Der Kranke fürchtet, einmal ein jämmerliches Ende in einer Anstalt zu nehmen; er meint, er täte ja alles, um das zu verhindern, aber Sicherer könne man eben doch nicht wissen. Auf seinen Wunsch macht der Kranke eine neue Fieberkur durch. Nach der Kur, durch die er affektiv sehr aufgelockert wurde, ist der Kranke reaktiv sehr verstimmt, weil er als Katholik bei einem Ausgang am Aschermittwoch Fleisch gegessen hat. Er ist darüber ganz mutlos, macht sich unverständliche Selbstvorwürfe; in den nächsten Monaten ist der Kranke immer schwankend zwischen leicht aufgeregter, unterhaltsamer, und zwischen erstarrter und apathischer Stimmung. Nach dieser neuerlichen Kur fehlt dem Kranken jegliche Initiative, er kann gar nichts tun. In der Form ist der Kranke immer nett, liebenswürdig, freundlich lächelnd, aber sonst stumpf, kümmert sich um gar nichts mehr, hat keinen Trieb. Rechnen geht bei ihm sehr schlecht, er versagt bei den kleinsten Zahlen, auf alle Fragen hat der Kranke nur ein nichtssagendes, verbindliches Lächeln. In seinem ganzen Wesen ist der Kranke außerordentlich stumpf und farblos. Allmählich wird er wieder etwas munterer, bleibt aber trotzdem sehr stumpf und dement, ohne eine Spur von Initiative. Rechnen kann er gar nicht mehr; er ist ohne Fähigkeit, etwas zu beurteilen, das Schulwissen ist sehr schlecht, die Merkfähigkeit stark gestört. Die äußere Form ist bei dem Kranken immer noch merkwürdig gut erhalten. So ist er in einem Dauerzustand 4 Jahre nach Beginn der Krankheit.

Aus einem Krankheitsbeginn mit einem expansiven Bild entwickelt sich bei dem Kranken eine sehr gute Remission, die sich über eine Dauer von 3 Jahren erstreckt und in der objektiv lediglich eine gewisse Affektstumpfheit auffällt, neben vielen subjektiven Klagen und einer typisch hypochondrischen Einstellung des Kranken zu seiner Krankheit und einer Reihe von hypochondrischen Beschwerden. Bei einer neuen Kur, die therapeutisch noch verbessernd wirken soll, entwickelt sich eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes, es stellen sich hochgradige intellektuelle Störungen ein neben einem vollständigen Mangel an Antrieb und Initiative. Der Kranke zeigt am Schluß dieses stufenweisen Abbaues das Bild einer weit vorgeschrittenen Paralyse, eines anscheinend zum endgültigen Stillstand gekommenen Krankheitsprozesses, der sich zunächst aus einem akuten in einen chronischen Verlauf umgewandelt hat und nun stillzustehen scheint.

5. Zur Frage der Revision des Demenzbegriffs.

Über die Verschiebung in der Beurteilung und der psychologischen Erfassung des erworbenen Schwachsinns hat unlängst *Scheid*¹ ausführlich berichtet. Zum Demenzproblem hier eingehend Stellung zu nehmen,

¹ *Scheid*: Die Psychologie des erworbenen Schwachsinns. Zbl. Neur. 67, 1—55.

verbietet der Raum und die Grenze, die die Arbeit nicht überschreiten will. Jedenfalls läßt sich auf Grund der Ergebnisse meiner Arbeit folgendes sagen:

Man muß bei der Demenz als solcher wesentlich eine Kernstörung und Randstörungen unterscheiden. Die Kernstörung liegt in der Störung in der Werterfassung, um diese Störung gruppieren sich Störungen des intellektuellen Apparates, des Antriebes und des emotionalen Lebens. Aus dieser Mannigfaltigkeit erklärt sich das verschiedene Gesicht der einzelnen Demenzzustände, sei es bei den verschiedenen Krankheiten, sei es auch bei verschiedenen Trägern einer Krankheit.

Der Begriff der Demenz scheint, wie das auch aus seiner Geschichte hervorgeht, wesentlich ein praktischer Begriff der klinischen Psychiatrie zu sein. Er ist zu allgemein und zu schimmernd, um eine genaue Störung der Persönlichkeit damit bezeichnen zu können.

Die Verschiebung des Demenzbegriffs in die Richtung einer Störung des intellektuellen Apparates ist zu einseitig und trifft nicht das Wesentliche. Sie stammt aus einer Zeit, in dem man den intellektuellen Apparat mit dem Kern der Persönlichkeit identifizierte.

*Reichardt*¹ weist auf die verschiedenen Arten der Demenz bei der progressiven Paralyse schon 1912 von ganz anderen Gesichtspunkten ausgehend, mit den Worten hin: „Mag auch die progressive Paralyse stets mehr oder weniger eine diffuse Erkrankung des Zentralnervensystems sein, so steht doch andererseits ihr elektiver Charakter außer Frage“. Er glaubt, daß man vor allem zunächst verschieden lokalisierte Angriffspunkte der Krankheit in den Gehirnen Paralytischer annehmen müsse. Es gebe offenbar Paralytische, bei denen die Rinde der Großhirnkonvexität anscheinend primär und am meisten erkrankt, — andere mit primärer Erkrankung vor allem der Hirnbasis und der basalen Ganglien — andere mit starker frühzeitiger vorwiegender Erkrankung des Rautenhirns und endlich solche, bei welchen diese Erkrankungsformen vorwiegend gemischt vorkommen. Dementsprechend hätte man auch verschiedene Entstehungsarten für die psychischen Erscheinungen und vielleicht sogar verschiedene Arten und Formen des Blödsinns (Rindenblödsinn, Blödsinn durch vorwiegendes Erkranktsein der Basalganglien oder des Rautenhirns).

Diese Vermutung scheint mir durch meine von ganz anderer Seite kommenden Untersuchungen gestützt. Bei der Untersuchung meiner Kranken habe ich diese Ansicht *Reichardts* nicht gekannt. Man wird als die psychischen Formen des Blödsinns, die hier in Frage kommen, eine vorwiegende Störung des intellektuellen Apparates, eine vorwiegende Störung im Gefühlsleben der Kranken, und ein vorwiegendes Fehlen des Antriebes annehmen können, die weitgehend unabhängig voneinander

¹ *Reichardt*: Arbeiten aus der Psychiatrischen Klinik Würzburg, H. 7, S. 400. Jena: Gustav Fischer 1912.

aufreten, sich aber auch völlig vermischen können. Diese Störungen sind mit der Störung des zentralen Kerns der Persönlichkeit, der Fähigkeit der Wertsichtigkeit verknüpft.

In diesem Zusammenhang scheint es geboten, auf drei Fragen noch kurz einzugehen. Das ist einmal die Frage nach der Lokalisation der psychischen Veränderungen im Gehirn (in dem Sinn, daß für den richtigen Ablauf psychischer Vorgänge Intaktheit des Gehirns oder einzelner seiner Teile erforderlich ist), dann die Frage nach der Genese und Bedeutung der anscheinend autochthon auftretenden Verstimmungszustände, dann die Frage nach der Einstellung des Defektgeheilten zu seinem Defekt, die ja schon öfters gestreift wurde.

6. Die Lokalisationsfrage.

Es scheint, daß allmählich die seit 20 Jahren von *Reichardt* bekämpfte Meinung, allein den Cortex für das psychische Leben in Anspruch zu nehmen, doch langsam ins Wanken kommt. (Es sieht so aus, als ob man sich in Zukunft eher vor der Übertreibung hüten muß, dem Hirnstamm zu viel zuzuschreiben.)

Reichardt hat z. B. darauf hingewiesen, daß paralyseähnliche Bilder hinsichtlich der Veränderungen im Seelenleben Paralytischer auch durch Erkrankung der Gegenden um den 3. Ventrikel hervorgerufen werden können.

Festzustellen, welche Systeme bei den einzelnen Formen der defektgeheilten Paralyse besonders erkrankt sind, und der Versuch einer Beziehungssetzung anatomischer Veränderungen zu psychischen Funktionen erscheint dann aussichtsreich, wenn es sich, wie bei der defektgeheilten Paralyse, um einen weitgehend rückgebildeten Krankheitsprozeß im Hirn handelt. Daß hier dem Hirnstamm und seinen Veränderungen, von denen man bis jetzt im wesentlichen bei der Paralyse nur weiß, daß sie diffus sind, besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muß, ist klar. Außerdem scheint es wohl nicht unwichtig, auf den Grad der Veränderung in den einzelnen Systemen und ihr gegenseitiges Verhältnis zueinander besonders zu achten (dynamisches Gleichgewicht von Hirnstamm, Rautenhirn und Cortex, *Reichardt*). Diese Untersuchung hofft der Verfasser, in absehbarer Zeit in Angriff nehmen zu können.

Aus den Untersuchungen *Feuchtwangers* über die Funktionen des Stirnhirns, die an Kriegsverletzten gewonnen sind, aus dem, was man über Stirnhirntumoren weiß, und aus der Tatsache, daß man bei Defektgeheilten, deren Gehirne nach dem Ableben zur histologischen Untersuchung kamen, meist geringfügige Veränderungen im Stirnhirn findet, sowie aus den Untersuchungsergebnissen an Kranken mit sog. stationärer Paralyse ist es sehr wahrscheinlich, daß ein Großteil der Symptome und psychischen Störungen bei „Defektgeheilten“ mit einer Erkrankung des Stirnhirns in Beziehung steht. Mehr läßt sich bis jetzt darüber wohl nicht sagen.

Vermutungsweise lassen sich die Störungen der Schlaf-Wachsteuerung, die wir bei Defektgeheilten nicht selten finden, eine gewisse Art von Antriebsstörung, Störungen von lebenserhaltenden Trieben (Geschlechtstrieb), gewisse krankhafte Stimmungsanomalien, die Reichardt¹ in den Hirnstamm lokalisiert, auf umschriebene Störungen des Gehirnstamms lokalisieren durch den Nachweis entsprechender Veränderungen im Hirnstamm.

7. Die autochthonen Verstimmungszustände.

Wenn man die plötzlich auftretenden Verstimmungszustände bei Defektgeheilten, das plötzliche Auftreten von Angstanfällen, Brechgefühl und ähnliches, das man vorwiegend bei Paralysen mit ganz allmählichem, langsamem zu immer größerer Verstumpfung führenden Verlauf findet, deutet will, so scheint die Vermutung gerechtfertigt, daß es sich bei diesen Verstimmungszuständen um Begleiterscheinungen oder psychische Äquivalente paralytischer Anfälle handelt, wie das schon für gewisse ähnliche psychische Erscheinungsformen Clemens Neisser 1894 in seiner Studie über die paralytischen Anfälle vermutet hat. („Psychische Anfälle“ Neissers.)

Unter solche autochthonen Verstimmungszustände leidet der Kranke K. 3 sehr stark.

Fall 14. K. 3. Ruppert Hif. , geboren 30. 6. 1877, aufgenommen 25. 5. 30.

Der 43jährige, im Leben in den verschiedensten Berufen tätige Taglöhner wird im Stadium einer weit fortgeschrittenen Paralyse eingewiesen. Lues wird erst negiert, dann eine Infektion vor 11 Jahren zugegeben.

Der Kranke rechnet sehr schlecht. Als er im Kolleg vorgestellt wird, sucht er zunächst seine Ausfälle, die im Lauf der Vorstellung deutlich werden, mit nichtigen Ausreden zu erklären und zu bemänteln. Als er jedoch immer wieder bei allen Prüfungen und Leistungen versagt, die man von ihm verlangt, wird der ungehalten und verweigert am Schluß die Aussage. Er macht einen stumpfen, euphorischen Eindruck, sieht weinerlich aus und hat ein dumpfes Krankheitsgefühl. Durch die Malaria kommt der Kranke vegetativ schwer herunter. Während des Fiebers hat er kurzdauernde delirante Phasen, läßt unter sich, verweigert die Nahrung, ist weinerlich.

2 Monate nach der Malaria ist der Kranke außerordentlich uneinsichtig, droht wegen seiner angeblichen widerrechtlichen Festhaltung hier den Ärzten immer mit dem Staatsanwalt, bisweilen ist er auf der Abteilung paranoid und querulierend. Mit der Frau fängt er bei deren Besuch einen Skandal an, weil sie ihn nicht unter den jetzigen Umständen, bevor sein Zustand gebessert ist, nach Hause holen will. Über die Ärzte der Klinik schimpft er maßlos, die hätten ihn ruiniert. Als man ihn dieser Schimpfareien wegen zur Rede stellt, fängt er wie ein kleines Kind zu heulen an und verspricht, nie mehr solche unwahre Behauptungen aufzustellen. Am nächsten Tag bekommt er mit einem Mitkranken Streit und haut dem anderen, obwohl er selber im Unrecht ist, plötzlich eine Ohrfeige herunter.

Nach 4 Monaten ist der Kranke entrüstet darüber, daß er aus einer Universitätsklinik in eine Heil- und Pflegeanstalt überführt werden soll. Er lasse sich nicht als Narren behandeln.

¹ Reichardt: Hirnstamm und Psychiatrie. Mschr. Psychiatr. 68, 47f.

Bei der ersten Untersuchung in der Heilanstalt erklärt der Kranke, man solle nochmals sein Blut untersuchen, er wolle jetzt wissen, ob er gesund sei oder nicht. Wenn er krank sei, wolle er noch eine Kur machen, damit er endlich wieder gesund werde. Im Gegensatz zu den Aufzeichnungen und Angaben der Klinik ist er der Meinung, daß ihn die Kur körperlich nicht sehr mitgenommen habe. Das habe nur an seiner Krankheit und an den Leuten gelegen, mit denen er hätte zusammen sein müssen. Über die Klinik schimpft er in jeder Richtung, wo er nur kann. Was überhaupt nur schlecht sein kann, war nach seiner Meinung in dieser Klinik schlecht. Überhaupt sei er jetzt gesund und arbeitsfähig, meint er. Daß er sich mit dem Denken schwerer tue, als früher, könne er nicht sagen, auch das Rechnen gehe sehr gut. In den ersten Tagen verhält sich der Kranke in der Anstalt ganz ordentlich. Auf seine Entlassung drängt er nicht mehr. Er ist arbeitsam, geordnet. Auffallend ist seine weinerliche Stimmung.

Nach 6 Monaten ist der Kranke ganz geordnet, gleichgültig, etwas urteilschwach, weitgehend einsichtig, abgesehen von einem gewissen Schwachsinn, der immer wieder zutage tritt. In der Stimmung ist er jetzt ausgesprochen gleichgültig. Der Kranke wird entlassen, bleibt aber in Außenfürsorge der Anstalt.

12 Monate nach der Kur erzählt die Frau des Kranken, daß sie sehr viel mit ihrem Mann auszustehen habe. Er habe gute Zeiten, in denen er fleißig und zu jeder Arbeit bereit sei, dazwischen würden ohne jeden Anlaß Verstimmungszustände auftreten, in denen er sehr grob sein könne. In einem solchen Zustand habe er auch seinem ältesten Sohn gedroht, er erschlage ihn schon einmal.

Nach 21 Monaten gibt die Frau des Kranken an, manchmal sei der Mann fürchterlich, von einer Gereiztheit, von der man sich einfach keinen Begriff machen könne. Nach Weihnachten habe sie einmal ihren Sohn gefragt, wo er gewesen sei. Da sei der Kranke aufgesprungen und habe mit einem Prügel so auf den Sohn eingeschlagen, daß ein Armlknochen zersplittet sei. Vor kurzem habe er wieder einmal zuschlagen wollen. Bei seinen Arbeiten mache er nichts fertig. Wenn er seinen „Rappel“ (fränkisch, soviel wie Wutanfall, in dem man nicht zurechnungsfähig ist) habe, setze er sich auf sein Rad und fahre fort. Man wisse nie, wo er dann hinfahre. Wenn dieser Wutanfall vorbei sei, dann gehe es mit ihm wieder ganz gut, er sei dann einigermaßen nett und erzähle, wo er hingefahren sei.

Nach 25 Monaten berichtet seine Frau, daß der Kranke jetzt etwas ruhiger geworden sei. Er fahre sie nicht mehr so an und hätte auch den Sohn seither nicht mehr mißhandelt.

Bei diesem Kranken stehen neben intellektuellen Ausfällen und einem langsamem Weiterschreiten und Veröden des Affektiven und Emotionalen eigentlich Reizzustände im Vordergrund. Die Einstellung gegen den Sohn ist psychologisch sehr interessant. (Erlebnis der Minderwertigkeit und Verdrängung!)

Da man bei solchen Kranken nicht selten auffällige, durch äußere Ursachen unerklärbare Gesichtsschwankungen findet, kann man an die Möglichkeit denken, daß solche Anfälle vom Hirnstamm ausgelöst werden.

Untersuchungen über das Verhalten des Gewichtes bei Defektgeheilten, dem ich besondere Aufmerksamkeit geschenkt habe, sind im Gang. Paralysen mit körperlichen oder psychischen Anfällen scheinen jedenfalls sehr häufig mit auffälligen Gewichtsschwankungen behaftet zu sein, und man wird gut daran tun, hier nach einem Zusammenhang zu forschen.

8. Die Einstellung des Defektgeheilten zu seinem Defekt.

Bei der Einstellung des Defektgeheilten zu seinem Defekt spielt zunächst der präpsychotische Charakter, die Art und Möglichkeit des früher geübten „Sichzusammennehmens“ und der Ausbildung der Willensfunktionen vor der Erkrankung eine ausschlaggebende Rolle, soweit es sich um Kranke mit einer adäquaten Grundstimmung der Vitalgefühle handelt. Solche Kranke sind es in erster Linie, die dann zu einer reaktiven depressiven Verstimmung neigen, aber auch zu einer peinlichen Erfüllung ihrer Berufspflichten. Daraus entwickelt sich dann oft jene Neigung zur peinlichen Ordnung, besonders bei intellektuell weniger geschädigten Kranken, die *Hegar* für die paralytische Wesensveränderung, von der man als etwas Einheitlichem, wie aus der Arbeit hervorgeht, wohl nicht sprechen kann, als charakteristisch erscheint. Der Wille zur Arbeit einerseits, die fehlende Überschau andererseits zwingen diese Kranken, wenn sie nicht dauernd mit der Umwelt in Konflikt kommen wollen, zu einer möglichst gewissenhaften Ordnung. Wie weitgehend doch auch bei Gesunden das Leben, die Berufsarbit, selbst Vorgänge, zu denen man einmal recht viele intellektuelle Tätigkeit und Arbeit aufwenden mußte, mechanisiert wird, das zeigt ein ausgebrannter und intellektuell abgebauter Paralytiker, der seinem Beruf noch gut nachkommen kann, deutlich. Freilich, wo produktives Denken, selbstständiges Beurteilen einer Situation gefordert wird, da versagen doch fast alle Defektgeheilten, jedenfalls alle die, welche von der Paralyse mehr davon getragen haben als einen Fähigkeitsverlust für Merken und Gedächtnis.

Die Einstellung, die man gelegentlich bei Defektgeheilten ihren heranwachsenden Söhnen gegenüber findet, läßt sich wohl aus einem Insuffizienzgefühl heraus erklären, das die Kranken vom zentralen Ich her ganz erfüllt und sie veranlaßt, im heranwachsenden Sohn den Konkurrenten zu sehen. Dieses Insuffizienzgefühl kann maßlos stark werden und bei der Verarbeitung durch den Defektgeheilten zu den schwersten, aus der Situation unerklärlichen Gewalttaten führen.

Kranke mit deutlicher Niveausenkung gewöhnen sich offenbar nie daran. Wenn man sie zu Leistungen anzuregen versucht, die sie in früherer gesunder Zeit spielend fertig gebracht haben, so versuchen sie, in der Art und mit der Leichtigkeit, wie es ihnen früher wohl selbstverständlich war, die Aufgaben, die ihnen gestellt sind, wie eine Bagatelle zu lösen. Man muß das wissen, um nicht bei der Beurteilung des tatsächlichen Leistungsvermögens einer Täuschung zum Opfer zu fallen. Ebenso wirkt eine affektiv erregende Situation, wie etwa das Vorstellen im Kolleg, auf Kranke, die schon recht stumpf sein können, im Sinn einer Leistungsverschlechterung ein. Die Aufregung, die ja auch dem Gesunden in einer solchen Situation nicht unbekannt ist, und die ihn an der richtigen Entfaltung seines Wissens hindert, schwächt natürlich

den schon ohnedies in seinen Leistungen schwachen Defektgeheilten noch mehr. Natürlich kommt es gerade hier ganz auf den individuellen Charakter des Defektgeheilten an.

Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Form der Paralyse und Defekt, über Beziehungen von Form und Alter der Paralyse, über Verhältnis von Latenz zur Symptomgestaltung und zum Verlauf, an die ich im Lauf meiner Untersuchungen gedacht habe, liegen von dem bearbeiteten Thema zu weit ab und verlangen eine eingehende Spezialuntersuchung. Eine solche, viele Gesichtspunkte berücksichtigende Untersuchung über das Konstitutionsproblem bei der Paralyse, zu der ja immerhin einzelne Vorarbeiten schon bekannt sind, dürfte nach den Eindrücken zu schließen, die ich bei der Durchsicht meines Materials gewonnen habe, zu wohl sicher überraschenden und wichtigen Ergebnissen führen. Freilich ist dabei auch ein körperlich ganz genau untersuchtes Material wie es leider in größerer Zahl wohl nicht vorhanden ist, unbedingt nötige Voraussetzung.

Aus äußeren Gründen konnte in dieser Arbeit auf die nach Fieberbehandlung auftretenden dauernd bestehenden Zustandsbilder der „atypischen Paralyse“ nicht eingegangen werden. Diese Zustandsbilder sollen in einer besonderen Arbeit besprochen werden.

Zusammenfassung.

Die Ergebnisse der Arbeit, die eine genauere Untersuchung der seelischen Dauerstörungen und eine bessere psychopathologische Erfassung der Defektzustände bei partiell remittierten Paralytikern mit abgestopptem Krankheitsprozeß im Gehirn zur Aufgabe hatte, können im wesentlichen in folgenden Sätzen zusammengefaßt werden:

1. Die Störungen bei defektgeheilten Paralytikern lassen sich auf Störungen der Intelligenz nicht ausschließlich zurückführen.

2. Innerhalb der Störungen des intellektuellen Apparates kann man Störungen der Vorbedingungen der Intelligenz im Sinne Jaspers von Störungen der Intelligenz im engeren Sinn unterscheiden. Beide Arten von Störungen können, vereinzelt oder zusammen, vorkommen. Dem Gedankengang des Defektgeheilten fehlt die Zielstrebigkeit. Zusammenhänge werden nicht erfaßt, an Einzeldinge aus einem Komplex werden Konfabulationen angeknüpft. Die Grenze zwischen Realitätsgehalt von Wahrnehmung und Vorstellung verschwindet oder wird undeutlich. Korrigierende Gegenvorstellungen bei der Beurteilung von Sachen treten bei Defektgeheilten nicht auf. Ein einmal gefälltes Urteil wird meist nicht mehr nachgeprüft, sondern unabhängig von seiner Richtigkeit festgehalten.

3. Zu einer umfassenden Untersuchung des menschlichen Seelenlebens, auch des psychischen Zustandes Defektgeheilter sind experi-

mental-psychologische Methoden ungeeignet. Erfolg verspricht im wesentlichen nur eine phänomenologisch orientierte, möglichst vielseitige Untersuchung des gesamten Seelenlebens. Dabei kann, vor allem bei der Untersuchung des intellektuellen Apparates die experimental-psychologische Methode ein wertvolles Hilfsmittel sein.

4. Die dauernde Stimmungslage bei Defektgeheilten ist in den meisten Fällen verändert, sowohl in Richtung auf das Euphorische, als auch in Richtung auf das Depressive. Die Mannigfaltigkeit der „psychischen Gefühle“ im Sinne Schelers ist zum großen Teil erloschen und reduziert. Das Vorkommen von Gefühlen der Verzweiflung und ähnlichen, die den zentralen Kern der Persönlichkeit treffen, ist wahrscheinlich.

5. Die Aktivität und Spontaneität des psychischen Lebens ist meist tiefgreifend gestört. Das zeigt sich sowohl in dem ganzen „Antrieb“, den der einzelne Kranke gegen früher nur vermindert hat, als im Fehlen dieses Antriebes als treibenden Faktors auch im Wahrnehmungs- und Willensakt.

6. Bei der Art der subjektiven Einstellung zu den objektiven Ausfällen und Störungen ist die präpsychotische Artung der Persönlichkeit von ausschlaggebender Bedeutung, deren Züge oft vergröbert werden. Aus dem Vorgang der Verdrängung wird die Einstellung vieler Defektgeheilter weitgehend verständlich.

7. Der Demenzbegriff ist ein Begriff der praktischen Psychiatrie. Er besagt die Unfähigkeit eines Menschen, sich einsichtig und umsichtig zu verhalten (*Grünthal*). Ihm liegen die verschiedensten Störungen in den verschiedensten psychischen Bereichen zugrunde.

8. Die Kombination der einzelnen Störungen bei den einzelnen Kranken ist verschieden. Jede Typeneinteilung ist bei genauerer Untersuchung einseitig und schematisch und wird dem tatsächlich Vorliegenden nicht gerecht.

9. Die Untersuchungen im Gehirn von Defektgeheilten, die an einer interkurrenten Krankheit oder an dem Wiederaufflackern einer abgedämpften und zum Stillstand gebrachten Paralyse gestorben sind, müssen im Interesse von lokalisatorischen Fragen nicht nur die Hirnrinde, sondern auch den Hirnstamm einbeziehen. Vor allem müßte auf das gegenseitige Verhältnis dieser Veränderungen Rücksicht genommen werden.

10. Wohl bei fast allen Defektgeheilten findet sich als Zentralstörung eine Störung des Werterlebnisses (im weitesten Sinn). Die Bedeutung der Werte verwischt sich in weiten Grenzen und die Verbindlichkeit der Forderungen der ethischen Werte wird weitgehend nicht mehr erlebt.