

# Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie<sup>1</sup>.

Von

Prof. Dr. med. et phil. M. Serejski, Moskau,  
Zentralinstitut für ärztliche Fortbildung.

(Eingegangen am 29. April 1935.)

## I. Einleitung.

Die Verschiedenartigkeit des ethnischen Aufbaues der Bevölkerung in USSR im Zusammenhang mit den Änderungen der sozial-kulturellen Entwicklung führen zu der interessanten Aufgabe der Anwendung der historischen Methode beim Studium der normalen Psyche und der pathologischen Seelenverfassung der Nerven- und Geisteskranken.

Die gegenwärtige Zeit bietet schöne Gelegenheit zu beobachten, wie die Persönlichkeit sich im Zusammenhang mit der Änderung sozialer Verhältnisse selbst verändert. Dieser Umschwung im Bewußtsein kann besonders gut im nördlichen Kaukasus studiert werden bei den Völkerschaften, die in so stürmischer Entwicklung vom „heiligen Adat“ zur modernen Kultur übergehen.

Unsere Kenntnisse über die einzelnen Nationalitäten der USSR sind nicht groß. Ein Teil der Arbeiten (*Brailewsky, Skliar* u. a.) beschränkt sich auf das Auffinden gewisser Krankheitskoeffizienten bei den Einheimischen, wobei diese Befunde hauptsächlich auf der Statistik biologischer, meist anthropologischer Faktoren beruhen. Eine Reihe anderer Arbeiten bringen wenig überzeugende Statistiken nosologischer Gruppen, die noch dazu ganz flüchtig, oft auf Grund unsicherer Diagnosen zusammengestellt sind. Bei vielen Autoren finden wir den beständigen Hinweis auf die entscheidende Bedeutung der Kultur, des Kulturstandes. So kommen z. B. *Skliar* und *Starikowa* beim Studium der Kirgisen und Kalmüken zu dem Schluß, daß diese Völker mehr als andere an manisch-depressivem Irresein und weniger an Schizophrenie leiden, was sie im Zusammenhang mit einem niedrigen Stand der Kultur zu bringen geneigt sind, ohne dabei zu erklären, von was für einer Kultur oder welchen Bevölkerungsgruppen die Rede ist, ohne die sozialen Bedingungen usw. zu berühren.

Eine ständige psychiatrisch-neurologische Betreuung fehlt im nördlichen Kaukasus, weshalb die von uns organisierte und durchgeföhrte Expedition als eine der rationellsten Arbeitsformen gefördert wurde. Als Arbeitsstellen waren vorzugsweise das nördliche Ossetien und Inguschetien vorgesehen, andere Gebiete nur partiell.

Im wesentlichen wurden alle auch anderswo vorkommenden Krankheitsformen bei den von uns erforschten Völkern des nördlichen

<sup>1</sup> Ausgeführt mit Unterstützung des Mediz. Instituts in Rostow.

Ossetien, Inguschetien, Tschetschnien und Kabardino-Balkarien beobachtet. Abweichend ist lediglich die Pathoplastik, die Eigenart der Symptomatik, teilweise des Ausgangs. In dieser Beziehung interessiert besonders das Überwiegen der katatonen Formen bei Schizophrenie mit Armut der sprachlichen Produktion und kümmerlichen Inhalt der Wahnvorstellungen. Die Epilepsie zeichnet sich durch Häufigkeit der Dämmerzustände, Halluzinationen usw. aus. Sehr lehrreich ist das Fehlen der traumatischen Neurosen, der Involutionspsychosen sowie auch der Selbstmordversuche oder des Selbstmordwahns (sogar bei tiefer Depression) bei den Ossetiniern und Inguschetiern, was jedenfalls mit der in den Bedingungen der historischen Entwicklung ausgearbeiteten emotionalen Standhaftigkeit zusammenhängt; besonders muß hier der Umstand berücksichtigt werden, daß die Bevölkerung durch Jahrzehnte zum hartnäckigen Kampf gegen die Unterdrückung durch die Zaren gewalt erzogen wurde, der Idee gemäß, daß für diesen Kampf jedes Leben kostbar und Abhärtung „eine heilige Pflicht“ sei. Wir führen als Beispiel noch den Alkoholismus an; der Alkohol ist sowohl in Ossetien wie auch in Inguschetien stark verbreitet. So trinkt im ossetinischen Flecken Ardon beinahe die gesamte erwachsene männliche Bevölkerung; getrunken wird „Arrak“, ein Surrogat von Schnaps, ein sehr starkes Getränk, das beinahe in jedem Haus vorrätig ist und zum Haushalt gehört. Obwohl so viel getrunken wird, kann man auf der Straße keine Betrunkenen sehen. Die Ossetinier selbst erklären dies damit, daß „jeder Ossetinier seine Dosis hat, an die er sich schon als Kind von 3 Jahren gewöhnt, und daß keiner mehr als seine Dosis trinkt“. Sich in betrunkenem Zustande auf die Straße zu begeben gilt für unanständig. Schweren Exzessen stehen entgegen die allgemeine Einstellung zum Alkohol, die Sorge der Familie um die Betrunkenen und endlich wie es scheint auch die große Toleranz dem Alkohol gegenüber. Die Wirkung des Alkohols ist eine ganz andere als in der russischen Bevölkerung und unterscheidet sich auch von der in Dagestan, wohin wir im Jahre 1932 eine Expedition unternahmen. Die Betrunkenen schimpfen nicht, raufen nicht, vermerkt werden nur leichte Hyperthymie, gesteigerte Redseligkeit, Tanzen u. dergl. Alkoholpsychose wurde kein einziges Mal beobachtet, doch muß die große Zahl der Gefäßkrankheiten allem Anschein nach auf die Alkoholvergiftung bezogen werden.

Wenn auch über die Zweckmäßigkeit der Zählungen von Geisteskranken, besonders über die früher geübte Methode, in der letzten Zeit erhebliche und berechtigte Zweifel aufgetaucht sind, so bezieht sich dies durchaus nicht auf die Nationalgebiete, jedenfalls nicht auf die, wo wir gearbeitet haben. Bei dem absoluten Mangel an Kenntnissen über den neuro-psychischen Gesundheitsstand dieser Gebiete müssen alle Organisationspläne des Gesundheitswesens bis zu einem gewissen Grade

willkürlich erscheinen; nur eine Zählung, speziell eine häuserweise, gibt die Möglichkeit, das psychoneurologische Profil annähernd aufzudecken (natürlich unter dem Vorbehalt, der für alle nach dem Prinzip *pars pro toto* erhaltenen Schlüsse gilt). Zählung ist für die Nationalgebiete des nördlichen Kaukasus die einzige richtige Vorbedingung für Organisation und Ausbau einer psychiatrisch-neurologischen Versorgung. Abgesehen von der Lösung rein praktischer Aufgaben, ergibt eine Zählung, trotz aller Mängel einer solchen Methode, wertvolles Material für die Lösung wichtigster Probleme der Landeskunde und der vergleichenden Psychiatrie (über Aufgaben der vergleichenden Psychiatrie siehe den glänzenden Aufsatz *Langes*); sie fördert das Studium von erblichen oder ganzen Familien befallenden Krankheiten und ermöglicht durch Wiederholung der Zählung den Einfluß sozial-kultureller Fortschritte auf die Dynamik der Krankheiten zu erforschen.

*Die Methodik der häuserweisen Zählung.* Beim Rundgang durch die einzelnen Häuser versammelten wir sämtliche Familienmitglieder und stellten durch entsprechende Fragen fest, ob in der betreffenden Familie Nerven- oder Geisteskrankheiten vorhanden seien. Darauf wurde eine flüchtige medizinische Untersuchung aller Familienmitglieder vorgenommen. Die gesunde Bevölkerung wurde nach einem vereinfachten Schema aufgezeichnet, die Kranken sowie die auf psychiatrische oder neurologische Erkrankungen verdächtigen Personen nach einem speziell ausgearbeiteten Schema untersucht. Zur Aufklärung der sozialen und hygienischen Bedingungen wurde außer dem mündlichen Verhör eine flüchtige Besichtigung der Gehöfte, Bauten, Wohnungseinrichtungen usw. durchgeführt. Die Bevölkerung verhielt sich der Besichtigung gegenüber höchst wohlwollend und erwies gerne den erforderlichen Beistand.

Die beschriebene Methode hat folgende positive Seiten: Erstens werden auch die Kranken aufgefunden, die sich niemals an einen Nervenarzt gewandt und sich nie für nervenkrank gehalten haben, zweitens werden die Anfangsformen der Krankheiten erfaßt (die ersten Symptome der Tabes, der Myasthenie u. a.), drittens werden ausgedehnte genetische Untersuchungen ermöglicht (bisweilen werden 10—20 Gehöfte eines Häuserblocks von nahen Verwandten bewohnt).

Im Gegensatz zur früheren Zählung registrierten wir mit derselben Sorgfalt sowohl die Geisteskranken (und zwar nicht bloß die eigentlichen Geistesstörungen, sondern auch die sog. „Grenzzustände“) wie auch die neurologischen Fälle. Das besonders in den Dörfern übliche Ignorieren der neurologischen Kranken ist nichts weiter als eine schlechte Tradition. Während der Zählung vor der Revolution im Ufimschen Gouvernement auf mehrere hundert Geisteskranker bloß 3 Nervenkranken kamen, und auch noch in der letzten Arbeit *Bruggers* über die Statistik der neuro-psychischen Erkrankungen in Thüringen zweifellos

die psychisch Kranken (auf 494 Geistes- und Nervenkranken bloß 15 neurologische Fälle) überwogen, hatten wir bei den in letzter Zeit bei uns durchgeführten Zählungen schon ganz andere Zahlen. So vermerkt *Ostapowitsch* im Durchschnitt einen Nervenkranken auf 2 psychisch Kranke (3,4 Nervenkranke neben 5,4 Geisteskranken auf 1000), *Futer* führt noch höhere (allerdings vorläufige) Zahlen an, und zwar: 5 bis 6 Nervenkranke auf 1000 Einwohner. Unsere eigenen Zahlen für Nervenkranke betragen 28 auf 1000. Für Geisteskranke erhielten wir 8 auf 1000. Diese verhältnismäßig hohen Zahlen zeugen jedoch nicht von einer hohen Frequenz, sie zeugen von der Sorgfältigkeit der Methodik, sowie davon, daß es bei häuserweiser Zählung gelingt, wenn auch nicht alle, so doch die Mehrzahl der Kranken ausfindig zu machen. Durch die Besonderheit der Methodik erklärt sich auch der höhere Frequenzkoeffizient bei *Brugger*, der 13 psychisch Kranke auf 1000 erhielt, während die allgemeine Volkszählung in Thüringen bloß 2,78 ergab.

## II. Das Neurosenproblem in den Nationalgebieten des nördlichen Kaukasus (nach den Materialien der Expedition).

Von

Prof. Dr. M. Serejski und Dr. S. Konstorum (Moskau).

Die Erforschung der Neurosen unter den einheimischen Völkerschaften des nördlichen Kaukasus (Ossetien, Inguschetien, Tschetschnien) war von Anfang an als eine der Hauptaufgaben in den Arbeitsplan der Expedition eingeschlossen. Die Lösung dieser Aufgabe erschien jedoch, bevor man zur Arbeit geschritten, außerordentlich schwer, und unter den Teilnehmern der Expedition fürchtete man, daß es kaum gelingen würde, in dieser Richtung ein einigermaßen wertvolles und überzeugendes Material zusammenzubringen. Diese Unsicherheit hatte verschiedene Gründe; der wichtigste schien die Notwendigkeit der Hilfe eines Dolmetschers zu sein. Man fürchtete, daß die bei Neurosen unumgängliche ausführliche Befragung ungenau und durch die Anwesenheit einer dritten Person, besonders im Hinblick auf die den Frauen der Nationalgebiete eigene Schamhaftigkeit, behindert werden würde. Diese Befürchtungen begannen jedoch bereits bei Beginn der Zählung zu schwinden und je weiter die Arbeit vorrückte, desto aussichtsreicher erschien die Erlangung von Material, das bei weiterer Durcharbeitung wertvoll für die Erforschung der „kleinen Psychiatrie“ werden würde. Jedenfalls erwiesen sich unsere Befürchtungen als stark übertrieben. Gleich von den ersten Tagen der Zählung an fiel allen Teilnehmern der Expedition das uns seitens der Untersuchten entgegengebrachte vollkommen vertrauensvolle, ruhige, vernünftige und freundliche Verhalten auf. Dazu trug gewiß nicht wenig der Umstand bei, daß die Teilnehmer der Expedition der Somatik der Untersuchten eine genügende Aufmerksamkeit

widmeten und nach Kräften unmittelbare Hilfe mittels Arzneien, Absendung ins Krankenhaus usw. leisteten. Das Verhalten der Zählung gegenüber äußerte sich schon darin, daß aus den noch nicht besuchten oder übergangenen Häusern fortwährend Bitten an die Teilnehmer der Expedition gelangten, sie doch auch zu besuchen, sie nicht zu vergessen usw. Dieses günstige Verhalten der Zählung gegenüber überzeugte uns bald davon, daß ein auf die Aufdeckung des psychischen Lebens gerichtetes Befragen weder Erstaunen noch Negativismus oder Dissimulation hervorruft. Eine andere überaus wichtige Frage ist die Qualität der Übersetzung. Gleich in den ersten Tagen zeigte es sich, welch eine Bedeutung die Qualität des Dolmetschers hat (nicht nur was die Sprachkenntnisse betrifft, sondern auch hinsichtlich des Geschlechtes, des Alters, der Kompetenz); die Wahl eines Dolmetschers erforderte deshalb große Vorsicht, da die Teilnehmer der Expedition entschlossen waren, eher die Krankenbesuche aufzugeben als die Dienste eines unpassenden Dolmetschers anzunehmen. Dieser Umstand konnte wohl die Quantität, jedoch nicht die Qualität der Untersuchungen beeinträchtigen und führte in der Folge zur Beibehaltung eines speziell angestellten Dolmetschers.

Obgleich die Arbeit ein mit der Wirklichkeit vollkommen übereinstimmendes und demnach überzeugendes Material ergab, wurde beschlossen, in der zweiten Arbeitsphase (in Inguschetien) das Befragen durch bestimmte, die nötigen Antworten nach sich ziehende Fragereihen zu erleichtern. Diese doppelte Vorsicht rührte daher, daß man auf dem Gebiete der „kleinen Psychiatrie“ gezwungenerweise mit ungenügend bezeichneten Begriffen und ohne objektive körperliche Grundlagen zu operieren hat. Die Notwendigkeit einer strengen kritischen Prüfung des Materials war noch dadurch verstärkt, daß unsere Arbeit keine Präzedenzen hatte.

Man muß annehmen, daß der Erfolg des ganzen Unternehmens unter anderem auch weitgehend von der Fassung der von den Untersuchern zu stellenden Fragen abhing. Jeder Psychotherapeut weiß, wieviel von der Art der bei der ersten Besprechung an den Kranken gestellten Fragen abhängt, von der Formulierung dieser Fragen und von dem Verständnis das sie für das kulturelle und geistige Niveau des betreffenden Kranken verraten. Der Charakter der Fragen, besonders der ersten, begründet schon den oder jenen Grad des psychischen Kontaktes mit dem Patienten, indem sie dessen Einstellung zum Arzt weitgehend bestimmt. Diese Einstellung ist positiv, wenn der Patient fühlt, daß der Arzt mit seinen Fragen den richtigen Punkt trifft, die Sprache des Patienten löst sich gerade in der Richtung die erforderlich ist. Es ist begreiflich, daß die ganze Sache dank der linguistischen Entfremdung viel komplizierter wird, wenn der Arzt seine Fragen durch einen Dolmetscher stellt.

Bei der Analyse des von uns gesammelten und angeführten summarischen Materials werden wir vor allem bei dem Vergleich unserer Befunde für Ardon (Ossetien) und Altievo (Inguschetien) verweilen müssen. Ein Vergleich zwischen Ossetien und Inguschetien ergibt mit Bestimmtheit das Vorwiegen des athletischen Körperbaues unter der Bevölkerung der ersten und des leptosomen unter der letzteren. Hier wird das Problem „Konstitution und Neurosen“ berührt; bei stark auffallendem morphologischen Unterschied haben wir hier wie dort den Charakter und die Zahl nach beinahe gleiche Neurosen. Wir enthalten uns weitgehender Schlüsse und erlauben uns nur zu bemerken, daß diese Gegenüberstellung wohl kaum das Suchen nach einer Korrelation zwischen Konstitution und Neurosen rechtfertigt (*Kretschmer*).

Bei Betrachtung der *Qualität* des Materials ist es interessant vorerst das zu bemerken, was wir an unserem Material *nicht* gesehen haben, und zwar das psychasthenische Syndrom, worunter wir die Vereinigung eines unruhig-ängstlichen Charakters mit Hang zu Zwangsideen und Phobien verstehen. Es wurden von uns im ganzen nur 2 Fälle gefunden, von denen der eine, schon immer unruhig-ängstlich, nach Erkrankung an Syphilis beständig von dem Gedanken an die Folgen dieser Krankheit gequält ist, der zweite Fall weist Phobien verschiedener Art auf (Furcht vor dem Imzimmerbleiben, Furcht vor der Straße usw.). Die Eigenart unseres Materials wird noch durch ein jedenfalls interessantes Moment charakterisiert: durch das Fehlen von traumatischen Neurosen. Solche wies die Zählung nur 2 auf. Dies ist um so bemerkenswerter, als die Bevölkerung der von uns besuchten Distrikte aktiv in den Krieg mit hineingezogen war, dessen traurige Episoden jedoch keinen einigermaßen ständigen Eindruck in der neuropsychischen Sphäre hinterlassen hatten. Dieser Umstand muß, worüber wohl kaum ein Zweifel bestehen kann, mit „Abhärtung gegen Krieg“ einerseits und Abwesenheit von „Pathophylie“, Einstellung auf Krankheit andererseits in Zusammenhang gebracht werden.

*Die Verbreitung der Neurosen ist sehr gering* — im ganzen 3,1% (94 auf 3000). Unter den von uns festgestellten Neurosen stehen der Zahl nach an erster Stelle die neurotischen Reaktionen des *hysterischen Typus* (im ganzen 38 Fälle, d. h. 1,3%). Mit Ausnahme eines Falles beziehen sie sich alle auf Frauen<sup>1</sup>, vorwiegend zwischen 30 und 40 Jahren, von denen die meisten eine gewisse Bildung besitzen (Schülerinnen des medizinischen Technikums, Pädagogen, Pharmazeuten usw.) und mit großen Städten in Berührung gekommen sind. Erbliche Belastung wurde in keinem der Fälle vermerkt. Was stark auffiel, war die verhältnismäßig geringe Zahl der ausgesprochenen extravertierten

<sup>1</sup> Hier liegt eine statistische Aberration vor, da während der Zählung der Prozentsatz der infolge der Feldarbeiten abwesenden Männer ein recht bedeutender war.

hysterischen Syndrome mit deutlich gekennzeichneter hypobulischer Zielbewußtheit, Hang zu vielfältigen Konversionen usw., ebenso fanden wir nur vereinzelte Fälle mit massiven funktionellen Symptomen, wie Asthäsie, Abasie, schnell vorübergehenden Paralysen, Parästhesien, Zuckungen in den Extremitäten, Analgesie oder Hyperästhesie. In 2 Fällen wurden Anfälle mit Verlust des Bewußtseins vermerkt. Die übrigen Fälle, d. h. die Mehrzahl, zeichnen sich durch eine ganze Reihe hochinteressanter charakteristischer Besonderheiten aus, bei denen es angemessen erscheint ausführlich zu verweilen. Besonders interessant ist zu bemerken, daß die *hysterische Reaktion* meist „intravertiert“ ist, mit einem Anflug von *Depression* und *vegetativer Symptomatik*; vermerkt werden gedrückte Stimmung, Reizbarkeit, Herzklagen, Schwindel, Ohnmachten. Hier kommt kein Lärmen und Schreien vor; im Gegenteil, der Patient sucht auf jegliche Weise seine Nervosität zu verborgen, wendet sich kaum an den Arzt, hält sich nicht für nervös. Wir finden hier auch kein Fixieren auf eigene Erlebnisse, womit zusammenhängt, daß hier keine zielbewußte Einstellung auf die Krankheit vorhanden ist, das Moment der Ausnutzung der Krankheit fehlt. Es soll dies durch 2 Beispiele illustriert werden, die wir bei unserer Erforschung eines ossetinischen und eines russischen Dorfes in Ardon festgestellt haben.

1. *Beispiel*: Patientin M., Ossetinierin, 33 Jahre, mit Mittelschulbildung. Klagen: Beständiges Gefühl eines Druckes auf der Seele, weint oft nächtelang, ist stark hyperästhetisch, leicht beeinflußbar. In der Familie sehr zurückhaltend, gibt darauf acht, daß niemand ihre Tränen bemerkt.

2. *Beispiel*: Patientin R., Russin, 27 Jahre, weint über jede Kleinigkeit, schreit oft, schimpft, niemand kann es ihr recht machen, fortwährende Konflikte mit der Familie.

Unter den Ossetiniern gibt es kein Kultivieren der krankhaften Symptome. Die hemmenden Momente sind so stark, daß eine verstörte Stimmung nicht kultiviert wird, sie dekompenziert nicht. Dazu tragen augenscheinlich soziale Bedingungen und die Sitten und Gebräuche bei, von denen weiter die Rede sein wird.

Die *Dauer* der neurotischen Reaktionen ist verschieden (1 Woche bis 11 Jahre) und hängt von den Ursachen ab, die sie hervorrufen. Die *Langwierigkeit* der Reaktion ließ uns anfangs daran zweifeln, ob man sie den „Reaktionen“ zuzählen könne; in der Folge entschieden wir dies im positiven Sinn. Es muß in Betracht gezogen werden, daß die Ossetinier häufig auf psychische Traumen mit eigenartig andauernden depressiven Reaktionen reagieren, die sie als einen Zustand von Unruhe charakterisieren, eine unangenehm-unruhige Stimmung. So ruft der vor 7 Jahren stattgefunden Tod eines nahen Verwandten einen stark ausgeprägten reaktiven Zustand hervor, der diese ganze Zeit aufrecht-erhalten wird. Solche lang anhaltenden Reaktionen sind Männern und Frauen im selben Grade eigen. Dabei bleibt die Persönlichkeit des Patienten vollständig kompensiert, eine solche Stimmung wird für

natürlich gehalten, es werden keine Klagen erhoben. Führen wir ein Beispiel an:

Patient 38 Jahre, Kolhosnik (Mitglied einer kollektiven Bauernwirtschaft), schriftkundig, interessiert sich für Politik, liest Zeitungen, hält sich für einen ganz gesunden Menschen. Antwortet auf die Frage, welche Stimmung bei ihm vorherrsche, daß bei der Arbeit und in Gesellschaft seine Stimmung gut und munter sei, doch zu Hause bei der Erinnerung an seinen schon vor mehreren Jahren verstorbenen alten Vater überkomme ihn eine Unruhe, und während mehrerer Stunden befindet er sich dann in einem traurigen Zustande. Dies kommt oft vor, nichtsdestoweniger hält er seinen Zustand für natürlich und hält es für überflüssig, sich davon zu befreien.

Zuerst schien uns das unbegreiflich, wir forschten nach ergänzenden Faktoren zur Erklärung der Langwierigkeit der psychischen Reaktionen, doch später, nachdem wir den Reaktionstypus der Gesunden auf den Tod eines Verwandten festgestellt hatten, mußten wir zu dem Schluß gelangen, daß dieses dauernde Beweinen der Verstorbenen mit der ganzen Lebensweise und mit einem außerordentlich entwickelten Verwandtschaftsgefühl zusammenhängt. Indem sie an den Tod denken, erleben sie den Tod aufs neue, streben danach, das Bild des Verstorbenen in ihrem Bewußtsein wachzurufen, ihn zu betrauern.

Das sind die Mechanismen, die den von uns gefundenen Neurosen zugrunde liegen. Die *Ursachen* der neurotischen Reaktionen liegen hauptsächlich in der *Situation* und den *Sitten* (Tod naher Verwandten, dem Alter nach ungleiche Ehe, viele Kinder, Armut, schlechtes Verhältnis zwischen Mann und Frau, Witwenstand und damit verbundene schwere materielle Lebensbedingungen), wobei in einer Reihe von Fällen diese Reaktionen nur infolge gleichzeitig bestehender vegetativ-endokrinen Störungen zutage treten. So sahen wir in 2 Fällen (50—60 Jahre) Involutionssymptome, wobei die neurasthenischen Reaktionen kurz vor der Untersuchung durch psychische Traumen hervorgerufen worden waren (in einem Fall Tod des Sohnes, im anderen zerrütteter Haushalt); in 2 anderen Fällen waren die Reaktionen durch analoge Ursachen hervorgerufen, wobei hier Hyperthyreoidismus vorhanden war. Hinsichtlich des sozialen Lebens und der Arbeit waren alle diese Fälle vollkommen kompensiert, was hier besonders vermerkt werden muß.

Bei näherer Betrachtung der Fälle von ausgesprochener „extra-vertierter“ Hysterie oder voll entfaltetem hysterischen Syndrom fällt folgender Umstand auf: Die kleinere Gruppe bilden Frauen, Analphabetinnen, die ständig an einem Ort und ganz „nach althergebrachter Sitte“ leben. Die andere (größere) Gruppe bilden Frauen der neuen Generation, die mit der patriarchalischen Verschlossenheit und mit den strengen traditionellen Lebensregeln gebrochen haben und dem Ruf der Gegenwart mit ihren neuen und vielfältigen Forderungen an die Persönlichkeit folgen.

Außer den erwähnten ausgesprochen extra- und intravertierten Neurosen muß eine Gruppe der unentwickelten neurotischen Zustände besprochen werden, die sich durch Einförmigkeit, Oligo- oder Monosymptomatologie auszeichnen. Das sind die „Präneurosen“ oder die „psychovegetativ Stigmatisierten“ (Serejski) mit Zuständen von Traurigkeit, mit elementaren intravertierten emotionellen Reaktionen und einer Reihe vegetativer Stigmata wie Herzklopfen, Beklemmungen, zugeschnürter Kehle usw. Wir benutzen mit Vorbedacht das Wort „Traurigkeit“ und nicht „Schwermut“, weil es mit Hilfe eines guten Dolmetschers klar wurde, daß gerade dieses Wort den Zustand der genannten Patienten am genauesten bezeichnet. Im Gegensatz zu allen anderen Störungen des psychischen Gleichgewichtes ist die Traurigkeit — klar und deutlich — das Überwiegende. Man könnte sagen stille Traurigkeit, insofern sie sich nach außen hin schwach projiziert, sich nicht in stürmischen Affektausbrüchen äußert und, wie es scheint, die Umgebung nicht stört.

Es ist wichtig zu bemerken, daß die „Präneurosen“ von ihren Trägern nicht als Krankheit taxiert wurden, denn auf die erste Frage nach der Gesundheit erfolgte eine vollkommen positive Antwort und erst bei weiterem hartnäckigerem Befragen nach dem Befinden folgte eine Andeutung dieses Zustandes von ganz oder verhältnismäßig inadäquater Traurigkeit. Der Gegensatz zwischen dem zurückhaltenden, delikaten, wie von einem entschuldigenden Lächeln wegen der verursachten Mühe begleiteten Ton dieser dem Arzt mitgeteilten gemütlichen Störungen bei den Ossetiniern und dem sturmisch-affektiven, aufdringlich-vorlauten, ein Symptom auf das andere türmenden Charakter der Informierung des Arztes durch die Bevölkerung des russischen Dorfes war sehr auffallend.

Unsere Erklärung des Beobachteten ist, wie wir glauben, die einzige mögliche. Die historisch bedingte widerspruchlose Unterwerfung unter das Familienhaupt, den Vater, den Mann, überhaupt alle männlichen Mitglieder der Familie, die sich in einer streng eingehaltenen Etikette äußert (man darf in Gegenwart der Männer nicht laut sprechen, nicht sitzen usw.), das Gebundensein durch streng patriarchalische Lebensregeln, kurz die Sklaverei der Frau, die einen der Grundsteine der mohamedanischen „Kultur“ ausmacht, in deren Traditionen Generationen von nichtmohamedanischen Ossetiniern erzogen sind, ist der Faktor, der das Kultivieren der für die typische Hysterie charakteristischen extravertierten Reaktionen verhindert hat. Augenscheinlich beunruhigende Komplexe verlaufen auf anderen Wegen, indem sie jene elementare emotionelle oder intravertierte hysterische Reaktion geben, von der eben die Rede war. Der Brauch, das Betragen als unverbrüchliches Ganzes ist der pathogenetische oder pathoplastische Faktor, der die Neurose ausbildet.

Großes Interesse bietet die Frage der Beurteilung ihrer Zustände durch unsere Patienten. Die überwiegende Mehrzahl betrachtete ihren Zustand nicht als etwas Krankhaftes, folglich nicht als ein Objekt des ärztlichen Beistandes. Wir haben schon gesagt, daß die psychische Symptomatik nicht selten erst nach hartnäckigem Ausfragen an die Oberfläche trat. Die beständig in ihren Dörfern ansässigen einheimischen Völkerschaften sind nicht von „Pathophilie“ angesteckt. In Altiego ist dies noch deutlicher ausgeprägt als in Ardon, was augenscheinlich mit der Einstellung der Inguschetier zusammenhängt, die nicht gewohnt sind sich an den Arzt zu wenden. Hier haben Frauen die körperliche Untersuchung und den ärztlichen Rat energisch abgelehnt, auch wenn offenkundig körperliche Erkrankungen wie Metrorrhagie u. a. bestanden. Ein Seelenleiden gilt nicht als Krankheit; dies muß bei der Organisation der psychoneurologischen Betreuung aufs ernstlichste berücksichtigt werden.

Unsere Beobachtungen über die innerhalb von Jahrzehnten von der „großen Simulantin“ durchgemachte Evolution sind nicht neu. Von *Charcot* bis auf unsere Tage haben sich die Krankheitsbilder verschoben und verschlungen; der Begriff des „Pithiatismus“ (*Babinski*) hat ohne Zweifel zum Verständnis dieser Evolution beigetragen, aber mit ihm allein wird, wie es scheint, die Frage nicht erschöpft. Augenscheinlich hängt das Moment der „Flucht in die Krankheit“, der bewußten oder hypobulischen Zielbewußtheit, unmittelbar mit bestimmten historisch ausgebildeten Gewohnheiten und Einstellungen zusammen und gestaltet sich nur bei gewissen fördernden Bedingungen zu der „Krankheit“. Im Bewußtsein des Subjektes entsteht die Frage der „Krankheit“, der Dekompensation bloß infolge der komplizierten an die Persönlichkeit gestellten Forderungen, das Hilfsbedürfnis stimuliert das Erleben der Stigmen. Dann erst taucht die Frage der Arbeitsfähigkeit auf, des Bulletins, der Behandlung in der fortwährenden Wechselwirkung der Stigmen und der „Aufbauten“ kann sich die Neurose entwickeln<sup>1</sup>.

Während, wie wir sahen, die Gruppe der ausgebildeten Hysterie größtenteils aus jungen, der neuen Generation angehörenden Frauen bestand, ist im Gegensatz dazu in der Gruppe der „Präneurosen“ die neue Generation weniger zahlreich vertreten. Daraus folgt unmittelbar eine Frage von großer theoretischer und noch größerer praktischer Bedeutung. Die historisch ausgebildete Lage der Frau, die sich in ihrem Bewußtsein widerspiegelt, erklärt das Vorherrschen der intravertierten Neurosenformen; jetzt, wo wir im allgemeinen eine Abnahme der Neurosen haben, vermerken wir das häufige Vorkommen einer neuen Form

<sup>1</sup> Im Zusammenhang mit dem Gesagten muß folgendes bemerkt werden. Das sexuelle Moment, das jedenfalls nicht die letzte Rolle in der Pathogenese der Neurosen spielt, ist hier überhaupt nicht erwähnt, da ein detailliertes Befragen in dieser Richtung in Anwesenheit einer dritten Person beinahe ganz unmöglich ist.

von extravertierten Neurosen. Es muß gleich bemerkt werden, daß die Veränderung des Charakters und der Form der Neurose beim Übergang zu neuen Kultur- und Lebensbedingungen nicht allein das Problem der Evolution der Neurosen in den Vordergrund stellt, sondern zugleich auch rein praktische Fragen. In der Veränderung des Charakters und der Form der Neurosen sehen wir entschieden nichts was uns beunruhigen könnte, noch mehr, man kann mit Bestimmtheit behaupten, daß die extravertierten Formen ihrer Natur nach gutartiger sind, der therapeutischen Wirkung leichter nachgeben. Um so mehr, als die extravertierten Neurosen auch nur in seltenen Fällen zu Dekompensation führten. Es entsteht die interessante Frage der Rolle des Psychoneurologen im Prozeß des radikalen Umsturzes der alten Lebensformen und der Emanzipation der Frau, dessen Zeugen wir sind. Es gibt zwei Wege: der eine, den wir den Weg des geringsten Widerstandes nennen möchten, wäre die Propagation der Psychotherapie. Wir fürchten, daß dieser Weg auf der gegebenen Etappe die Situation durch Erschaffung eines sehr komplizierten neurogenen Faktors nur komplizieren wird. Über das „heilsame Schweigen“, das angebrachte und geschickte therapeutische Ignorieren, spricht *Bumke* in einer seiner letzten Arbeiten sehr treffend. Der andere Weg ist der Weg der Psychoprophylaxis, der Weg des Nichtzulassens der Neurose, indem man sie nicht anerkennt.

#### Schlüsse.

1. Die Verschiedenartigkeit des ethnischen Bestandes in der USSR stellt der Wissenschaft die wichtige Aufgabe der Einführung der historischen Methode in das Studium der normalen und der pathologischen Psyche.
2. Im wesentlichen werden alle außerhalb der Nationalgebiete vorgefundenen Neurosenformen auch bei den von uns erforschten Nationalitäten des nördlichen Kaukasus (Nordossetien, Inguschetien) beobachtet. Der Unterschied liegt in der Pathoplastik und besteht in der Eigenart der Symptomatik, des Verlaufes; nur historisch betrachtet kann diese Eigenart begriffen werden.
3. Das in den Arbeitsplan der Expedition eingeschlossene Studium der Neurosen mittels hofweiser Zählung, in einzelnen Fällen mit nachträglicher spezieller Untersuchung, hat erlaubt, das Problem der „kleinen Psychiatrie“ zu fördern.
4. Der hier unternommene Versuch einer Verallgemeinerung des Materials bezieht sich hauptsächlich auf Frauen, und zwar bloß auf Frauen der von uns durchforschten Ortschaften (Ardon, Altievo) und nicht auf ganz Ossetien und Inguschetien.
5. Das psychasthenische Syndrom und die traumatische Neurose kommen außerordentlich selten vor.

6. Die Neurosen sind, besonders in ausgeprägter Form, unter der einheimischen Bevölkerung verhältnismäßig wenig verbreitet. Sehr auffallend ist die geringe Zahl der „extravertierten“ hysterischen Reaktionen; noch seltener sind mäßige Symptome dabei.

7. Die hysterischen Reaktionen sind meist „intravertiert“, ohne Zielbewußte Einstellung auf die Krankheit, mit depressivem Anflug und vegetativer Symptomatik. Die Ursachen der hysterischen Reaktionen sind vorzugsweise durch Situation und Lebensbedingungen charakterisiert; in einer Reihe von Fällen treten sie nur dank der Anwesenheit von vegetiv-endokrinen Störungen zutage. Diese Reaktionen zeichnen sich nicht selten durch außerordentliche Langwierigkeit aus, was sich durch die Dauer des Reaktionstypus der Gesunden auf psychische Traumen erklärt.

8. Entwickelte hysterische Syndrome werden bei Frauen, die im strengen Rahmen der hergebrachten Sitten und Gebräuche leben, seltener wahrgenommen; hier werden außer den erwähnten intravertierten Reaktionen oft neurotische Zustände gefunden, für die der Terminus „psychovegetative Stigmatisierung“ (oder „Präneurose“) vorgeschlagen wird.

9. Die Charakter- und Formveränderung der Neurose beim Übergang zu den neuen kulturellen und sozialen Bedingungen hebt das Problem der historischen Evolution der Neurosen hervor (in ihrer Pathogenese und Pathoplastik.)

### III. Die Psychosen in den Nationalgebieten des nördlichen Kaukasus.

Von

Prof. Dr. M. Serejski (Moskau).

Als Material dienten Krankheitsgeschichten und teilweise eigene Beobachtungen (mit Hilfe von Dolmetschern) an Patienten, die in der Zeit zwischen 1922 und 1931 das psychiatrische Krankenhaus in der Stadt Ordshonikidse passierten. Wir entnahmen dem Krankenhausarchiv das auf 4 Nationalitäten bezügliche Material: des nördlichen Ossetien, Inguschetien, Tschetschnien, Kabardino - Balkarien. Im ganzen waren es 176 Fälle, die sich folgenderweise einteilen lassen (s. Tabelle S. 522).

Wir haben also 96 Kranke Ossetinier, darunter 69 Männer und 28 Frauen, wobei 28% aller Krankheiten auf Schizophrenie, 14% auf Epilepsie kommen; bei diesen 2 Formen fällt der größte Prozentsatz auf Männer, bei Hysterie auf Frauen; 80% beziehen sich auf organische Krankheiten, 20% auf funktionelle. *Wolfson* führte auf Grund des Materials dieses Krankenhauses eine statistische Arbeit für die Zeitspanne von 1922—1927 durch und erhielt für Schizophrenie 39% aller Fälle. Unsere Zahlen sind geringer, nur 28%. Dieser Umstand erklärt

sich durch die augenscheinliche Vermehrung anderer Krankheiten in Ossetien, in erster Linie von Epilepsie und Neurosyphilis. Endlich muß auch die geringe Zahl der kranken Frauen betont werden (von 176 nur 40), was keineswegs von ihrem psychoneurologischen Wohlbefinden zeugt, sondern sich durch den noch nicht völlig überwundenen

Krankheit	N. Ossetien	Ingu-schetien	Tschet-schnien	Kabardino-Balkarien
Schizophrenie . . . . .	26	15	16	9
Epilepsie . . . . .	14	4	—	2
Schizoepilepsie . . . . .	4	1	—	—
Progressive Paralyse . . . . .	3	2	—	—
Gehirnsyphilis . . . . .	5	1	2	—
Epidemische Encephalitis . . . . .	7	—	—	1
Tollwut . . . . .	3	2	—	—
Oligophrenie . . . . .	4	1	1	5
Gehirngeschwulst . . . . .	2	—	—	—
Organisches Hirnleiden . . . . .	1	1	—	1
Präsenile Psychose . . . . .	2	2	2	—
Intoxikationspsychose . . . . .	1	—	—	—
Lepra . . . . .	—	—	1	—
Alkoholpsychose . . . . .	1	1	1	—
Akutes Delirium . . . . .	1	—	—	—
Schwangerschaftspsychose . . . . .	2	—	—	—
Manisch-depressives Irresein . . . . .	2	—	—	2
Traumatische Neurose . . . . .	2	—	1	—
Hysterie . . . . .	7	1	1	—
Reaktive Psychose . . . . .	5	—	1	1
Schizoide Reaktion . . . . .	—	1	—	—
Psychopathie . . . . .	4	1	—	—
Im ganzen	96	33	26	21

Unterschied in der sozialen Lage und dem Lebensbrauch der Männer und Frauen erklärt. Nach *Kopschitzers* Befunden wandten sich in  $1\frac{1}{2}$  Jahren 73% Männer und nur 27% Frauen an die Poliklinik der Stadt Ordshonikidse.

Man muß gleich hier die Möglichkeit einer etwaigen statistischen Aberration voraussetzen. Unser Material stellt vorzugsweise eine Auswahl der schwersten, im sozialen Leben unerträglichen Fälle dar und spiegelt höchstwahrscheinlich kaum die Krankheitsverteilung außerhalb der Anstalt wider. Die Unmöglichkeit, in allen Fällen einen kompetenten Dolmetscher zur Hand zu haben, konnte ebenfalls einen Einfluß auf die Summierung des Materials haben. So besteht z. B. unter diesen Bedingungen weniger Gefahr, katatone Formen zu übersehen als z. B. paranoide usw.

Bei der Analyse unseres Materials werden wir unter den organischen Psychosen ausführlicher die Schizophrenie und Epilepsie besprechen, von den Infektionen die Neurosyphilis, epidemische Encephalitis und die Tollwut.

Fangen wir mit der *Schizophrenie* an. Im ganzen wiesen wir 66 Fälle nach (hauptsächlich chronische Formen, 54 Männer, 12 Frauen, im Alter von 13 bis zu 52 Jahren), die wir derselben Zahl von Schizophrenen-Erkrankungen bei Russen gegenüberstellen werden, die zu derselben Zeit im selben Krankenhaus untergebracht waren. Hinsichtlich der Konstitution ist zu bemerken, daß im russischen Material 8 Pykniker enthalten waren, im nationalen kein einziger; hier herrschte der leptosome oder der leptosom-athletische Körperbau vor. Der Form nach haben wir ein deutliches Vorwalten der Katatonie gefunden (48 Fälle, davon 6 kataton-paranoide), an zweiter Stelle paranoide Formen (10 Fälle mit Beziehungs- und Verfolgungswahn, hypochondrischem Wahn und Größenwahn), weiter 3 Fälle der zirkulären Form und 2 Fälle Hebephrenie, die übrigen unklar; unter den russischen hatten wir 34 Katatoniker, 19 Paranoide, 8 Hebephrene und 5 einfache Formen. In der Symptomatologie müssen die Armut der sprachlichen Produktion und der Wahnvorstellungen und die verhältnismäßig seltenen Halluzinationen betont werden (nur 7 Fälle, davon 5 bei Inguschetiern); Gehörs- und Gesichtshalluzinationen in 2 Fällen, und zwar drohender Art, was zu starker Aggressivität führte. Die wesentlichsten Symptome waren Stupor, Mutismus, Katalepsie, Automatismus, Stereotypie, Echolalie, Manieriertheit, emotionelle Stumpfheit, dissoziiertes Denken. In einer Reihe von Fällen ist ausgesprochene Hypersexualität, in einem Falle Exhibitionismus vermerkt. Es kamen, wenn auch selten, Fälle von Unsauberkeit mit Urin und Exkrementen vor. Bei einigen Patienten ist Nahrungsverweigerung, Sondenfütterung vermerkt; es wurde ein bemerkenswerter Fall gefunden, wo der an paranoide Schizophrenie leidende Patient sich selbst aufs Bett legte, angab, wie die Sonde eingeführt und gehalten werden müsse, und sodann mit einer „Kennermiene“ die ganze Prozedur beobachtete. Endlich müssen auch die häufigen Fluchtversuche aus dem Krankenhaus und die stark aggressive Haltung erwähnt werden. So haben wir bei den Russen nur ungefähr 20 stark aggressive Fälle gesehen, während hier beinahe die doppelte Anzahl (36) notiert ist; besonders zeichnen sich hierin die Inguscheten aus. Der *Verlauf* der Schizophrenie war ausgesprochen bösartig (allerdings liegt hier, wie beim übrigen Material, eine künstliche Auswahl vor, da nur die schwersten Fälle ins Krankenhaus gelangen), und zwar, obwohl es sich meist um katatone Formen handelte, die prognostisch günstiger sind; außerdem findet sich hier ein großer Prozentsatz Schwachsinniger und 9 Todesfälle. Während bei den russischen Kranken auf 55 Fälle 11 Remissionen treffen, sind sie hier bedeutend seltener. In 2 Fällen ist 1 remittierender Verlauf notiert in Abhängigkeit von den Jahreszeiten (in einem Falle Erkranken im Frühling, im anderen im Sommer und Winter). Endlich muß noch die frühe Entlassung der Patienten, besonders bei den Ossetiniern, erwähnt werden, die von den

Verwandten erstrebt wird, die große Sorge um die Kranken tragen und bemüht sind, sie möglichst bald nach Hause zu nehmen.

Vergleichen wir unsere Befunde mit denen von *Kraepelin* auf der Insel Java, so ergibt sich ein starker Kontrast. *Kraepelin* vermerkt für die Einheimischen dieser Insel die Seltenheit katatoner Form bei Schizophrenie, die Seltenheit von Erregungszuständen und Demenz. Hinsichtlich der Verbreitung dieser Krankheit rechnet *Kraepelin*, daß sie 70% aller Psychosen beträgt — eine sehr hohe Zahl, die sich zum Teil dadurch erklärt, daß als Untersuchungsmaterial vorzugsweise die jüngere Bevölkerung der Kolonien diente. Außerdem geht ein solches Überwiegen der Schizophrenie hauptsächlich auf Kosten der nicht erwähnten exogenen Krankheiten, in erster Linie der Neurosyphilis und der Alkoholpsychosen. *Wolff* führt für Schizophrenie in Syrien 45% an, *Urstein* für das transkaspische Gebiet 65%, denselben Prozentsatz verzeichnet *Sokolowsky* für Baschkirien; unsere Zahlen betragen ungefähr 37%.

Die aggressive Haltung — ein sehr charakteristisches und sehr verbreitetes Symptom — ist nicht mit einer bestimmten Krankheitsform verknüpft und bei verschiedenartigen Psychosen verzeichnet. Im Jahre 1930 haben sich im Krankenhaus 214 Unglücksfälle ereignet. Wir führen einige Beispiele an. So warf sich ein Patient auf den Krankenwärter, faßte ihn an der Kehle, begann ihn zu würgen und im selben Moment faßte er einen anderen, mit der Wickelung eines Patienten beschäftigten Wärter an den Geschlechtsorganen. Eine Patientin zerbiß einer anderen die Brust bis aufs Blut. Ein Patient versetzte einem anderen einen so starken Schlag gegen die Nase, daß sich ein Absceß in der Nasenhöhle bildete und der Verletzte starb. Eine Patientin schlug eine andere derart auf den Bauch, daß eine Gebärmutterblutung erfolgte. Eine Patientin zerriß einer anderen das Peritoneum. Diese Aggressivität führte dazu, daß in einzelnen Fällen die Verwandten es für angezeigt hielten, die Kranken an eine Kette zu schmieden.

Unter den Psychosen steht an zweiter Stelle die *Epilepsie*, im ganzen 20 Fälle (16 Männer, 4 Frauen, im Alter von 12—44 Jahren). Die Konstitution ist hier verschiedenartig (leptosom, athletisch, pykno-athletisch, dysplastisch), aber überall fällt die Beimischung von athletischen Merkmalen auf. In der Symptomatologie erregt neben den Krampfanfällen (15 Fälle; bei derselben Zahl von Russen in der gleichen Zeitspanne nur 6) die große Zahl der Dämmerzustände die Aufmerksamkeit. Sehr häufig sind die Symptome der psychischen Epilepsie, Dromomanie, Somnambulismus usw. Die Dämmerzustände sind mit Desorientiertheit, Aufregung, Hyperkinesen verknüpft, zuweilen mit Halluzinationen, vorzugsweise visuellen Charakters. Eine Aura wurde selten beobachtet. In einem Fall war „Saison“epilepsie vermerkt, die Anfälle wiederholten sich nur im Sommer oder Winter. Die Kranken zeichnen

sich durch ihr stark aggressives Wesen aus (in 14 Fällen, bei Russen nur in 5), in einigen Fällen ist *Furor epilepticus* vermerkt. Der *Verlauf* ist ausgesprochen ungünstig. Ein großer Prozentsatz ist schwachsinnig oder zeigt tiefgehenden intellektuellen Zerfall. Andere weisen weitgehende charakterologische Veränderungen auf. 7 Kranke sind gestorben (meist an Sepsis, Phlegmona). Der maligne Verlauf erklärt sich zum Teil durch das Vorwiegen der athletischen Konstitution, was mit den Angaben meines Vortrages über Epilepsie auf dem Kongreß in Moskau 1927 übereinstimmt.

Einer besonderen Erwähnung bedarf das in den Krankheitsgeschichten nicht aufgeführte „religiöse“ Symptom, das nach *Goldblatts* Befunden in einem Drittel aller Epilepsiefälle vorhanden ist. Dies Symptom hat überhaupt nicht die Bedeutung, die ihm in der alten Psychiatrie zugeschrieben worden ist; es kennzeichnet im wesentlichen nur das Milieu. So erklärt die religiöse Indifferenz, besonders bei den Ossetiniern, in genügendem Maße das Fehlen dieses Symptoms unter den von uns untersuchten Kranken.

Neben Schizophrenie und Epilepsie verdienen eine besondere Aufmerksamkeit die Fälle von gemischten Psychosen — *Schizoepilepsie*, oder richtiger von mit Epilepsie kombinierter Schizophrenie. Wir führen in Kürze diese in den Krankheitsgeschichten leider nicht ausführlich genug beschriebenen Fälle an.

Fall 1. Patient, Ossetinier, 18 Jahre alt. pykno-athletischer Konstitution. Leidet seit der frühen Kindheit an Epilepsie; Krampfanfälle mit Bewußtseinsverlust, außerdem treten periodische Dämmerzustände mit starken Anfällen von Erregung und gestörtsem Bewußtsein auf. In den letzten  $1\frac{1}{2}$  Jahren entwickelte sich ein katatoner Syndrom, Autismus, Mutismus, Stupor, von Zeit zu Zeit unmotiviert impulsive Handlungen; so sprang er ganz unerwartet vom Bette auf, versetzte dem Wärter einen Schlag und legte sich ruhig wieder ins Bett. In dieser letzten Periode schwanden die Anfälle beinahe ganz.

Fall 2. Patientin, Ossetinierin, 18 Jahre, bietet seit dem 4. Lebensjahr Absonderlichkeiten im Betragen. Im Laufe der letzten 3 Jahre hat sich das Bild der Katatonie entfaltet: Stupor, Mutismus, Indifferenz, Amimie, Automatismus, Unsauberkeit mit Urin und Exkrementen. Das letzte Jahr sind starke epileptische Anfälle aufgetreten. War 1 Jahr im Krankenhaus, starb an Diarrhöen.

Fall 3. Patient, Inguschetier, 23 Jahre, seit 5 Jahren krank. Autismus, Negativismus, Mutismus, liegt zusammengekauert unter der Decke, schwachsinnig. Im letzten Jahre traten epileptische Anfälle ein, ihre Häufigkeit variiert: bald 3—4 am Tage, bald schwinden sie für mehrere Wochen. Während einer dieser Anfälle (*Furor epilepticus*) brach er dem Wärter den Vorderarm. Die Wassermannsche Reaktion im Blut negativ.

Fall 4. Patient Ossetinier, Landarbeiter, leptosom-athletischer Konstitution. Seit 8 Jahren krank, in dieser Zeit entwickelte sich das kataton-hebephrene Syndrom; der Kranke wurde autistisch, mutazistisch, spricht keinerlei Wünsche aus, verkehrt mit niemandem, der Schwachsinn nimmt zu. Arbeitet ruhig im Gemüsegarten, wird nur selten plötzlich impulsiv. Zerreißt das Federbett und äußert sprachliche und motorische Erregung, bei Erregung albern, klettert auf Tische, springt über Steinchen usw. Wassermannsche Reaktion im Blut negativ. Dazu

kamen in den letzten 2 Jahren Dämmerzustände und petit mal; Patient läuft mit getrübtem Bewußtsein im Krankenzimmer herum, zieht die Decken und Kissen von den Betten herunter, zerreißt die Wäsche, wälzt sich auf dem Fußboden, schlägt Purzelbäume, dreht sich auf der Diele in halbsitzender Lage einförmig und stereotyp um eine vertikale Achse (nach dem Drehphänomentypus).

Fall 5. Patient, Ossetinier, 19 Jahre, unverheiratet, Analphabet, Erdarbeiter. Seit 8 Jahren krank. Besuchte die Schule bis zu 11 Jahren, verließ sie und begann ziellos im Dorf herumzulaufen, sinnlos zu lächeln. Nach 1monatigem Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus im Jahre 1923, trat er nach 3 Jahren zum zweiten Male schon stark schwachsinnig ins Krankenhaus ein. Symptome: Autismus, Negativismus, Katalepsie, Geziertheit, Stereotypie, emotionelle Stumpfheit, periodisch stuporös, zeitweise unsauber mit Urin. 1927 erster epileptischer Anfall; die Anfälle wiederholten sich selten, aber gewöhnlich mehrere nacheinander. 1928 hatte der Kranke im Laufe des Januar 11 Anfälle, in den übrigen Monaten von Zeit zu Zeit petit mal. Im ganzen Jahr 1929 nur einige Anfälle, ebenso 1930. Am 1. Oktober 1930 zeigte sich ein Ödem im Gesicht, das nach einer Woche verschwand. Nach einem Jahr zeigte sich wieder ein Ödem im Gesicht, das ständig anhielt, sich nach 2 Wochen auf den Körper und die Extremitäten ausdehnte. Die Sprache ist dissoziiert, stereotyp, der Kranke wiederholt unzusammenhängende Worte, sitzt in gebückter Haltung im Garten. Urin eweißfrei. Starb nach 2 Monaten an Diarrhöen. Leider gelang es nicht, das Gehirn histologisch zu untersuchen, makroskopische pathologische Veränderungen wurden außer dem allgemeinen Ödem nicht festgestellt. Bei der Sektion wurde Ascites, Hydrothorax gefunden. In der Niere waren die Grenzen der Schichten ein wenig verwaschen. Das Herz und die übrigen Organe waren normal.

Im ersten dieser 5 Fälle trat also zu einer bestehenden Epilepsie ein katatoner Syndrom hinzu, während in allen übrigen Fällen sich zu der Katatonie epileptische Symptome gesellten. Der erste Fall, bei dem sich neben einer seit früher Kindheit bestehenden Epilepsie in den letzten 1½ Jahren ein katatoner Syndrom entwickelt hatte, paßt ganz zu dem Typus von gemischten Psychosen, von dem *Giese* sagt: „Nur solche Fälle können als kombinierte angesehen werden, in denen die Epilepsie im Laufe eines langen Zeitraumes selbstständig voranging“. Wenn die Anfälle lange vor der Schizophrenie auftreten, so kann dies nicht als eine atypische Schizophrenie mit Anfällen angesehen werden (*Giese, Vorkastner, Krapf*). Unser Fall entspricht vollständig der Forderung *Stranskys*, daß jedes der beiden Syndrome eine mehr oder weniger lange Zeitspanne ganz selbstständig bestehen müsse. Interessant ist in unserem Falle der Umstand, daß ein Syndrom das andere hemmt, wir sehen, daß die Anfälle beinahe völlig schwanden als das katatoner Syndrom sich entwickelt hatte. Die übrigen 4 Fälle haben den entgegengesetzten Verlauf; zuerst entfaltet sich das schizophrene Syndrom und erst dann kommt die Epilepsie hinzu. Äußerst interessant ist der 4. Fall, wo eine innige Verflechtung von Schizophrenie mit Epilepsie vorliegt, was besonders deutlich im stereotyp-katatonen Charakter des epileptischen Anfalles selbst zum Ausdruck kommt (stereotypes Drehen des Patienten um eine vertikale Achse). Im 5. Fall haben wir allem Anschein nach ein katatoner Gehirnödem und da die Anfälle lange vor dem

akuten Stadium auftraten ist kein Grund vorhanden sie mit dem Ödem in Beziehung zu bringen.

Es können Zweifel darüber auftreten, ob wir in unseren Fällen die richtige Kombination der Schizoepilepsie haben. Diese Zweifel sind um so berechtigter als es kein schizophrener Symptom gibt, das nicht auch bei Epilepsie gefunden wird, so kann z. B. der epileptische Stupor der Katatonie ähnlich sein, ebenso Negativismus, Katalepsie usw. Andererseits können Syphilis, Gehirngeschwülste Anfälle verursachen, die sich durch nichts von der Epilepsie unterscheiden. Ein solcher von uns beobachteter Fall betrifft einen Ossetinier, der an großen und kleinen Anfällen und psychischen Äquivalenten litt; bei der Sektion wurden Hämatome im Occipitallappen gefunden. Hinsichtlich des ersten Falles können keinerlei Zweifel bestehen; die übrigen Fälle kann man allenfalls als eine der seltenen Kombinationen der Schizophrenie mit echten epileptischen Anfällen (*Rosenthal, Bumke u. a.*) deuten (unter anderem sind die gewöhnlich für epileptisch gehaltenen Anfälle ihrem Wesen nach nicht selten eine Verschlimmerung des katatonen Erregungszustandes). Typische epileptische Anfälle sind bei Schizophrenie so selten, daß hier unwillkürlich Zweifel an der Richtigkeit der reinen Schizophreniediagnose entstehen (*Steiner und Strauss*). Auch *Bleuler* zweifelt, ob eine lange, meist von Anfällen begleitete Schizophrenie als reine Form dieser Schwankung bezeichnet werden kann und nicht vielmehr als Kombination von 2 Krankheiten gelten muß. Außerdem muß hier noch unterstrichen werden, daß in keinem unserer Fälle die Schizophrenie und die Epilepsie einander klinisch modifizierten und somit völlig selbstständig bestanden ohne ineinander überzugehen.

Wenn auch darüber, ob bei Schizophrenie Anfälle möglich seien, die Meinungen auseinandergehen (im Gegensatz zu *Kahlbaum, Kraepelin, Bleuler, Giese, Reichardt, Lange, Urstein* behaupten *Rosenthal, Vor-kastner, Gruhle u. a.*, daß dies nur in äußerst seltenen Fällen vorkommt), so stimmen doch alle Autoren darin überein, daß eine Kombination von Schizophrenie und Epilepsie eine große Seltenheit ist. Schließt man dabei, was sich von selbst versteht, die symptomatische Epilepsie aus (die nähere Analyse der 4 *Rodenbergschen* Fälle ergab z. B. in einem Fall ein Endotheliom der harten Hirnhaut, in einem anderen Arteriosklerose, in unserem Fall fand sich ein Hämatom), so wird die Zahl der tatsächlichen Kombinationen dieser 2 Krankheiten noch geringer. Noch 1912 behauptete *M. Gurewitsch*, daß es keine einwandfreie Kombination dieser 2 Krankheiten gibt.

Wenn man in Betracht zieht, daß *Glaus* nach Durchsicht von 6000 Schizophreniekriegsgeschichten der Zürcher psychiatrischen Klinik unter diesen nur 8 Fälle einer Kombination von Schizophrenie mit Epilepsie fand, daß ferner *Steiner und Strauss* bei Überprüfung von ebenso vielen Schizophrenen der Heidelberger Klinik nur 20 Kranke mit Anfällen fanden (deren epileptische Natur die Verfasser selbst

bezweifeln), so sind unsere Zahlen (5 Fälle auf 66) außerordentlich hoch. Wir führen hier nur die Fälle an, bei denen wirkliche Anfälle vorhanden waren, schließt man aber die vasomotorischen und anderen mit ein, so wird die Zahl der gemischten Psychosen viel größer. Wodurch läßt sich das erklären? Unsere Fälle durch schizophrene und epileptische erbliche Belastung erklären, wie *Rodenberg* es tut, können wir nicht, denn darüber sind die Notizen in den Krankheitsgeschichten ungenügend.

Die große Zahl der Schizoepilepsie und Epilepsie überhaupt sind wir geneigt durch eine Reihe von Momenten zu erklären. Vor allem sei betont, daß die Krampfneigung in unseren Fällen mit Besonderheiten der Motorik zusammenhängt, mit der im Laufe der historischen Entwicklung ausgebildeten starken Affektivität und Impulsivität (beständige, langdauernde Gefechte usw.), und auch mit den klimatischen Verhältnissen. Gerade die Kombination von Schizophrenie und Epilepsie wird durch die Tatsache begünstigt, daß in unserem Material die katatonen, zu motorischen Entladungen prädisponierte Form der Schizophrenie vorwiegt (*Baum, Krapf*); eine gewisse Bedeutung kann man auch dem konstitutionellen Moment zuschreiben, und zwar der Beimischung von athletischen Komponenten im Körperbau. Die große Verbreitung der „epileptischen“ Krämpfe auch bei einer Reihe anderer Krankheiten unseres Materials läßt sich zum Teil durch die Häufigkeit von Verwandtenen in aufeinander angewiesenen, geographisch isolierten Gruppen erklären. Dies ist um so wahrscheinlicher, als die Epilepsie sich nach dem recessiven Typus vererbt. Möglich ist, daß auch die meteorologischen Bedingungen der gebirgigen Gegenden die Häufigkeit der Anfälle beeinflussen; in dieser Frage besteht leider keine Klarheit. Während die einen (*Meyer* u. a.) einen derartigen Einfluß verneinen, behaupten andere (*Michalen*), daß die Abnahme des barometrischen Druckes die Zahl der Anfälle vergrößert; *Halbey* und *Lohmer* zufolge wird die Zahl der Anfälle nur durch plötzliche Druckschwankungen vergrößert.

Epileptische Anfälle wurden von uns bei Neurosyphilis (unter 5 Fällen von progressiver Paralyse 3mal), Encephalitis epidemica (unter 7 Fällen 3mal), bei Arteriosklerose und anderen exogenen Erkrankungen festgestellt. Bei einer Reihe unserer Kranken liegt also eine niedrige Reizschwelle den Krämpfen gegenüber vor, eine „gesteigerte epileptische Reaktionsfähigkeit“ (*Redlich*). Diese Anfälle, oft mit Bewußtseinstörungen verbunden, sind Symptome, die *Seelert* und *Stertz* zu den obligaten bei den sog. exogenen Reaktionen rechnen. Dieser Reaktions- typus verdankt seine Entstehung einer Intoxikation, er steht dem von *Bonhöffer* beschriebenen nah und ist seinem Wesen nach universeller, überindividuell, die Reaktion der Persönlichkeit tritt auf den zweiten Platz zurück, verwischt sich.

Von den Infektionskrankheiten verdient eine besondere Beachtung die Neurosyphilis, in erster Linie die *progressive Paralyse*. Uns gelang es 3 Fälle bei den Ossetiniern und 2 bei den Inguschetiern festzustellen.

Obwohl die Krankengeschichten bei weitem nicht erschöpfend sind, so rufen sie doch keinen Zweifel an der Diagnose hervor. Von den übrigen Fällen mußte ein Teil in Gehirnsyphilis umdiagnostiziert werden (womit übrigens die Krankenhausärzte einverstanden waren).

Wir führen in Kürze sämtliche Fälle progressiver Paralyse an.

Fall 1. Patient, Ossetinier, 40 Jahre, Angestellter, verheiratet, leptosom, lebt in Ordshonikidse, geboren in einer Offiziersfamilie, erzogen im Kadettenkorps. 1924 syphilitische Infektion. Ist seit 1 Jahr krank. Der Beginn der Krankheit äußerte sich durch eine Reihe von Taktlosigkeiten, er kam um 2 Uhr nachts zu Gast, blieb den ganzen Tag bei Bekannten; vergaß den Familiennamen seiner Bekannten, seine Adresse. Äußerte Erregung. In den letzten  $1\frac{1}{2}$  Monaten traten epileptische Anfälle mit Bewußtseinsverlust ein. Wurde ins psychiatrische Krankenhaus übergeführ. Hier eine Reihe sinnloser Handlungen, riß z. B. das Stuckwerk von der Wand und stopfte den Mund damit voll. Pupillenreaktion schlaff. Starb nach 1 Monat.

Fall 2. Patient, Ossetinier, 60 Jahre, Lehrer, lebt in Ordshonikidse. Studierte im Institut in Tiflis, lebte lange da. Erkrankte vor 3 Monaten, konnte den Weg zu seiner Dienststelle nicht finden, hatte seine eigene Adresse vergessen. Wurde erregt, es traten Größenideen ein, er sei ein Dichter u. dgl. Pupillenreaktion schlaff. Wassermannsche Reaktion im Blut positiv. Starb an Erschöpfung.

Fall 3. Patient, Inguschetier, 40 Jahre, verheiratet, angestellt, athletisch-leptosome Konstitution, gute primäre Bildung, in Inguschetien geboren, lebt aber erst seit kurzem hier, war früher die ganze Zeit in Leningrad, wo er im Militärdienst stand. Die Krankheit begann mit einer Reihe widersinniger Handlungen; führte fremde Pferde fort, sang sinnlos, scherzte. Bald begannen Größenwahnideen sich zu äußern, er hat 4000 Frauen, er kann 35 Krankheiten kurieren, hat als General-Adjutant gedient, er ist Allah, alle Mächte der Welt sind in seiner kleinen Zehe eingeschlossen. Die Wassermannsche Reaktion im Blut ausgesprochen positiv. Im Krankenhaus wurde Malaria eingimpft, machte 22 Anfälle durch, die Wahnsinnen wurden weniger expansiv, aber im allgemeinen traf die Besserung nur die somatische Sphäre. Nachdem ein anderer Kranke dem Patienten einen Schlag versetzt hatte, traten bei ihm epileptische Anfälle mit Bewußtseinsverlust ein. Die letzte Woche war er stark erregt. Versuchte wiederholt aus dem Krankenhaus zu fliehen; wurde einmal aus dem Terek gezogen (neben dem Krankenhaus), er wollte an das andere Ufer schwimmen, um ein dort stehendes Pferd fortzuführen. Wurde unsauber mit Urin und Exkrementen. Starb unter zunehmendem Schwachsinn an trophischen Störungen.

Fall 4. Patient, Ossetinier, 43 Jahre, in einem Kooperativ angestellt, verheiratet, geboren in Christianovsk. Seit 3 Jahren krank. Der Beginn der Krankheit soll damit zusammenhängen, daß eine Frau ihm einen Trunk gegeben und der „Mulla“ ihn am folgenden Tag auskuriert habe; jetzt ist er schwachsinnig, euphorisch, das Gedächtnis sehr geschwächt, Größenwahn, er hat 4 Auszeichnungen, ist früherer General, bewirbt sich um Orden. Petit mal. Wassermannsche Reaktion im Blut positiv. Achillessehnen- und Kniesehnenreflexe fehlen. Dies ist ein Fall von Taboparalyse, wodurch sich teilweise auch der relativ gutartige Verlauf erklärt.

Fall 5. Patient, Ossetinier, 30 Jahre, Geschäftsführer, geboren in Ordshonikidse, Sohn eines Stadtbewohners, machte die Realschule durch, euphorisch; Wahnsinnen, nihilistischer Verneinungswahn; der Patient hat keine Geschlechtsorgane, er ist verloren, er braucht nichts. Er steht nicht auf, weil man auf solchen Füßen nicht gehen kann. Ißt nur Flüssiges, eine Zeit lang völlige Nahrungsverweigerung, nachher umgekehrt Polyphagie. Sagt, daß er nur  $3\frac{1}{2}$  Pfund wiege, nach 2 Tagen, daß er nicht einmal 1 Pfund wiege, und behauptet nach einem Monat, daß er nur

1 Zentigramm wiege. Stark zunehmende Dysarthrie. Unsauber mit Urin und Exkrementen. Anisokorie. Wassermannsche Reaktion positiv. Im letzten Monat Insult, starke Abmagerung, Exitus.

Das erste, was sich an unserem Material nachweisen läßt, ist die Abwesenheit von Frauen, ein Umstand, auf den *Ziehm* hindeutet, der feststellte, daß auf der Insel Java 2,2% an progressiver Paralyse leidender Männer und überhaupt keine von dieser Krankheit betroffenen Frauen waren. Indessen verändert sich die Proportion der Männerzahl zur Zahl der an progressiver Paralyse leidenden Frauen gerade in der Richtung einer Zunahme der Krankheit unter den Frauen, was mit der Veränderung ihrer sozialen Lage in Zusammenhang gebracht wird. So ist, wenn vor 50 Jahren das Verhältnis der kranken Männer zu den Frauen gleich 8 : 1 war, dasselbe jetzt 2 : 3. Die interessanteste „ewig junge Frage“ ist die der Abwesenheit oder des sehr geringen Prozentsatzes von progressiver Paralyse in den Nationalgebieten. Bei der Zählung wurde kein einziger Fall von uns nachgewiesen, am stationären Krankenhausmaterial bloß 5. Es wurde versucht, die geringe Verbreitung der progressiven Paralyse durch die geringe Verbreitung der Syphilis in der betreffenden Gegend zu erklären. Diese Erklärung trifft jedoch nicht zu, da die Syphilis in Nordossetien, Inguschetien und Tschetschnien eine bedeutende Verbreitung hat. Es besteht die Meinung, daß der Alkoholismus die Entwicklung der progressiven Paralyse fördert, aber in diesem Fall hätten wir in Ossetien einen besonders geeigneten Boden. Unter anderem gibt *Wilmanns* an, daß die Abyssynier, von denen 90% an Syphilis leiden und unter denen der Alkoholismus stark verbreitet ist, selten an Neurosyphilis leiden. Dieses Problem mit den nationalen Besonderheiten als solche zu verknüpfen, erscheint auch nicht gerechtfertigt. So wissen wir, daß bei den gegen progressive Paralyse für immun gehaltenen Negern Südamerikas und Brasiliens diese Krankheit jetzt konstatiert ist. *Wilmanns* bemerkt, daß untereinander verwandte Nationalitäten, wie die Bosnier und Kroaten, eine ganz verschiedene Frequenz von progressiver Paralyse haben, und umgekehrt können einander fremde Nationalitäten quantitative und qualitative Übereinstimmung zeigen. Welchen Grad von Bedeutung die Verbreitung der Malaria als natürliche Immunität gegen progressive Paralyse hat, ist schwer zu entscheiden. Jedenfalls ist es am Platz, hier zu bemerken, daß nach den Befunden von *Kirschbaum*, *Plaut*, *Steiner*, *Mandl* und *Puntigham*, *Perelman*, *Israelowitsch* u. a. nicht wenig Fälle bekannt sind, wo die Paralytiker vor dieser Krankheit spontane Malaria durchgemacht hatten. Es bleibt ein letztes Argument, und wie uns scheint das wesentlichste — die veränderten Lebensbedingungen. Nach den Befunden von französischen Autoren (nach *Rüdin*) trat in Algier die progressive Paralyse nur bei den einheimischen Bewohnern auf, die sich „europäisiert“ hatten. Von unseren 5 Fällen sind alle mehr oder weniger gebildete Angestellte, die lange in Städten (Leningrad, Tiflis,

Ordshonikidse) gelebt hatten. Die von uns nachgewiesenen Fälle haben eine Reihe von eigenartigen Besonderheiten: sie sind dem Verlauf nach bösartig, führen schnell zum Tode, bei 3 Kranken sind Größenideen notiert, bei ebenso vielen epileptische Anfälle.

Neurosyphilis ist außerdem durch 8 Fälle von *Gehirnsyphilis* repräsentiert, von denen 5 sich auf Ossetinier beziehen, alle mit bösartigem Verlauf (2 gestorben). Es bestanden erhebliche Urteilsstörungen, in 3 Fällen epileptische Anfälle und Dämmerzustände, in 2 Fällen Halluzinationen (in einem davon halluzinatorisch-paranoide Form). 1 Fall trat in Inguschetien auf mit hypochondrisch-nihilistischem Wahn und 2 Fälle in Tschetschnien. In diesen letzten Fällen wurde eine stark positive Wassermannsche Reaktion im Blute festgestellt, in einem ein Insult. Der Kranke starb nach 4 Tagen. Die gesamten Gehirnsyphilisfälle zeichnen sich durch atypischen bösartigen Verlauf aus (diffuse Intellektstörung, Vorhandensein von epileptischen Symptomen und Halluzinationen) und bieten große differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber der progressiven Paralyse.

Im allgemeinen haben wir eine zweifellose Zunahme von Neurosyphilis in den von uns erforschten Ortschaften festgestellt. Dagegen behauptete *Manssuroff* noch unlängst, daß er in den 25 Jahren des Bestehens des psychiatrischen Krankenhauses in Ordshonikidse „nur vereinzelte Fälle von Neurosyphilis gesehen“ habe. Im Zeitraum von 1922—1927 befanden sich im Krankenhaus 1 Fall von Taboparalyse und 1 Fall von Gehirnsyphilis.

*Epidemische Encephalitis* war durch 6 Fälle in Ossetien (4 Männer und 2 Frauen) und 1 Fall in Kabarda repräsentiert. Es sind zum größten Teil hyperdynamische Formen mit starker Aggressivität.

Fall 1. 17 Jahre, seit 3 Jahren krank, hatte in der letzten Zeit fortwährend Konflikte, erschoß einen Menschen und anderes; im Krankenhaus biß er einen anderen Patienten, einen Wärter, erschlug die Patienten, wenn sie schliefen oder eingewickelt lagen, machte mit anderen Patienten 2 Dietriche, drang in die Frauenabteilung, wo er versuchte an den Patientinnen Notzucht zu verüben, machte mehrere Selbstmord- und Fluchtversuche, setzte 2mal über den Fluß.

Fall 2. 14jähriges Mädchen, überstand im Alter von 9 Jahren Encephalitis, worauf sich das anethische Syndrom entwickelte, begann im Dorf herumzustreichen, alles, was ihr gefiel, bei anderen fortzunehmen, den Küken den Kopf abzureißen, wurde aufbrausend, versuchte den Nachbarn das Haus anzuzünden, „weil sie es ihr nicht recht gemacht“. Im Krankenhaus ist sie sehr aggressiv, beißt die Patienten, besonders wenn sie in der Wickelung sind.

Fall 3. 14jähriger Knabe, überstand vor 3 Jahren Encephalitis. Zwangslachen, monotone Sprache, starke Aggressivität. Gibt man ihm kein Scopolamin, so gerät er in starke Erregung, es treten „Wutanfälle“ nach dem Typus des *Furor epilepticus* und Dämmerzustände auf. Beim Herannahen eines solchen Anfalles bittet Patient, ihn zu binden oder ihm Scopolamin zu geben. Während des Anfalles verliert er das Bewußtsein, schreit, will fortlaufen, wirft sich auf alle; die Pupillen sind erweitert, die Zähne zusammengedrückt. Schaum am Munde, der Babinski-reflex positiv; diese Anfälle dauern gewöhnlich ungefähr 1 Stunde, wonach noch

einige Zeit mangelhafte Orientierung besteht, außerdem Retropulsität, Zerschlagenheit. Außerhalb der Anfälle ist er dienstfertig, höflich. Starb an tuberkulöser Sepsis. War 5 Monate im Krankenhaus.

Fall 4. 7jähriges Mädchen, überstand vor 3 Jahren Encephalitis. Somatisch Anisokorie, Strabismus div., schlaffe Pupillenreaktion; zudringlich, andauernd erregt.

Fall 5. Patient 23 Jahre; überstand vor 7 Jahren Encephalitis, das letzte Jahr hat sich, nachdem ihn die Verwandten geschlagen, der Zustand verschlimmert; Patient ist ausgesprochen aggressiv. 1 Fall bezieht sich auf Kabarda; der Kranke ist 19 Jahre alt, erkrankte mit 13 Jahren, wurde zudringlich, gehemmt.

In der Mehrzahl der Fälle sind schlechte materielle Bedingungen vermerkt, was möglicherweise eine Bedeutung für den Verlauf der Encephalitis hat. Eine sogar die epileptische übertreffende Aggressivität ist in allen Fällen vermerkt, auch erhebliche soziale Schwierigkeiten trotz unbedeutender somatischer Residualsymptome. In 2 Fällen sind außerdem epileptische Anfälle vermerkt, in 2 Fällen Veränderungen des Geschlechtstriebes, in einem Fall Hypersexualität, im anderen Hang zu Homosexualität.

Ferner sind 5 Fälle von *Tollwut* beobachtet worden, alle männlichen Geschlechts, 3 beziehen sich auf Ossetien, 2 auf Inguschetien. In 3 Fällen sind Hundebisse, in 2 Fällen Wolfsbisse festgestellt. Im ersten Fall hat ein in ein Haus eingedrungener Wolf 4 Menschen gebissen, die alle zugrunde gingen; der 2. Fall betrifft einen 24jährigen, von einem Wolf gebissenen Patienten; er wurde geimpft, doch zweimal wurde die Impfung auf kurze Zeit unterbrochen, und der Kranke starb unter Symptomen von Pan- und Hydrophobie. Der 3. Fall betrifft einen 9jährigen Knaben (von einem Hund in die Stirn gebissen), die Impfung begann am selben Tage; 2 Tage nach Beendigung derselben erkrankte er mit Symptomen von Hydrophobie und starb 1 Tag später. Von den 2 Fällen in Inguschetien betrifft der eine einen 14jährigen, von einem Hund gebissenen Knaben, die Impfung begann 4 Tage nach dem Biß und er bekam 21 Impfungen. Sogleich nach Beendigung des Kursus traten Hydro- und Ärophobiesymptome auf, er starb nach einigen Tagen. 2. Fall, 14jähriger Knabe, von einem Hund gebissen. Schlug ihn heimlich tot, entnahm das Gekröse und aß es auf, da er gehört hatte, daß dies helfe. Nach einigen Tagen wurden Hydro- und Ärophobiesymptome aufgewiesen. Delirium, Halluzinationen, kurze Zeit darauf Exitus.

Wir sehen also hier einen außerordentlich bösartigen Verlauf der Tollwut, es liegen Fälle vor, wo sogar systematische Impfungen keinen Erfolg hatten; im 3. von unseren Fällen läßt sich dies übrigens bis zu einem gewissen Grade durch die Lokalisation erklären (Biß in die Stirn).

Der 6. Fall stellt einen Fall von Pseudowut dar, der eine Tschetschenerin in Grosny betrifft und seinem Wesen nach zur Hysterie gehört. Die Patientin war von einem Hunde gebissen, wurde erregt, es traten Dämmerzustände auf, ihr intensives Bellen brachte die Nachbarshunde

in Aufruhr. Herzanfälle, Erbrechen, „Arcus“symptom, fortwährendes Schreien; sie ist krank, sie beißt, man soll sie halten. Nach einigen Tagen wurde sie ausgesprochen hypersexuell, onanierte, schrie dabei, daß sie ein Hund sei.

Eine besondere Stelle müssen die *Alkohol- und Involutionspsychoosen* einnehmen. Trotz der großen Verbreitung des Alkoholismus konnten wir nur 2 Fälle von *Alkoholpsychose* finden; einen bei einem Ossetinier, den anderen bei einem Tschetschnier, beide mit Alkoholwahn. Das gleiche, nämlich Fehlen von Psychoosen bei großer Verbreitung des Alkoholismus, wurde bei vielen Völkern festgestellt (*Pilez* u. a.; die letzten von *Vuié* angeführten Befunde betreffen Jugoslawien). Ebenso können wir die Abwesenheit von Involutionspsychoosen vermerken, obgleich besonders in Nordossetien die Anzahl der Greise groß ist; wir hatten nur einen Fall, der eher der Involutionshysterie beizuzählen ist.

Endlich die *gemischte Gruppe*, die kein bedeutendes Interesse bietet, sie ist in der Tabelle wiedergegeben; besonders erwähnt sei nur ein Fall von *Alterspsychose*, wo epileptische Anfälle vermerkt wurden.

Aus der Gruppe der funktionellen Krankheiten erwähnen wir zuerst das *manisch-depressive Irresein*. Diese Krankheit ist mit 4 Fällen vertreten, 2 Fälle in Ossetien, 2 Fälle in Kabardino-Balkarien, darunter 2 Männer und 2 Frauen im Alter von 14—53 Jahren. Es wurden ausschließlich manische Phasen beobachtet, bei denen in 2 Fällen Größenwahn und außerdem in allen motorische Erregung gefunden wurde; eine von den Patientinnen (Kabardienerin) schimpfte die ganze Zeit so, daß sie heiser wurde, und zwar russisch, wobei ihre ganze Kenntnis der russischen Sprache sich auf die Schimpfwörter beschränkte. Es muß bemerkt werden, daß nur in einem Fall Angaben dafür vorhanden waren, daß dies nicht der erste Krankheitsanfall war, weshalb die oben angegebene Diagnose (manisch-depressives Irresein) keine volle Sicherheit gewährt; es handelt sich wohl eher um einen manischen Zustand. Unter anderem wird das Überwiegen der manischen Zustände über die depressiven für eine ganze Reihe von außereuropäischen Völkern angegeben (*Pilcz*, für die Insel Java *Kraepelin*).

Auch im ganzen übrigen Material wurden beinahe keine depressiven Zustände, wie Versündigungswahn, Selbstmordideen und -versuche, hypochondrische Klagen gefunden. Das Fehlen von Selbstmorden ist auch bei der Bearbeitung der Neurosen vermerkt und hängt mit den sozial-historischen Bedingungen zusammen, wovon in der Einleitung die Rede war.

Hinsichtlich der Frequenz des manisch-depressiven Irreseins bemerkt *Kraepelin*, daß auf der Insel Java diese Psychose bei den Einheimischen seltener vorkommt als bei den dort lebenden Europäern. Umgekehrt behaupten *Skliar* und *Starikoff*, daß das manisch-depressive Irresein eine häufige Krankheit bei den wenig Kultur besitzenden Völkern sei und erklären dies durch eine primitive affektive Reaktionsform (köönnte

man auch mit solch einer Formulierung einverstanden sein, so ließe sich doch eine affektive Art des Reagierens nicht mit manisch-depressivem Irresein identifizieren). In unserem Material ist auch dieser Satz nicht bestätigt. Während für Deutschland (nach *Vuié*) das Verhältnis des manisch-depressiven Irreseins zur Schizophrenie 23 : 77% ausmacht, für das frühere Rußland 25 : 75, erhalten wir ein Verhältnis von 6 : 94. Während *Plaut* die Schizophrenie für die Psychose zurückgebliebener Völker ansieht, bringen andere Autoren die Zunahme der Schizophrenie mit der Zunahme der Kultur in Zusammenhang; die Unklarheit dieser ganzen Frage ist von *Lange* gut und vorsichtig charakterisiert.

In die Gruppe *Hysterie* sind selbstverständlich nur schwere Fälle aufgenommen, im ganzen 8 Fälle, davon 4 Fälle von reiner Hysterie, 1 Fall von Involutionshysterie, 2 Fälle von Hysteroepilepsie und 1 Fall von Hysterie mit psychasthenischem Syndrom, und zwar 5 Frauen und 3 Männer im Alter von 15—35 Jahren, darunter 7 Ossetinier und 1 Inguschetier, alle mit Bildung, leben in Ordshonikidse. Die Hysterie verläuft hier nach dem „extravertierten“ Typus, in 5 Fällen hysterische Anfälle mit Selbstverletzungen usw., in 1 Fall Lähmungen (in diesem Fall sind ebensolche Lähmungen bei Bruder und Schwester vermerkt), in 1 Fall hysterische Dämmerzustände. Interessant ist zu bemerken, daß einer von diesen Fällen dem Krankenhaus vom Nothilfearzt mit Tollwutdiagnose überliefert wurde. Besonderes Interesse bietet ein Fall, bei dem hysterische Anfälle im Stil *Charcots* mit epileptischen Anfällen kombiniert waren (eine große Anzahl solcher Fälle beobachteten wir in Dagestan). Er bezieht sich auf eine 19jährige Inguschetin, die mit 14 Jahren einen 50jährigen heiratete. Mit 18 Jahren stellten sich die Anfälle bei ihr ein. 3 Monate vorher war eine der Frauen des Mannes von ihrem 13jährigen Sohn mit einem Revolver erschossen worden; die Patientin und ihr Mann wurden wegen Verdachts der Aufwiegelung zu diesem Mord verhaftet.

In die nicht ganz scharf umgrenzte Rubrik der „*reaktiven Psychosen*“ gehören 7 Fälle (die übrigen 2 Fälle sind von uns „umdiagnostiziert“ und der Hysterie beigezählt). 5 bei Ossetinern, 1 in Tschetschnien, 1 in Kabardino-Balkarien, 5 Männer, 2 Frauen im Alter von 23 bis 30 Jahren. Hier sind kurzdauernde Störungen, von einigen Tagen bis zu 2—3 Wochen, notiert, mit charakteristischer Symptomatologie (verwirrtes Bewußtsein, Desorientierung, in 2 Fällen mit Halluzinationen), überall konnte man psychische Traumen nachweisen. Einer dieser Fälle, mit Autismus, Stereotypie, Manieriertheit nähert sich den schizoiden Reaktionen.

Von *traumatischer Neurose* sind nur 3 Fälle aufgenommen worden, obgleich die Bevölkerung dieses Gebietes aktiv in den Krieg mithineingezogen war. Diese Tatsache, sowie auch die Abwesenheit von Involutionspsychosen, sind wir geneigt mit den Bedingungen der historischen Entwicklung zu erklären, von denen in der Einleitung die Rede war.

Die *Grenzzustände* sind durch 5 Fälle von *Psychopathie* repräsentiert, 4 bei Ossetiniern, 1 bei Inguschetiern, darunter 4 Männer und 1 Frau im Alter von 24—31 Jahren. 4 Psychopathen gehören zum epileptoiden Typus, 1 Fall ist gemischt-schizoepileptoid; in allen Fällen sind Morde oder Mordversuche vorgekommen.

Wenn wir diese Befunde denen bei der Neurosenzählung gegenüberstellen, sehen wir, daß bei den Psychosen diejenigen Krankheitsäußerungen vorherrschen, die sich mit dem Begriff der Extravertierung umfassen lassen, d. h. mit impulsiven, aggressiven Symptomen usw. Diesem entgegengesetzt ist bei den Neurosen der Akzent auf der Intravertierung, teilweise auf den depressiven Reaktionen. Diesen Unterschied sind wir geneigt vor allem durch den hier vorhandenen Unterschied in der sozial-historischen Lage der Männer und Frauen zu erklären. Während im Neurosenmaterial die Frauen stark überwogen, machten bei den Psychosen die Männer 75% des ganzen Materials aus. Außerdem liegt hier eine ausdrückliche Auswahl vor; ins Krankenhaus gelangen die unruhigeren, während die „depressiven“ Intravertierten zu Hause bleiben.

Zum Schluß ist es angebracht, sich bei der Frage der Deutung und der differentialdiagnostischen Bewertung einzelner Symptome aufzuhalten. Unser Material bestätigt aufs neue, wie schwer, ja unmöglich es ist, ein Symptom ohne Kenntnis des Milieus, der Lebensweise, des Berufes des Patienten zu beurteilen. Im Material der Nationalgebiete tritt dies noch anschaulicher und deutlicher zutage. So ist eine Reihe der sog. hysterischen Symptome, wie Selbstverletzungen, wenn die Patientin sich das Haar reißt usw., mit den Sitten und Gebräuchen verknüpft; uns wurde die folgende Erklärung gegeben: „Es ist angemessen, sich beim Tode eines Verwandten so zu benehmen“ usw. Besonders belehrend ist ein Fall, den wir hier etwas ausführlicher beschreiben wollen.

Patientin 34 Jahre alt, Ossetinierin, 11 Jahre verheiratet, Mitglied einer kollektiven Landwirtschaft. Im Pubertätsalter erschrak sie heftig als die Menstruation eintrat, überstand einen psychotischen Anfall, der ungefähr 3 Monate anhielt; es war ein Angstgefühl, unbekannte Menschen sahen von den Wänden auf sie herab, zeitweise empfand sie sich als gestorben, im Sarge liegend; der Geistliche kam, schlachtete einen Hahn, entnahm sein Blut und am 4. Tage besserte sich ihr Zustand. Die letzten Jahre, jedes Jahr im Frühling, während 3—4 Wochen Anfälle von Depression, zuweilen mit starker Erregung verbunden, nach dem Typus der „aufgeregten Melancholie“; reißt sich das Haar, läuft auf dem Hof herum usw., „spricht keine Dummheiten“ (Zeugnis des Mannes). In der Zwischenzeit vollständige Genesung. Der letzte Anfall ist bei dem Tode der 9jährigen Tochter aufgetreten. Patientin behauptet im Dorf ein der Tochter ähnliches Mädchen gesehen zu haben, ist beinahe sicher, daß es dasselbe war. Auf die Frage, warum sie sie nicht angeredet, antwortet sie: „Ich befand mich wie in einer anderen Welt, von den anderen Menschen ganz isoliert, und konnte darum nicht sprechen; auch jetzt scheint es mir, daß ich aus einer anderen Welt zurückgekommen, in mir lebt nicht mehr als ein Drittel. Ich bin gestorben, aber der Geistliche hat mich auferweckt“. Auf die Frage, welcher Geistliche, erweist es sich, daß es ein „großer, weißgekleideter“ im Krankenhaus war, der ihr auch den Kopf streichelte. Auf der Fahrt

ins Krankenhaus bemerkte sie, daß auf dem Kirchhof jetzt keine Gräber mehr seien, da alle auferstanden; sie selbst sei auch auferstanden, wie lange sie tot war weiß sie nicht. Zeitweise Selbstmordgedanken. Im Krankenhaus wies sie zuerst die Nahrung zurück, weil das Essen ihr wie Exkreme vorkam, der Tee wie Urin, in der Suppe sah sie Nägel, Finger. Hieß den Arzt gleichzeitig für den Arzt und für einen ihrer Verwandten, nennt den Familiennamen ihres Mannes richtig und zu gleicher Zeit anders.

Somatisch: Ein ein wenig maskuliner Habitus, ungenügend entwickelte Brüste, unregelmäßige Menstruationen. Patientin ist zugänglich, in affektiver Hinsicht vollwertig. Eine Reihe von Symptomen, die auf den ersten Blick mit dem „europäischen“ Maßstab gemessen zur Diagnostik der Schizophrenie führen könnten, finden ihren Platz im Rahmen der Tradition, der Lebensregeln, der Sitten, so z. B. das eigenartige „Spaltungssymptom“, wenn die Patientin zur selben Zeit den Arzt für den Arzt und für den Geistlichen hält. Eine Reihe von Symptomen ist mit der „Auferstehung von den Toten“ verknüpft, hat ihre Wurzeln in der Tradition, die Verstorbenen im Gedächtnis aufzuerwecken usw. Alles dies veranlaßte uns, in unserem Fall von der von uns gestellten Schizophreniediagnose abzustehen und eine eigenartige periodische Psychose des manischdepressiven Typus anzunehmen, bei welchem trotz der 10 überstandenen, sich jeden Frühling wiederholenden Anfälle kein Schatten von Degradation vorhanden war, die Affektivität war vollwertig geblieben. Das herannahende Klimax veränderte die Qualität des letzten Anfalles, indem es ihm einen schizophrenieähnlicheren Charakter verlieh. In einer Reihe von anderen Fällen sahen wir dieselben Symptome. So hieß ein Patient den Assistenzarzt für seinen Bruder, ein anderer den Oberarzt für seinen Verwandten, einem Patienten schien der Geistliche gleichzeitig auch ein Mitglied des kommunistischen Jugendbundes zu sein. Es ist interessant, auch die affektiven Momente vom Standpunkt der Sitten und Gebräuche zu bewerten. So beschrieb uns ein sehr gebildeter Inguschetier ausführlich den emotionalen Zustand bei Verübung der Blutrache; er erklärte mit voller Überzeugung, daß hier von Emotion überhaupt keine Rede ist -- das ist ein Akt der Pflicht, der Tradition, er wird mit „kaltem Verstand“ ausgeführt. In unserer Arbeit mit dem Dolmetscher stießen wir auch auf eigenartige, einer Entzifferung bedürfende Symptome. So bemerkten wir nicht selten, daß das, was der Kranke sehr ausführlich über sich erzählte, vom Dolmetscher in einigen Worten wiedergegeben wurde. Anfangs waren wir geneigt, dies der schlechten Qualität der Übersetzung zuzuschreiben, doch in der Folge erwies es sich, daß das lange Gerede des Kranken sich dadurch erklärt, daß er um eine an ihn gerichtete Frage zu beantworten, die ganze mit der gegebenen Frage verknüpfte Situation aufdecken muß, die sich nicht direkt auf die Frage bezieht; der Dolmetscher hieß sich für berechtigt, diese überflüssigen Details wegzulassen.

Schon das angeführte, relativ geringe, seiner Pathoplastik nach sehr farbenreiche Material, zeigt, was für ein Schatz die vergleichend-

psychiatrische Forschung für uns ist (vgl. *Lange*). Es unterliegt keinen Zweifel, daß ein weiteres Studium uns der Lösung der Hauptprobleme der Pathogenese und Ätiologie näher bringen wird. Dies ist der 1904 von *Kraepelin* vorgezeichnete Weg.

### Schlüsse.

1. Alle außerhalb der Nationalgebiete vorkommenden psychischen Krankheiten sind dieselben wie die, welche wir bei den nordkaukasischen (Nordossetien, Inguschetien, Tschetschnien, Kabardo-Balkarien) Völkerschäften beobachteten. Die Verschiedenheit liegt hauptsächlich in der Pathoplastik und besteht in der Eigenart der Symptomatik, des Verlaufes, teilweise des Ausgangs, und nur historisch betrachtet läßt sich diese Eigenart begreifen.

2. Die größte Verbreitung unter allen Psychosen hat die *Schizophrenie*, die sich durch Vorwiegen der katatonen Form auszeichnet; in der Symptomatologie sind auffallend die Armut der sprachlichen Produktion und der Wahnvorstellungen und die relativ seltenen Halluzinationen. Der Verlauf ist trotz des Vorherrschens der prognostisch günstigen katatonen Form ein bösartiger, der festgestellte Prozentsatz der Verblödungen und Todesfälle ist hoch.

3. An der zweiten Stelle steht die *Epilepsie*, die sich durch Häufigkeit der Dämmerzustände auszeichnet, und von Desorientierung, Halluzinationen, Hyperkinesen begleitet ist. Das Symptom der übertriebenen Religiosität bedarf einer Nachprüfung hinsichtlich seiner Häufigkeit und seiner Bewertung als Krankheitszeichen bei Epilepsie. Der ungünstige Verlauf ist teilweise durch die athletische Konstitution zu erklären.

4. Neben Schizophrenie und Epilepsie sind 5 Fälle von gemischter Psychose, „*Schizoepilepsie*“, festgestellt, bei denen in einem das katatonen Syndrom sich im weiteren Verlauf zur Epilepsie gesellte, in den übrigen fand die umgekehrte Relation statt. Solche Fälle sind eine große Seltenheit. Ihre beträchtliche Zahl in unserem Material sowie auch die große Zahl der Epilepsie überhaupt ist vor allem durch die sozialhistorischen Bedingungen und durch die dadurch entstandenen Besonderheiten der Motorik, der starken Affektivität und Impulsivität, dann aber auch durch die klimatischen Verhältnisse zu erklären. Ein die Schizoepilepsie begünstigendes Moment ist in unserem Material auch das Vorherrschen der katatonen, ihrem Charakter nach eher zu motorischen Entladungen neigenden Form der Schizophrenie sowie auch die Beimischung von Athletismus in der Konstitution. Fördernde Momente sind auch die Häufigkeit der Verwandtenehen, die geographischen und speziell die meteorologischen Verhältnisse. Eine bedeutende Stelle nimmt in dem Material der exogene, dem *Bonhoefferschen* nahe Reaktionstypus ein, der gewissermaßen eine universelle Reaktion des

Organismus auf Schädlichkeiten hat, bei welcher die komplizierteren Reaktionen der Persönlichkeit in den Hintergrund treten

5. Unter den Infektionskrankheiten bietet die *Neurosypphilis* großes Interesse. Die 5 nachgewiesenen Fälle von *progressiver Paralyse* bestätigen die Voraussetzung ihres Zusammenhangs mit der „Europäisation“, sämtliche Patienten sind Stadtbewohner, Angestellte, mit Bildung. Die Krankheit selbst zeigt eine Reihe von Besonderheiten; es dominiert die expansive Form mit Größenwahn, epileptischen Anfällen. Die Fälle von *Lues cerebri* sind durch atypische Züge charakterisiert, und zwar durch diffuse Intellektstörung, Vorhandensein von epileptischen Anfällen, Halluzinationen und bösartigem Verlauf. Dies alles erschwert die Differentialdiagnose gegenüber der progressiven Paralyse.

6. *Epidemische Encephalitis* ist vorzugsweise durch die hyperdynamische Form repräsentiert, ist nicht selten von Anfällen begleitet und zeichnet sich durch ausgesprochene Aggressivität aus.

Die *Tollwut* zeichnet sich hier durch einen ausschließlich malignen Verlauf aus, wobei sogar rechtzeitige Impfung nicht immer Rettung brachte.

7. Trotz der großen Verbreitung des Alkoholismus (dies bezieht sich besonders auf Nordossetien) finden wir beinahe keine *Alkoholpsychosen*. Auch *Involutionspsychosen* wurden von uns nicht beobachtet.

8. Das *manisch-depressive Irresein* ist nur durch manische Phasen repräsentiert, mit Größenwahn, sprachlicher und motorischer Erregung. Hier wie im ganzen übrigen Material sind beinahe keine depressiven Zustände festzustellen, kein Versündigungswahn, keine Selbstmordversuche.

9. *Hysterie* ist hauptsächlich durch den extravertierten Typus vertreten. Die *reaktiven Psychosen* zeichnen sich durch verwirrtes Bewußtsein, Desorientierung, Halluzinationen aus.

*Traumatische Neurosen* sind nur in sehr beschränkter Zahl vermerkt, obwohl die Bevölkerung aktiv in den Krieg verwickelt war. Diese Tatsache, wie auch die Abwesenheit von *Involutionspsychosen* lässt sich mit der in den Bedingungen der historischen Entwicklung ausgearbeiteten emotionellen Standhaftigkeit erklären.

10. Großes Interesse bietet der Vergleich der Psychosen, bei denen die „extravertierten“ Äußerungen dominieren, mit dem Neurosenmaterial der Zählung, bei dem die „intravertierten“, zum Teil depressiven Formen vorherrschen. Diese Verschiedenheit ist vor allem mit der sozialhistorischen Lage der Männer und Frauen in Zusammenhang zu bringen; bei den Psychosen waren es vorzugsweise Männer, bei den Neurosen Frauen.

11. Die richtige Deutung und die differentialdiagnostische Bewertung der einzelnen Symptome, an die man unter Berücksichtigung der gesamten sozialen Struktur und der ganzen Lebensart dieser Völker herantreten muß, bietet manche Schwierigkeiten.

---