

(Aus den Kuranstalten Westend, Berlin-Charlottenburg.)

Das psychiatrische Krankheitsbild der Pubertätsmagersucht.

Von

JÜRGE ZUTT, Würzburg.

(Eingegangen am 18. Februar 1947.)

Wer Gelegenheit hatte, mehrere Fälle von Pubertätsmagersucht zu sehen und zu untersuchen, für den kann wohl kein Zweifel darüber sein, daß hier ein psychiatrisches Problem vorliegt. Auch aus der gar nicht kleinen im wesentlichen internistischen Literatur, insbesondere aus den dort mitgeteilten Krankengeschichten gewinnt man diesen Eindruck. Eine zusammenfassende psychiatrische Bearbeitung fehlt aber bisher. In der klinischen Wochenschrift¹ habe ich das Ergebnis meiner eigenen Erfahrungen mit solchen Krankheitsfällen — ich habe im Laufe der Jahre etwa 20 Fälle kennen gelernt — kurz zusammengefaßt. Im Nachfolgenden möchte ich das Thema in der für einen psychiatrischen Leserkreis gebotenen Ausführlichkeit zur Darstellung bringen, insbesondere 6 Krankengeschichten mitteilen, aus denen sich auch derjenige ein Urteil zu bilden vermag, dem derartige Fälle bisher nicht begegnet sein sollten.

1. Agnes Ka. Die 24jährige Pat. kam aus eigenem Antrieb in die Sprechstunde, aus Arztbedürfnis. Sie ist die Tochter eines Schrankenwärters in der Gegend von Hannover. Der Vater war 75 % kriegsbeschädigt. Früher habe er sehr viel Schnaps getrunken zu Hause für sich allein. Er war oft betrunken, so daß die Mutter und die Kinder viel unter ihm zu leiden hatten. Im Jahre 1940 erhängte er sich. Die Kinder hielten alle zur Mutter, die sehr gut zu ihnen war. Die Mutter wird als kräftige, vergnügte Frau geschildert. Man müsse sich eigentlich darüber wundern, daß sie bei dem schweren Leben noch so gut auf dem Posten sei. Es waren im ganzen 8 Kinder da, von denen 3 klein starben. Die Älteste ist seit 12 Jahren in der Heil- und Pflegeanstalt in Lüneburg als Pflegerin. Sie war einmal eine kurze Zeit verheiratet, ließ sich dann scheiden und wird jetzt wieder heiraten. Die zweite Tochter ist sehr gut verheiratet, hat 2 Kinder, der Mann ist im Felde. Die Pat. ist die Dritte. Dann kommt ein Bruder, der gesund, im Kriege Soldat war. Die jüngere Schwester ist 16 Jahre alt und lernt noch.

Die Pat. war als Kind gesund bis auf Masern, Scharlach und eine mit 12 Jahren zuerst seitdem zeitweilig bis heute immer wieder auftretende Schuppenflechte. Sie erzählt, daß sie gut und gern gelernt habe, die beste Schülerin gewesen sei; für Erdkunde, Rechnen, Singen und Turnen habe sie das meiste Interesse gehabt. Sie erzählte selbst mit lebhaftem Affekt von ihren Erfolgen, die sie in Sportwettkämpfen hatte. Sie hat nie mit Puppen gespielt, lieber im Freien mit dem Bruder zusammen Fußball. In diesem Zusammenhang sagt sie: „das vorausgesetzt: Für Kinder habe ich nie Interesse gehabt“. Die Mutter bestätigte die

¹ ZUTT, JÜRGE: Klin. Wschr. 1946, H. 1/4.

Angaben der Pat. Sie habe eine normale unauffällige Entwicklung unter den Geschwistern genommen, sei ausgeglichen, heiter gewesen und eine gute Esserin. Besonders gern aß sie Süßes und Kuchen. Sellerie mochte sie nicht. Vor der Krankheit sei sie etwas dick gewesen, das liege in der Familie der Mutter. Entsprechend der sozialen Stellung der Familie war sie bis auf eine Reise mit der Mutter zur Tante im Rheinland immer zu Haus. Mit 12 Jahren fing die Menstruation an, sie war schwach und kam alle 3 Wochen.

Mit 15 Jahren trat die Pat. ihre erste Stellung als Hausgehilfin bei einem Viehhändler in B. an, sie machte dort Hausarbeit und Arbeiten auf dem Felde. Sie war gern dort, und es ging das erste Jahr alles sehr gut. Als sie 16 Jahre alt war, begann eine störende Obstipation. Sie sprach mit der Frau des Viehhändlers darüber, die ihr riet, Abführmittel zu kaufen und einzunehmen, was sie auch tat. Es half aber nicht viel, sie war oft tagelang obstipiert. Sie hatte dabei aber Hunger und aß genau so viel und gern wie sonst. Sie wog 125 Pfund und wäre gern ein bißchen schlanker gewesen, aber sie hat es nie fertig gebracht, deswegen zu hungern. Gegen Ende des 16. Lebensjahres hatte die Pat. häufig Kopfschmerzen, sie hatte keine rechte Lust mehr zur Arbeit und mußte sich furchtbar quälen, um das zu erledigen, was gerade zu tun war. Zur selben Zeit wurde die Periode schwächer und setzte zuweilen ganz aus. Sie gab ihre Stellung auf, nahm eine andere an, wo die Arbeit leichter war, und blieb dort $2\frac{1}{2}$ Jahre. Der Zustand blieb im ganzen genommen der gleiche, sie mußte die meiste Zeit Abführmittel nehmen, immer wenn sie stärker obstipiert war, setzte die Periode aus. Es gab nur kleine Zeitspannen, in denen es ihr besser ging. Im August 1939 wurde sie eingezogen in eine Munitionsfabrik nach Münsterlager. Sie war sehr gern dort, fand die Arbeit interessant und das Leben mit vielen anderen Mädchen im Arbeitshaus machte ihr viel Freude. Nachdem ihre Verpflichtung von $\frac{1}{4}$ Jahr herum war, setzte sie alle Hebel in Bewegung, um dort noch länger bleiben zu können, was ihr aber abgeschlagen wurde. Sie hat in dieser Zeit an Gewicht zugenommen. Anschließend ging sie für $\frac{1}{4}$ Jahr nach Haus, um für den Vater und die jüngere Schwester zu sorgen. Die Mutter war während dieser Zeit verreist bei der zweitältesten Tochter, die ein Kind bekam. Die Zeit sei schwierig gewesen, der Vater habe viel Streit in der Familie verursacht und viel getrunken. Nach der Rückkehr der Mutter beschloß die Pat. nach U. zu gehen. Sie hatte in der Nachbarschaft von U. einen Freund und wollte gerne in dessen Nähe sein. In U. nahm die Pat. eine Stellung bei einem Zuckerfabrikanten an. Sie erzählt, daß sie die Arbeit mit wenig Freude angefangen habe, sie sei auch in der Wahl der Stellung unentschlossen gewesen, habe nicht so recht gewußt, was sie eigentlich wollte. Sie habe sich aber dann ganz gut in die Stellung hineingearbeitet.

Es habe dann in U. 1940 eine merkwürdige Störung angefangen: sobald sie gegessen habe, habe sich der Leib aufgebläht, so daß sie ihre Kleider habe aufmachen müssen, sie habe das Gefühl gehabt, als ob sie platzen müsse. Das sei von Tag zu Tag schlimmer geworden. Sie habe sehen können, wie sich der Darm unter der Haut bewege. Zwischen Darm und Haut habe sie überhaupt kein Gefühl gehabt. Dann habe das Hungergefühl aufgehört. Sie habe tagelang herumlaufen können, ohne daß sie flau wurde. Sie habe sich nur noch dann wohl gefühlt, wenn sie nichts gegessen hatte, „dann war ich leichter“. Sie hatte ungern einen Druck auf dem Leib, am liebsten gar keine Bekleidung darauf. Die Pat. nahm dann an Gewicht ab. Sie wiegt jetzt ungefähr 108 Pfund, hat also in der Krankheit 17 Pfund abgenommen. Sie habe aber keine Freude an dem Schlankwerden gehabt, sie wäre lieber dick gewesen, als solche Beschwerden aushalten zu müssen. Es wurden ihr von einem Arzt Abführmittel verschrieben, die sie in einem solchen Maße nahm, daß sie Durchfälle bekam.

Sie blieb dann bis Oktober 1941 in der Stellung, bekam dann vom Arbeitsamt mit Rücksicht auf ihren Gesundheitszustand nach vertrauensärztlicher Untersuchung eine leichtere Arbeit bei der Kleinbahn in Lüneburg vermittelt, wo sie Büroarbeiten machte. Sie wohnte zu Hause. Sie fuhr jeden Morgen mit der Bahn zur Arbeit. Sie empfand die Arbeit als sehr anstrengend, es habe sie viele Nerven gekostet. Ihr Zustand blieb in der ganzen Zeit immer ungefähr der gleiche. Sie berichtet uns darüber bereitwillig und lebhaft, ja geradezu gesprächig und mit natürlicher Ausdrucksfähigkeit das Folgende, wobei sie spontan die Schwierigkeiten mit dem Essen in den Vordergrund stellt: Sie habe gar keinen Appetit mehr, das Essen sei ihr ganz egal, sie habe gar keine Freude mehr daran und trotzdem müsse sie immer daran denken. „Ich kriege den Gedanken an das Essen nicht aus dem Kopf, auch wann ich lese, ist der Gedanke an das Essen immer dazwischen“. Nur durch das dauernde „an das Essen denken müssen“ käme dann ein ungeheures Verlangen nach dem Essen, das aber kein Hungergefühl sei, kein Appetit. Gleichzeitig widerstehe ihr das Essen auch, weil sie davon einen aufgeblähten Leib bekomme. Wenn sie sich nach dem Essen hinstelle, dann könne sie genau sagen, wo im Leib das Essen sitze, sie habe dann an der Stelle ein Gefühl, als wenn das Kreuz ganz hohl sei und der Leib ganz hoch, und es sei dann ein Gefühl, als wenn der Darm gar nicht mehr mit dem Körper verbunden wäre. Zur gleichen Zeit übrigens, als die Beschwerden im Leib anfangen, sei auch der Hals immer dicker geworden und ganz stramm. „Je dicker mein Leib wurde, desto weniger Willenskraft hatte ich, je weniger Auffassungsgabe, als wenn alles zerriß, als wenn alles durcheinander ist, als wenn ich halb tot bin, gar nicht mehr auf der Welt bin. Je mehr ich esse, je mehr auf die Verdauung und auf das Unwohlsein geachtet wird, je mehr sterbe ich ab, am besten wäre, wenn alles wegblicke, dann wäre mir besser“. Sie habe schon oft darüber nachgedacht, es sei eigentlich ein direkter Selbstmord, den sie da mache, wenn sie esse, werde das mit dem Leib immer schlechter, der Darm gehe dann immer mehr aus dem Leib heraus. Wenn sie aber gar nichts esse, dann werde sie langsam verhungern. Die Frage, ob sie manchmal in der Speisekammer esse, bejaht sie lebhaft, warum eigentlich, das wisse und begreife sie nicht: „Ich muß einfach in die Speisekammer gehen und etwas essen und was merkwürdig ist, immer heimlich.“ Sie verstehe nicht, wieso es zu dem Verlangen nach Heimlichkeit komme. Es ist ihr unerträglich, wenn ihr zuredet wird. Sie sei dann schon sehr oft grob gegen ihre Mutter geworden, habe ihr deshalb „viel an den Kopf geworfen“. „Ich sage meiner Mutter, sie soll mir nichts vorstellen zum Essen, und ich selbst kann mich nicht beherrschen.“ „Wenn wir Besuch haben, setze ich mich an den Tisch, esse ein Stück Kuchen, und wenn ich dann rausgehe, gehe ich in die Küche und fange dort an zu essen, es gibt gar kein Maß.“ Ich würde am liebsten gleich früh morgens vom Bett in die Speisekammer gehen und essen, ich hab schon einmal — ob Sie es glauben oder nicht — ein ganzes $\frac{1}{4}$ Pfund Butter hintereinander aufgegessen, ich weiß, das ist verrückt, aber es ist, als ob man richtig verfallen oder verkauft wäre. Dann lege ich mich hin und schlafe ein paar Stunden. Wenn ich Fett zu mir nehme oder Butter wird mir immer schlecht. Die zu Hause verstehen das alle nicht.“ „Wenn ich sehe wie die anderen essen, muß ich mich so zusammenreißen, daß das Herz anfängt zu klopfen, dann denke ich immer: Könnte ich doch auch so mitessen, darum gehe ich auch immer raus, wenn die anderen essen.“ Als die Pat. im letzten Herbst noch einmal in einer Fabrik arbeitete, wohnte sie im Lager in einem kleinen Raum mit einer anderen Arbeiterin zusammen, mit der sie gut stand. Sie hatte sich als Ausnahme erwirkt, nicht an der Gemeinschaftsverpflegung teilnehmen zu müssen. Sie berichtet, daß sie ihre Karten alleine gehabt habe und sich alles darauf gekauft

habe, was es gab; das habe sie dann in ihr Spind eingeschlossen. „Ich mußte dann jeden Moment, wenn ich von der Arbeit weg konnte, an das Spind gehen und etwas essen.“ Auf die Frage, ob sie auch aus dem Spind der Freundin etwas genommen habe: „Wenn sie mir etwas angeboten hat, habe ich gedankt, aber 5 Min. später, wenn sie aus dem Zimmer heraus war und das Essen unverschlossen stehen ließ, habe ich davon genommen.“ Auf die Frage, ob sie jetzt in Berlin bei ihrer Kusine auch Essen aus der Speisekammer nehme: „Zum Glück hat meine Kusine nicht viel, da kann ich nicht viel holen — Eingemachtes hat sie nicht — da muß ich sehr vorsichtig sein. Am liebsten gehe ich den ganzen Tag nicht nach Hause, da komme ich nicht in Versuchung.“

Die Mutter, die einen natürlich-besorgten Eindruck macht, ergänzt diese Angaben: „Sie ißt in unserer Gegenwart nichts, höchstens mal ein Stückchen Kuchen oder sie trinkt mal was, aber die Mahlzeiten nimmt sie nie mit uns ein. Man darf nicht für sie decken.“ Als die Mutter einmal sagte, man müsse doch essen, habe die Pat. geantwortet: „Das ist bei gesunden Menschen so, bei mir ist das anders, ich werde immer kränker, wenn ich esse.“ Als die Pat. in dem Rüstungsbetrieb war, fuhr die Mutter einmal hin und wollte ihr ein bißchen Butter in das Spind legen, als die Pat. das merkte, wurde sie böse und fing an zu weinen: Man solle ihr doch helfen. Anstatt ihr zu helfen, wolle man nur, daß es noch schlechter würde. Sie warf der Mutter die Butter wieder hin. Einen Widerspruch in diesen Dingen könne sie nicht ertragen, sie werde dann auch grob gegen die Mutter. Auch wenn man ihr sage, daß doch von dickem Hals und Leib nichts zu sehen sei, werde sie gereizt. Über die Heimlichkeiten darf zwischen Mutter und Tochter gar nicht gesprochen werden. Die Tochter sagt sogar, sie sei unsicher, ob die Mutter von dem heimlichen Essen wisse. Das Essen hat bei der Kranken offenbar etwas zwanghaftes: „Ich nehme mir vor, wenn ich von einem Gang nach Hause komme, werde ich nicht essen, dann komme ich nach Hause, habe noch nicht den Mantel aus, dann war ich schon in der Speisekammer, es war aber ganz egal was es war, ob es eine trockene Kartoffel war, ich mußte eben etwas essen.“ Sie habe sich auch schon vorgenommen, morgens nur Haferschleim zu essen und bis mittags gar nichts, „aber ich habe es noch nicht einmal fertig gebracht. Dann müßte ich schon den ganzen Tag fort sein und gar nichts mitnehmen, wenn ich etwas mitnehme, dann esse ich es schon in der Eisenbahn auf.“

Sehr deutlich ist eine allgemeine Lustlosigkeit: „Ich würde direkt lügen, wenn ich sagen würde, daß ich mich an etwas freue. Freude am Leben habe ich überhaupt nicht mehr. An Theater und Kino habe ich keinen Spaß, das strengt mich alles viel zu sehr an.“ Sie gehe nur dahin, „um mal von den ewigen Essengedanken abzukommen“. Beziehungen zu anderen Menschen habe sie aufgegeben. Sie sage sich, das habe keinen Zweck. Am liebsten möchte sie mit keinem Menschen in Verbindung stehen. „Wenn ich heute sagen würde, ich liebe einen Menschen, dann würde ich lügen. Ich kann überhaupt nicht mehr lieben, das läßt mein Empfinden nicht mehr zu.“ Mit einem Blick auf die daneben sitzende Mutter sagt sie: „Von Liebe meinerseits kann auch zu Hause kein Mensch mehr reden“. Es berühre sie auch nichts mehr, die Kriegereignisse berührten sie nicht. Neulich sei sie des Nachts stundenlang allein auf der Landstraße gegangen. Früher habe sie das geängstigt, jetzt mache ihr das gar nichts. Eigentümlich absprechend kritisch spricht sie von einem Freund, mit dem sie vor kurzem gebrochen hat (sexuelle Beziehungen werden in Abrede gestellt). „Er war mir eben zu ruhig, saß den ganzen Tag da, er war mir zu langweilig. Ich weiß, daß ich selber so bin, aber von anderen Menschen verlange ich, daß sie anregend und interessant sind. Wenn wir durch die Straßen gingen, sagte er kein Wort, wenn ich mit ihm in eine Gesellschaft ging, mußte ich mich ja genießen.“

Am schlechtesten fühle sie sich des Morgens, abends werde alles ein bißchen leichter. Der Schlaf sei gut, sie habe aber unangenehme Träume, oft von ihrem toten Vater. Das Unwohlsein ist in den letzten Jahren nur ganz vereinzelt und schwach aufgetreten. Sie klagt über starkes Frieren: Sie friere immer sehr, habe gar keine Empfindung mehr dafür, die Beine seien meistens bis oben herauf kalt, auch habe sie immer kalte Hände. Wenn sie sich morgens ganz mit kaltem Wasser abwasche, merke sie gar nicht, daß es besonders kalt oder unangenehm sei.

Die Kranke war im Laufe der Jahre in verschiedener ärztlicher Behandlung. Im Anschluß an einen Suicidversuch mit Schlaftabletten kam sie in die Hamburger Psychiatrische Klinik. Dort nahm man eine Insulinkur vor, danach wurde eine Elektroschockkur begonnen, die jedoch durch die vorzeitige Entlassung der Pat. unterbrochen wurde. Die Diagnose lautete: „Hypochondrische Depression“. In der Universitätsfrauenklinik diagnostizierte man eine Ovarialinsuffizienz mit starken funktionellen Störungen. Eine Änderung des Zustandes oder des Befindens wurde durch die verschiedenen Behandlungen nicht erzielt.

Die Mutter meint, es wäre insofern eine Besserung eingetreten, als die Kranke von sich aus nicht mehr so viel von ihren Beschwerden spreche. Sie halte sich sehr für sich allein, sei häuslich und beschäftige sich den ganzen Tag, helfe im Hause, halte sich ihre Kleider in Ordnung, mache sich auch etwas Neues. Die Kranke selbst sagt, am ehesten habe sie noch Freude daran, sich nett anzuziehen: „Meine Sachen sind immer noch sehr gut in Schuß, meine Sachen kommen immer in erster Linie dran, ich habe eben nur insofern nicht mehr recht Spaß daran, weil mir alles zu eng geworden ist“. Zuweilen, berichtet die Mutter, könne sie auch ganz lustig sein, mit der jüngeren Schwester heruntanzten, es sei aber sehr wechselnd.

Körperlich handelt es sich um ein ganz kräftig gebautes Mädchen, das seinem Alter entsprechend aussieht. Sie ist durchaus nicht etwa mager, hat auffallend cyanotische Finger und Hände und eine nicht besonders trockene Haut mit einzelnen Schuppenflechtenstellen. Die Pupillen sind rund, mittelweit, reagieren prompt und ausgiebig auf Licht und Konvergenz. Die Augenbewegungen sind frei, es findet sich kein Nystagmus. Nervus VII und XII, Gaumen und Rachen o. B. Der Fundus ist beiderseits in Ordnung. Extr.: Es findet sich ein geringer Tonus. Die Arm- und Beinreflexe sind seitengleich und mittelstark. Es sind keine Pyramidenzeichen vorhanden. An den Unterschenkeln besteht eine etwas starke Behaarung. Der Leib ist weich und eindrückbar, die Magengrube nicht besonders hervortretend und nicht etwa besonders gewölbt. Normaler abdominaler Klopfeschall. Der Puls ist regelmäßig, 76 je Min. RR. 105 max.

Zusammenfassung.

Der Vater der jetzt 24jährigen Kranken war offenbar stimmungslabil, neigte zum Trunk und nahm sich im mittleren Lebensalter das Leben. Im übrigen ist in der Familie nichts Auffälliges. Die Kranke hat mehrere Geschwister. Ihr Lebensgang ist natürlich und dem einfachen Milieu angemessen. Sie war ein lebhaftes Kind, eine interessierte Schülerin. Es wird berichtet, daß sie für Puppen und kleine Kinder kein Interesse hatte. Sie spielte lieber mit Jungens, trieb mit ihnen Sport.

Seit 8 Jahren ist sie krank. In den ersten 4 Jahren machte sich eine hartnäckige Obstipation bemerkbar und eine allgemeine Abnahme

der Regsamkeit und Entschlußfreudigkeit. Abends war die seelische Verfassung im allgemeinen besser. Die seit dem 12. Jahr alle 3 Wochen schwach aufgetretene Menstruation wurde unregelmäßig und schwand fast ganz. Die Patientin fror besonders leicht. Seit 4 Jahren traten Bauchbeschwerden hinzu, die Kranke fühlte sich durch Essen beschwert. Hypochondrische Gedanken entwickelten sich. Sie hatte das Gefühl, das Essen sitze direkt unter der Haut. Appetit und Hungergefühl schwanden völlig, sie nahm an Gewicht ab. Dabei mußte sie unentwegt an das Essen denken und auch — ohne Hunger und Appetit — ohne Maß essen; dies geschah aber nur, wenn sie allein war, zumeist in der Speisekammer. Dieses Verlangen nach Heimlichkeit ist ihr selbst nicht verständlich. Es kam auch zu gelegentlichen Diebstählen von Nahrungsmitteln von Kameradinnen oder wenigstens zur inneren Versuchung dazu. Zureden bei Tisch war ihr so zuwider, daß sich daraus eine Störung der Beziehung zur Mutter ergab, der sie bei dieser Gelegenheit „viel an den Kopf geworfen“ hat.

Die Kranke spricht sich dem Arzt gegenüber ausführlich und teilweise mit guter Einsicht aus. Minderwertigkeitsgefühle werden nicht vorgebracht. Im Gegenteil zeigen sich gewisse Eigenwilligkeiten der Umgebung gegenüber. Eine Freundschaft hat sie aufgegeben, weil ihr das Bildungsniveau des Freundes nicht genügte. Sie hat während der Krankheit fast immer gearbeitet. Für ihre Kleidung ist ihr ein lebhaftes Interesse geblieben.

Ein Suicidversuch brachte sie in psychiatrische Behandlung. Man diagnostizierte eine hypochondrische Depression. Die Internisten fanden einen normalen Organbefund, die Gynäkologen eine ovarielle Insuffizienz.

Für eine depressive Verstimmung spricht in der Tat vieles im Krankheitsbild. Immerhin geben schon die lange Dauer der Krankheit, ihr chronischer Verlauf und die für das Lebensalter doch ungewöhnlichen hypochondrischen Symptome zu denken. Außerdem fällt die Eigenwilligkeit auf, die Überheblichkeit dem Freund gegenüber, das Interesse für ihre Kleidung.

Die schwere Störung auf dem Gebiet des Hungergefühls und des Appetits und die damit zusammenhängenden Eigentümlichkeiten der Eßgewohnheiten, die Abneigung gegen gemeinsame Mahlzeiten, das Bedürfnis nach Heimlichkeit beim Essen, das zwanghafte Essen und Denken ans Essen, alles das ist so ausgesprochen und beherrscht so sehr das Zustandsbild, daß man nicht ohne Zwang alles als Variation eines depressiven Syndroms wird ansehen dürfen. Es liegt vielmehr schon auf Grund einer solchen Beobachtung nahe, an etwas eigenartiges zu denken.

2. Ingeborg Ba. Die jetzt 21jährige Kranke kam im Oktober 1942 auf Veranlassung des Gynäkologen, bei dem sie wegen einer primären Amenorrhöe behandelt wurde, zu mir in Behandlung, nachdem sich für den bisherigen Lebensgang und das Milieu des jungen Mädchens ganz ungewöhnliche Dinge zugetragen hatten: In einer sehr guten Berliner Pension, in der sie seit 1 Jahr wohnte, hatte sie aus der Speisekammer und aus den Zimmern anderer Pensionäre Lebensmittel entwendet. Es stellte sich heraus, daß sie bei Tage und bei Nacht geschickt Gelegenheiten ausnützend vorgegangen war. Sie mußte ausziehen. Die Inhaberin der Pension war besonders betroffen, weil sie den Eindruck hatte, daß die Pat. keine angemessene Reue zeigte.

Ingeborg Ba. ist die einzige Tochter eines wohlhabenden erfolgreichen Kaufmanns, der hauptsächlich im Auslande gelebt hatte. Der Vater ist ein weltgewandter, lebensvoller, erfolgreicher aber kühler und korrekter Mann. Von seinem eigenen Vater berichtet er, dieser sei „ein besonders strahlender, temperamentvoller Herr“ gewesen. In der Familie wären alle sehr laut. Die Lage seiner Tochter beurteilt er äußerlich und nüchtern, glaubt, es wäre gut, „wenn sie ein Gspusi hätte“. Es fehlt wohl zwischen Vater und Tochter ein natürlicher Gemütsrapport. Die Mutter schildert den Vater als einen etwas eigenbrödlischen Menschen, der mancherlei intellektuelle Interessen hat. Als junger Mann soll er sehr schlank gewesen sein. Irgendwelche bemerkenswerte gesundheitliche oder charakterliche Eigentümlichkeiten aus der Familie sind durch die Mutter nicht in Erfahrung zu bringen, die selbst zwar mütterlich besorgt ist, aber einen etwas ratlosen Eindruck macht. Sie scheint pädagogisch unsicher, will die Dinge bagatellisieren, macht sich auf der anderen Seite auch wieder Vorwürfe, sie sei schuld, weil sie Erziehungsfehler gemacht habe. Im einzelnen ergibt sich folgendes: In Hamburg geboren lebte Ingeborg Ba. die ersten 11 Jahre in England und in der Schweiz und kam dann für 4 Jahre nach Berlin. Bis dahin sei sie eigentlich völlig unauffällig gewesen. Von klein auf betrieb sie alles, was sie machte, mit großer Passion. Schon als Kind erzielte sie im Reiten und Skilaufen bemerkenswerte Leistungen. Als sie nach Berlin kam, hatte sie Schwierigkeiten, sich einzuleben. Sie konnte besser englisch und französisch als deutsch, was sie unter den anderen Kindern isolierte. Sie wollte aus der Schule wieder heraus, lebte sich aber doch ein, hatte in der Berliner Zeit dann eine ganz gute Freundin, mit der sie eine recht natürliche Mädchenfreundschaft verband.

1935, also mit 13 Jahren, wurde sie am Blinddarm operiert, und etwa seit dieser Zeit ist sie verändert. Es wurde sehr schwer, sie zu behandeln, weil sie oft schlechter Laune war. Die durch die Veränderung entstehenden Schwierigkeiten konzentrierten sich in erster Linie auf das Essen: Sie aß sehr wenig, manche Dinge wie Butter, andere Fette und Suppen waren ihr zuwider, während sie Süßigkeiten immer noch am ehesten mochte. Sie magerte sehr ab. Zureden half gar nichts, im Gegenteil, dann wurde sie ganz trotzig und aß überhaupt nicht. Wenn sie aß, so tat sie es lieber heimlich in der Speisekammer oder auf ihrem Zimmer. Wenn man ihr den Kuchen, den sie bei Tisch nicht gegessen hatte, aufs Zimmer stellte, war er sofort aufgegessen.

Diese Schwierigkeiten mit dem Essen haben seitdem nie mehr aufgehört, bestehen also jetzt 10 Jahre lang. Mit 15 Jahren kam Ingeborg Ba. mit den Eltern nach Chile. Drüben hatte sie Schwierigkeiten mit den Altersgenossinnen, weil sie sich sehr für den BDM. einsetzte, was die anderen nicht mitmachen und sich daher von ihr zurückhielten. Das trug ihr Enttäuschungen ein. Nach einem Jahr Chileaufenthalt nahm sie an Gewicht zu, ohne eigentlich dick zu werden. Sie litt aber sehr darunter, wurde eigentlich noch verkrampfter, hielt sich viel allein. Wenn jemand sie auf ihr gesundes Aussehen hin ansprach,

fang sie an zu weinen. Es kam vor, daß sie im abendlichen Bade wütend auf ihren Körper einschlug. Die Mutter ließ sie mit ihren Eßgewohnheiten gewähren, ließ sie ruhig nur verschwindend wenig bei den Mahlzeiten, das übrige aus der Speisekammer und in den Zwischenzeiten auf dem Zimmer essen. Gerade darüber macht sie sich jetzt Vorwürfe, das sei vielleicht pädagogisch falsch gewesen.

Seit der Berliner Zeit hat sie eigentlich kaum mehr Beziehungen zu Altersgenossinnen gehabt, weder zu Mädchen, noch zu jungen Männern, die im Alter zu ihr gehörten. Ein paarmal verliebte sie sich in ältere Männer. Im ganzen lebte sie eigentlich ziemlich isoliert, war strebsam und fleißig. 1940 machte sie das Abitur. Die Prüfung regte sie sehr auf, sie hatte dabei eine der ganz wenigen genitalen Blutungen, die überhaupt jemals bei ihr aufgetreten sind. Seit dem Abitur strebte sie an, Schauspielerin zu werden. In allen diesen Dingen ihrer beruflichen Lebensgestaltung ist sie selbständig und eifrig, man braucht sich darum gar nicht zu kümmern. Bis zu den jetzigen Vorkommnissen kamen nie irgendwelche Klagen. Das letzte halbe Jahr in Amerika war sie in Buenos Aires, hatte dort eine unglückliche Liebe zu einem älteren Mann. Dort ließ sie sich von einem Arzt Pillen zur Abmagerung geben, nahm davon sehr viel, wurde mager und ist es seitdem geblieben. In der Zeit der Verliebtheit kam es der Mutter gegenüber zu mancherlei kleinen Schwindeleien, um das Zusammensein mit dem Freund zu verheimlichen. Später aber erzählte sie das ganze der Mutter, auch daß sie dabei unglücklich war. Seit Dezember 1941 lebte sie in Berlin, besucht hier eine Schauspielschule. Die Eltern leben in Schweden. Die Leiterin der Schauspielschule hält sie für sehr begabt, berichtet aber spontan als auffällig, daß sie auf einer gemeinsamen Reise der Schule gar nichts habe essen wollen.

In Berlin wurde sie zum Gynäkologen in Behandlung gegeben, weil die Menstruation immer noch ausblieb. Es wurde eine Unterentwicklung der Genitalien festgestellt. Sie wurde eine Zeitlang in ein Sanatorium in der Hohen Tatra geschickt, dort hatte sie eine unglückliche Liebe zu einem Ungarn, wovon sie der Mutter erzählte. Sie erzählte der Mutter auch, daß sie sich beim Wiegen im Sanatorium Steine in die Tasche steckte, damit man sie nicht zum Essen drängte. Als man sie jetzt aus der Berliner Pension verwies, erzählte sie der Mutter zunächst nicht den wahren Sachverhalt, sondern nur, daß sie dort durch ihre Sprechübungen gestört hätte. Die Mutter war aber schon orientiert, drang in sie, worauf Ingeborg unter Tränen alles gestand. Die Mutter betont, daß die Diebstähle unmöglich aus Hunger geschehen sein konnten, weil die Eltern in der Lage waren, ihr durch Lebensmittelpakete größere Zulagen zur allgemeinen Ration zu geben. Soweit der Bericht der Mutter.

Die Pat. selbst spricht sich dem Arzt gegenüber ganz vertrauensvoll offen aus. Sie ist im äußeren Auftreten schlicht, fast ein bißchen unordentlich. Sie ist hellblond, hat ein schmales Gesicht, lebhaftes Augen und eine differenzierte Mimik. Die Arme und besonders die Beine sind im Vergleich zum übrigen Körper recht kräftig. Sie hat einen energischen Gang. Sie ist freundlich und still in ihrem Wesen. Über ihre Schwierigkeiten berichtet sie ziemlich unumwunden: Schon zu Hause, wenn ihr Vater gesagt habe, sie solle ordentlich essen, oder sie habe brav gegessen, habe sie das so sehr gestört, daß sie sich nicht beherrschen konnte. Es sei das ganz ähnlich, wie sie es auch nicht leiden könne, wenn ihr jemand sage, sie habe zugenommen, sie sehe rundlich aus. Dies alles sei zuerst bei den Eltern gewesen, dann habe es sich auf alle anderen Menschen übertragen. So komme es, daß sie mit den anderen Menschen zusammen gar nichts essen möge. Sie esse wirklich kaum etwas, wenn andere dabei seien. Dadurch entstehe die Notwendigkeit, sich Essen zu „organisieren“. Zu Hause sei es zu keinen Schwierigkeiten gekommen, da sei sie einfach in die Speisekammer gegangen. Im wesentlichen

komme es ihr auf Süßes an. Zu Hause konnte sie sich das nehmen, in Rio habe sie es sich kaufen können, jetzt aber müsse sie stehlen. Es sei furchtbar und sie leide sehr darunter, daß sie das nicht lassen könne. Es sei doch einfach eine Sache des Willens und darum beschämend, daß sie sich nicht beherrschen könne. Seit sie denken könne, habe sie mit Obstipation zu tun, auch friere sie außerordentlich leicht. Körperlich fand sich bei der internistischen Übersichtsuntersuchung nichts Krankhaftes. Auch neurologisch fand sich keine Abweichung von der Norm. Bemerkenswert ist, daß die Kranke niemals menstruierte.

Die Kranke erzählt von ihrem früheren und jetzigen Leben offen und ganz aufrichtig. Über ihre unglücklichen Beziehungen zu älteren Männern, ihre völlige Unwissenheit und Unerfahrenheit in erotischen Dingen, die erst durch einen Liebhaber auf der letzten Atlantikreise durch Aufklärungen geändert worden sei. Bisher hat sie nie sexuellen Verkehr gehabt. Zur Zeit hat sie wieder Beziehungen zu einem älteren Schauspieler. Die Eltern haben ihr den Umgang verboten, sie sieht den Geliebten, der wegen seiner jüdischen Abstammung versteckt leben muß, aber gleichwohl mit großer Vorsicht, liebt ihn sehr und leidet unter der Heimlichkeit.

Erst nach einer Pause von einigen Monaten kam die Pat. zu einer 2. Konsultation. Sie habe geglaubt, die Schwierigkeiten mit dem Willen bekämpfen zu können. Es sei aber mißlungen. Sie mache sich aufrichtig Vorwürfe, auch weil sie den Eltern solche Sorgen macht. Es wird jetzt verabredet, daß sie zunächst nur bei Menschen wohnen darf, die über die Vorkommnisse im Bilde sind und auf Wiederholungen gefaßt. Ingeborg Ba. wird daraufhin bei einer Tante untergebracht. Sie möchte selbst etwas zunehmen, aber nicht, weil sie dicker sein möchte, oder weil es ihr schmeckt, sondern weil die Leiterin der Schule gesagt hat, für die Bühne sei es besser. Sie wiegt jetzt ungefähr 107 Pfund bei mittlerer Größe.

Im Laufe der nächsten Monate kommt sie regelmäßig zur Konsultation. Sie erzählt von der Arbeit, die sie sehr interessiert, ist in der Stimmung sichtlich abhängig von den Erfolgen, die sie in der Schule hat. Sie zeigt natürlich Trauer über den Konflikt mit dem Freund, dem es auch gesundheitlich schlecht geht. Es ist offenbar ein Mann, der ihr berufliche Anregungen gibt, und sehr verständnisvoll väterlich auf sie eingeht. Sonst hat sie kaum Umgang. Selten besucht sie eine Freundin der Mutter in Potsdam. Einige Male sah sie einen jungen Mann, den sie beim Reiten kennengelernt hatte. Als der sich in sie verliebte und eifersüchtig wurde, traf sie sich nicht mehr mit ihm. Seit sie bei der Tante wohnt, kam es doch wieder zu Verstößen mit Nahrungsmitteln: Sie nimmt Kleinigkeiten weg, wenn es die Tante nicht sieht. Sie ertappt sich selbst dabei, wie sie beim Essen wenig ißt und sich schon vornimmt, nach Tisch, wenn sie der Tante beim Abwaschen hilft, ein Stück Brot zu nehmen, oder daß sie abends, wenn die Tante nicht da ist, irgendetwas Süßes wegnehmen will. Es sei unerhört schwer, das dann nicht zu tun. Sie entwendet auch kleine Zuckermengen zwischen den Mahlzeiten vom Tisch. Im März 1943 nahm sie der Tante eine Tafel Schokolade aus dem Schreibtisch fort, aß sie ganz auf, fühlte sich sehr wohl, schlief gut ein ohne Gewissensbisse. Am anderen Morgen machte sie sich aber Vorwürfe, gestand es der Tante, die es freundlich und verzeihend aufnahm. Die Pat. freut sich, daß sie bei sich wenigstens das Gefühl des schlechten Gewissens feststellen konnte.

Bald danach kommt sie und bringt einen kleinen leeren Honigtopf, den sie allmählich leer gegessen hat. Kurz darauf nimmt sie wieder eine Tafel Schokolade weg. Die Tante nimmt es nun nicht mehr so harmlos, es gibt Vorwürfe. Die Pat. ist doch recht unglücklich, weil sie nicht in der Lage ist, sich zu beherrschen. Für

die Echtheit der Reue spricht die aufrichtige differenzierte Art des Vorbringens, z. B. daß sie nicht plötzlich von einem triebhaften Verlangen überfallen werde, sondern sich die Art, wie sie die EBwaren entwende, vorher sorgsam überlege. Sie habe nachts keinen besonderen Hunger, sondern in der Nacht könne man besser an die Sachen heran, z. B. in der Pension. Es zeigen sich auch Tendenzen der Selbsterziehung: Auf die Frage z. B. warum sie sich nicht das Essen immer allein geben lasse, z. B. auf ihrem Zimmer, meint sie, das sei gefährlich, weil sie sich dann das Zusammensein mit anderen Menschen noch mehr abgewöhne. Es falle ihr ohnehin schon fast schwer, mit anderen Menschen zusammen zu sein.

Beim Versuch, sich über ihre eigentümlichen Gelüste klar zu werden, meint sie, ihr Wunsch, schlank zu sein, habe irgendetwas damit zu tun, daß sie leidend sein möchte. Sie möchte nicht Pat. in irgendeinem Sanatorium sein (gegen die Aufnahme zur Beobachtung hatte sie sich sehr gesträubt, weil sie die Arbeit nicht versäumen wollte). Sie will auch nicht mit einer bestimmten Krankheit behaftet sein, aber sie liebe nicht das „gesunde Wohlbefinden“. Das habe etwas mit dem schlechten Essen zu tun. Wenn sie gegessen habe, fühle sie sich leicht dick, habe das Gefühl, sich nicht gerade halten zu können, habe dann körperliche Hemmungen auf der Bühne. „Wenn ich mich dick fühle, habe ich manchmal Gelüste, mich zu zerfleischen“. „Das viele Essen ist zuweilen der Ausgleich eines Minderwertigkeitskomplexes“. In sexuellen Dingen sei sie sehr gehemmt“, „vielleicht soll das heimliche Fressen etwas Sexuelles befriedigen“.

Im November und Dezember 1933 kam sie noch verschiedene Male in die Sprechstunde. Sie war wieder in eine schwierige Lage geraten, die sie mit mir besprechen wollte und die sie zu einem neuen interessanten Geständnis veranlaßte: Seit sie wieder in Deutschland lebt, seit Dezember 1941, nahm sie regelmäßig Lipolysin in steigenden Dosen. In den letzten 2 Jahren 2mal wöchentlich jeweils 200 Stück an einem Tage. Sie könne es nicht lassen. Wenn der Tag heran sei, an dem sie das Medikament nehmen müsse, halte sie nichts, dann besorge sie es. Jetzt ist sie in einer ausweglosen Lage, weil sie kein Geld hat, das Medikament zu besorgen. Sie braucht dazu 60 Mark in der Woche. Sie hat den Eltern, die verweist sind, Geld weggenommen, kann es nicht ersetzen. Sie fürchtet die Auseinandersetzung mit den Eltern, zeigt die gefälschten Rezepte, mit denen sie das Mittel sich besorgte.

Die Kranke nimmt dankbar meine Vermittlung mit den Eltern an. Der Vater erscheint besorgt zu einer Rücksprache, ist aber beruhigt, als er hört, daß es sich „nur um eine Geldsache“ handelt. Er will alles mit seiner Frau besprechen.

Die Kranke kommt einige Tage später ziemlich auffallend dick in die Sprechstunde. Sie hat kein Lipolysin. Sie denke den ganzen Tag ans Essen. Wenn z. B. eine Stunde abgesagt werde, auf die sie sich gefreut hatte, dann sei ihr erster Gedanke, jetzt habe sie Zeit zum Essen in einer Konditorei. Am Sonnabend lege sie sich zuweilen zu Bett und esse und esse, bis sie unförmlich sei. Sie denke es sei wie wenn andere sich betrinken. Zu Beginn sei es vielleicht Hunger. Dann esse sie aus Depression, um Kraft zu schöpfen. Besonders gern esse sie auf der Straße umhergehend. Sie habe wenig eigene Initiative. Sie brauche jemanden, der sie versorge. Sie sei froh, daß sie jetzt (Dezember 1944) zur Arbeit in die Fabrik verpflichtet sei, weil sie sich da nicht so viel selbst überlassen sei. Eine schlimme Zeit habe sie vor kurzem 2 Monate lang in Koblenz durchgemacht, wo sie am Theater vertretungsweise beschäftigt war und viel Zeit für sich hatte. Da habe sie fast immer ans Essen gedacht, auch in der Küche gestohlen bei den Leuten, wo sie wohnte. Sie nahm in der Zeit 5 kg zu. Manchmal habe sie auch „Unlustanfälle“. Sie lege sich dann hin, esse und esse, das könne tagelang dauern. Sie wisse eigentlich nicht, ob sie Appetit habe oder nicht. Vielleicht habe sie immer

Appetit. Sie tröste sich sehr stark mit dem Essen, wenn ihr etwas nicht gelungen ist, oder wenn sie keinen Erfolg hatte in einer Gesellschaft. Ein großer Teil ihrer komischen Zustände hänge zusammen mit den Mutmaßungen über das Urteil anderer in puncto Figur. Andererseits sei es ihr ganz gleichgültig, sich in Gesellschaft daneben zu benehmen. „Ich kann mit dem Gegensatz nichts anfangen, daß ich allein esse und in Gesellschaft nicht.“

Zusammenfassung.

Über die Familie der Kranken ist nichts Bemerkenswertes bekannt geworden. Die Angaben der Eltern sind konventionell und psychologisch nicht ergiebig. Der Vater macht einen lebhaften aber kühlen Eindruck, die Mutter ist pädagogisch unsicher.

Die Kranke ist einziges Kind. In den ersten Jahren fiel sie nicht besonders auf. Man berichtet, daß sie alles, was sie anfang, mit besonderer Passion tat. Seit 1935, seit dem 13. Lebensjahr, seit bald 10 Jahren, ist sie verändert. Die Veränderung setzte im Anschluß an eine Blinddarmoperation ein. Ob wirklich eine Appendicitis vorgelegen hat, ist nicht festgestellt. Die entstehenden Schwierigkeiten bezogen sich auf das Essen: Sie aß sehr wenig, am ehesten noch Süßigkeiten. Sie magerte sehr ab. Zureden half nichts. Es kam zu Trotzreaktionen. Wenn sie aß, geschah es heimlich auf dem eigenen Zimmer oder in der Speisekammer, bei Tisch in Gesellschaft anderer nur um der Konvention gerade zu genügen. Man ließ sie gewähren und war froh, daß sie überhaupt etwas aß. Sie fing an zu weinen, wenn jemand sagte, sie sähe wohl aus. Im Bad schlug sie wütend auf ihren Körper ein.

In den seit Beginn der Erkrankung verflossenen fast 10 Jahren ist die Störung bestehen geblieben. In körperlicher Beziehung ist die primäre Amenorrhöe und der Hypogenitalismus bemerkenswert. Es besteht eine hartnäckige Obstipation und Neigung zum Frieren. In psychischer Beziehung ist der Eifer in beruflicher Beziehung bestehen geblieben, sie verfolgt passioniert und ehrgeizig ihre beruflichen Pläne als Schauspielerin. Der Konnex zu anderen Menschen beschränkt sich auf Liebesbeziehungen zu älteren Männern. Im übrigen ist sie recht isoliert, pflegt keine dem Alter angemessene Geselligkeit. Das Essen spielt in ihrem Denken eine ganz ungewöhnliche Rolle: Sie muß immer daran denken. Den Gegensatz, daß sie in Gesellschaft nicht, allein aber sehr viel essen kann oder muß, kann sie nicht begreifen. Sie geht essend allein auf der Straße umher, oder sie liegt zu Bett und liest und ißt, bis sie ganz unförmlich ist. Dabei spielt das Essen eine eigentümliche Rolle in ihrem Gefühlsleben: Es ist „ein Ausgleich für Minderwertigkeitsgefühle“, sie ißt aus „Depression, um Kraft zu schöpfen“, oder wenn sie einen gesellschaftlichen Mißerfolg hatte. Dabei spielen Mutmaßungen über das Urteil der anderen in puncto Figur“ die Hauptrolle. Hat sie aber gegessen, fühlt sie sich zu dick,

hat das Gefühl sich nicht gerade halten zu können, ist auf der Bühne körperlich gehemmt. Manchmal hat sie Gelüste sich zu zerfleischen. Schon als Kind schlug sie im abendlichen Bad wütend auf ihren Leib ein.

Jetzt nach fast 10 Jahren steht sie dem eigentümlichen Zustand ratlos gegenüber. Sie sucht ärztliche Hilfe ohne sich aber zu einer klinischen Behandlung entschließen zu können. Der Lipolysinmißbrauch ist zu einer richtigen Sucht geworden. Sie nimmt den Eltern widerrechtlich Geld, um das Verlangen nach dem Medikament zu befriedigen. Sie stiehlt Lebensmittel, weil sie ihrem Hang nach heimlichem Essen nachgeben muß. Zuweilen kommt es zu Unlustanfällen, die Tage dauern.

Ohne Kenntnis ähnlicher Fälle hätte man hier wohl in erster Linie an eine psychopathische, endokrin gestörte Persönlichkeit gedacht und bei der Gestaltung des Krankheitsbildes in Betracht gezogen, daß die Kranke das einzige Kind unpädagogischer Eltern ist. Setzt man die Beobachtung aber in Beziehung, z. B. zu unserem ersten Fall, so sieht man deutlich, daß es sich um das gleiche Krankheitsbild handelt. Die Störung der Eßgewohnheiten beherrscht das Bild. Die natürliche gemeinsame Mahlzeit wird gemieden, zureden mit Trotz beantwortet. Andererseits wird heimlich gegessen. Die Kranke denkt dauernd ans Essen und ißt zuweilen in großen Mengen, ohne dabei Lust und normale Befriedigung zu empfinden. Es kommt zu Mißempfindungen, sie kann sich auf der Bühne nicht gerade halten, empfindet Hemmungen. Es kommt zu Gelüsten „den eigenen Leib zu zerfleischen“. Während sie beruflich eifrig, strebsam und nicht ohne Erfolg ist, lebt sie bis auf im wesentlichen unglückliche Liebesbeziehungen zu älteren Männern fast völlig isoliert, jedenfalls ohne dem Alter angemessene Gesellschaft. In körperlicher Beziehung ist die primäre Amenorrhöe, die Obstipation und die Neigung zum Frieren bemerkenswert. Als Besonderheit des Falles kam es zu den peinlichen Diebstählen, und es entwickelte sich die Lipolysinsucht neben einer eigentümlichen Freßsucht. Sie kann diesen Regungen nicht widerstehen, obwohl sie es jedenfalls jetzt (daß dies früher auch der Fall war, ist unwahrscheinlich) gerne möchte.

Man sieht in diesem Fall eine chronische Krankheitsentwicklung mit einem charakteristischen dem ersten Fall trotz mancherlei Besonderheiten analogen Syndrom. Die im ersten Fall naheliegende Annahme, es handele sich vielleicht um eine besondere symptomatologische Variation einer depressiven Phase, kann hier kaum in Betracht gezogen werden. Die tagelang dauernden „Unlustanfälle“ zeigen nichts Charakteristisches in dieser Hinsicht. Bei der langen jetzt 10jährigen Dauer muß man wohl an eine chronische eigentümliche psychische Krankheit denken, die mit der innersekretorischen Störung — am

deutlichsten ist sie erkennbar an der primären Amenorrhöe — zusammenhängt. Eine Heilung wird man wohl kaum mehr erwarten dürfen.

3. Hertha Ge. Die Pat. kam im Jahre 1939, nahezu 14jährig, in unsere Behandlung. Ihr Vater ist Regierungsrat, viel auf Reisen, etwas jähzornig, vielleicht für die Erziehung seiner 3 Mädchen etwas streng, so daß die Beziehungen der Kinder mit der besonders sorgsam und verständigen Mutter immer enger gewesen sind.

Hertha hat noch 2 jüngere Schwestern. Die väterliche Familie ist gesundheitlich überhaupt nicht auffällig. Die Mutter allerdings hat während der Schwangerschaften und besonders nach der zweiten Schwangerschaft wochenlang dauernde depressive Verstimmungen durchgemacht: Sie fand das Leben sinnlos, litt unter grundlosen Schuldgefühlen, machte schließlich einen Suicidversuch. Allmählich wurde sie von selbst gesund. Auch ihr Vater litt an Stimmungsschwankungen. Ein Bruder war zeitweilig wegen eines Depressionszustandes in einem Nerven-sanatorium. Auch er machte einen Suicidversuch.

Bis zu ihrer Erkrankung im Jahre 1939 war die Pat. ein ausgesprochen gut geartetes, leicht erziehbares und natürliches Kind. Die Geburt war normal; es war ein kräftiges, $8\frac{1}{2}$ Pfund schweres Kind. Es wurde von der Mutter gestillt, das Absetzen machte keine Schwierigkeiten. Das Kind lernte rechtzeitig sprechen und laufen. Mit 3 Jahren machte sie einen Scharlach durch, hatte im Anschluß einen Rachenabsceß, war sehr elend. Darum wurde sie für 11 Monate in ein Kinderheim in die Schweiz verschickt, wo sie sich sehr gut erholte.

In der Zeit vor der Schule war sie hauptsächlich mit den Schwestern zusammen, mit denen sie sich sehr gut verstand. Sie war vergnügt, nichts war übertrieben, sie spielte gern und war sorgsam mit ihren Spielsachen, sie hing sehr an ihren Puppen. In der Familie war ein besonders gutes Einvernehmen, kein Lärm, kein Streit. Mit anderen Kindern war sie sehr nett, sie bemutterte gern kleinere. Anderen Menschen gegenüber zeigte sie ausgesprochene Sympathien und Antipathien, d. h. man merkte an besonderer Herzlichkeit oder Kühle, wie sie zu den Menschen stand. Bis auf Spinat, den sie nie gerne mochte, aß sie alles gern und unauffällig in der Menge. Sie ekelte sich nicht, aß mit dem Löffel von anderen, aß angebissene Stücke. Sie war tierlieb. Sie half anderen gern, wenn sie verletzt waren oder krank, spielte gern „Schwester“. Mit $3\frac{3}{4}$ Jahren hatte sie einmal eine eigentümliche Zeit: Eine Woche lang konnte sie des Nachts nicht schlafen, schrie wie am Spieß. Dann war alles wieder gut.

Mit nicht ganz 6 Jahren kam sie zur Schule, mußte aber nach $\frac{1}{2}$ Jahr wegen einer Hilusdrüsenaffektion herausgenommen werden. Sie kam wieder für $\frac{1}{2}$ Jahr in die Schweiz mit Privatunterricht. Nachdem sie wieder $\frac{1}{2}$ Jahr in der Schule war, trat erneutes Fieber auf, es wurde Tuberkulose festgestellt, sie kam für 1 Jahr nach Grindelwald. Sie erholte sich sehr gut und hat seitdem, also etwa seit dem 8. Lebensjahr, nie wieder etwas mit der Lunge zu tun gehabt und war überhaupt bis auf Anginen immer gesund.

Mit $10\frac{1}{4}$ Jahren kam sie in die Mittelschule. Sie lernte etwas langsamer als ihre Schwester, behielt aber besser. Sie hatte großes Interesse für Geschichte Religion und Religionsgeschichte, auch für Mathematik. Sie las viel und gern. Sie hatte immer einen ganzen Schwarm von Schulfreundinnen, mit denen sie viel zusammen war. Im BDM wurde sie wegen der alten Lungensache zunächst zurückgestellt. Mit 13 Jahren machte sie dort Innendienst.

In der Stimmung war sie ausgeglichen. Sie entschuldigte sich auch bereit willig, wenn sie etwas falsch gemacht hatte. Bei der dreimaligen Trennung durch die Aufenthalte in der Schweiz gab es kaum Schwierigkeiten, die ersten beider

Male überhaupt nicht, das 3. Mal ängstigte sie die vorgesehene lange Dauer (1 Jahr), nach ein paar Wochen hatte sie sich aber eingelebt. Es kam zu keiner ungewöhnlichen Heimwehreaktion.

Am 3. 2. 39 hatte sie beim Turnen einen Unfall. Sie erinnerte sich noch, daß sie mit dem Zeh am Pferd hängen blieb. Sie fiel auf den Kopf, war bewußtlos, hatte einen Bluterguß über dem rechten Auge. Sie selbst weiß erst wieder wie sie von den anderen die Treppe heraufgetragen wurde. Sie hatte Kopfschmerzen, man ließ sie einige Zeit liegen, dann wurde sie von Mitschülerinnen im Autobus nach Hause begleitet. Zu Hause ließ man sie zunächst 3 Tage liegen. Die Kopfschmerzen ließen wieder nach, und nach einigen Tagen ging sie wieder in die Schule.

Mitte März fiel den Eltern eine Veränderung an dem Kind auf. Sie magerte sichtlich ab. Sie aß ganz schlecht, wenn man ihr zuredete, fing sie an zu weinen. Die Periode, die im Januar 1938 zum erstenmal sich gezeigt hatte und vom Juli 1938 ab regelmäßig und in normaler Weise aufgetreten war, blieb vom März ab weg, nach dem Unfall war sie noch einmal aufgetreten. 8 Wochen nach dem Unfall traten an 2 Tagen hintereinander kurzdauernde Anfälle auf: Die Augen seien hin und her gegangen, sie sei blaß geworden, war „weg“ und im nächsten Augenblick wieder da. Es war kein erkennbarer Anlaß. Es kam zu einer sehr starken Obstipation, die sie selbst sehr beschäftigte. Sie fühlte sich voll, nahm Abführmittel. Es mußte aber trotzdem zumeist eine Darmspülung gemacht werden. Auch dann hatte sie Sorge, es sei nicht alles heraus. Während sie bei den gemeinsamen Mahlzeiten kaum etwas aß, vom Salat und vom Gemüse nur die Sauce, holte sie sich Kekse, Lebkuchen, Schokolade und Pralinen, die sie jetzt besonders mochte, ohne Rücksicht auf den Appetit der anderen. Überhaupt war sie psychisch auffällig verändert: Alles mußte sofort nach ihrem Willen gehen, sie vertrug gar keinen Widerspruch. Sie fing auf der Straße an zu weinen, weil sie sich einen Moment von der Mutter bei einer Besorgung trennen sollte. Sie konnte überhaupt ihre Gefühle nicht mehr beherrschen. Dem Vater gegenüber war sie ganz unbeherrscht. Wenn sie energisch zurechtgewiesen wurde, zeigte sie kein Verständnis dafür, fragte, wieso sie denn häßlich gewesen sei, sie wisse es gar nicht. Wenn man ihr Schläge androhte, sagte sie trotzig: „Gib mir nur Schläge“. In der Stimmung war sie sehr verändert. Die kindliche Fröhlichkeit war vollkommen weg, sie war sehr traurig.

Während eines mehrtägigen klinischen Aufenthaltes war das Kind im allgemeinen Verhalten nicht auffällig. Sie befolgte brav die ärztlichen Anordnungen, hatte keine Klagen, auch nicht bei der Lumbalpunktion. Daß sie krank sei, findet sie gar nicht, sie habe keine Lust mehr zu essen, weil sie ein Völlegefühl im Leibe habe. In der Tat aß sie erschreckend wenig. Sie hatte früher 100 Pfund gewogen, jetzt wog sie nur noch 81. Als man ihr eines Tages ein Ei mit Zucker aufdrängte, weinte sie danach heftig, gab keinen Grund an, ließ sich danach leicht ablenken.

Körperlich fand sich der reduzierte Ernährungszustand, eine konstitutionell dunkle Haut und blasses Aussehen. Eine internistische Übersichtsuntersuchung ergab nichts Krankhaftes. Der Blutdruck betrug RR. 108/85.

Bei einer genauen neurologischen Durchuntersuchung fand sich nichts Krankhaftes. Geruch, Geschmack, Gehör waren seitengleich in Ordnung. Die Pupillen waren kreisrund, gleichweit, reagierten prompt und ausgiebig auf Licht und Konvergenz. Die Augenbewegungen waren frei. Es fand sich kein Nystagmus. Der Augenhintergrund war beiderseits in Ordnung. Auch den den übrigen Hirnnerven war nichts Krankhaftes. An den Extremitäten waren die Reflexe schwach auslösbar, aber seitengleich. Es fanden sich keine Pyramidenzeichen. Es fand

sich ein mittlerer seitengleicher Tonus, keine Atrophien. Kraft und Beweglichkeit waren seitengleich und gut. Im Schädel-Röntgenbild zeigte sich eine etwas dünne Schädelkapsel von normaler Form. Auch die Sella zeigte nichts Auffälliges. Anhaltspunkte für eine Fraktur waren nicht vorhanden. Der Liquor war völlig normal, $\frac{2}{3}$ Zellen und $\frac{1}{6}$ pro Mille Gesamteiweiß.

Auf Rat von Prof. v. BERGMANN brachte die Mutter das Kind in ein Sanatorium in den Bergen, wo sie einen Monat blieb. Sie war furchtbar ungern in dem Sanatorium, hatte ohne jeden Grund Angst vor dem Arzt, sie aß nicht, mußte tageweise sogar mit Klysma ernährt werden, nahm an Gewicht ab. Die Mutter nahm sie daraufhin zu sich ins Dorf, während die Behandlung weiter in Händen des Sanatoriums blieb. Da wurde es mit dem Essen etwas besser. Sie hielt ihr Gewicht. Sie war jetzt völlig auf die Mutter eingestellt und menschenscheu. Die Mutter konnte nicht ein einziges Mal allein weggehen, ohne daß das Kind heftig weinte. Sie wollte auf Schritt und Tritt bei der Mutter sein und war darin vollkommen unvernünftig: Als die Mutter eine Angina hatte, wollte sie sich zu ihr ins Bett legen. Gegen den Vorwurf, sie stellte sich an, war sie sehr empfindlich und war im ganzen überhaupt reizbar. Sie beschäftigte sich auch gar nicht, hörte in dieser Zeit ganz auf zu lesen.

In Erinnerung an die guten gesundheitlichen Erfolge in der Schweiz brachte man sie Ende Juli 1939 zu einer Tante nach Grindelwald. Die Trennung von der Mutter erwies sich als ganz unmöglich. Sie aß und trank ein paar Tage gar nichts und nahm in dieser Zeit 5 Pfund ab. Sie mußte nach Berlin zurückgebracht werden. Hier aß sie sofort besser, an einem Tage soviel, daß sie Magenschmerzen bekam und sich übergab. Sie nahm in dieser Zeit an Gewicht zu. Sie blieb im Essen aber sehr wählerisch und bevorzugte ausgesprochen: Keks, Schokolade, Suppen, Fleisch; Kartoffeln und Salat lehnte sie vollkommen ab. Sie hielt sich an keinerlei Essenszeiten. Wenn man sie außerhalb der Mahlzeiten nicht essen ließ, dann aß sie abends furchtbar viel. Zum Arzt wollte sie nicht, auch nicht wegen der völlig unzureichenden Verdauung und obwohl sie über Leib- und Rückenschmerzen klagte: „Ich bin gesund, das ist albern, man geht nicht zum Arzt.“ Selten tat sie Äußerungen, die doch für eine gewisse Einsicht sprachen: „Ich sehe ein, daß ich entsetzlich ungezogen bin, schlag mich doch einmal.“ Oder: „Ich hoffe, daß mir Christus hilft.“ Auch der Schlaf war in dieser Zeit gestört, sie konnte vor allem nicht einschlafen.

Ende des Jahres 1939 verschlechterte sich der Zustand noch. Sie weinte sehr viel; tat so gut wie gar nichts mehr und wurde zunehmend elender. Sie lebte ganz für sich zurückgezogen, sperrte sich völlig ab gegen den Vater. Sie war sofort außer sich, wenn er ihr etwas sagte, insbesondere wegen ihres Zustandes. Zum Beispiel sagte der Vater einmal bei Tisch, sie müsse sich nachher wiegen, da hörte sie sofort auf zu essen und sagte: „Du mit Deinem albernem Wiegen, das ist Quatsch.“ Oft sagte sie, es habe keinen Zweck zu leben, man müsse doch sterben. Gegen jeden Krankenhausaufenthalt wehrte sie sich energisch. Der damals behandelnde Internist gab Praeloban und Prolan. Die Obstipation war außerordentlich. Große Mengen Abführmittel hatten gar keinen Erfolg. Im Januar 1940 kam es ohne ersichtlichen Zusammenhang mit äußeren, auch therapeutischen Einwirkungen zu einer deutlichen Besserung.

Der Mutter fiel die Besserung insbesondere nach einer fieberhaften Grippe auf (Temperatur 41,8). Während dieser Erkrankung war sie des Nachts etwas bekommen gewesen, hatte zum erstenmal seit der Krankheit spontanen Stuhlgang. Seitdem ißt sie auch etwas besser, allerdings immer noch Kekse, Schokolade, Obstsäfte. Das Gewicht war auf 76 Pfund und steht jetzt auf 78 Pfund. Der Schlaf ist noch gestört. Sie ist aber auch etwas zugänglicher geworden. Sie läßt

sich wieder etwas sagen, sieht ihre Fehler ein und kommt etwas besser mit den Geschwistern aus. Sie ist nicht mehr ganz so eifersüchtig, wenn sie auch immer noch an der Mutter wie eine Klette hängt. Die Mutter berichtet, die Stimmung sei besser, sie habe mehr Lebensmut, sie mache schon wieder Pläne. Sie wolle wieder in ihre alte Klasse zurück. Auf keinen Fall wolle sie ein Jahr verlieren. Sie wolle in den Konfirmandenunterricht. Im ganzen zeigte sie mehr Initiative, und zwar ganz in der gleichen Richtung wie in gesunden Tagen.

Auch über diese Änderung spricht sie sich der Mutter gegenüber nicht aus. „Sie fängt einfach an“, sagt die Mutter. Sie sieht etwas lebhafter und heiterer aus, ist aber dem Arzt gegenüber still, fast schüchtern. Ein ärztliches Gespräch über ihre Störungen, oder eine eingehendere Unterhaltung über ihre Situation ist nicht möglich. Sie erinnert in dieser Hinsicht an das Verhalten jüngerer Kinder. Bei einem Besuch im Mai 1942 berichtet die Mutter, daß es viel besser gehe, daß das Kind aber keineswegs in Ordnung sei. Der Appetit sei durchaus nicht wie früher, die Verdauung sei immer noch sehr erschwert. Die Menstruation war vorübergehend ein paarmal wiedergekommen. Nach einem Fliegeralarm, bei dem eine Bombe sehr in der Nähe niedergegangen sei, sei sie wieder weggeblieben. Auch in der Schule gebe es Schwierigkeiten.

Im Juli 1943 berichtet die Mutter noch einmal: Die Pat. sei auch jetzt nach über 4 Jahren noch nicht wieder ganz in Ordnung. Das Gewicht, das als niedrigsten Stand 65 Pfund betragen hat, sei jetzt wieder auf 100 Pfund, wie vor der Erkrankung (es ist das inzwischen erfolgte Wachstum in Rechnung zu stellen). Im Essen sei sie immer noch sehr eigentümlich. Die Vorliebe für Keks und Schokolade bestehe nicht mehr, sie esse jetzt besonders gern Butterbrot. Auch auf Süßigkeiten sei sie nicht mehr aus, sie spare sie sich auf und verschenke sie gelegentlich, schicke sie auch ins Feld (sie hat Beziehungen zu 3 Jungens, die sie schon vor der Krankheit kannte). Ihre Essensgewohnheiten seien aber eigentümlich geblieben: Sie esse ungern mit den anderen zusammen, esse lieber allein. Zureden hilft gar nichts, man läßt sie gewähren. Auf einer Reise mit den Eltern sei sie nicht zu bewegen gewesen, im Speisesaal zu essen, sie habe gesagt: Das könne sie einfach nicht. Am liebsten gehe sie in die Speisekammer und esse. Des Nachts esse sie niemals. Alle paar Tage erbreche sie einmal. Die Mutter denkt an eine Folge der Obstipation. Nach wie vor sei sie ohne Rücksicht auf die anderen, wenn es auf ihre Essensgelüste ankomme. Sie bringe die Mutter auch in Schwierigkeiten mit den Lebensmittelkarten. Man müsse manches vor ihr verschließen. Auch im allgemeinen bestehe noch eine Wesensveränderung. Die Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern sei immer noch, wenn auch in einem geringeren Maße, gestört. Am besten gehe es mit der Mutter und der im Alter nahen Schwester, mit dem Vater gehe es gar nicht, sie sei ihm gegenüber sehr empfindlich und kaum zu einer Entschuldigung zu bewegen, wenn sie ungezogen sei. Sie sei immer noch etwas gedrückt und schwernehmend. In der Schule müsse sie nach den Berichten der Lehrer in der Stimmung besser sein. Sie lerne gut, wolle Ärztin oder Schwester werden, zeige aber auch Interesse für Hauswirtschaft. Die Periode sei nur wenige Male andeutungsweise nach Injektionen dagewesen. Sie sei sehr empfindlich gegen Kälte, aber auch gegen Hitze, vor allem könne sie keine Sonne vertragen. Wenn sie sich in der Sonne aufhalte, gerate sie in einen ganz unleidlichen Zustand, schimpfe auf alles, klage auch über Unruhe, beruhige sich aber dann, wenn sie aus der Sonne heraus sei.

Bei einer Exploration am 5. 10. 43 war die Pat. ganz gut gestimmt und aufgeschlossen. Berichtete über ihre gegenwärtige Situation und darüber, daß sie Ärztin werden wolle, aber nicht wisse, ob sie das körperlich aushalten könne. Das Studium anzufangen und dann nicht fortsetzen zu können, sei doch eine unnütze

Geldausgabe. Zu ihrer Krankheit hat sie eine eigentümliche Stellungnahme. Sie habe auch heute noch nicht das Gefühl, daß sie krank gewesen sei, sie habe sich sicher sonderbar betragen, aber das spiele in ihren Gedanken eigentlich keine Rolle. Seit dieser Zeit könne sie Fleisch und Fett überhaupt nicht sehen, das verursache ihr Übelkeit. Wenn sie Fleisch gegessen habe, müsse sie es wieder ausbrechen. Sie möchte am liebsten für sich allein essen. Im Kreise der Familie gehe es noch, aber gar nicht, wenn Gäste da seien. Im Restaurant könne sie auch nicht essen. Am liebsten esse sie in der Speisekammer. Aber sie könne sich überwinden und sich der Situation anpassen. Die Verdauung ist noch sehr obstipiert, sie muß häufig mit Einläufen nachhelfen. Sie äußert die berechtigte Sorge, wie das wohl wäre, wenn sie in einem fremden Milieu wäre. Sie berichtet ferner, daß sie am liebsten allein wäre und gar keinen Wert auf fremde Menschen lege. Wenn sie ihre Arbeit hätte und zu Hause sein könnte, wäre es ihr am liebsten.

Im Januar 1945 meldet die Mutter die Pat. noch einmal telephonisch zur Sprechstunde an. Die Mutter bittet man möge dahin zu wirken versuchen, daß die Pat. sich etwas schone, sie überanstrengt sich in der Arbeit, sei ganz rücksichtslos gegen sich selbst. Man könne sonst zufrieden sein. In Ordnung sei sie aber noch keineswegs.

Die Kranke selbst sieht ganz wohl aus, spricht sich freimütig aus. Sie hat inzwischen das Abitur gemacht und einen Ausgleichsdienst bei der Volkswohlfahrt absolviert. Das sei aber langweilig gewesen, weil nicht genug zu tun war. Jetzt arbeite sie in einem Flüchtlingslager, da sei sie glücklich, da könne man sich eben „ganz einsetzen“, was sie gern tue. Sie möchte gerne zum Roten Kreuz, das liege in der Richtung auf die Medizin, und das Medizinstudium ist als Zukunftsplan bestehen geblieben. Der Wunsch nach einem Tauglichkeitsattest für das Rote Kreuz ist der Anlaß, der sie in die Sprechstunde führt. Die Periode ist immer noch nicht wiedergekommen. Die hartnäckige Obstipation wird mit Einläufen bekämpft. Sie friert sehr leicht. Sie gibt an ausreichend zu essen. Sie esse aber am liebsten allein. Sie könne z. B. gar nicht verstehen, wenn die Menschen, wenn sie zu einem gemütlichen Fest zusammenkommen, dabei essen. Sie lebe allerdings „ziemlich allein“. Auf die frühere Krankheit angesprochen, meint sie, sie habe sich so dumm benommen. Alles habe sich nur um sie selbst gedreht.

Zusammenfassung.

Die Kranke ist in einem normalen Familienmilieu aufgewachsen, und hat sich in dieses Milieu in einer ihrer Stellung in der Geschwisterreihe entsprechenden natürlichen Weise eingefügt. Die Mutter ist pädagogisch recht begabt, hat selbst phasenhafte depressive Verstimmungen durchgemacht. Auch ihr Vater und ihr Bruder hatten ähnliche Zustände. An einer Belastung in diesem Sinne ist also kein Zweifel.

Das bis dahin ganz unauffällige Kind erkrankte wenige Wochen nach einem nicht unerheblichen Schädeltrauma, das zu einer Minuten dauernden Bewußtlosigkeit geführt hat und zu tagelang dauerndem Kopfschmerz. Über Erbrechen wird nicht berichtet. 8 Wochen nach diesem Unfall traten 2 kurzdauernde Absenzen ohne wahrnehmbaren äußeren Anlaß auf.

Schon etwa 6 Wochen nach dem Unfall traten Krankheitserscheinungen auf, die bisher auch noch nach 6 Jahren fortbestehen, wenn auch eine wesentliche Besserung in den letzten Jahren unverkennbar

ist. Die Menstruation setzte aus, es kam zu einer ganz hartnäckigen Obstipation, die auch heute noch mit Einläufen bekämpft werden muß. Es besteht eine große Neigung zum Frieren. Sie magerte sehr stark ab, wurde wählerisch im Essen, aß fast gar nichts. Zureden half nicht. Bei den gemeinsamen Mahlzeiten aß sie fast überhaupt nicht. Was sie aß, aß sie am ehesten, wenn sie allein war. Diese Eigentümlichkeit ist bis auf den heutigen Tag geblieben. Die aufgenommene Nahrungsmenge ist zwar jetzt einigermaßen genügend, auch ist sie nicht mehr so wählerisch, wie zu Beginn der Krankheit, aber gerade die Eigentümlichkeit, daß sie lieber allein ißt, ist geblieben. Sie kann z. B. das gemeinsame Essen bei festlichen Anlässen nicht verstehen. Gleichzeitig veränderte sich schon zu Beginn der Krankheit ihre Stellung zur Familie: aus einem natürlichen, einfügsamen, hilfsbereiten Kind wurde ein egozentrisches Wesen, das die Mutter im wahren Sinne des Wortes ganz für sich in Anspruch nahm, auf andere keine Rücksicht nahm, wenn es sich um die Erfüllung ihrer Wünsche und die Befriedigung ihrer Gelüste handelte. Auch davon ist etwas im Laufe der Jahre geblieben: die Vereinsamung. Zwar ist sie nicht mehr so egozentrisch, sie ist traurig, wenn sie daran zurückdenkt, daß sich alles nur um sie selbst gedreht hat, sie geht ganz in der Arbeit für andere auf, hält darin kein rechtes Maß. Aber das alte natürliche Zusammenleben mit Eltern, Geschwistern und Freundschaften hat sich nicht wieder eingestellt. Sie weiß das selbst, wenn ihr im ganzen gesehen, auch eine eigentliche echte Krankheitseinsicht stets gefehlt hat. „Ich bin gesund, das ist albern, man geht nicht zum Arzt.“ Rückblickend glaubt sie, sie habe sich dumm benommen.

In den ersten 2 Jahren der Krankheit ist eine depressive Verstimmung recht deutlich. Die Fröhlichkeit war vollkommen weg. Sie sah ein, daß sie ungezogen war, sie hoffte, daß Christus ihr helfe. Sie beschäftigte sich gar nicht mehr, hörte ganz auf zu lesen. Zeitlich im Anschluß an eine hochfieberhafte Grippe trat eine Besserung ein. Die depressive Komponente trat zurück, vor allem wurde sie auch wieder tätig. Die alte natürliche Fröhlichkeit des Kindes ist aber bisher jedenfalls noch nicht wiedergekehrt.

Die enge Beziehung zu den beiden vorherigen Fällen ist klar. Für eine psychogene Entstehung fehlen hier alle Anhaltspunkte. Sie lebt in einem sicher pädagogisch überdurchschnittlich günstigen Milieu. Auch Zeichen für eine irgendwie psychopathische Erlebnisverarbeitung vor der Erkrankung fehlen. Bemerkenswert ist die Belastung mit Depressionszuständen von seiten der mütterlichen Familie und das Schädeltrauma. Die depressive Komponente ist im Krankheitsbild während der ersten 2 Jahre ja auch deutlich ausgeprägt. Wiederum erscheint aber eine Deutung der ganzen Krankheit als depressive

Phase schon aus den früher erörterten Gründen unbefriedigend. Hier kommt noch hinzu, daß nach dem Abklingen der depressiven Symptome während weiterer 4 Jahre die körperlichen Symptome, ebenso wie die eigentümliche Wesensveränderung zunächst zurückgeblieben sind: Die Kranke lebt zwar beruflich interessiert, fast übereifrig, im privaten Dasein aber vereinsamt. Die typische Störung der Eßgewohnheiten besteht auch heute noch, nachdem die Nahrungsaufnahme quantitativ gebessert ist und an der unteren Grenze der Norm zu liegen scheint.

Dem Trauma wird man eine gewisse Bedeutung für die Erkrankung zuerkennen müssen. Der zeitliche Zusammenhang zwischen Trauma und Erkrankung ist zu auffällig. Wenn auch der neurologische Befund im engeren Sinne normal war, so muß doch die Möglichkeit von Störungen zentraler vegetativer Funktionen durch Schädeltraumen auf Grund der klinischen Erfahrung zugegeben werden. Daß das Trauma nicht unerheblich war, geht aus der minutenlangen Bewußtlosigkeit, den tagelangen Kopfschmerzen und den noch nach 4 Wochen beobachteten Absenzen hervor, die zudem zeigen, daß mehr als nur unmittelbare Commotionsfolgen bestanden haben. Welche Bedeutung das Trauma hatte, muß allerdings dahingestellt bleiben. Vielleicht handelt es sich um eine Auslösung. Fehlte das Trauma in der Anamnese, so böte das Syndrom an sich im Hinblick auf die anderen Fälle nichts außergewöhnliches. Im Verlauf allerdings könnte es auffallen, wie rasch innerhalb weniger Wochen das volle Syndrom sich entwickelt hat. Dieser akute Beginn könnte eben für eine Auslösung durch das Schädeltrauma sprechen ¹⁾.

4. Erika Sc., 28 Jahre alt. Der Großvater väterlicherseits war Mühlbauer und beschäftigte sich mit Erfindungen. Als er aus seiner Firma eine Aktiengesellschaft machen mußte, bekam er eine Depression, machte sich Vorwürfe, daß er alles falsch gemacht habe. Er kam nie mehr ganz in Ordnung. Außerdem hatte er einen sehr empfindlichen Magen. Der Vater der Pat. hat ein etwas labiles Nervensystem, hat auch gelegentlich Magenstörungen. Im allgemeinen ist er ein Optimist. Vor 6½ Jahren hatte er einen Nervenzusammenbruch durch Überarbeitung und geschäftliche Sorgen. Es ging ihm so schlecht, daß er seine Stellung aufgeben mußte. Dieser Zustand dauerte ungefähr ½ Jahr. Er machte sich viele Sorgen, Vorwürfe, war initiativlos, hatte Suicidgedanken und schlief schlecht. Der Appetit war nicht besonders gestört. Er berichtet, daß die Ärzte, zu denen er gegangen war, ihm nicht hätten helfen können. Er sei dann zu einem Naturheilkundigen gegangen, der ihn gesund gemacht habe. In wenigen Monaten sei der schlechte Zustand wie weggeblasen gewesen. Er betont, daß er noch mit 60 Jahren einen neuen Beruf erfolgreich ergriffen hat. Die Frau, die Mutter der Pat., hat aber sichtlich in der Ehe zu bestimmen. Diese Mutter selbst ist immer gesund gewesen, ausgeglichen, ruhig, hat künstlerische Interessen. Sie war Schauspielerin und malt. Sie macht einen temperamentvollen, energischen, ganz klugen Eindruck. In der Familie sind keine besonderen Krankheiten bekannt.

Die Pat. wog bei der Geburt 5¼ Pfund. Sie war möglicherweise ein 8 Monats-kind. Als kleines Kind hatte sie keine besonderen Krankheiten. Sie war leicht

¹⁾ Siehe Nachtrag S. 849.

zu erziehen. Die Mutter sagt, sie hätte sich von selbst erzogen, so taktvoll und ohne Schwierigkeiten, lieb und artig sei sie gewesen. Sie spielte viel mit einem Nachbarjungen mit der Eisenbahn, Soldaten und Bausteinen. Außerdem spielte sie auch gerne mit Puppen und war eine gute Puppenmutter.

In der Schule war die Pat. nach den Angaben der Mutter mehr so „ferner liefern“. Sie war schüchtern und ein bißchen abseits und sah zu, wenn die anderen Dummheiten machten oder spielten. Sie war keine gute Schülerin, für Rechnen ganz unbegabt, Sprachen gingen besser. Sie hatte verschiedene Freundinnen, darunter eine, mit der sie auch heute noch zusammen ist. Sie ist auch mit deren Mutter befreundet, zu der sie oft geht und sich ausspricht. Sie ist talentiert für Musik und Malen und hat darin auch Unterricht. Die Pat. hatte seit ihrem 13. Jahr die Periode regelmäßig. Sie war recht „mickrig“, wurde zeitweise aus der Schule genommen und zu einer Tante nach Oberschreiberhau gebracht. Sie habe als Kind immer gut gegessen, war nicht „mäklig“. Sie war immer schlank. Auffallend war die besondere starke Entwicklung der Brust mit 16/17 Jahren. Die Pat. verliebte sich mit 15 Jahren in Oberschreiberhau in einen Skilehrer. In den Ferien bei Bekannten fiel ein Kind, mit dem sie spielte, ins Wasser, es passierte nichts, aber sie nahm sich die Vorwürfe, die man ihr machte, sehr zu Herzen und war wie ein geprügelter Hund. Mit 13 Jahren hat sie eines Abends plötzlich geweint und gesagt: „Mutter, ich glaube, ich bin schwach-sinnig.“

Als die Pat. aus der Schule kam, war sie 16 Jahre alt. Es fiel den Eltern damals auf, daß die Pat. im Vergleich zu 2 Pensionärinnen doch sehr still war. Sie war zwar nie besonders temperamentvoll gewesen, aber doch ganz vergnügt und ausgeglichen. Von einer bekannten Familie wurde sie nach Italien eingeladen. Die Pat. bereitete sich durch Erlernen der Sprache und Studien auf diesen Aufenthalt vor. Als sie nach Italien kam, war sie 18 Jahre alt (Frühjahr 1933).

Die italienischen Mädchen waren sehr gut erzogen, faßten schnell auf, während die Pat. langsam auffaßte. Sie schrieb aus Italien unglückliche Briefe, so z. B. an ihre Tante: „Die Schuld liegt sehr viel auch bei mir, daß ich mich nicht glücklich fühle. Ich bin immer zu empfindlich und lasse mich, wenn es nicht gleich gut geht, unterkriegen und versinke in Melancholie. Meine Angriffslust und Energie ist sowieso nicht sehr groß, und es sind hier zu viel auf einmal, die sich behaupten wollen und außerdem ziemlich starkes Temperament haben, so daß ich mich anstatt mich zu wehren oder vielmehr zu behaupten, an die Wand drücken lasse und auf eine Hilfe von woanders warte. Dazu kommt meine schwer verschleierte Intelligenz, die gerade bei den Italienern ziemlich stark ausgebildet ist. Eine Zeitlang war es so, daß ich mich nur immer wegwünschte und vor jedem Angst hatte, was lebte und Krach machte, so empfindlich waren auch schon meine Nerven geworden. Mit meiner Gesundheit geht es so einigermaßen. Fett werde ich hier nicht, weil ich in ständiger Unruhe bin, was mir nicht sehr bekommt“. In einem anderen Brief schreibt sie: „Ich bin stets im Kampf mit mir, um wenigstens ein bisschen Selbständigkeit zu behalten, und mein Gehirn setzt manchmal direkt aus, so daß ich zeitweise nicht imstande bin, klar zu denken. Schöner bin ich bestimmt nicht geworden diesen Sommer hier. Trotz des wirklich sehr guten Essens wiege ich ungefähr dasselbe, vielleicht etwa 2—3 Pfund weniger.“ Die Freundin der Pat. schreibt in einem Brief (Juli 1933): „Erika ist immer die letzte, sei es zu Spaziergängen, sei es zu Tische, sei es um zu Bett zu gehen. Und neugierig ist sie, das ist direkt schrecklich, und immer die dümmsten Sachen will sie wissen, und wie oft habe ich ihr gesagt, „schweige lieber“, und sie „es scheint mir dumm zu sein, wenn ich nicht spreche“, und um nicht dumm zu sein,

spricht sie dämliche Sachen. Sie tut mir auch sehr leid, sie ist ein armes Unglücks-kind“. Während der Zeit ihres Aufenthaltes in Italien schrieb die Pat. ein Tagebuch. Es finden sich darin z. B. folgende Angaben: 28. 5. 33: „Familie R. zu Besuch. Wunderbaren Truthahn gegessen und schönes Dolce“ . . . 11. 6. 33: „In B. wo wir anhielten schöne Sandwich, Keks und Schokolade gegessen“. . . . 1. 7. 33: „Schiffbruch, vollkommen leer, nichts Positives in der ganzen Zeit erreicht. Zu viel gewollt und alles zu ernst genommen und nichts ausführen können vor Angst und Energielosigkeit. Weiß nicht, wie weiter. Freude verloren und zu nichts mehr fähig. Letzte Zeit in Lethargie versunken. Die Situation vollkommen spaliato. Abgenommen ungefähr 12 Pfund. Zu wenig geschlafen. Fühle mich nur noch halb lebend . . .“ 2. 7. 33: „nachmittags mit den anderen mit dem Rad auf einem Hügel nicht weit von Ruggio, genannt „Caralzone“ gewesen. Dort oben einen herrlichen Blick auf die Umgebung gehabt. Viel gegessen, Brot mit Schinken und Salami und Wein getrunken. Bin schon eine „strana“ genannt worden, weiß nicht mehr wie weit es so gehen wird. Fühle mich schon halb irre und mache wirklich alles verkehrt. Die Mutter ist meiner schon müde und ich auch schon. So schlimm habe ich mich noch nie gefühlt. Vollkommen leer, höchstens noch ein Abwehrgefühl gegen alles . . .“ 3. 7. 33: „Verstehe mich überhaupt nicht mehr mit Trina und Martha. Es ist sicherlich größtenteils mein Fehler, denn ich bin eines Teils zu weich und nachlässig und andererseits wieder nicht genug befähigt, mich etwas zu behaupten und in Einklang mit den anderen zu leben. Ich komme mir schon halb wie ein Haustier vor, das sich von allen regieren läßt, und habe überhaupt keine Aktivität mehr in mir, weil ich mir jede Ausbreitungsmöglichkeit versperrt habe und jetzt nicht mehr aus dem Labyrinth herausfinde. Dazu kommt noch die Nervosität und fast jeden Tag wiederkehrende Leere im Kopf, außerdem Melancholie“. . . . 10. 8. 33: „Bin wie man hier so schön sagt eine „povera disgraziata“ und mache nichts als „brutta figura“. . . . 14. 8. 33: „Eines jedenfalls steht fest, daß ich nicht den guten Mittelweg nehmen kann, da ich innerlich zu unausgeglichen bin und neben vielleicht einigen Höhen sehr viele Tiefen und Löcher habe, in die ich immer wieder hineinfalle, und die ich nicht zuschütten kann. Ich bin nicht fähig, mich aus eigener Kraft aufzurichten. Jedenfalls bin ich mal irgendwann überspannt gewesen. Vielleicht ist auch alles nur ein schlechtes Gewissen, weil ich immer nichts zu Ende führen kann“. . . . Trotzdem die Pat. in Italien nicht glücklich war, wollte sie nicht vor der verabredeten Zeit dort weg. Sie wollte die Sprache lernen und die Städte kennen lernen. Es wurde ihr vorgeschlagen, noch für eine Zeit nach San Remo zu gehen in ein Kloster, um die Sprache zu vervollkommen und etwas mehr Führung zu haben.

Am 5. 10. 33 schreibt sie aus San Remo: an die Mutter: „Etwas macht mich ein bißchen unruhig, daß ich seit Mai nicht mehr unwohl war. Mein Appetit ist nicht sehr groß, denn das ewige Weißbrot und die nicht übermäßig gute Kost geht mir mit der Zeit buchstäblich auf die Nerven“. In einem Brief an die Tante vom 6. 10. 33 steht: „Ich leide auch an Appetitlosigkeit. Ich glaube aber, hier in San Remo zugenommen zu haben, nachdem ich in Reggio einmal 10 Pfund abgenommen hatte“. . . . Am 16. 10. 33 schreibt sie: „Es gibt Zeiten, in denen ich nicht ganz richtig bin und nicht klar mit aller Kraft denken kann und gar keine Energie aufbringen kann, wo sozusagen alles still steht, Körper und Geist, außer dem Herzen, und ich mir nur noch wie ein halber Mensch vorkomme. Na und dann gibt es natürlich auch Zeiten, in denen mir alles rosig und kinderleicht erscheint. Gesundheitlich geht es mir soweit gut, bis auf die schlechte Verdauung und den Mangel an Eßlust“. . . . Am 20. 12. 33 schreibt die Pat. an die Mutter: „Meine Periode hat schon wieder über einen Monat ausgesetzt, und ich halte es für sehr

möglich, daß es viel an den Drüsen liegt, die nicht gut arbeiten, und auch am schlechten Blutkreislauf, denn manchmal fühle ich, daß alles in mir wie stehen geblieben ist“. — In ihrem Tagebuch schreibt die Pat. am 30. 9. 33: „Sehr leer und so, als ob der Wind alles was im Kopf und Herzen ist herausgeblasen hätte, gefühlt wie eine Schale ohne Kern. Meer sehr schön grün, blau und bewegt“.

Die Pat. kam dann auf den Hasliberg (Schweiz) zu Pfarrersleuten und blieb dort von Februar bis September 1934. Sie schrieb von dort: „Es geht mir schon viel besser, und ich entwickle einen ganz anständigen Appetit, meine Backen sind auch schon runder geworden und Farbe habe ich auch. Ich lebe auch sehr regelmäßig und schlafe gut, weil ich abends eine affenkalte Bude habe.“ Sie wurde dort wieder vergnügt, gesund, nahm zu bis auf 130 Pfund. Die Periode trat wieder auf. Sie pfiff, sang, war optimistisch und lebensfroh. Es ging ihr besser als je zuvor. Im September 1934 kam sie nach Berlin. Sie verlor nach ein paar Wochen 10 Pfund an Gewicht und sah nicht mehr so gut aus, war auch schlechter Stimmung. Die Periode war zuerst noch regelmäßig, wurde dann unregelmäßiger. Die Pat. bekam wieder Minderwertigkeitskomplexe, war unfreundlich, unzufrieden, hatte keinen Appetit, war aber nicht obstipiert. Von Frieren ist aus der Zeit nichts bekannt. Im Frühjahr 1935 schickten die Eltern sie nach Münster-Eifel zu Bekannten als Haustochter. Obwohl dort keine Italienerinnen, keine kleinen Kinder, kein Durcheinander war, nahm sie dort 20 Pfund ab und verlor die Periode ganz. Der Zustand war wieder der gleiche wie in Italien, sie war gedrückt, verkrampft und voller Komplexe.

Nach Berlin zurückgekehrt lernte sie mit Ach und Krach in der Rackow-Schule Schreibmaschine und Stenographie, kam aber nicht mit den anderen mit, war sehr langsam und machte viele Fehler. Sie war selbst unglücklich darüber und sagte, sie glaube, daß in ihrem Inneren nicht alles funktioniere. Sie bekam von einem konsultierten Arzt Progynon-Insulinspritzen. In dieser Zeit bekam der Vater den Nervenzusammenbruch. Die Pat. suchte und fand Anfang 1936 eine Stellung als Bürokraft. Sie war sehr nervös bei der Arbeit und der Arbeitgeber war unzufrieden mit ihr. Im Winter 1936/37 kam sie ins Riesengebirge. Sie lief dort viel Ski, aß aber nur sehr wenig, oft am Tag nur 1 Stück trockenes Brot und einen Teller Suppe. In der Zeit hatte sie 3 krampfartige Schmerzanfälle im Unterleib mit Fieber. Damals fing der Spar- und Geizkomplex an damit, daß sie nicht genug aß. Sie konnte ihr Verhalten nicht motivieren und brauchte Ausreden. Sie gönnte sich selber nichts, es war wie ein Askesekomplex. Es setzte ein ungewöhnlicher Beschäftigungsdrang ein. Sie war hart gegen sich selbst, gönnte sich Essen, Kleidung und Wohnung nicht und wußte immer Ausreden, um einer genußreichen Situation auszuweichen. Gleichzeitig wurde sie eigensinnig, log in manchen Dingen, sagte z. B., sie hätte gegessen und hatte es gar nicht getan. Seitdem ist dieses Verhalten eigentlich immer geblieben. Die Pat. ißt kaum jemals mit der Familie, sie hat dann jeweils etwas „dringend“ zu tun. Sie zeigt seitdem auch keinerlei Interessen, ist abgestumpft, hat keine Freundinnen. Für die Familienmitglieder hat sie keine besonderen Empfindungen oder Anhänglichkeit. Im Sommer 1937 kam die Pat. nach Berlin zurück. Hier gingen diese Komplexe weiter, sie zog immer das schlechteste an, wenn es kalt war, fror sie lieber, als daß sie sich wärmer anzog, sie kaufte das billigste Zeug, war lustlos, interesselos, verkrampft und immer pessimistisch. Eines Tages meinte sie, sie fühle sich wie ein Krebs, sie käme nicht mehr vorwärts, nur noch rückwärts und nicht mehr hoch, sie wäre wie in Ketten an den Boden geschmiedet. Sie suchte in Berlin eine neue Stellung und wurde bei der Reichs-unfallversicherung angestellt. Wenn sie Frühstück mitbekam, verschenkte sie es, ihre Arbeit machte sie schlecht. Der Personalchef rief nach ein paar Monaten

zu Hause an und bat, man möchte die Pat. aus der Firma herausnehmen. Er erzählte, daß die Pat. abends länger im Büro blieb, um die nicht geschaffte Arbeit aufzuholen, daß sie dann aber, wenn die Scheuerfrauen kämen, diesen helfe, die Korridore zu scheuern. Seitdem sie krank ist, soll das Scheuern überhaupt ihre Lieblingsbeschäftigung sein.

Die Pat. kam dann von April bis August 1938 in die I. Medizinische Klinik der Charité. Sie beschäftigte sich dort unentwegt auch in der Küche, war dabei umständlich und langsam. Sie versuchte, ihr Essen den Schwestern oder Mitpatienten zu geben und aß selbst erst etwas, wenn es schon kalt war. Während der Mahlzeit machte sie sich mit anderem zu schaffen. Wegen der Gewichtsabnahme mußte sie gefüttert werden und hatte dabei 1000 Einwände. Eine Hypnosenbehandlung war erfolglos. Schließlich wurde sie ins Bett gelegt und mit dem Schlauch ernährt. Die Diagnose lautete: Endogene Magersucht. Sie wurde in die Nervenklinik verlegt, wo sie bis zum 7. 1. 39 verblieb. BETZENDAHL hat kurz über die Kranke im Hinblick auf körperlich-seelische Wechselwirkungen berichtet. Er dachte an eine phasenhafte Verstimmung dem manisch-depressiven Formenkreis zugehörig, wobei allerdings eine vegetativ-endokrine Stigmatisierung im Vordergrund des Bildes stehe. „Wir haben Bettruhe und Mastkur, sowie Opium und Progynon angewendet, haben uns also im wesentlichen verhalten, wie einer Manisch-Depressiven gegenüber, und der Erfolg gibt uns recht¹.“ In der Tat trat eine Gewichtszunahme von 9 kg ein. Der Erfolg hielt aber nicht an.

Die Pat. kam nach Kreuth in ein Sanatorium. In Kreuth entwickelte sich ein Zustand nervöser Unruhe, sie sprach viel, laut und verkrampft. In ihren Briefen an die Eltern kachierte sie ihren Zustand mit den Worten „wir genießen“. Sie „spielte“ die Heitere. Sie kam in einem sehr abgemagerten und unruhigen Zustand nach Berlin zurück. Die Pat. kam dann zu einem bekannten Psychotherapeuten, der sie einer Kollegin zur Psychoanalyse überließ. Sie hatte Ödeme, Durchfall und Herzklopfen. Zur Ärztin fuhr sie einen weiten Weg mit dem Fahrrad um das Geld für die Straßenbahn zu sparen. Sie ging dann auch auf einen entfernten Markt, weil das Gemüse dort 3 Pfg. billiger war und kam dann ganz erledigt und ungegessen zu Hause an. Die Psychoanalyse beeindruckte die Pat. nicht sehr, sie hatte kein Verständnis dafür, was man eigentlich von ihr wollte. Den ersten Tag ging sie ein bißchen in sich, sprach ein wenig über sich selbst, dann machte es ihr gar keinen Eindruck mehr. Objektiv sei sie angeregter gewesen, die Komplexe seien aber schlimmer geworden, die Unruhe nahm zu.

Im Herbst 1939 kam sie ins Waldhaus Nikolassee, wo eine Insulinschockkur mit ihr gemacht wurde. Sie war in der Zeit gelockerter, ging mit den Eltern in die Konditorei, wenn sie sie besuchten, aß auch Kuchen. Nach der Kur kam sie bald wieder in denselben Zustand wie vorher. Die Pat. wurde dann vom Gynäkologen untersucht, der eine verkümmerte Hypophyse feststellte und für die endokrine Störung eine ungünstige Prognose stellte. Es wurde eine Hypophysenimplantation gemacht. Sie wurde dann ins Waldhaus zurückverlegt. Es änderte sich nichts an ihrem Zustand. Zum Teil mußte sie auf der geschlossenen Abteilung liegen, weil sie unruhig war, sie ging zu den anderen Pat. in die Zimmer, sprach sehr viel und laut, wollte dauernd scheuern, Geschirr waschen und war sehr neugierig und taktlos.

Im Herbst 1940 kam sie in ein Sanatorium im Harz, was ihr schlecht bekam. Sie war nur Wochen da und kam in einem sehr schlappen Zustand nach Berlin

¹BETZENDAHL, W.: Körperlich-seelische Wechselwirkungen bei organischen Psychosen. In Gegenwartsprobleme psych-neurol. Forschung. Stuttgart: Enke 1939.

zurück. Sie wurde wieder in die Charité gelegt, in die Nervenklinik. Es wurde dort eine Encephalographie gemacht: es fanden sich median-symmetrisch gelegene seitengleiche, etwas weite Ventrikel. Auch die Subarachnoidalspalten über der Konvexität sind auffallend weit und zum Teil konfluierend. In der Charité bekam die Pat. einmal ihre Periode. Sie verblieb dort bis Weihnachten 1940. Später bekam sie eine Röntgentiefenbestrahlung der Thymusdrüse.

Die Pat. wurde dann zu Prof. REHN nach Wiesneck gebracht, wo sie bis zum 5. 10. 41 blieb. Es ging ihr dort schlechter, ihr Gewicht war auf 80 Pfund heruntergekommen. Sie sah vergrämt aus und sagte, man solle sie totschießen. Anschließend wurde sie von einem Chiropraktiker behandelt. Dann kam sie zu Dr. v. GEBSÄTTEL, der ihr Hormonstöße gab. Jetzt ist die Pat. seit $1\frac{1}{2}$ Jahren zu Hause bei den Eltern und hat in der Zeit 14 Pfund zugenommen. Die Mutter meint, sie würde etwas besser, sie sei etwas besinnlicher geworden. Früher habe sie manchmal vor Verzweiflung geschrien, jetzt sagt sie selbst, sie müsse den Nebel durchdringen, sie könne nicht richtig denken, es wäre als hätte sie einen Schleier vor dem Gehirn. Die Mutter berichtet, daß der Ausdruck der Augen sehr wechselnd sei, meist ganz trübe, nur manchmal klar. Zu Hause läßt man sie leben, wie sie will. Sie kommt selten an den Tisch, um zu essen, sondern ißt meistens später in der Speisekammer. Es kommt vor, daß sie dort ungeheure Quantitäten mit den Händen aus der Schüssel ißt. Auch sah die Mutter, wie sie aus dem Abfalleimer etwas nahm. Sie verbirgt ihr Essen und dreht sich sofort ab, wenn man es sieht. Über das Thema kann man nicht mit ihr sprechen. Zum Beispiel am Weihnachtsabend 1942 saß sie verkrampft und käsebleich dabei (es gab Braten), hatte lauter Ausreden und aß nichts, meinte, es reiche nicht. Am Tisch hat sie Hemmungen, wagt nicht, den Löffel in den Mund zu stecken. Zu Hause scheuert sie viel, macht sich immer etwas zu tun, sieht keine Zeitung und kein Buch an. Es ist vorgekommen, daß die Eltern $\frac{1}{2}$ Stunde zu spät mit ihr in die Oper kamen, weil sie ihre Reinmachearbeit vorher beenden wollte. Mit anderen Menschen hat sie wenig Kontakt, weil man ihres lauten Wesens wegen nicht gern mit ihr zusammen ist. Außerdem hat sie schlechte Manieren.

Bei einer ambulanten Untersuchung am 27. 3. 42 bietet die Pat. ein eigenartiges Zustandsbild dar. Sie ist lang, mager, hat cyanotische Finger, weit offene Augen, hat etwas Unruhiges in Blick und Bewegungen. Die neurologische Untersuchung ergab nichts Krankhaftes. Während der Referent zuweilen bei der Exploration etwas durch seine Sekretärin aufschreiben läßt, sieht sie sich dann immer wieder fast wie mißtrauisch nach dieser um. Ihre Art, auf Anreden zu reagieren, hat fast etwas von Verlegenheit, sie ist aber eigentlich gar nicht verlegen, sondern diese Art ist so gleichbleibend, daß sie wie eine affektive Monotonie wirkt. Als der Referent sie fragt, ob sie etwas dagegen hat, wenn er die Sekretärin für Notizen herzuruft, erklärt sie sich einverstanden. Als der Referent dann zur Tür geht, um die Sekretärin zu rufen, steht sie auch auf und ist plötzlich an der Tür und weiß nicht warum.

Die Pat. berichtet, daß sie seit Anfang Oktober 1941 zu Hause sei, Gesangstunden genommen habe und dem Vater durch Stenographie und Maschinenschreiben etwas geholfen — sonst eben so mitgelebt habe. Auf die Frage, wie gewöhnlich der Tag verläuft: „Also wir gehen meistens ziemlich spät — also vor 11 meistens nicht — schlafen, und dann aufstehen, meistens zwischen 9 und $\frac{1}{2}$ 10 Uhr, manchmal früher oder später. Sehr oft bin ich dann zur Gesangsstunde gegangen, zuerst zweimal die Woche, danach Besorgungen, oder einen Besuch gemacht, oder in der Stadt gewesen, dann wieder nach Haus gefahren. Dann haben wir Mittag gegessen und dann sind wir meistens zu Hause geblieben, und ich habe irgend etwas geholfen oder Zimmer aufgeräumt und dann ist schon

wieder bald der Tag um gewesen. Am Spätnachmittag bin ich noch einmal weggegangen, einen Besuch gemacht oder zur Post gegangen. Dann haben die Eltern meistens vorher Abendbrot gegessen, weil ich dann noch nicht zurück war“. (Interessieren Sie die Dinge, die sich jetzt so ereignen?) „Ja, so die Bekannten über uns haben Söhne im Krieg, aber wir persönlich nicht. Mein Onkel ist vor dem Krieg schon gestorben, das wäre der einzige, der jetzt noch im Krieg sein könnte.“ (Bewegt Sie das nun?): „Nein, manchmal vergißt man das alles, manchmal hört man durch Bekannte etwas oder durch die Zeitung. Man wünscht, daß der Krieg jetzt bald zu Ende ist mit der ewigen Unruhe und dem Bekämpfen und Bekriegen“. Auf die Frage nach Beschwerden sagt sie: „Manchmal habe ich so diese Zwangsvorstellungen, dann muß ich irgendetwas machen, dann nach ein paar Stunden habe ich gedacht, warum habe ich das eigentlich getan. Eine dumme Richtung habe ich so genommen, eine falsche Richtung, eine verfahrenene Angelegenheit. Man fühlt da irgendetwas, ich weiß nicht, was das ist, man hat nicht so die Stirn, dem gegenüber zu stehen, dem stand zu halten“. Etwas richtig Konkretes; um was es sich bei diesen Zwangsvorstellungen handelt, ist von der Pat. nicht zu erfahren. Sie hört, daß diktiert wird, daß sie auf etwas Konkretes nicht kommt und gibt an: „Ja doch, ich muß dann so irgendetwas zu Ende machen“.

Nach dem Essen befragt, spricht sie sich offensichtlich nicht gern aus, meint, die Eltern hätten das Zureden schon aufgegeben und leiden jetzt darunter, daß sie in der Speisekammer gelegentlich ißt. Etwas affektive Resonanz zeigt sie vielleicht, als nach ihren Zukunftswünschen gefragt wird: „Jetzt ist das eben so unsicher, man hofft eben, daß wieder alles normal wird, eben wie man vor dem Krieg gelebt hat“. (Was wollen Sie denn nach dem Kriege tun?): „Reisen wollen wir dann“. Auf die Frage nach ihrem Zustand sagt sie: „Damals in Italien fing die ganze Sache an, auch mit den inneren Sachen, mit den Drüsen. Ich hatte so einen leeren Kopf, ich konnte mich nicht konzentrieren, deprimiert, richtig melancholisch war ich manchmal“. (Haben Sie jetzt das Gefühl, daß Sie wieder richtig denken können?): „Ja, manchmal nicht so ganz durch, manchmal kann ich mich nicht so richtig konzentrieren, nicht das Richtige gleich so begreifen, im allgemeinen ist es besser jetzt — manchmal schlechter, dann ist das Gedächtnis wie ausgepustet, es fällt einem dann nichts ein, meine Mutter hat jetzt auch so ein schlechtes Gedächtnis.“ (Sind die Menschen nett zu Ihnen?): „Ich habe nicht so einen Argwohn, daß die Menschen schlecht über mich sprechen, aber es ist möglich. Meine Eltern sorgen dafür, daß ich nicht mit jemanden in Berührung komme, der mich schlecht macht — oder irgendwie — ich habe auch keinen Bestimmten vor mir. Wir sind zu sehr eingesponnen da bei uns zu Haus.“ Die Pat. hat etwas so fahriges in ihrem Blick, daß man den Eindruck haben kann, es wären Gedanken vorhanden, die sie nicht sagt (Zwangsrübeleien?). Sie soll, als sie draußen warten mußte, mit der Sekretärin unentwegt geplaudert haben. Sie läßt es ohne Widerspruch geschehen, daß man sie ohne Begründung um sich selbst dreht. Beim Verabschieden macht es den Eindruck, als ob der Pat. die Tränen kämen. Auf eine diesbezügliche Frage sagt sie: „Manchmal war mir so scheußlich, daß ich manchmal richtig geschrien habe, ich weiß nicht, ob das mehr Unbehagen war, ich mußte mir Luft machen, sozusagen, als ob ich aus meiner Haut herausfahren wollte, ich war sozusagen verzweifelt, das hat sich aber immer wieder gegeben, aber ich möchte, es würde wieder ganz gut, dann wäre ich wieder ganz froh.“ Ihre Antworten haben oft etwas unpräzises, sie macht recht viele Worte, kommt ins Plaudern. Als sie z. B. aufgefordert wird, das Sprichwort „Morgenstund hat Gold im Mund“ zu erklären, sagt sie: „Weil man vielleicht besser schlafen kann — sich den Tag besser einteilen kann, wenn

man anfängt, wach zu werden und was zu tun, und weil man morgens besser was leisten kann, wenn man ausgeschlafen ist.“

Am 1. 6. 43 wurde die Kranke in den Kuranstalten Westend aufgenommen. Die Eltern hatten durch Bombenschaden ihre Wohnung verloren. Der Vater, der durch die Ereignisse selbst mit den Nerven etwas herunter war, konnte das unruhige Wesen der Tochter in den engen Räumen ohne Ausweichmöglichkeiten nicht mehr ertragen. Im ganzen war der Zustand unverändert. Die Aufnahme erfolgte gegen ihren Willen, die Eltern hatten ihr gesagt, sie sollte nur zu einer Herzuntersuchung kommen. Auf die Überraschung reagierte sie angemessen, fügte sich dann ganz einsichtig. Sie bekam ein kleines Einzelzimmer. Auf der Station lebte sie sich gut ein, war freundlich gegen die Mitpatienten und sehr hilfsbereit. Ein paar mal hatte sie den Eindruck, daß Mitpatienten mißverstanden worden seien, und versuchte dann zu vermitteln. Besonders eng hat sie sich an niemanden angeschlossen. Ihre Hauptbeschäftigung war die Säuberung ihres Zimmers. Jeden Tag rückte sie die Möbel von der Wand, zog das Bett ab, schüttelte die Decken aus dem Fenster, büstete die Matratzen. Auch an sich war die Patientin übertrieben sauber, mußte sich dauernd waschen. Sie ging vormittags und nachmittags mit den anderen Pat. in den Garten, sonst schlief sie oder packte in ihrem Zimmer herum. Lesen wollte sie gar nicht. Einmal hatte sie einen Brief geschrieben, den sie beendete und auch abschickte, war darauf sehr zufrieden, daß es ihr gelungen war und aß die darauffolgende Mahlzeit wesentlich besser als sonst. Im übrigen aß sie sehr schlecht. Sie setzte sich nie mit den anderen Pat. an den Tisch, sondern verließ meistens das Zimmer, wenn das Essen gebracht wurde und erklärte, sie hätte noch dieses oder jenes zu erledigen, oder sie müsse unbedingt noch die Stationsärztin sprechen. Sie war nicht zum selbständigen Essen zu bringen, sondern man mußte sie schließlich füttern, damit sie überhaupt etwas zu sich nahm, auch dabei machte sie noch Ablenkungsversuche. Explorationen ergaben nichts Neues. Sie wurde wieder entlassen. Bald darauf haben die Eltern einmal den Versuch gemacht, sie wieder auf sich selbst gestellt leben zu lassen in einer Pension im Riesengebirge. Die Mahlzeiten in der Pension aß sie nicht. Es ereignete sich aber das peinliche, daß die Kranke in einem Bäckerladen einen kleinen Nahrungsmitteldiebstahl beging.

Am 29. 3. 45 sah ich die Kranke noch einmal bei einem Hausbesuch, weil die Eltern mitgeteilt hatten, es sei Mitte 1944 eine wesentliche Besserung in ihrem Befinden eingetreten. Die letzten Monate vor dieser Besserung war sie in einem Heim in einem Berliner Vorort untergebracht. Dort ging es ganz schlecht. Eine Möglichkeit in der Speisekammer zu essen, gab es nicht, und der Nötigung mit den anderen zu essen, setzte sie hartnäckigen Widerstand entgegen. Sie nahm bis 84 Pfund ab. Sie äußerte schließlich selbst Angst sterben zu müssen.

Man nahm sie nach Haus und dort ging es gleich aufwärts. Sie fing an zu essen. Allerdings nur heimlich. Sie wurde aber von Woche zu Woche aufgeschlossener und freier. Allmählich brachte man sie auch dazu, daß sie mit den Eltern bei Tisch aß, der Vater sagt, man müsse aber auch jetzt noch aufpassen, daß sie nicht „ausbreche“ und der alten Speisekammergewohnheit verfallende. Sie verlangt jetzt sogar nach Essen, ist unzufrieden, wenn sie nicht genug hat, beim Frühstück ißt sie allerdings nicht, ihre erste Mahlzeit ist das Mittagessen. Zur Erklärung sagt sie, sie habe keine Zeit zum Frühstück. Sie hat auf 122 Pfund zugenommen. So günstig ist der Zustand seither geblieben. Das Unwohlsein fehlt noch. Auch muß die Kranke gegen die Obstipation Medikamente nehmen. Der Schlaf ist gut. Zwar ist ihr Gesichtskreis eng, sie liest kein Buch, keine Zeitung. Aber sie arbeitet fleißig im Haus, disponiert auch, macht sich nützlich. Sie hat noch etwas Ruheloses in ihrem Tun, legt sich nicht hin, um einmal auszuruhen.

Es bestehen immer noch die asketischen Züge. Zwangssymptome sind nicht deutlich. Sie hat aber „sture Gewohnheiten“, „Komplexe“, z. B. bietet sie dem Vater bei Tisch unentwegt zu essen an. An manchen Tagen ist sie auch gereizt. Die Eltern haben sich an Vieles gewöhnt, die Mutter neigt zu Beschönigung der Situation, der Vater ist kritischer. Nach seiner Meinung könnte die Kranke trotz der Besserung nicht etwa für sich allein leben. Es besteht darum eine testamentarische Verfügung, daß sie nicht selbständig über ihr Erbe verfügen kann. Die Kranke äußert sich selbst glücklich über die Besserung. Spricht sich aber über das Vergangene und über ihre inneren Vorgänge nicht aus. Manchmal sagt sie, es tue ihr leid, daß sie den Eltern solche Sorgen bereite. Sie könne aber nichts dagegen machen. Beziehungen hat sie nur zum engsten Familienkreis.

Im Herbst 1944 waren die Eltern zum erstenmal seit 10 Jahren wieder einmal mit der Kranken zusammen verweist. Die ungewohnte Situation im Hotel machte sie in den ersten Tagen unruhig, wie jede Störung des gewohnten Tageslaufs ungünstig wirkt. Ihr Sparfimmel war auf der Reise besond. s. deutlich. Sie nahm überall nur das Billigste, aß manchmal sogar nicht mit den Eltern, sondern ging für sich in einen billigen Gasthof, nahm dort das Billigste, was es gab.

Die Kranke selbst sieht ganz gut aus. Sie hat aber immer noch etwas Fahriges, Unkonzentriertes. Während der Untersuchung sitzt sie mit verschränkten Armen etwas gehemmt da. Es gehe besser, sagt sie. (Was war früher das Krankhafte?): „Irgendeine Trägheit, so schwerblütig, manchmal auch schwermütig, auch verzweifelt. Es war keine rechte Harmonie, so ein Stocken im Innern. Ich konnte nicht richtig anfangen etwas und aufhören.“ Sie plaudert ganz lebendig über die enge Lebensweise, zu der die Familie gezwungen ist, da sie der Bombenangriffe wegen in einen Berliner Vorort gezogen sind. Nach Wünschen gefragt, meint sie: „In einem schönen heiteren und friedlichen Ort möchte ich sein mit meinen Eltern, also was sich jetzt alle wünschen, ein geregelter friedliches Leben.“ Über Sparsamkeit, Appetit und Eßgewohnheiten ist nichts Rechtes von ihr zu erfahren. Daß sie lieber allein ist als mit anderen, verneint sie lebhaft. Gemütliches Beisammensitzen bei Tisch das möge sie allerdings nicht. Sie denke dann: „Meine Güte, meine Güte, nun ist wieder soviel Zeit weg!“ Ergreift auch spontan das Wort: „Das glaube ich nicht, daß ich es durchgehalten hätte so immer in der Stadt zu sein bei den Angriffen, da hätte ich wohl schon einen Herzklapps.“ Sie fragt nach dem Ergehen des Referenten, ob er ausgebombt sei und wo er jetzt wohne, ob die Kuranstalten noch stehen, immer etwas flüchtig, aber ganz natürlich in der Themenwahl.

Zusammenfassung.

Die heute 29jährige Kranke stammt aus einer Familie, in der schwere nervöse Störungen nicht beobachtet worden sind. Der Vater gehört zweifellos zum zylothymen Kreise: In seinem Leben sind Schwankungen der Stimmungslage vorgekommen, die über das rein Reaktive hinausgehen. Er hat nach der Schilderung eine depressive Phase durchgemacht, während er in gesunden Zeiten eher ein hypomanisches Temperament zeigte. Die Mutter macht einen begabten, natürlichen, auch ganz energischen Eindruck. Die Kranke selbst ist einziges Kind. Die Entwicklung bis zum 17. Lebensjahr erfolgte durchaus im Bereich des Normalen. Sie war unterschiedlich begabt, hatte aber keine ernstlichen Schulschwierigkeiten. Sie hatte Freundinnen,

schon als kleines Kind einen guten Freund aus der Nachbarschaft, mit dem sie in normaler Weise Kinderspiele spielte. Affektiv war sie ausgeglichen, vielleicht ein bißchen wenig energisch.

Während eines Aufenthaltes in Italien mit 18 Jahren kam es dann zu einer psychischen Störung. Wir haben in Briefen und Tagebuchaufzeichnungen eine besonders gute Darstellung der Symptome. Es handelte sich offenbar um eine Verstimmung, die in mancher Beziehung das Gepräge sensitiver Pubertätsanwandlungen trägt. Daneben aber sind deutlich Klagen, die auf eine ernstere depressive Störung schließen lassen: Sie versinkt in Melancholie, hat verschleierte Intelligenz, zeitweiliges Aussetzen des Gehirns, Leere im Kopf, völlige Leere (so, als ob der Wind alles was in Kopf und Herz ist, herausgeblasen hätte, wie eine Schale ohne Kern), Intelligenzschwund, so daß sie gar nichts mehr begreifen konnte, Unruhe, die sie umhertreibt, wie eine Verückte, Verlust der Initiative (sie fühlt sich wie ein Haustier). Gleichzeitig sind die endokrinen Symptome deutlich. Die Menses, die seit dem 18. Lebensjahr zuerst unregelmäßig, in den letzten Jahren aber regelmäßig gewesen war, blieb aus, der Appetit wurde schlecht, das Gewicht ging zurück.

Der Milieuwechsel in ein Pfarrhaus in der Schweiz brachte eine rasche Besserung. Es war dort die letzte wirklich gute Zeit. Sie war froh und optimistisch, sang und piff, es ging ihr besser als je zuvor. Sie nahm an Gewicht zu, die Menstruation setzte wieder ein. Nach einem halben Jahr, im Herbst 1934, kam sie nach Berlin zurück. Bald stellte sich eine Verschlechterung ein, und seitdem ist die Kranke nie mehr in Ordnung gekommen. Versuche, sie als Haustochter tätig sein zu lassen oder nach einer Ausbildung in der Rackow-Schule, die ihr sehr schwer fiel als Bürohilfe, scheiterten nach kurzem. Sie war überall zu langsam, ihre Leistungen waren zu gering, ihr nervöses Wesen fiel auf. Die meiste Zeit war sie zu Hause bei den Eltern, die auf ihre Eigenheiten Rücksicht nahmen und sich damit abfanden. Im Vordergrund des Zustandsbildes stand immer eine unproduktive Geschäftigkeit, wobei ein „Spar-, Geiz- und Askesekomplex“ eine wesentliche Rolle spielt. Sie gönnt sich nichts, zieht die ältesten Kleider an, liebt es, die schmutzigsten Arbeiten zu machen, auch wenn Dienstboten da sind, die ihr das abnehmen könnten. Nie wird sie mit etwas fertig, es ist immer noch etwas zu machen. Wenn die Kranke sich über die Gründe ihres eigentümlichen Verhaltens auch nicht offen ausspricht — sie macht überhaupt bei aller Gesprächigkeit einen verschlossenen Eindruck — so kann man aus der Art ihres Verhaltens doch vermuten, daß eine zwangsneurotische Komponente im Spiele ist. Dafür spricht auch ihre Äußerung: „Ich muß dann so irgendetwas zu Ende machen“, oder wenn sie ihr Verhalten bedauert aber meint, „sie

könne nichts dagegen machen“. Der psychomotorischen Unruhe und unproduktiven Geschäftigkeit entspricht im sprachlichen ein etwas unpräzises Gerede, weder eigentlich ideenflüchtig, noch etwa zerfahren oder zusammenhanglos, aber unkonzentriert, faselig. Ein hübsches Beispiel dafür ist die Sprichwörterklärung. Der Rapport zu den anderen Menschen ist deutlich gestört. Sie hat keine neuen Bekannten und Freunde, wie es ihrem Lebensalter entsprechen würde, sie hält kaum die alten Beziehungen aufrecht. Dabei ist sie aber bei gegebener Gelegenheit (z. B. in der Klinik) nicht abgeschlossen, sondern den anderen zugewandt, sogar nicht unbeliebt, wenn sie nicht gerade durch ihr unruhiges Treiben und mangelnde Rücksichtnahme auf die Gewohnheiten der anderen lästig fällt. In affektiver Beziehung fällt zwar das monotone Wesen auf, nie sieht man sie lachen, auch fand sich gelegentlich eine gewisse Nachgiebigkeit gegen passiv gegebene Stellungen. Es fehlt aber auch nicht an affektiv verständlichen und auch in der Lebhaftigkeit angemessenen Regungen und entsprechenden Gedanken, z. B. was einmal ohne die Eltern aus ihr werden soll. Die Gewohnheiten des Essens entsprechen den Erfahrungen bei Magersüchtigen: Sie liebt Heimlichkeiten, verschenkt ihr Essen, um es nicht selbst essen zu müssen, kann nicht mit anderen, jedenfalls nicht mit Fremden zusammen essen. Dagegen ißt sie dann in der Speisekammer, unter Umständen mit den Fingern aus den Schüsseln. Eine offene Aussprache über die inneren Vorgänge, die diesen Absonderlichkeiten des Verhaltens entsprechen, gelingt nicht. Im Gegenteil, hier kommt es, wie die Eltern berichten, zu Unwahrhaftigkeiten. Im Herbst 43 kam es zu einem Nahrungsmitteldiebstahl in einem Bäckerladen. Sie wohnte in dieser Zeit in einer Pension. Die gemeinsamen Mahlzeiten nahm sie nicht ein.

Die Kranke wurde 1938 von der I. Medizinischen Klinik der Charité als endogene Magersucht, im gleichen Jahr von der Psychiatrischen Klinik als depressive Phase mit vegetativ-endokriner Stigmatisierung diagnostiziert. Sie wurde im Laufe der Jahre psychotherapeutisch, mit Hypnose, Psychoanalyse, mit Sondenfütterung, mit Hormonpräparaten, auch Thymushormon, mit Hypophyseneinpflanzung, mit Thymusbestrahlung und mit einer Insulinkur behandelt. Ein wesentlicher Einfluß all dieser Bemühungen war nicht erkennbar. Auch die körperlichen Erscheinungen: die Magerkeit, die Appetitstörung, die Amenorrhöe konnten gar nicht oder nur vorübergehend wenig gebessert werden.

Im Sommer 1944 trat nach 10 Jahren ohne erkennbaren Grund nach einer besonders schlechten Zeit eine wesentliche Besserung ein. Sie wurde von Woche zu Woche freier, aß besser, nahm fast 40 Pfund an Gewicht zu. Schließlich war sie auch zu bewegen mit den Eltern zu

essen, wenn man sie dazu auch immer noch anhalten muß, damit sie nicht in die alte Speisekammergewohnheit zurückfällt. Die Eltern konnten sie nach 10 Jahren zum erstenmal wieder auf eine Reise mitnehmen. Geblieben ist aber ein eigentümliches Wesen: Die Kranke lebt ganz auf den engsten Familienkreis beschränkt ohne dem Alter entsprechende Geselligkeit. Sie ist ohne geistige Interessen, geht ganz in einer wohl nützlichen aber ruhelosen Geschäftigkeit innerhalb des Haushaltes auf. Der „Askesekomplex“ ist beherrschend. Bei einem Ferienaufenthalt trennt sie sich sogar manchmal von den Eltern, um allein in einem billigeren Restaurant das Billigste zu essen. Sie hat „sture Gewohnheiten“, bietet bei Tisch dem Vater immer zu essen an. In der Wahl der Themen in einem Gespräch ist sie natürlich konventionell. Sie ist lebhafter als früher, aber immer noch unkonzentriert, faselig wirkend. Allein ohne die Eltern für sich könnte sie auch heute nicht leben.

In der ganzen Krankheitszeit, also während jetzt ungefähr 12 Jahren, sind wahnhaft Erlebnisse, krankhafte Veränderungen des Persönlichkeitsbewußtseins oder wahnhaft Verkennungen der Umwelt auch nur in Form von Beziehungsideen niemals, auch nicht vorübergehend, aufgetreten.

Diagnostisch ist der Fall gewiß nicht einfach. Im Hinblick auf die Belastung durch den Vater, auf den phasenhaften Verlauf, die zeitweilig, insbesondere zu Beginn deutlich depressive Symptomatologie wird man am Vorliegen einer manisch-depressiven Komponente nicht zweifeln können. Auch die letzte Besserung, nachdem der schlechteste Zustand 10 Jahre gedauert hatte, zeigt noch einmal deutlich diese Komponente: die innere Trägheit, das Stocken im Innern, die Schwermut, die zeitweilige Verzweiflung sind geschwunden, wie die Kranke berichtet, sie ist fröhlicher und ungehemmter geworden. Aber sie ist psychisch keineswegs gesund, sondern eigentümlich vereinsamt, auf das engste familiäre Milieu beschränkt, ruhelos mit Hausarbeit beschäftigt, hat „sture Gewohnheiten“ und einen „Sparfimmel“, so daß sie sogar in den Ferien von den Eltern getrennt allein im billigeren Restaurant das Billigste ißt.

Man wird nach einer 12jährigen Krankheitsdauer gerade jetzt nach dem Zurücktreten der depressiven Komponente eine Heilung wohl kaum mehr erwarten dürfen, sondern mit dem Fortbestehen eines Defektzustandes rechnen müssen. Mit der Diagnose einer manisch-depressiven Krankheit ist aber das Zurückbleiben eines solchen Defektzustandes nicht zu vereinen. Es wäre ja schon die lange Dauer der Phase in dem jugendlichen Alter etwas Ungewöhnliches gewesen. Man wird daher nur von einer manisch-depressiven Komponente sprechen dürfen. In körperlicher Hinsicht ist die fortbestehende Amenorrhöe

bemerkenswert. Wieweit zwangsneurotische Erlebnisse eine Rolle spielen, für die manches, z. B. die Äußerung, sie müsse „immer noch etwas zu Ende machen“, spricht, ist nicht zu sagen, weil die Kranke über ihre inneren Vorgänge nur bruchstückweise und — im Gegensatz zu typischen Zwangsneurosen — unzulänglich Auskunft gibt.

Gerade wegen des Verlaufs, des Ausganges in einen Defektzustand, läge es nahe, eine hebephrene Verblödung zu diagnostizieren. Aber es gibt schon zu denken, daß im ganzen gut beobachteten Krankheitsverlauf Wahnerlebnisse niemals zur Beobachtung gekommen sind. Die Unkonzentriertheit des Gedankenganges und das Verhalten gleicht bis zu einem gewissen Grade hebephrener Zerfahrenheit des Denkens und Handelns. Aber andererseits hatte der affektive Rapport der Kranken doch stets etwas Besonderes. Sie war immer in normaler Weise ansprechbar, in ein Gespräch zu ziehen, höflich, zugewandt, in den Formen nicht verwahrlost. Es kam auch immer wieder zu qualitativ angemessenen Affektäußerungen. Die Initiative, wenn auch auf die niedere Hausarbeit beschränkt, ist erhalten.

Andererseits ist das Syndrom der Pubertätsmagersucht recht deutlich, obwohl die Verslossenheit der Kranken verhindert, das Krankheitsbild so differenziert zu sehen und aufzuzeigen, wie das bei den Fällen, die gut Auskunft geben, der Fall ist. Neben den körperlichen Zeichen der zeitweilig hochgradigen Abmagerung, der Amenorrhöe und der zeitweiligen Obstipation finden wir das psychische Syndrom: die Appetitstörung, die Störung der Essensgewohnheiten, insbesondere die Heimlichkeit, mit der das Essen umgeben wird, die Weigerung an gemeinsamen Mahlzeiten teilzunehmen bei gleichzeitiger Speisekammergewohnheit. Ja sogar der Nahrungsmitteldiebstahl kommt vor, und zwar wie im Falle Ingeborg Ba. zu einer Zeit, als die Kranke in einer Pension leben muß! Ihre eigenwilligen Gewohnheiten setzt die Kranke gegen alle pädagogischen Bemühungen durch. Die Vereinigung ist vollkommen. Die Kranke lebt auf das engste Familienmilieu beschränkt. Aber auch da fehlt die natürliche affektive Wärme. Gemütlich bei Tisch sitzen ist für sie kein Genuß, es plagt sie dabei der Gedanke: „Meine Güte, meine Güte, jetzt ist wieder so viel Zeit weg“. Ruhelos ist sie von morgens bis abends im Haushalt tätig, wobei — wie gesagt — Zwangsneurotisches eine Rolle spielen kann. Aber ihre Tätigkeit im Hause ist immerhin nützlich, sie disponiert auch ihre Arbeit, seit es ihr besser geht, bekundet dabei ein ganz lebhaftes Interesse für ihre im Vergleich zu früher wesentlich verengte Umwelt.

Ich möchte den Fall so auffassen: Es handelt sich um eine Mager sucht, wobei die Symptomatologie wesentlich durch eine zyklotyme Anlage mit depressiv-zwangsneurotischen Symptomen mitgestaltet und modifiziert ist.

Das Encephalogramm ist auffällig. Wir wissen aber zu wenig über das normale Encephalogramm, als daß wir entscheiden könnten, ob es sich um eine Variation im Rahmen des Gesunden oder um eine Hirnatrophie handelt. Wahrscheinlicher scheint mir das erstere.

5. Ilse Le. Die jetzt 24jährige Pat. ist einziges Kind. Der Vater ist Steuerberater, er ist zwar gesund, aber unausgeglichen, z. B. im Verhalten zur kranken Tochter ist er so schwankend zwischen heftigen Vorwürfen und schwacher Nachgiebigkeit, daß schließlich alle pädagogischen Bemühungen gerade durch dieses sein Verhalten scheitern mußten. Es ist auch kein Zweifel, daß er trotz aller unentwegten Fürsorge für das Kind mit schuld ist an der ungewöhnlichen Form, die die Beziehungen der Kranken zu den Eltern im Laufe der Jahre angenommen haben. Der Vater hat 6 Schwestern. Eine Schwester war vor 20 Jahren monatelang in einer Anstalt. Sie geht ihrem Beruf nach, ist geschieden. Die Zwillingsschwester des Vaters war zwar nie in nervenärztlicher Behandlung, gilt aber für eigenartig, lebt allein, soll sich mit Philosophie beschäftigen und die Zukunft voraussehen. Über die mütterliche Familie ist nichts Auffälliges bekannt.

Bis zum 15. Lebensjahr entwickelte sich das Kind sehr gut. Sie wurde rechtzeitig geboren, 6 Monate von der Mutter gestillt, lernte rechtzeitig sitzen, gehen und sprechen. Außer den Kinderkrankheiten Masern, Röteln, Keuchhusten hat sie keine bemerkenswerten Krankheiten durchgemacht. Sie war ein nettes und artiges Kind. Sie lernte gut auf der höheren Mädchenschule, war ehrgeizig, besonders begabt für Sprachen. Sie hatte viele Freundinnen. Sie ließ sich manchmal von Mitschülerinnen bei Schularbeiten helfen. Dabei **allerdings** gab es leicht Streit.

Seit dem 15. Lebensjahr, seit 1936, ist sie verändert. Es fing damit an, daß sie in der Schule Schwierigkeiten mit Mathematik bekam. Sie wollte nicht weiter zur Schule gehen. Der Vater gab ihrem Wunsch nach und nahm sie aus der Schule. Er glaubte, etwas besonders gutes zu tun, indem er sie nach Lausanne in ein Internat brachte, damit sie dort ihre Sprachkenntnisse erweiterte. In Lausanne versagte sie aber, war unfolgsam, widerspenstig, weigerte sich zu den Mahlzeiten zu erscheinen. Sie mußte schließlich abgeholt und wieder nach Hause genommen werden.

Bis zum 15. Lebensjahr war sie auch körperlich unauffällig schlank. Sie aß normal und hatte die Periode regelmäßig. Ungefähr mit 15 Jahren blieb die Periode aus, und sie wurde auffällig dick, war unglücklich über ihr Aussehen. Gleichzeitig fiel ihre Eitelkeit auf. Sie hatte in der Zeitung gelesen, daß die Augen durch häufiges Baden schön würden. Sie badete dann ihre Augen so oft, daß sie eine Bindehautentzündung bekam, die behandelt werden mußte.

Nach dem Scheitern in Lausanne nahm der Vater die Pat. zunächst zu sich ins Geschäft, wo sie als Kontoristin tätig war. Wie unstet und erfolglos ihr weiterer beruflicher Lebensweg war, zeigt ihr Arbeitsbuch. Daraus ergibt sich, daß sie vom 1. Juli 1937 bis September 1943, also in 74 Monaten, nur 52 Monate gearbeitet hat, von diesen 52 Monaten 35 Monate im Geschäft des Vaters. Nur die übrigen 17 Monate hat sie bei Fremden gearbeitet. Diese 17 Monate verteilen sich auf 14 Stellungen, die sie zum Teil nur einige Tage, die längste $\frac{1}{2}$ Jahr innehatte. Sie war als Kindermädchen, Verkäuferin, Küchengehilfin, Badewärterin und Stationsmädchen angestellt. Sie machte einen Rotekreuzhelferinnenkurs, war dann aber nur ein paar Tage als Helferin im Krankenhaus. Die Mutter meint zu diesem Thema, die Pat. habe eben keine Ausdauer. Sie fange eine Arbeit an und laufe dann wieder weg.

Aber auch im häuslichen Leben wurden die Verhältnisse durch das veränderte Wesen der Kranken immer schwieriger. Gegen Zuspruch und Ermahnungen wurde

sie immer unzugänglicher, schließlich aufbrausend und im höchsten Maße ungezogen gegen die Eltern, besonders gegen die Mutter, gleichwohl verlangte sie Rücksichtnahme und Fürsorge. Schwierigkeiten gab es in erster Linie mit dem Essen. An den Mahlzeiten nimmt sie überhaupt nicht mehr teil. Sie begründet das damit, daß die Mutter anders koche, als sie es selbst für sich gut finde. Dabei ißt sie aber oft tagelang überhaupt nichts, das Gewicht sinkt in solchen Tagen dann sehr ab. Auch läßt sie sich von hygienischen Gesichtspunkten bestimmen, z. B. die Kost müsse besonders vitaminreich sein. Sie verstößt dann aber immer wieder gegen diese Regeln. Oft haben die Eltern festgestellt, daß sie heimlich in die Speisekammer geht und alles aufißt, was sie findet. Die ganze Essensangelegenheit umgibt sie mit großer Heimlichkeit.

Sie wurde auch auf anderen Gebieten immer absonderlicher. Sie beschäftigte sich außerordentlich viel, oft stundenlang hintereinander, mit ihrem Körper. Sie stand dann vor dem Spiegel, schminkte und puderte sich. Um ungestört zu sein, schloß sie sich in ihrem Zimmer oder im Badezimmer ein. Um dieser eigenwilligen Gewohnheit abzuhelpen, ließ der Vater schließlich die Schlösser an den betreffenden Türen entfernen. Sehr viel war sie auch mit ihren Kleidern beschäftigt, auf die sie größten Wert legte, sie immer wieder veränderte, länger, kürzer, weiter oder enger machte.

In eigenwilliger Weise zog sie sich allmählich aus dem kleinen Familienkreis immer mehr zurück, verlangte schließlich ausdrücklich ihr eigenes Leben, am liebsten einen eigenen Haushalt. Aus diesem Grunde machte sie zu Hause alle Dinge, die ihre eigene Person betrafen, selbst: Sie machte ihr Zimmer, bereitete ihr Essen und wusch ihre Wäsche. Oft war sie böse auf die Mutter, weil sie sie noch wie ein Kind behandle, was sie nicht mehr sei. Sie sagte, die Mutter gönne ihr ihr „Frauentum“ nicht. Vor allem, wenn die Mutter versuchte pädagogisch auf die Kranke einzuwirken, kam es zu ganz unglaublichen Beschimpfungen der Eltern, vor allem gerade der Mutter. Solche Beschimpfungen schrieb sie meistens auf Zettel, um nicht direkt mit den Eltern in Berührung kommen zu müssen. Solche Zettel lauten z. B.: „Wenn dieses alte Biest, was es wagt, sich meine Mutter zu nennen, nicht aus dem Hause geht, will ich Hungers sterben! Ilse.“ Oder vor einer Abreise: „Ich danke Gott, daß ich mit Dir altem Ekel nicht länger unter einem Dach zu wohnen brauche!“ Verschiedene Male reiste sie von zu Hause plötzlich ab, schrieb dann aber sofort, um sich Geld, Zigaretten und was sie sonst brauchte, schicken zu lassen. In der Mischung von Strenge und Nachgiebigkeit letzten Endes aber in hilfloser Besorgtheit um die Tochter, schickte der Vater alles was sie wollte und war immer wieder bemüht, das Durcheinander, das sie anrichtete, in Ordnung zu bringen. Trotz dieser seiner Bemühungen erntete er aber keinen Dank. Ein Zettel lautet: „An Bruno L. Verbiete Dir jede Unterhaltung, da ich nichts mehr mit dir zu tun haben will! Annäherung erfolglos! I.“ Einmal reiste sie weg, verlangte sofort Geld, das der Vater telegraphisch anwies. Sie zog aber um, bekam infolgedessen das Geld nicht gleich. Der Vater schickte es an die neue Adresse, außerdem Päckchen mit Marzipan, Zigaretten, Butter-, Käse- und Fleischmarken. Sie schickt die EBwaren zurück. Der Vater schreibt in einem Brief, in dem er dieses ganze Durcheinander beklagt: „Also entweder bist du ein Idiot oder sehr dumm. Warum sendest du mir Honigkuchen, anstatt solchen selbst zu essen. Warum sendest du die Margarine her, Butter, Schrippen, Wurst usw., anstatt es selber zu essen. So leidest du Not und wir brauchen die Sachen nicht. Du bist ein Rindvieh nichts weiter.“ Im selben Brief heißt es (man muß sagen, als ob nichts gewesen wäre): „Deine Weihnachtsgrüße und Karte sind eingetroffen und erwidern wir solche herzlich.“

Während die allmähliche Entwicklung dieses Zustandes mit einer depressiven Verstimmung einherging, war der an sich chronische Verlauf vom Herbst 1939 bis

Frühjahr 1940 durch eine Phase besseren Befindens unterbrochen. Damals hatte sie ausgesprochene Lebenslust. Sie ging aus, amüsierte sich, machte auch Bekanntschaften, unternahm eine Reise nach Heidelberg. Unterwegs machte sie Herrenbekanntschaften, hatte auch sexuelle Beziehungen, dachte auch ans Heiraten. Diese gute Stimmung sei auf einmal wieder verschwunden gewesen; sie hat seitdem wieder keinerlei Interessen, „für Nichts!“ Daneben aber besteht immer ein eigenwilliges Selbstbewußtsein. Sie hält sich für künstlerisch befähigt, glaubt, daß sie das Zeug zu einer Künstlerin in sich habe, möchte z. B. ihre Stimme ausbilden lassen. Tatsächlich hatte sie auf der Schule eine ganz nette Stimme. Überhaupt tritt eine Note eigenwilliger Überheblichkeit in Erscheinung, wenn sie z. B. verschiedene Arbeiten ablehnt, weil sie ihr zu schmutzig seien. Sie wolle sich mit hübschen und schönen Dingen beschäftigen.

Im Oktober 1943, als geplant war, sie einer arbeitstherapeutischen Behandlung in Christophsbad in Göppingen zuzuführen, schrieb sie selbst ihre Beschwerden folgendermaßen auf:

„1. Kopf und Augenschmerz sofort beim Lesen, so daß das unmöglich. Inhalt nicht oder nur mit großer Anstrengung aufnehmbar. Dabei auch Schwindel und Verwirrung der Sinne, dann große Neigung zum Schlaf.

2. Verlangsamung aller Bewegungen des öfteren Unfähigkeit zur Arbeit oder sehr langsame Ausführung, dieser ständige Kopfdruck, folglich auch große Arbeitsunlust; Fehlgriffe, große Rückbildung des Verstandes, folglich naives Gefrage- und Benehmen.

3. Bewußtsein, daß ich am Ende einer Geisteskrankheit bin, Veränderung früheren Aussehens der Figur, der Haarfarbe, sowie des ganzen Menschen.

4. Vollkommene Teilnahelosigkeit an der Welt, völliges Isoliertsein, Haltlosigkeit, Schlaflosigkeit; Verlust des Pflichtgefühls, Gleichgültigkeit.

5. Wissen, daß eine künstlerische Aufgabe in mir steckt, die mich in die gesellschaftliche Welt führt, daß ich sie nur erfüllen kann, wenn ich mein einstiges Gewicht wiedererlange, weshalb ich beabsichtige, jenes Institut aufzusuchen, und dies hier durch körperliche Arbeit, Bäder usw. zu erreichen.

Ihre seelische Verfassung führt zu einem unentwegten Hin und Her, wenn es sich darum handelt, irgendeinen Entschluß zu fassen und auszuführen. So wie sie immer wieder eine Arbeit aufnehmen will, sie dann gleich wieder aufgibt, so ist es jedesmal eine große Verwirrung, wenn sie sich hat überreden lassen, sich in irgendeine ärztliche Behandlung zu begeben. Unerwartet stößt sie ihren Entschluß wieder um, weigert sich hinzugehen, verspricht dann selbst allein hinzugehen, kommt aber nicht an, weil sie doch nicht will, wenn sie sich aufnehmen läßt, läuft sie gleich wieder weg, oder drängt heraus, fleht den Vater an sie zu holen.

Im Januar 1943 kam sie zum erstenmal zur Aufnahme in die **Kuranstalt Westend**. Zuerst war sie 8 Wochen in der Nervenklinik der Charité gewesen, wo man in Übereinstimmung mit der behandelnden Ärztin die Diagnose „Psychopathie bei endokriner Störung, vielleicht sogar blande Schizophrenie“ stellte.

Es handelt sich um ein mittelgroßes, kräftig gebautes Mädchen in ganz ordentlichem Ernährungszustand. Die Oberlippe und die Extremitätenenden sind etwas behaart. Die Schambehaarung maskulin. Die Muskulatur ist kräftig, die Haut trocken, die Hände und Füße etwas cyanotisch und kühl. Bis auf einen etwas niederen Blutdruck (RR. 105 mm) findet sich bei einer internistischen Übersichtsuntersuchung und bei einer genauen neurologischen Untersuchung nichts Auffälliges.

Die Pat. hat etwas rötliche Haare und ein nicht sehr differenziertes, kindliches Gesicht. Sie macht leicht einen etwas versonnenen Eindruck, sie ist

etwas zurückhaltend, man muß sie durch Fragen zum Sprechen bringen. Dann aber zeigt sie eine ganz gute Fähigkeit sich auszudrücken, und in dem ihre Rede begleitenden Mienenspiel eine durchaus natürliche Modulation. Überhaupt ist sie psychomotorisch nicht auffällig. Sie bewegt sich rasch und gewandt. In der Darstellung ihres depressiven Zustandes scheint sie aufrichtig: Sie klagt über Schmerzen im ganzen Körper. Auf Druck schmerzten die Knochen, z. B. die Kieferknochen. Das käme wohl daher, daß ihr Gesicht anders, dicker, „kindlicher“ geworden sei. Sie könne in der Nacht schlecht schlafen, liege ohne zu denken herum, oder sie denke über ihr früheres Leben nach. Sie habe Hemmungen im Kopf, sie könne nicht denken, alles sei wie abgeschnitten. Sie werde immer dümmer, könne nicht mehr auffassen. Wenn man ihr etwas sage, dann müsse sie erst nachdenken, sonst kapiere sie den Sinn nicht. Nichts interessiere sie. Es sei, als ob sie in einer anderen Welt lebe, als erlebe sie alles wie im Traum. Es sei ein Gefühl vollkommener Leere in ihr. Sie könne sich über nichts mehr freuen. Sie ziehe jetzt immer nur ein einziges Kleid an, obschon sie den ganzen Schrank voll Kleidern hängen habe.

Auf die sonstige Eigenart ihres Verhaltens angesprochen, kommt sie weniger offen mit der Sprache heraus. Die Arbeit als Schwester im Virchow-Krankenhaus habe ihr Spaß gemacht, aber sie habe so viele Beschwerden gehabt. Und vielleicht habe sie doch noch andere Interessen. Am liebsten möchte sie Choristin werden. Sie habe früher eine gute Stimme gehabt, „so sehr gut singen können“. Bei solchen selbstbewußten Äußerungen hat sie etwas ausgesprochen Schnippisches in den Gesichtszügen.

Auf die ungeheuren Beschimpfungen der Eltern, vor allem der Mutter, angesprochen, schiebt sie zunächst die Schuld auf die Mutter, die kein Verständnis für sie habe. Sie lasse sich eben nicht mehr wie ein kleines Kind behandeln. Sie versucht sichtlich, die Dinge zu bagatellisieren. Auf den Inhalt ihrer Zettel direkt angesprochen, sagt sie mit angemessener Verlegenheit, sie werde von nun ab so etwas nicht mehr schreiben. „Es ist nicht schön von mir, aber es überkommt mich so!“ Sie werde jetzt schweigen, sie könne ein großer Schweiger sein! Auf die Frage, ob sie sich Vorwürfe mache, sagt sie, eine innere Stimme sage ihr, sie müsse anders sein. Es sei als ob eine andere Stimme in ihr spreche, das Gewissen sei es nicht.

Auf der Abteilung hält sie sich sehr für sich, sitzt zwar bei den anderen, macht ihre Handarbeit oder sieht vor sich hin, unterhält sich aber nur ganz wenig. Anregungen sich im Rahmen der Station zu beschäftigen, lehnt sie in ihrer eigenwillig schnippischen Art ab; solche Arbeiten möge sie nicht, sie könne den Staub, den es dabei gebe, nicht haben. Überhaupt spielt eine entscheidende Rolle, was sie möchte. Es kommt dann auch leicht eine rasche, unwillige Verstimmung über sie, die sich in ihrer Mimik deutlich spiegelt. Schon am 3. Tage ihres Aufenthaltes meint sie, es wäre doch ganz falsch gewesen, daß sie hierher gekommen sei. Besser wäre sie zu einer Arbeit gegangen. Man kann aber über einen solchen kleinen Ärger in ganz natürlicher Weise mit ihr sprechen.

In den ersten 3 Tagen ihres Aufenthaltes lehnte sie jede Nahrung ab, auch lehnte sie außer Wasser alle Getränke ab. Es sei ihr übel und Hungergefühle habe sie gar nicht. Sie sehe nicht ein, warum sie dann essen solle. Sie bat um etwas Erfrischendes, vielleicht etwas Citronensaft. Darauf hingewiesen, daß sie große Orangen habe, muß sie selbst lachen. Verschiedentlich betont sie, sie habe keinen Appetit und kein Hungergefühl. Es sei ihr jetzt z. B. direkt eklig mit der Zunge, dem Gaumen oder im Magen mit Essen in Berührung zu kommen. Die Bitte, doch ein kleines Stückchen Brot in Gegenwart des Arztes zu essen, das müsse doch gehen, lehnt sie an einem Tag störrisch ab. Ein nächstes

Mal aber lacht sie mit ganz adäquatem Affekt und ißt ein ganz kleines Stückchen. Auf die Frage, dann müsse es doch auch möglich sein mehr zu essen, selbst wenn man keine Lust dazu habe, kommt sie auf das Thema des Dickwerdens. Sie könne zu dick werden, das sei was Furchtbares. Sie habe seit dem 17. Lebensjahr 20 Pfund zugenommen. Sie müsse die Kleider weiter machen. Wenn sie schlank sei, wenn alles passe und schön aussehe, dann habe sie mehr Lebensfreude. Auch sei sie ständig obstipiert.

An den Vater hat sie am dritten Tag folgenden Zettel geschrieben: Lieber Vater! Wenn Du nicht sofort, d. h. am Sonntag kommst und mich aus diesem Gefängnis holst, wo ich mich zu Tode langweile und was Dich unnütz Geld kostet und mir hier auch nicht geholfen wird, beachte ich Dich nicht mehr. Ich fühle mich durch die Ruhe vollständig gesund und arbeitsfähig; also ich erwarte dich mit Bestimmtheit am Sonntag früh. Bringe mir bitte abgeschälte Zitronen mit, da ich hier verschmachte und großen Appetit auf etwas Frisches habe. Mit bestem Gruß Ilse.“

Durch Zureden gelingt es sie zunächst zum Bleiben und auch zum Essen zu bewegen. Nach 8 Tagen hat sie ein Pfund an Gewicht zugenommen. Darüber ist sie sehr unglücklich, will nun gar nichts mehr essen. Macht viele Handarbeiten. Hilft gelegentlich auf der Station, z. B. beim Abtrocknen, aber nur ganz sporadisch.

Über ihr früheres Leben gibt sie noch ergänzend an, das Familienleben zu Hause sei durch die schlechte Ehe der Eltern nicht schön gewesen. Der Vater habe früher viel getrunken, habe die Mutter betrogen mit den jeweiligen Büroangestellten. Die Mutter habe viel darüber geweint. Auch habe der Vater durch sein Leben außer dem Hause viel Geld ausgegeben, so daß die Mutter sich einschränken mußte. Seit 4 Jahren habe sich der Vater sehr geändert. Das liege auch daran, daß er eine Angestellte habe, die er wegen ihrer Tüchtigkeit nicht entbehren könne, mit der er aber erotisch keine Beziehungen habe. Die Mutter bestätigt zwar die häuslichen Konflikte, meint aber, daß das Kind damals nicht den Eindruck gemacht habe, als ob sie darunter litte. Sie habe das erst nach ihrer Veränderung gesagt.

Es wurden dann 2 Elektroschocks bei der Kranken gemacht, da wir es insbesondere nach den Erfahrungen bei endogenen Depressionen für möglich hielten, daß sich der Zustand der Kranken dadurch günstig beeinflussen ließe. Es wurde nur beim zweiten Schock ein Dämmerzustand erzielt. Eine günstige Wirkung blieb aus. Die Kranke drängte zunehmend heraus, empfand die leichte Benommenheit nach dem Schock unangenehm. Jetzt nehme man ihr auch noch das Gedächtnis. Die Eltern ließen sich von ihr überreden und nahmen sie mit.

Danach war die Kranke abgesehen von kurzen beruflichen Versuchen, die jeweils nur einige Tage dauerten, zu Hause. Sie wurde immer schwieriger. Sie äußerte auch, sie glaube eine Schizophrenie zu haben und sterben zu müssen. Wollte wegfahren, um vorher etwas von der Welt zu sehen. Sprach auch von ihrer Mission, eine große, von allen verehrte Künstlerin zu werden. Als die Mutter sie bei einem solchen Auftritt im Oktober 1943 nicht reisen lassen wollte, und sie einschloß, erzwang sie sich die Freilassung dadurch, daß sie das Mobiliar zu zerschlagen begann. Dann nahm sie ihren Koffer und reiste ab. Das erste Lebenszeichen waren Lebensmittellkarten der Eltern, die sie mitgenommen hatte und nun aus Schwetzingen zurückschickte. Der Vater reiste ihr nach und machte sie schließlich bei der Kriminalpolizei in Heidelberg ausfindig. Sie war verhaftet worden, als sie in einer Apotheke, in der sie sich Abführmittel gekauft hatte, noch weitere Abführmittel entwendet hatte. Sie gab an, sie habe geglaubt diese auch bezahlt zu haben. Der Vater ist der Ansicht, daß sie während ihrer Reise fast

gar nichts gegessen, daß sie eine Hungerkur gemacht hatte. Es gelang ihm die Kranke zu überreden, daß sie mit ihm ins Christophsbad nach Göppingen fuhr unter der Bedingung, daß sie frei behandelt werde und zu nichts gezwungen.

Bei der Aufnahme in Christophsbad gab es entsprechende Schwierigkeiten. Sie hatte differenzierteste Wünsche wegen der Verpflegung, wollte ein kohlen-säurehaltiges Wasser haben, war ungehalten, als es das nicht gab. Wollte in ein Hotel ziehen, wenn sie kein eigenes Zimmer mit freiem Ausgang haben konnte. Mehlspeisen. Fleisch und ähnliches zu essen lehnte sie von vornherein ab, sie wolle sich nur von Obst und Selterwasser ernähren. Sie wolle auf ein Gewicht von 90 Pfund kommen, das brauche sie um ihren Beruf als Sängerin ausüben zu können, sie wolle ihre alte Schönheit wieder haben. Auf Einwendungen, daß sie sich den ärztlichen Anordnungen fügen müsse, wurde sie erregt. Schließlich wurde sie mit Gewalt auf die Abteilung gebracht und bekam dort Skopolamin. Erst dann beruhigte sie sich und fügte sich zunächst in die Situation.

Nach „Stimmen“ befragt, gibt sie in Christophsbad an, seit 1938 Stimmen zu hören. Es seien innere Stimmen. Sie höre Befehle tu dies, tu das, tu das nicht usw. Auch gab sie auf Befragen sofort präzise zu, daß sie ihre auffälligen Reise-entschlüsse jeweils auf Befehl der Stimmen gefaßt habe, so auch die Fahrt nach Heidelberg. Sie sprach auch von dem Gefühl unter dem Einflusse einer fremden Macht zu stehen, deren Befehle sie unbedingt befolgen müsse. Auch Bewegungen habe sie ausführen müssen, die sie gar nicht selbst gewollt habe. Nach den in Christophsbad gemachten Aufzeichnungen machte sie diese Angaben mit ad-äquatem Affekt, war ratlos wegen ihres Zustandes und Zuspruch zugänglich. Sie bat um ein eigenes Zimmer oder man solle sie in die Stadt ziehen lassen. Sie müsse ihre Diätkur machen. Fragte bei dieser Gelegenheit den Arzt, ob sie durch den Genuß saurer Äpfel ihr Gewicht herabsetzen könne.

In Christophsbad wurde eine Schizophrenie angenommen. Es wurde eine Elektroschockkur begonnen, die Kranke wurde aber von dem einsichtslosen Vater, der dem Drängen der Tochter auf Entlassung nachgab, nach einem Aufenthalt von 9 Wochen wieder abgeholt.

Inzwischen hat sie ihr Treiben zu Hause fortgesetzt. Bei einer ihrer eigenwilligen Unternehmungen sich Arbeit zu nehmen, geriet sie in Konflikte. Sie genierte sich auf dem Arbeitsamt richtige Angaben über ihre vielen Stellungen zu machen, kam in Widersprüche, man wies ihr eine Arbeit in einer Fabrik zu, sie weigerte sich diese Arbeit anzunehmen und wurde schließlich der Polizei gemeldet, die sie in ein Arbeitserziehungslager einwies. Von dort konnte der Vater sie durch ein Attest von uns als Kranke nach einigen harten Tagen freibekommen. Sie wurde erneut im Juli 1944 zu uns gebracht.

Zwar machte sie von Anfang an einen etwas zurückhaltenden Eindruck, ließ sich aber in einer natürlichen Weise in ein Gespräch ziehen, das allerdings durch Fragen immer wieder angeregt werden mußte. Von Anfang an bestand die Tendenz möglichst rasch wieder entlassen zu werden. Sie betonte deshalb, die Polizei wolle noch am gleichen Tage ein Attest, und nur zur Erlangung dieses Attestes sei sie da. Über ihre Erlebnisse im Arbeitserziehungslager erzählt sie ganz natürlich, auch daß ihr die Strafe einer besonderen Haft bei Wasser und Brot — weil sie verschlafen hatte — nichts ausmache, weil sie ganz gern etwas gefastet habe. Sie wünscht aber, daß die Zustände dort aufgedeckt und nachgeprüft würden, nicht ihretwegen, sondern der anderen wegen, die in dieses Lager kommen könnten. Sie berichtet dann von ihrer völligen Isolierung, daß die Eltern die einzigen Menschen seien, mit denen sie umginge. Unter dieser Einsamkeit leide sie eigentlich. Sie möchte in einem Beruf sein, dann käme sie mit Menschen zusammen. Das genüge ihr dann. Sie interessiere sich für kulturelle Veranstal-

tungen, Kino, Theater. Mit ihrem Äußeren sei sie unzufrieden, habe Interesse für ihr Aussehen, ihre Frisur. Den Wunsch Künstlerin zu werden habe sie aufgegeben, weil sie einsehe, daß sie das Zeug dazu nicht habe. Es sei aber schade und tue ihr leid. In der Phantasie beschäftigten sie diese Pläne schon noch. Das Verhältnis zu den Eltern sei besser. Es kämen nur Rückfälle vor, wenn sie mal schlecht gelaunt sei.

Richtige Freude am Essen habe sie auch heute noch nicht, sie esse eben wenn sie gerade Hunger habe. Mit den Eltern zusammen esse sie nie, weil sie eben einen ganz anderen Geschmack habe als die Eltern, die Mutter koche ihr zu flüssig. Heimlich esse sie nicht. Sie leide immer noch sehr unter dem Gedanken dick zu werden. Stimmungen sei sie allerdings sehr unterworfen, auch zuweilen melancholischen Stimmungen. Sie glaube aber, daß daran viel Schuld habe, daß ihr beruflich alles mißlinge, obwohl sie beruflich ehrgeizig sei.

Nach dem Stimmenhören gefragt, meint sie, das sei nur so Gerede von ihr gewesen. Am Ende der Exploration drängt sie noch einmal sehr auf Entlassung, sie möchte doch eine Arbeit haben.

Am anderen Morgen nach ihrem Befinden gefragt, sagt sie, es gehe ihr gut, nach dem Essen befragt, sie habe alles aufgegessen. Eine andere Pat. in ihrem Zimmer meldet nachher bei der Stationschwester, die Kranke habe ihr ihr ganzes Essen abgegeben, selbst gar nichts gegessen und sie beschworen, sie möchte darüber schweigen. Am Nachmittag gelingt es ihr aus dem Garten unbewacht zu entkommen.

Die Mutter, die einen ruhigen, einfachen Eindruck macht, bestätigt nicht die Angaben der Tochter, daß die Beziehung zu den Eltern sich gebessert habe. Allerdings schreibe sie keine Zettel mehr, sondern spreche ihre Beschimpfungen einfach aus. Alle ihre Ungezogenheiten seien immer nur vorübergehend und hätten immer den Grund darin, daß man sie ermahnen oder ihr widersprechen müsse. Zu anderen Zeiten könne sie wieder ganz nett und fürsorglich für die Eltern sein. Aber ihr Verhalten wechsele eben sehr rasch. Man dürfe nicht von ihr als Mädchen sprechen, denn sie sei doch eine Frau. Sie vermeide es möglichst mit anderen Menschen zusammen zu kommen. Sie glaubt, daß sie durch ihr eigentümliches Aussehen und Verhalten den anderen auffalle. Gelegentlich gehe sie ins Kino oder Theater. Sie helfe nur wenig und ohne Ausdauer. Mit anderen zusammen esse sie niemals, nehme sich einfach, wenn sie essen wolle, aus der Speisekammer. Dann esse sie auch so viel wie ein anderer am ganzen Tag, dann faßte sie wieder ein paar Tage. Sie sage immer wieder sie sei gesund und wolle arbeiten. Dann suche sie sich etwas und versage gleich wieder, weil ihr irgend etwas nicht passe und sie gibt die Arbeit wieder auf. Daß sie Selbstgespräche führe, ist der Mutter nicht aufgefallen. Sie meint, daß die Kranke über Schizophrenie nachgelesen habe und sich interessant mit ihren Angaben in Göppingen machen wollte.

Im September 1945 teilte der Vater auf einer Karte mit, daß sich das Befinden seiner Tochter durch die Kriegsereignisse des vergangenen Jahres sehr verschlechtert habe. Sie sei wohl schon nervenkrank, reagiere auf nichts, wolle nicht arbeiten. Ihre Leistungen seien null. Ich konnte die Kranke bisher nicht wieder sehen.

Zusammenfassung.

Die Kranke ist einziges Kind. Die Eltern sind, jedenfalls der ausschlaggebende Vater, von einer bemerkenswerten pädagogischen Unfähigkeit. In der väterlichen Familie sind psychische Auffälligkeiten vorgekommen, eine Schwester war einmal für Monate in einer Anstalt.

Genaueres darüber war nicht zu erfahren. Die Zwillingsschwester des Vaters scheint eine eigenbrödlische Person zu sein, die zurückgezogen lebt, sich mit philosophischen Dingen und Vorhersagen der Zukunft beschäftigt.

Die Kranke selbst war bis zum 15. Lebensjahr unauffällig, gesellig und gut in der Schule. Dann trat eine Veränderung ein: körperlich wurde sie dick, die Periode blieb aus. In der Schule versagte sie und mußte herausgenommen werden. Mit den Schulkameradinnen vertrug sie sich nicht mehr. Bis auf eine gute Phase von einem halben Jahr, mit etwa 18 Jahren, ist der Zustand seitdem, also 9 Jahre lang, immer etwa der gleiche geblieben oder schlimmer geworden. Die praktischen Schwierigkeiten haben sich jedenfalls vermehrt. Aus der letzten Nachricht des Vaters darf man wohl schließen, daß alles bis auf zeitbedingte Erschwerungen beim alten geblieben ist.

Die Störung der Essensgewohnheiten ist typisch. Mit der Begründung die Art des Essens sage ihr nicht zu, hat sie sich seit vielen Jahren von den gemeinsamen Mahlzeiten ferngehalten. Sie verpflegt sich selbst, nimmt die Speisen heimlich aus der Speisekammer, ißt, soweit man das kontrollieren kann, ganz unregelmäßig. Sie fastet tagelang, um ein bestimmtes Gewicht zu erreichen, dann ißt sie auf einmal übermäßig viel. Diese ganzen Dinge umgibt sie mit Heimlichkeit. In der Klinik behauptet sie alles gegessen zu haben, schenkt aber ihr ganzes Essen einer anderen Kranken und beschwört diese, davon nichts zu sagen. Sie spricht selbst von Appetitlosigkeit und mangelndem Hungergefühl.

Die Kranke ist vollkommen vereinsamt, sie hat keinerlei Freundinnen oder Freunde. Sie ist damit unzufrieden und möchte im Berufsleben mit Menschen in Beziehung kommen. Das würde ihr dann genügen. In unsteter Weise sucht sie sich immer wieder eine Stellung, fängt etwas an, läßt es aber zumeist nach Tagen oder Wochen wieder sein. Die meiste Zeit war sie daher auch bei dem pädagogisch hilflosen, überaus nachgiebigen Vater tätig. In den Diskussionen über ihre berufliche Tätigkeit spielt eine große Rolle was sie *möchte*, sie will sich „mit schönen Dingen beschäftigen“. Es schweben ihr auch noch Pläne vor, sie könne eine Künstlerin, eine berühmte Sängerin werden. Jedenfalls beschäftigt sie sich in der Phantasie mit solchen Möglichkeiten. Wenn sie von den Eltern an der Verwirklichung ihrer Wünsche gehindert, zurechtgewiesen oder ermahnt wird, wird sie böse, es kommt zu Streit. Im Verlauf dieser Streitigkeiten kommt es zu der ganz unglaublichen Behandlung und zu Beschimpfungen der Eltern, besonders der Mutter. Die Beschimpfungen schreibt sie meist auf Zettel und legt sie der Mutter hin. Im Gespräch mit dem Arzt sieht sie das Unmögliche dieses Verhaltens ein, meint, sie könne sich eben nicht immer beherrschen. Die Mutter sagt, daß es zu diesen Auswüchsen nur nach

Streitigkeiten komme. In guten Zeiten könne die Kranke nett und fürsorglich zu den Eltern sein. Immer aber tritt ihre eigenwillige Art in ihrer Lebensweise zutage. Sie führt in der Wohnung der Eltern ihren eigenen Haushalt, möchte nur nicht als Kind, sondern wie eine Erwachsene behandelt werden. Man solle sie mit „Frau“ anreden. Einige Male reiste sie nach Streitigkeiten kurzer Hand von Berlin weg, ohne den Eltern zu sagen wohin.

Daneben besteht eine ausgesprochene depressive Stimmungslage: Sie ist interesselos, kann nicht denken, alles ist wie abgeschnitten, sie fühlt eine völlige innere Leere, kann sich an nichts freuen. Sie versteht alles nur mit Mühe, hat das Gefühl, daß ihre Verstandeskräfte nachlassen. Auch Hypochondrisches spielt eine Rolle. Sie fühlt ihren Körper verändert, das Gesicht dicker, hat überall Schmerzen. Wegen ihres Aussehens will sie nicht unter Menschen gehen. Sie fällt den anderen auf.

Ihr Körpergewicht schwankt entsprechend der Nahrungsaufnahme rasch und erheblich. Das Unwohlsein ist weggeblieben, nur vorübergehend durch Hormoninjektionen wieder eingetreten. Sie ist sehr empfindlich gegen Kälte geworden. Sie leidet an einer hartnäckigen Obstipation.

Wenn man den Fall zusammen mit den anderen dargestellten Fällen sieht, wird man an der Diagnose Pubertätsmagersucht nicht zweifeln. Der im Beginn phasenhafte Verlauf und das depressiv hypochondrische Bild lassen an eine manisch-depressive Konstitutionskomponente denken. Vielleicht hat es sich bei der monatelangen Erkrankung der Schwester des Vaters von 20 Jahren um eine Phase gehandelt. Die eigenbrödlisch, vereinsamt lebende Zwillingschwester des Vaters und der unausgeglichene Vater selbst sprechen aber gleichfalls für Belastungen mit psychopathischen Eigenschaften. Es muß dahingestellt bleiben, um was es sich handelt. Auch an eine schizophrene Wesensveränderung ist natürlich zu denken. Etwas sicheres über diese Tante war aber nicht zu erfahren. Manches im Zustandsbild unserer Kranken ist sicher auf das unpädagogische Milieu zurückzuführen. An eine Heilung wird man auch hier nach nunmehr 9 Jahren wohl kaum mehr denken können. Es dürfte sich um einen Defektzustand handeln, auch wenn die Stimmungsgrundlage sich noch einmal ändern sollte (wie z. B. im Falle Se).

Die Überzeugung, daß es sich um nichts Schizophrenes handelt, gewinnt man natürlich am leichtesten, wenn man die Übereinstimmung mit den anderen Fällen in Betracht zieht. Auf die lebhafteste Affektivität ist hingewiesen worden. Man kann am Fall Le. vielleicht besonders deutlich sehen, daß nicht jede Vereinsamung von der Art des schizophrenen Autismus ist, bei dem in typischen Fällen jedenfalls die Anteilnahme an den Menschen und Dingen der wirklichen Umgebung

erlahmt oder erlischt. Das kann man bei der ungehörlich eigenwillig sich durchsetzenden Kranken aber gewiß nicht sagen. Ihre ehrgeizigen Wünsche realisieren sich nicht in der Abgeschlossenheit einer schizophrenen Wahnwelt. Es bleibt ungeachtet aller Wachträumerien auch nach 9jähriger Krankheitsdauer die Spannung zwischen den Wünschen und der unbewältigten Wirklichkeit. Auflehnung, Trotz und Leiden sind das Ergebnis dieser unerledigten Spannung.

Schließlich ist in diesem Zusammenhang noch etwas über die Stimmen zu sagen. Die Kranke sprach gelegentlich von einer inneren Stimme: Das Gewissen sei es nicht. Sie bekomme von dieser Stimme Befehle, dies oder jenes zu tun. Andere Male sagt sie, das sei nur Gerede von ihr gewesen. Die Mutter meint, sie habe sich interessant machen wollen. Sie habe wohl davon gelesen. In Göppingen sagte sie auf Befragen auch, sie habe das Gefühl unter dem Einfluß einer fremden Macht zu stehen, deren Befehlen sie unbedingt Folge leisten müsse, auch Bewegungen habe sie schon ausführen müssen, die sie gar nicht wollte. Ihre plötzlichen Reisen seien auf Befehl der Stimme erfolgt. Sicher ist es geboten, auf manchen Gebieten die Äußerungen der Kranken mit vorsichtiger Kritik aufzunehmen, zumal wenn sie wechselnde Angaben macht, wie über die Stimmen. Man darf aber wohl ruhig als wahr unterstellen, daß es bei der Kranken, nachdem die Krankheit nunmehr 9 Jahre dauert, in ihrem völlig isolierten Leben erfüllt von eigenartigen Träumen, lebhaften Spannungen und wechselnden Stimmungen gelegentlich zu einer für die Kranke fühlbaren Verselbständigung mancher Gedanken kommt, so daß die Bezeichnung innere Stimmen für sie naheliegt. Man kennt solche Erscheinungen ja auch in anderen hierfür günstigen Situationen, z. B. in der erzwungenen Haft. Gerade aus einer solchen Einzelercheinung schon auf das Vorliegen eines schizophrenen Prozesses schließen zu wollen, scheint mir nicht berechtigt. Man muß das ganze Krankheitsbild in Betracht ziehen, in das das Einzelsymptom — in diesem Fall das Stimmenhören — eingefügt ist. Dieses Gesamtbild ist aber nicht das einer chronisch halluzinierenden Schizophrenen, sondern das eines isolierten Menschen, der unter dieser Isolierung bis zu einem gewissen Grade leidet, von lebhaften affektiven Spannungen bewegt und von ehrgeizigen Wünschen und Tagträumerien erfüllt ist.

6. *Carla Bu.* Die jetzt 18jährige *Pat.* wurde von der besorgten Mutter darum zur Behandlung gebracht, weil sie seit über 1 Jahr bemerkte, daß das Kind nach den Mahlzeiten das Essen erbrach. Und zwar erbrach sie heimlich. Es war nicht möglich richtig dahinter zu kommen, was eigentlich los war. Es haben sich ganz groteske Zustände entwickelt. Das Kind benützte die verschiedensten Möglichkeiten, um hineinzubrechen, nicht nur die Toilette und das Nachtgeschirr, sondern auch die Badewanne, einen Kochtopf, den sie mit in den Salon nahm, ebenso Pappschachteln, z. B. Schuhschachteln, die dann durchweicht gefunden

wurden, Taschentücher, Handtücher, Servietten und Windeln. Sie versteckt die Sachen irgendwo in ihrem Zimmer, in ihrem Schrank, aber auch in der Fahrradkammer oder im Park. Ein Tuch mit Erbrochenem fand man versteckt in der Nähmaschine. Niemals gelang es, sie beim Brechen zu erwischen, so streng man sie auch beaufsichtigte.

Rücksprachen mit den Eltern, mit einer Tante und eine genaue 14tägige Untersuchung der Pat. in den Kuranstalten Westend ergaben folgendes Bild: Die Kranke ist das älteste von 4 Kindern eines Gutsbesitzers, der von sich selbst berichtet, daß er im letzten Krieg als junger Mensch von 17/18 Jahren recht dick gewesen sei und damals wenig gegessen habe um abzunehmen. 1930 hatte er erhebliche Geldverluste, worauf er mit einer längeren Verstimmung reagiert habe. Erst nach 2 Jahren habe er die Sache überwunden gehabt. Die Mutter des Vaters litt an Basedow, soll krankhaft dick gewesen sein. Ein Vetter des Vaters hat sich mit 18 Jahren nach einem Autounfall erschossen. Er hatte ein Verfahren zu gewärtigen. Eine Tante des Vaters litt an epileptischen Anfällen und verstarb früh. Der Vater der Mutter war 1,96 m groß. Sonst seien Auffälligkeiten, auch auffällige Temperamente in der Familie nicht vorgekommen. Die Eltern selbst machen bei der Exploration einen natürlichen Eindruck, die Mutter mehr als der Vater hilflos dem Verhalten der Tochter gegenüber. Beide Eltern sind vielleicht in der Erziehung etwas ängstlich. So erlaubte der Vater aus Gründen der Ängstlichkeit z. B. nicht, daß die Kinder schaukelten.

Die Pat. wurde normal geboren. Sie lernte rechtzeitig laufen und sprechen, war rechtzeitig sauber. Als Kleinkind war sie lebhaft, lustig, gut zu leiten. Es fiel nichts Besonderes an ihr auf. Sie war eine gute Esserin. Nur Mohrrüben mochte sie nicht, aß sie aber, wenn man ihr zuredete. Einmal erbrach sie danach, allerdings auf einer anschließenden Autofahrt. Sonst hat sie nicht etwa häufig oder besonders leicht erbrochen. Außer komplikationslosen Kinderkrankheiten war sie nie krank.

Schon mit $5\frac{3}{4}$ Jahren kam sie zur Schule, mit 9 Jahren zur Mittelschule. Mit 13 Jahren blieb sie einmal sitzen. Es hatten ihr Mathematik und Physik Schwierigkeiten gemacht. Seit dem Sitzenbleiben ist sie eine gute Schülerin, hat die Absicht, ihr Abitur zu machen und Lehrerin zu werden.

In der Schulzeit hatte die Mutter den Eindruck, das Kind sei im Vergleich zu den Geschwistern ernst, still, wenig lebhaft, nicht verspielt wie Backfische sonst zu sein pflegen. Sie war sehr fleißig, sorgte auch für ihren kleineren Bruder. Am meisten war sie mit der fast 3 Jahre älteren Tochter des Gutsinspektors zusammen. Sonst hatte sie aber keine Freundinnen, jedenfalls keine, die zu ihr zu Besuch kamen oder besucht wurden. Der Vater bestätigt, das Kind habe immer recht isoliert gelebt, schließe sich schwer an und ihre Freundschaften gingen nicht tief. Typisch sei auch für sie, daß sie sich nicht für Jungens interessiere. Sie sprach nie von einer späteren Heirat. Ihre Interessen seien die Schule und ein späterer Beruf. Dieser Beruf wechsele nach dem jeweiligen Milieu. Jetzt wolle sie Lehrerin werden. Die Tanzstunde habe sie nicht zu Ende gemacht, das habe allerdings auch an den Kriegsumständen gelegen. An anderen Menschen habe sie immer leicht etwas auszusetzen. Es sei selten, daß ihr jemand sympathisch sei. An Eitelkeit lasse sie es nicht fehlen. Die Frisur dauere des Morgens $\frac{1}{2}$ Stunde. Sie halte besonders auf Sauberkeit, halte auch den kleinen Bruder, für den sie sehr Sorge, besonders sauber. Es falle auf, wie oft sie sich die Hände wasche. Auch schneide sie sich die Nägel besonders kurz. Der Vater betont noch den zuverlässigen, anständigen Charakter des Kindes. Früher sei nie eine Lüge vorgekommen. Aber jetzt in der Essensfrage, da lüge das Kind, daß sich die Balken biegen.

Die Sache fing etwa vor $1\frac{1}{2}$ Jahren an. Man bemerkte, daß sie erbrochen hatte, ohne etwas davon gesagt zu haben. Auf Befragen war aus dem Kinde nichts herauszubringen. Mit Güte und Strenge — sie bekam im Laufe der Zeit auch einmal eine Ohrfeige und mehr — war nichts zu erreichen. Es gab nur Tränen. Um sich dem Nachforschen der Eltern zu entziehen, begann sie dann heimlich an allen möglichen und unmöglichen Stellen zu erbrechen und das Erbrochene zu verstecken. Zuweilen ließ sie das Erbrochene auch so offen stehen, daß man darüber stolpern mußte. Sie zeigte kein Bedauern, sagte nie, daß es ihr leid tue, den Eltern diesen Schmutz zu machen.

Seit der gleichen Zeit fiel auch auf, daß sie immer weniger und schließlich nur noch ganz wenig aß. Auch hatte sie immer etwas am Essen auszusetzen. Warmes Abendessen lehnte sie z. B. ab, das mache zu dick. Sie nimmt an den gemeinsamen Mahlzeiten teil, hat aber immer einen Grund aufzustehen, etwas hereinzuholen. Wenn sie dann draußen ist, nimmt sie den Bissen, den sie gerade im Munde hat, heraus und wirft ihn in den Hundeeimer. Daß sie während des Essens erbrochen hat, ist bis jetzt nicht aufgefallen. Bevor sie erbricht, trinkt sie zumeist etwas, erbricht dann große Mengen.

Andererseits nimmt sie Essen weg und versteckt es für sich! Zum Beispiel macht sie bei Tisch kleine Brotstückchen für sich zurecht, versteckt sie in ihrer Serviette zum Mitnehmen. Die Mutter fand vor kurzem ein dickes Doppelbrot mit Schmalz und Wurst, das sie sich zurecht gemacht hatte, zugedeckt mit dem Mantel des Jungen auf einem Tisch im Hausgang. Auf die Frage, was sie damit vorhabe, war nichts zu erfahren. Sie sagte nur, sie wolle das nicht essen. Man beobachtete sie, wie sie in der Speisekammer etwas abschnitt, und es unter dem Arm in ihr Zimmer nahm. Wann sie diese Speisen ißt, können die Eltern nicht sagen. Sie hatte schon immer eine Vorliebe für Süßigkeiten, aber das habe jetzt in einem unnatürlichen Maß zugenommen. Sie macht sich Marzipantropfen mit Puderzucker, geht an die Marmelade in der Speisekammer. Die Mutter weiß sich gegen diese Naschereien keinen andern Rat, als alles zu verschließen. Daraufhin holte sie sich Zucker beim Krämer, kümmerte sich dabei gar nicht um die Größe der ihr zustehenden Ration.

In den seit der Erkrankung vergangenen $1\frac{1}{2}$ Jahren hat die Pat. sehr an Gewicht abgenommen. Das Unwohlsein war bis vor 1 Jahr in Ordnung, dann setzte es $\frac{1}{2}$ Jahr aus, über die letzte Zeit waren die Eltern nicht genau unterrichtet. Gegen die hartnäckige Verstopfung nahm die Pat. unvernünftig viele Abführmittel, so daß vorübergehend Durchfälle behandelt werden mußten. Sie habe schon immer wenig Schlaf gebraucht, in letzter Zeit besonders wenig. Sie ist oft morgens um 5 Uhr schon auf. Sie friere besonders leicht, was früher nicht der Fall gewesen sei.

Eine Schwester der Mutter berichtete noch ergänzend, die Pat. sei schon von klein auf nervöser als die anderen Kinder gewesen, habe z. B. unruhig geschlafen. Die Tante kritisierte, wohl nicht mit Unrecht das jetzige pädagogische Verhalten der Eltern. Man sei mit dem Kind überhaupt zu ängstlich. Sie müsse z. B. in Berlin an der Bahn abgeholt werden. Jetzt sei man zu sehr hinter dem Kind wegen des Erbrechens her gewesen. Als die Pat. jetzt bei dieser Tante einige Tage sei, habe sie sich um die Eigenarten des Kindes nicht gekümmert. Erbrechen sei ihr nicht aufgefallen. Die Mutter glaubt, daß die Tante das Erbrechen wohl einfach nicht gemerkt habe, das Kind aber doch gebrochen habe.

Wegen der Notwendigkeit einer klinischen Untersuchung ist die Pat. unzufrieden und mißmutig. Sie wäre lieber die Ferien über bei der Tante geblieben. Sie fügt sich dann aber und ist in der Zeit der klinischen Beobachtung äußerlich nicht auffällig. Sie bleibt meist still in ihrem Zimmer, mit allerhand Arbeiten

beschäftigt: Liest in ihren Schulbüchern, hat auch einen Roman, macht eine Stickerei für die Tante, die oft wohlwollend von ihr erwähnt wird. Sie war immer bereit zu Explorationen. Man hatte aber doch nach allen Gesprächen den Eindruck einer gewissen Glätte und Verslossenheit. Vielleicht spiegelt sich diese Seite ihres Wesens am besten im Stil ihres selbstgeschriebenen Lebenslaufes wieder. Er beginnt: „Als meine Eltern am 4. 10. 1924 heirateten, waren beide noch jung und unerfahren, und das Leben hatte ihnen bisher nur die Lichtseiten gezeigt. In meinem Vater fließt das Bauernblut der Urahnen, denn schon als achtjähriger Bub erklärte er seinem Vater, er wolle Bauer werden. Mein Großvater erfüllte ihm später auch diesen Wunsch und pachtete in der Nähe von Buch ein kleines Gut. Die Mutter, die ebenfalls wie der Vater aus Lichterfelde stammt, kannte nur das Leben und die Freuden der Großstadt, aber nicht die Entbehrungen des Landlebens. In Hauswirtschaftsdingen hatte sie nichts gelernt und es kostete viel Mühe, den anspruchsvollen Gatten zu befriedigen.“ Die einsame Lage des Gutes, auf dem sie aufwuchs, war — wie sie meint — schuld, „daß ich mich später andern Kinder schwer anschloß und auch heute noch am liebsten allein bin“.

Sie erzählt, daß sie mit etwa 12/13 Jahren angefangen habe, manchmal im Essen zurückzuhalten. Vorher habe sie mit großer Lust so viel gegessen, daß es der Vater zuweilen sogar beanstandet habe und ihr darum die Speisen zuteilte. Aber es sei ihr der Gedanke gekommen, sie sei zu dick. An Beispielen aus der Erinnerung zeigt sie, daß Eltern, Lehrer, Mitschüler und -schülerinnen Bemerkungen über ihren Körper machten. Zum Beispiel als ihr ein anderer Schüler beim Turnen Hilfsstellung gab, meinte ein Danebenstehender: „Du hast aber ein schönes Gewicht zu tragen“. Mit etwa 12 Jahren habe sich ihre „Einstellung zum Dickwerden“ geändert. Früher sei es ihr gleich gewesen, auch was die Leute sagten, später aber nicht mehr.

Mit 15 Jahren als die Mutter 14 Tage in der Klinik zur Geburt des kleinen Bruders war, habe sie zu Hause die erste Hungerkur gemacht. Sie habe das Essen etwas eingeschränkt und sei von ihrem üblichen Gewicht von ungefähr 120 Pfund auf 113 herunter gekommen. Übrigens spielte damals auch eine Rolle, daß sie es peinlich empfand, in Kriegszeiten als Tochter des Gutsbesitzers so gut genährt auszusehen. Im Sommer 1941 habe sie aber wieder zugenommen. Sie meint, da habe es ihr wieder „besser geschmeckt“. Sie wog 128 Pfund. Andere Mädchen würden sich daraus wohl nichts machen, die würden sagen, es sei ihnen egal, wenn sie dick würden. Bei ihr sei das aber anders geworden, sie habe angefangen darüber nachzudenken. Seit Herbst 1941 habe sie sich mit dem Problem ihrer Dickheit in steigendem Maße beschäftigt. Wenn wenig zu tun war, dann habe sie viel gegessen, wenn sie aber viel zu tun hatte, habe sie weniger das Bedürfnis nach Essen gehabt. Wenn sie einen Ärger oder Aufregung habe, dann bekomme sie Verlangen nach Essen. Die Tante bestätigt, daß sie nach Luftalarmen besonders viel gegessen hat. Daß der Appetit nachgelassen oder sich verändert habe, verneint die Kranke. Manchmal habe sie sogar große Lust zu essen und könne sich nicht zurückhalten. Aber dann müsse sie es wieder herausbrechen. Sie erinnert sich genau an das erste Erbrechen dieser Art. Es war im Oktober 1941. Sie hatte furchtbar viel Kuchen gegessen, sie fühlte sich voll, so daß sie „kaum mehr Luft holen konnte“. Da kam sie auf den Gedanken zu erbrechen, ging auf die Toilette und steckte sich den Finger in den Hals. Sie „machte es“ dann immer öfter, bis sie anfang abzunehmen. Mit Schwankungen sank das Gewicht, bis es im letzten Vierteljahr etwa auf 98 Pfund verblieb. Seit Anfang 1943 erbreche sie täglich. Sie trinke vor dem Erbrechen viel Wasser oder Kaffee. Zuerst habe sie sich viel Zeit dazu gelassen, was sie jetzt nicht mehr könne, weil die Eltern so hinter ihr her seien. Sie gibt an, das Erbrechen sei ihr unangenehm,

auch der andern wegen, die damit nachher in Berührung kämen. Nach einer Lösung der Situation befragt, meint sie, es wäre am besten, man lasse sie bei der Tante oder in einer Pension wohnen, wo sie nicht mehr zu essen brauche, als sie Lust habe. Dann brauche sie auch nicht zu erbrechen.

Soweit spricht sich die Kranke, wie es scheint, ganz offen aus. Auf ausdrückliches Befragen, ob noch etwas zu besprechen sei, meint sie, es wäre wohl über alles gesprochen. Tatsächlich ist z. B. über das heimliche Wegnehmen von Essen noch gar nicht gesprochen worden. Darauf angesprochen sucht sie zu bagatellisieren: Wenn sie gerade großen Hunger gehabt habe, habe sie kurz vor dem Essen etwas weggenommen. Bei eindringlicherem Fragen wird sie verstockt. Schon daß es sich bei den heimlichen Naschereien oft um Süßigkeiten handelt, muß erst aus ihr herausgefragt werden. Es ist über dieses Thema kein auch nur annähernd freies Gespräch möglich.

Über ihr sonstiges Leben berichtet sie in Übereinstimmung mit den Angaben der Eltern, daß sie im ganzen recht einsam lebt, nur mit der Inspektorstochter befreundet sei. Sie würden sich alle Sorgen erzählen und alle Freuden. Mit 15 Jahren sei sie einmal verliebt gewesen. Es habe aber nur 3 Monate gedauert. Es war ein um 20 Jahre älterer Mann. Sie erzählt unter Tränen, daß die Inspektorstochter in den gleichen Mann verliebt gewesen sei.

Über die Beziehung zu Eltern und Geschwistern berichtet sie ganz natürlich. Es sei ein gutes Verhältnis zu den Eltern, „nur diese Heimlichkeiten“. Außer dem Besprochenen habe sie keine Heimlichkeiten. Allerdings erzähle sie den Eltern nicht viel von sich. Sie habe den Eindruck, daß das die Eltern nicht interessiere. In der Schule machen ihr Latein, Deutsch, Biologie und Erdkunde am meisten Freude. Mathematik und Physik ist auch heute noch schlecht und muß mit andern Fächern ausgeglichen werden. Mit 13 Jahren fing sie an Klavier zu spielen, hatte aber keine Freude daran, hörte wieder auf. Stimmungsschwankungen kenne sie wohl an sich, sie dauerten aber nicht lange, höchstens ein paar Stunden. Zuweilen seien die Verstimmungen ohne Grund. Man sage dann leicht ein Wort, durch das man andere kränke, oder man sei selbst leicht gekränkt. Sie habe in solchen Stunden auch keine Lust etwas zu tun. Eigentlich schwermütig sei sie aber nicht. Gerne gehe sie allein spazieren. „Ich sehe mich so um, beobachte alles, freue mich, wenn es blüht, denke dabei so nach an die Schule, Film, Theaterstücke, Bücher“. Manchmal bringe sie Blumen mit nach Haus. Auch neige sie Luftschlösser zu bauen: „Daß ich vielleicht irgendwo anders studieren würde, in Bayreuth, jedenfalls ein bißchen weiter weg. Ich würde vielleicht Schauspielerin werden, oder sonst etwas Berühmtes. Oder daß man nicht viel zu tun braucht, recht lustig wäre, mit anderen Menschen zusammen, die lustig sind.“

Körperlich handelt es sich um ein ganz ansprechend aussehendes Mädchen in mäßigem Ernährungszustand. Sie hat kalte, trockene Hände und Füße, cyanotische Finger und Zehen. Der Blutdruck ist niedrig, 95 R.R. max., der Puls 40 Schläge je Minute. Die Leber ist 1 Querfinger unter dem Rippenrand zu fühlen. Blutbild, Blutsenkung und Urinbefund sind normal. Auch *neurologisch* findet sich nichts Auffälliges. Der Gynäkologe fand vor 1 Jahr einen Hypogonitalismus. Er riet zu einer Hormonkur. Er fand die Pat. defloriert.

Wir haben von der Kranken seit dem Sommer 1943 nichts mehr gehört.

Zusammenfassung.

Die Kranke stammt aus einer Familie, in der Auffälligkeiten und Krankheiten vorgekommen sind, die zum Teil auf endokrine Störungen hinweisen. Die Mutter des Vaters soll Basedow gehabt haben

und krankhaft dick gewesen sein, der Vater selbst war mit 17/18 Jahren recht dick und aß damals wenig, um abzunehmen. Der Vater der Mutter war 1,96 m groß. Eine Tante des Vaters hatte epileptische Anfälle. Der Vater hat auf Geldverluste mit einer jahrelang dauernden Verstimmung reagiert. Ein Vetter hat sich anscheinend aus äußeren Gründen erschossen.

Die Kranke fiel schon als Kind dadurch auf, daß sie ein Einspänner war. Mit Jungens wollte sie schon gar nichts zu tun haben. Sie hatte nur eine Freundin, die um 3 Jahre ältere Tochter des Gutinspektors, die Lehrerin ist. Die Freundschaft kam zustande, als beide Mädchen — die Kranke war damals 15 Jahre alt — sich in einen 20 Jahre älteren Mann verliebt hatten. Das Erlebnis mit diesem Mann scheint für die Kranke unglücklich gewesen zu sein. Der Gynäkologe fand sie 1942 defloriert.

Die Störung hat sich allmählich entwickelt, als das Kind 15 Jahre alt war: Es war damals etwas dick und fing an, sich darüber Gedanken zu machen und darunter zu leiden, wenn andere Bemerkungen über seine Rundlichkeit machten. Man könnte nun denken, der weitere Verlauf wäre einfach so zu erklären, daß der Kranken die Körperfülle peinlich war und daß sie versuchte, durch das Erbrechen ihr Gewicht zu vermindern. Das mag eine Rolle gespielt haben. Dafür, daß einer solchen psychologischen Erklärung nur beschränkte Bedeutung zukommt, spricht aber in dem Krankheitsbild vieles: Schon im Beginn erbricht sie nicht nur um dünn zu werden, sondern wegen des Völlegefühls nach dem Essen, über das die Magersüchtigen ja fast regelmäßig klagen. Dann macht uns die Kranke selbst darauf aufmerksam, daß „ihre Einstellung zum Dicksein“ sich geändert habe, es sei ihr da ein Problem entstanden. Andere Mädchen, die auch etwas dick seien, machten sich daraus nichts. Es sei solchen Mädchen auch gleich, was die anderen sagten. Früher sei sie selbst auch so gewesen. Das habe sich aber geändert. In dieser spontan gegebenen Selbstbeobachtung bringt die Kranke gut zum Ausdruck, daß die Wesensveränderung Ursache der Empfindsamkeit war, und nicht umgekehrt. Ferner: Hätte die Kranke einfach durch das Erbrechen abnehmen wollen, wäre auch nicht zu erklären, weshalb sie allerhand heimliche Eßgewohnheiten entwickelte, heimlich Essen mit sich wegnahm und Süßigkeiten naschte. Wir kennen diese Dinge aber von den anderen Fällen. Wenn die Kranke berichtet, daß sie nach Ärger und Aufregungen essen müsse, und dann, wenn sie nichts zu tun hat, so sehen wir hier eine auffällige und bemerkenswerte Übereinstimmung mit dem Fall Ba. Beide Kranke nehmen „unvernünftig viel Abführmittel“, so daß es zu Durchfällen kommt. Das Besondere des Falles Bu ist die Häufigkeit des heimlichen Erbrechens.

Dazu kommen auch die anderen Symptome der Pubertätsmagersucht, die Vereinsamung, die hier allerdings schon von der Kindheit an besteht, die Eigenwilligkeit, mit der sie ihre Tendenzen, insbesondere ihre absonderlichen Eßgewohnheiten gegen alle erzieherischen Versuche durchsetzt, die Rücksichtslosigkeit gegen die anderen, die sich dabei zeigt, die Interessiertheit auf beruflichem Gebiet, auch die körperlichen Symptome, die Amenorrhöe und die Obstipation. Obschon die Kranke zu den Fällen gehört, die sich nicht gut aussprechen, ist das Krankheitsbild hinreichend deutlich. Stimmungsschwankungen spielen keine wesentliche Rolle (auch darin gleicht sie Ingeborg Ba.), obwohl in der väterlichen Familie eine Neigung zu reaktiven Verstimmungen vorhanden ist. Bedeutsam ist sicher das Vorkommen endokriner Störungen in der Familie, insbesondere der „fette Basedow“ der Großmutter und die Fettleibigkeit des Vaters in jüngeren Jahren, die ihn veranlaßte, wenig zu essen, um abzunehmen.

Das Syndrom.

Die Kasuistik ließe sich natürlich vermehren, wobei nicht nur mancherlei Variationen, sondern auch Abortivformen angetroffen würden. Die dargestellten Fälle genügen aber, um das allen Fällen Gemeinsame, das Syndrom der Pubertätsmagersucht und seine Variabilität an einigen Beispielen erkennen zu lassen. Die Krankheit ist keine Seltenheit. Ich habe im Verlauf weniger Jahre ungefähr 20 Fälle gesehen. Es handelte sich dabei immer um Mädchen. Zwei junge Männer, die mir unter dem Verdacht der Magersucht gezeigt wurden, waren sicher etwas anderes, das eine Mal eine organische Magenkrankheit, das andere Mal eine Zwangsneurose. Wenn die Krankheit bei männlichen Individuen überhaupt vorkommt, dann ist es jedenfalls eine Seltenheit.

Da es uns hier auf das psychiatrische Syndrom ankommt, gehen wir auf die körperlichen Erscheinungen nicht näher ein, insbesondere bleiben die internistischen Laboratoriumsbefunde unerwähnt. Alle unsere Fälle zeigten die aus der Literatur bekannten körperlichen Symptome hinreichend deutlich: die hartnäckige Obstipation, gegen die oft große Mengen von Abführmitteln genommen wurden, Oberbauchbeschwerden, gelegentlich sogar Schmerzanfälle, Völlegefühl nach der Nahrungsaufnahme, zuweilen eine Neigung zum Erbrechen; eine zeitweilige Abnahme des Gewichts bis zu erheblicher Abmagerung, trockene Haut, cyanotische Extremitätenenden und eine große Neigung zum Frieren. Das Unwohlsein wird unregelmäßig und hört in allen Fällen im Verlauf der Krankheit ganz auf. 4 von unseren 6 Fällen waren in der Zeit kurz vor der Erkrankung auffällig dick. Von den dreien, bei denen das nicht auffiel, hatten zwei leichte tuberkulöse Affektionen. Ein angemessenes Körpergewicht ist für die Kranken identisch mit

ausgesprochenem Dicksein und Vollsein. Die natürliche Freude am leiblichen Zustand der Gesundheit ist ihnen verloren gegangen.

Allen Fällen gemeinsam ist die Veränderung des Appetits. Es kommt zu einer Verminderung des Appetits. Eine Kranke sprach davon, die Speisen ekelten sie geradezu. Daneben zeigt sich eine Einschränkung des Appetits auf wenige Speisen, in 3 unserer Fälle auf Süßigkeiten. Es scheint auch der übliche Tagesrhythmus verloren zu gehen, die Zunahme des Appetits zur Zeit vor den gewohnten Mahlzeiten. Die Nahrungsaufnahme verteilt sich unregelmäßig über den ganzen Tag (etwas ähnliches kommt bei Narkoleptischen mit dem Schlaf vor). Manchmal wird dann auch wieder in großen Mengen ohne Maß gegessen. Zeiten des Fastens können mit solchen starker Nahrungsaufnahme wechseln. Besonders im späteren Verlauf der Krankheit ist das oft gierige Essen auffällig. Die Patientin Erika Se. wurde angetroffen, wie sie in der Speisekammer mit den Händen aus der Schüssel aß, die Kranke Ilse L., wie sie alles aufaß, was zu finden war, die Kranke Ingeborg Ba. aß zuweilen auf einmal, was ein anderer am ganzen Tag. Bei manchem Kranken kann man über die inneren Vorgänge, die dieser Veränderung ihres Verhaltens zugrunde liegen, nichts genaueres erfahren, sie sprechen sich nicht freimütig aus, umgeben vielmehr alles mit einer besonderen Heimlichkeit. Sie sagen z. B. sie hätten schon gegessen, während sie das Essen in Wirklichkeit weggeschüttet oder weggeschenkt haben. Die genauesten Angaben bekamen wir wohl von der Kranken Agnes Ka., bei der die Störung im ganzen auch schon 8 Jahr lang besteht. Sie sagt, daß sie keinerlei Hunger oder Appetitgefühl habe, daß sie aber unentwegt ans Essen denken müsse. Und wenn sie ans Essen denken müsse, dann liege es auch wieder nahe zu essen. Die Kranke empfindet also den Verlust der normalen Gefühlsbeziehung zu den Speisen, es beschäftigt sie aber unentwegt das „Problem Essen“. Wie zwanghaft muß sie daran denken. Man wird nicht ohne weiteres annehmen dürfen, daß die inneren Vorgänge bei anderen Kranken, die sich weniger offen aussprechen, die gleichen sind. Es kann sich auch um eine individuelle Variation gerade bei dieser Patientin handeln. Immerhin denkt auch die einzige andere Kranke, die sich gut ausdrückt — Ingeborg Ba. —, den ganzen Tag ans Essen. Auch sie ißt nicht aus Freude am Essen, aus Appetit. Sie weiß nicht zu sagen, ob sie Appetit habe. Im Anfang sei es vielleicht Hunger gewesen, jetzt esse sie aus Depression, um Kraft zu schöpfen.

Gegen Zuspruch sind alle Kranken ebenso empfindlich wie gegen die Bemerkung, daß sie wohl und gesund aussehen. Allen Kranken gemeinsam ist es, daß sie nicht gern mit anderen zusammenessen, wenn sie essen, dann geschieht es lieber in der Speisekammer oder in ihrem Zimmer oder unterwegs. Bei der Kranken Ingeborg Ba. hat dieses

Verlangen nach Heimlichkeit zu bedenklichen Diebstählen geführt. Aus einem für sie selbst unerklärlichen Grunde muß sie heimlich essen, kann dabei nicht mit anderen zusammen sein. Zu Diebstählen kam es ebenso bei der Kranken Erika Se. und Agnes Ka. Auch vor der Kranken Herta Ge. muß man die Speisen verschließen, sie nimmt keine Rücksicht auf die Lebensmittelrationen der anderen. Die Kranke Ilse Le. entwendete Abführmittel.

Trotzige Eigenwilligkeit ist allen Kranken gemeinsam. Es kommt darauf an, was sie *möchten*. Rücksichtslos und einsichtslos setzen sie ihre Wünsche durch. Die Kranke Herta Ge. läßt auf der Höhe der Krankheit ihre Mutter nicht einen Augenblick von sich gehen, ohne Rücksicht auf die Geschwister. Eindrucksvoll kommt diese eigenwillige Note zur Geltung bei der Art und Weise, wie die Kranken ihre Tendenz, nicht am gemeinsamen Essen teilzunehmen, durchzusetzen wissen. Hierbei zeigt sich auch die individuelle Variabilität des gleichen Symptoms. Es kommt je nach Persönlichkeitsart und nach dem mehr oder weniger geschickten bzw. energischen pädagogischen Verhalten der Umgebung zu verschiedenen Variationen, zu allen möglichen Ausreden: Immer haben die Kranken gerade etwas zu tun, um später kommen zu können oder während des Essens hinauszugehen. Aber auch zu groben Schwindeleien, „daß sich die Balken biegen“ kommt es, auch bei sonst ehrlichen Kindern. Eine Kranke, C. Bu., hat zwar gegessen, aber wieder ausgebrochen. Das Erbrechen hat bei ihr zu ganz grotesken Zuständen geführt, sie braucht aber nicht zu brechen, wenn sie bei der Tante ißt oder in der Klinik, wo sie nicht zum Essen genötigt wird. Bei der Kranken Ilse Le. ist die Ablehnung der gemeinsamen Mahlzeit ein Teil des eigenwilligen Verlangens, mit den Eltern nichts mehr zu tun zu haben, erwachsen zu sein, einen eigenen Haushalt zu führen und wird speziell damit begründet, daß die Eltern eine ganz andere Art der Speisenzubereitung liebten. Die unglaublichen Zustände, die sich in dieser Familie entwickelt haben, müssen auch als Folge der pädagogischen Unfähigkeit des Vaters betrachtet werden. Sicher ist der Vater mit schuld an der alles Maß übersteigenden Ungezogenheit, vor allem in Worten, gegen die Mutter. In Ansätzen finden wir solche aggressiven Tendenzen aber auch bei anderen Kranken. Herta Ge. soll sich wiegen: „Du mit Deinem albernem Wiegen, das ist Quatsch“, sagt das früher wohlerzogene, brave Kind zu seinem Vater. Agnes Ka. hat der Mutter „allerhand an den Kopf geworfen“, ist grob geworden.

Oft wird von einer besonderen Eitelkeit der Kranken berichtet, von einem gesteigerten Interesse für ihre Erscheinung. Unter den geschilderten Fällen tritt dieser Zug bei Agnes Ka. und Ilse Le. deutlich hervor, bei Carla Bu. in geringem Maße. Ein besonderes Interesse für

darstellende Kunst, Theater und Kino fand ich auch in anderen als den mitgeteilten Fällen. Vielleicht ist die Berufswahl der Kranken Ingeborg Ba. nicht ohne Beziehung zu ästhetischen Wünschen.

Wie ich glaube, ist ein ganz wichtiges Symptom der Krankheit: die Vereinsamung. Sie ist weniger bemerkt worden, weil sie sich eigentlich erst nach einer längeren Beobachtung des Verlaufs deutlich ergibt. Sie ist aber in jedem Falle deutlich. Es werden keine neuen Freundschaften geschlossen, alte werden nicht richtig weiter gepflegt. Ich glaube, daß die Unfähigkeit, gemeinsam mit anderen zu essen, mit diesem allgemeineren Symptom der Vereinsamung zusammenhängt, wie bei einem Versuch der Interpretation der Störung näher auszuführen sein wird. Die Vereinsamung kommt den Kranken auch zum Bewußtsein. Manche leiden darunter. Die meisten haben berufliche Absichten und Pläne, die sie mit Eifer, wenn auch nicht immer mit Stetigkeit verfolgen. Es gelingt ihnen mehr oder weniger im beruflichen Rapport die Einsamkeit, die durch das Fehlen freundschaftlicher Bande entsteht, zu überwinden. Dem Lebensalter angemessene erotische Beziehungen fehlen. Keine einzige unserer Kranken ist verlobt. Wohl kommt es aber zu sexuellen Begegnungen und zu Verliebtheiten in ältere Männer. Die beiden schwersten Fälle Erika Se. und Ilse Le. leben beide in einer solchen Rapportlosigkeit mit der Umwelt, daß sie ohne die Eltern zweifellos Anstaltspatienten wären.

Vier von unseren 6 Fällen zeigen zeitweise ausgesprochene Züge einer allgemeinen depressiven Verstimmung: Das Leben scheint sinnlos, alles wird gleichgültig, selbst die Liebe zu den Eltern und Geschwistern kann erlöschen. Die kindliche Fröhlichkeit ist vollkommen weg, sie machen einen traurigen ernsten Eindruck. Die Auffassung wird erschwert, das Denken geht nicht so gut wie früher, die Kranken kommen sich dumm vor. Es steht alles still, Körper und Geist, es fehlt alle Energie. Erika Se. fühlte sich so leer, als ob der Wind alles herausgeblasen hätte, was in Kopf und Herz war, leer wie eine Schale ohne Kern. Auch die Patientin Ilse Le. klagt über eine völlige Leere, sie könne sich über nichts freuen, sie habe Hemmungen im Kopf, alles sei wie abgeschnitten. Auch Tagesschwankungen werden beobachtet, eine abendliche Erleichterung des Zustandes. Bei 2 dieser Kranken (Erika Se. und Ilse Le.) kommt es, nachdem die Krankheit schon über ein Jahr gedauert hat, zu einer mehrmonatigen Phase guten Befindens. Bei der Kranken Agnes Ka. entwickelte sich wohl auf Grund der Mißempfindungen im Oberbauch eine eigentümlich hypochondrische Vorstellung, die Därme träten hervor unter die Haut und wären zu sehen. Bei allen Kranken fehlen wahnhafte Vorstellungen, wie sie sonst bei Depressionen vorkommen, im Sinne der Verarmung oder Versündigung, auch Selbstvorwürfe. Die Gewissensbisse der Patienten gehen nicht

über gelegentliche Skrupel pubertierender Jugendlicher hinaus. Bei der Kranken Erika Se. sind zwangsneurotische Züge erkennbar.

Bei 2 Kranken fehlt das depressive Bild. Die Kranke Ingeborg Ba. ist ein gutes Beispiel, daß die depressive Komponente im Verlaufe einer langen Krankheit ganz fehlen kann. Allerdings macht sie einen ernsten, übertrieben strebsamen, unfrohen Eindruck. Bei der Kranken Carla Bu. fehlt die depressive Komponente gleichfalls. Bemerkenswerterweise kam es aber doch zu einem schwankenden Verlauf, bessere Zeiten, in denen es ihr wieder besser schmeckte, wechselten mit schlechteren ab,

Im übrigen ist über den Verlauf folgendes zu sagen: Bis auf die Kranke Carla Bu., die stiller und zurückgezogener war als ihre Geschwister, wird von allen berichtet, daß sie vor Eintritt der krankhaften Veränderung natürlich und unauffällig waren. Die Störung entwickelte sich im allgemeinen allmählich in der Nachpubertätszeit. Häufig sind die Kinder im Beginn überdurchschnittlich dick (4 unserer 6 Fälle). Oft ist das erste auffällige Symptom eine hartnäckige Obstipation. Im Falle Herta Ge. entwickelte sich das ganze Zustandsbild ziemlich akut im Anschluß an ein nicht unerhebliches Schädeltrauma. Man wird dem Trauma auch im Hinblick auf die gelegentlichen Absenzen in der ersten Zeit nach dem Unfall eine ätiologische Bedeutung nicht absprechen können. Im Beginn besonders fehlt den Kranken die Krankheitseinsicht, sie wollen nicht zum Arzt, halten sich für gesund, es macht Schwierigkeiten, sie zur Beobachtung und Behandlung in Kliniken zu halten. Im Laufe der Jahre kann sich das bessern, und die beiden Kranken Ingeborg Ba. und Agnes Ka. kamen mehr oder weniger einsichtig selbst zum Arzt, weil sie unter ihren Störungen und den Schwierigkeiten, die sie dadurch in ihrem Leben haben, litten. In beiden Fällen dauert die Krankheit schon 7 bzw. 8 Jahre. Kein einziger von den 6 dargestellten Fällen ist bisher wieder gesund geworden. Von den beiden schweren Fällen Ilse Le. und Erika Se. abgesehen, die sich nur durch die unentwegte — im Falle Se. recht verständige Fürsorge ihrer Eltern außerhalb eines Sanatoriums oder einer Anstalt halten können, zeigen auch alle anderen sozial angepaßten Fälle nach jahrelangem Verlauf noch deutlich die Zeichen der Krankheit, in erster Linie die Vereinsamung und die Störung der Essensgewohnheiten. Man darf wohl nach einer 8jährigen oder gar 12jährigen Dauer der Krankheit annehmen, daß es sich um einen bleibenden Zustand handelt, daß mit einer Genesung, d. h. auch mit einer Wiederherstellung des normalen freundschaftlichen Rapportes mit der Umwelt und mit einer natürlichen Teilnahme an den Essensgewohnheiten der Umgebung nicht mehr zu rechnen sein wird. Man darf in solchen Fällen wohl von dem Zurückbleiben eines Defektzustandes sprechen. Ich kenne jeden-

falls bisher keinen einzigen wirklich genesenen Fall. Wo von Heilungen berichtet wird, wäre zu prüfen, ob es sich nicht um etwas anderes, etwa um phasenhafte Depressionen, aber auch ob es sich wirklich um eine völlige Wiederherstellung der früheren Persönlichkeit gehandelt hat. Meine ungünstigen Erfahrungen brauchen natürlich nicht auszuschließen, daß es in einzelnen Fällen doch zu einer völligen Genesung kommt. Um den gewöhnlichen Ausgang handelt es sich dabei aber sicher nicht.

Es ist mir bisher in der Anamnese älterer Patienten niemals eine Pubertätsmagersucht begegnet. Nur einen Fall sah ich im mittleren Lebensalter an einer Tuberkulose zugrunde gehen.

Die Differentialdiagnose.

Die Beziehungen der Pubertätsmagersucht zu manisch-depressiven Krankheiten sind deutlich. Es kommen bei vielen Fällen — z. B. bei 4 von unseren 6 mitgeteilten — phasenhaft depressive Verstimmungen vor, die von einer zum Manisch-depressiven gehörigen Verstimmung nicht zu unterscheiden sind, wenn man die Variabilität des depressiven Syndroms mit in Rechnung stellt. Diese Beziehung zum Manisch-depressiven tritt uns auch in einer auffälligen Häufung depressiver Störungen unter den nahen Angehörigen unserer Kranken entgegen. Bedenkt man ferner, daß Symptome der Pubertätsmagersucht, wie die Appetitstörung, die Gewichtsabnahme, die Menstruationsstörung, die Obstipation, auch im Bilde einer Depression vorkommen können, so liegt die Möglichkeit einer Verwechslung nahe oder die Auffassung, es handle sich bei der Pubertätsmagersucht um nichts anderes als um eine besondere symptomatische Variation einer depressiven Phase. Solche Diagnosen sind daher auch nicht selten (Agnes Ka., Erika Se.) gestellt worden.

Gegen eine solche diagnostische Einordnung spricht aber manches: Im Zustandsbild der Pubertätsmagersucht selbst sind neben den depressiven Zügen bzw. neben den Zügen, die mit einer depressiven Gesamtverfassung im Einklang sind, auch andere Züge, die dazu im Widerspruch stehen: Die Eigenwilligkeit, die lebhaften Wünsche, Pläne und die Aktivität der Kranken in beruflicher Hinsicht, auch die Lebendigkeit der erotischen Sphäre. Ebenso widerspricht einer Einordnung als depressive Phase der Verlauf, das Ausbleiben einer Heilung, auch nach jahrelanger Krankheitsdauer. Das scheint mit ein ganz entscheidender Gesichtspunkt. Schließlich kommen Fälle zur Beobachtung, wie z. B. der Fall Ingeborg Ba., in denen in jahrelangem Verlauf der Krankheit depressive Anwandlungen kaum hervortreten, so daß es überhaupt ganz fern liegt, an eine depressive Phase zu denken. Bei aller Verwandtschaft mit den manisch-depressiven Krankheiten

wird man daher die Pubertätsmagersucht doch als eine besondere psychische Krankheitsform abgrenzen müssen.

In der inneren Klinik kommt es zuweilen zu dem umgekehrten Fehler, nämlich dazu, daß phasenhafte Depressionen jugendlicher Mädchen, in deren Symptomatologie das Nachlassen des Appetits, die Gewichtsabnahme und die Störung der Menstruation deutlich hervortreten, für eine Pubertätsmagersucht gehalten werden. Bei der relativ geringen Kenntnis, die man im allgemeinen von den phasenhaften Depressionen ihrer großen Häufigkeit und symptomatologischen Variabilität unter Internisten hat, kann ein solcher Irrtum nicht wundernehmen. Auch trägt dazu bei, daß Depressive selbst häufig die Tendenz haben, die mehr körperlichen Störungen und Beschwerden dem Arzt gegenüber in erster Linie und mit Nachdruck vorzubringen. Eine genaue Exploration kann den Irrtum aufdecken. Eine wirkliche Heilung nach relativ kurzer Krankheitsdauer von Monaten oder 1 bis 2 Jahren sollte als deren durchschnittliche Dauer immer den Verdacht rechtfertigen, daß es sich um eine depressive Phase gehandelt hat.

Es ist zu verstehen, daß der Ausgang in einen Defekt, das Ausbleiben der Heilung gelegentlich Anlaß gegeben hat, Magersuchtsfälle als Schizophrenien anzusehen. Der Fall Ilse Le. z. B. ist dafür gehalten worden. Hier wie in anderen Fällen, z. B. in einem sorgfältig und gut dargestellten recht typischen Fall des Züricher Pädiaters WISSLER¹, kann ich mich von den vorgebrachten Argumenten für die Schizophreniediagnose nicht überzeugen lassen. Ich kenne keinen Fall, in dem ich die Diagnose Schizophrenie für ausreichend begründet hielte. Man muß sich dabei über die Unsicherheiten im Klaren sein, die der Schizophreniediagnose in vielen Fällen anhaftet. Neben den klaren Fällen gibt es doch solche, die per exclusionem oder weil der Begriff der Schizophrenie besonders weit gefaßt wird oder aus beiden Gründen als solche Krankheiten diagnostiziert werden. Es handelt sich da eben oft um Menschen, die wegen ihrer Eigenwilligkeit, ihrer Widersetzlichkeit gegen Vernunftgründe, ihrer Neigung zu Eigenbrödeleien und zur Vereinsamung als Schizophrene angesehen werden. Bezeichnet man sie als schizoide Psychopathen, so kommt das schließlich auf das Gleiche hinaus, wenn man solche Psychopathien als Vorstufe oder als konstitutionelle Grundlage für echte schizophrene Psychosen ansieht. Man spricht allzu leicht schon in den Beschreibungen solcher Fälle von Negativismus, Manieriertheit, Grimassieren, von Spaltungserscheinungen und Autismus oder man bezeichnet allzu rasch einen Gedankengang als zerfahren, einen Affekt als läppisch, womit im Grunde die Diagnose schon gemacht ist. Wie weit manche Autoren in dieser Hinsicht gelegentlich gehen, mag folgendes Beispiel zeigen: Eine Kranke von

¹ WISSLER, H.: Die Pubertätsmagersucht. Wschr. f. Kinderhk. Bd. 85.

WISSLER merkt zwar, daß man den Abführmitteln konzentrierte Nahrung beigibt, hielt aber, wie er meint, „teils bewußt, teils halb bewußt, die Fiktion aufrecht“, es seien nur Abführmittel. Darin glaubt der Autor schon „eine gewisse Spaltungserscheinung“ sehen zu können.

Ich glaube, daß in solchen und ähnlichen Fällen große diagnostische Vorsicht und Zurückhaltung geboten ist, will man vermeiden, durch allzu rasche diagnostische Einordnung den Blick für Besonderheiten zu verlieren. Was gegen die Diagnose Schizophrenie spricht, ist neben dem gleichmäßigen Hervortreten des geschilderten Syndroms die gut erhaltene Ansprechbarkeit außerhalb der betroffenen Sphäre, die Aktivität, mit der unsere Kranken in den ihnen von der Krankheit belassenen Möglichkeiten und Bereichen ihre Beziehungen zur Umwelt aufrechterhalten. Die Kranken bleiben auch immer ansprechbar, in der Form liebenswürdig, wenn es sich nicht gerade darum handelt, ihre eigenwilligen Wünsche durchzusetzen, was dann auch einmal, wie bei der Kranken Ilse Le. in widerspenstiger und heftiger Weise geschehen kann.

Es sind ja wohl nur einzelne Fälle, die durch besondere Auffälligkeiten ihrer Symptomatologie daran denken lassen, es handle sich um eine Schizophrenie. So kann die unruhige Zerfahrenheit der Kranken Erika Se. oder das an hebephrene Flegeleien erinnernde Verhalten der Kranken Ilse Le. solche Erwägungen nahe legen, während man ja in den meisten anderen Fällen, wie z. B. Agnes Ka., Ingeborg Ba., Carla Bu. oder Dora Ge., gar nicht auf den Gedanken kommt, es könnte sich um etwas schizophrenes handeln. Und schließlich fällt doch bei allen diesen Erwägungen ins Gewicht, daß auch bei Fällen, die schwer sind und schon viele Jahre lang dauern, eine eigentlich typische schizophrene Symptomatologie nie zur Entwicklung gekommen ist. Es fehlen völlig wahnhaftes Persönlichkeitsumwandlungen oder wahnhaftes Umdeutungen der Umwelt, Beeinflussungserlebnisse, wahnhafter Gedanken- oder Gefühlsrapport mit anderen Menschen. In keinem Fall zeigte sich eine unverständbare Zerfahrenheit des Denkens. Die Umwelt ist um Vieles verarmt, innerhalb ihrer Welt, die aber nicht eine Wahnwelt ist, sondern eine verarmte, eingeengte Realität, zeigen die Kranken lebhaftes Aktivität und Affektivität. Es kommt zu Konflikten und Leiden. Solange ich von der typisch schizophrenen Entwicklung eines Falles nicht Gelegenheit hatte, mich zu überzeugen, möchte ich an der Auffassung festhalten, daß es sich in allen Fällen um etwas besonderes handelt.

Unter dem Gesichtspunkt der Differentialdiagnose möchte ich aber die Aufmerksamkeit noch auf eine andere Krankheit lenken, auf die chronische Zwangskrankheit. Den Ausdruck Zwangsneurose sollte man wegen der verwirrenden Vieldeutigkeit des Begriffs Neurose besser vermeiden, zumal es sich bei der sog. Zwangsneurose um eine nach

Symptomatologie und Verlauf klar umschriebene Krankheit handelt. Sie beginnt im allgemeinen in der Nachpubertätszeit, verläuft mit gelegentlichen phasenhaften Schwankungen im allgemeinen chronisch und führt zu einem mehr oder weniger ausgesprochenen Defekt insofern, als eine verschieden starke Beeinträchtigung der Erlebnis- und Leistungsfähigkeit durch die Zwänge zurückbleibt. Im allgemeinen sind die psychopathologischen Inhalte von denen der Pubertätsmagersucht so verschieden, daß zu differentialdiagnostischen Erwägungen in dieser Richtung kein Grund besteht. Der eine Fall eines jungen Mannes, bei dem eine Magersucht diagnostiziert wurde, bei dem eine genaue Exploration aber ergab, daß es sich um eine sog. Zwangsneurose handelte, könnte unter diesem Gesichtspunkt vielleicht interessant sein. Die Erwähnung der Zwangskrankheit in diesem Zusammenhang scheint aber berechtigt im Hinblick auf die formalen Ähnlichkeiten der Entwicklung, des Verlaufs und des Ausgangs der Krankheit, der Umschriebenheit des Syndroms und dessen Beziehung zu manisch-depressiven Krankheiten. Das Zwangssyndrom kann ja gelegentlich der wesentliche Bestandteil des Zustandsbildes einer endogenen Depression sein. Das Vorkommen von Zwangsmechanismen bei der Kranken Erika Se. verdient in diesem Zusammenhang Erwähnung.

Diese differentialdiagnostischen Erwägungen zeigen wohl verwandtschaftliche Beziehungen und Ähnlichkeiten mit anderen psychiatrischen Krankheiten, lassen aber keinen Zweifel daran aufkommen, daß es sich bei der Pubertätsmagersucht um eine selbständige Krankheitsform handelt.

Versuch einer Interpretation.

Mit der Interpretation eines Zustandsbildes versucht man die Frage zu beantworten, welche Veränderung das menschliche Wesen im Falle einer bestimmten Erkrankung erleidet. Ein solcher Versuch hat zweierlei Bedeutung: Erstens die einer Differenzierung und Gliederung der Symptome. Es soll nicht nur eine einfache Zusammenstellung solcher Symptome gegeben werden mit dem Ziel, eine Diagnose zu machen, sondern unser differenzierendes Bemühen geht auch darauf aus zu sagen, aus welcher zentralen Veränderung des Wesens alle diese krankhaften Erlebnis- und Verhaltensweisen hervorgehen. Das Bestreben, „primäre Symptome“ zu finden, aus denen sekundäre abzuleiten sind, geht in solcher Richtung und hat über das rein psychologische Interesse hinaus einen praktischen Wert offensichtlich für die medizinische Forschung, weil es für diese natürlich von Bedeutung ist, zu erfahren, welche Veränderung, welche Unausgeglichenheit, welcher Defekt mit dem gesuchten oder bekannten organischen Prozeß bestimmter Lokalisation und Art in Beziehung gebracht werden soll. Allerdings wird man

nicht jede Zurückführung eines sekundären Symptoms auf ein primäres schon als gelungene Interpretation eines Zustandsbildes ansprechen. Erst wenn unsere psychologischen Bemühungen dahin gelangen, gewissermaßen das primärste Symptom zu sehen und begrifflich zu erfassen, also das zentrale, eigentliche Wesen der Störung, können wir von einer Interpretation des Zustandsbildes sprechen. Eine solche Erfassung des psychologischen Grundes einer Störung, ihre Interpretation hat aber noch eine andere Bedeutung, insofern als sie gleichzeitig einen Beitrag zur Lehre vom menschlichen Wesen überhaupt zu liefern vermag. Es ist über das speziell medizinisch-ärztliche Interesse hinaus für eine allgemein anthropologische Forschung wichtig, zu erfahren, welcher krankhaften Modifikationen das menschliche Wesen fähig ist, weil aus der Art der Modifikationen Einsichten in das Wesen selbst sich ergeben können. Das Verwundern und Fragen, das in der Begegnung mit psychisch Kranken einsetzt, kommt nicht zur Ruhe, wenn es gelingt, die medizinische Ursache der Krankheit zu erkennen. Der psychisch Kranke bleibt auch nach einer solchen ätiologischen Klärung als besondere und eigentümliche Erscheinungsart menschlichen Wesens Problem. Wir fragen hier nicht mehr nach der Ursache der Veränderung, der Erkrankung, sondern nach dem Wesen der Veränderung und somit auch nach dem Wesen, das einer solchen Veränderung fähig ist. Es handelt sich also hier um Ansätze zu einer psychiatrischen Anthropologie, d. h. um einen Beitrag der Psychiatrie zu einer allgemeinen Anthropologie.

Es liegen im psychiatrischen Bereich Interpretationen vor, z. B. der depressiven Verstimmungen, der Zwangskrankheiten, der Ideenfucht und der Schizophrenien (ERWIN STRAUS, E. v. GEBSATTEL, L. BINSWANGER). Eine Interpretation der Magersucht versucht LEIBBRAND¹. Er sagt, es handle sich bei diesen Kranken um eine zentrale Angst vor dem Erwachsenwerden. Durch das Hungern versuchten sie einen Stillstand zu erzeugen, sie versuchten sozusagen an einem körperlichen Zipfel die Zeit im Werden festzuhalten und in ein vermeintliches Kindheitsverweilen zu entfliehen. Hier ist wohl etwas Richtiges gesehen. Infantile Züge sind im Syndrom erkennbar und manchen Autoren aufgefallen. Die Störung des normalen Heranwachsens mit seiner notwendigen Umbildung der Beziehungen zwischen Eltern und Kindern ist bei den Kranken deutlich. Es scheint mir aber nicht, daß LEIBBRAND das Spezifische der Veränderung der Magersüchtigen gesehen und mit seiner Interpretation erfaßt hat. Seine Deutung scheint mir zu allgemein. Es gibt mancherlei Arten, wie das Erwachsenwerden gestört sein kann und dann Züge auffallen, die als infantil bezeichnet werden können. Bekanntlich hat KRAEPELIN die Mehrzahl der psycho-

¹ LEIBBRAND: Der göttliche Stab des Äskulap S. 901. Otto Möller 1939.

pathischen Wesensanomalien als Ausbleiben einer angemessenen Reifung gedeutet. Will man aber das Eigenartige einer Störung mit dem Versuch einer Interpretation treffen, so muß man von denjenigen Wesenszügen, von den Symptomen ausgehen, die als eigenartigste das Zustandsbild charakterisieren. Damit ist übrigens nicht gesagt, daß diese Symptome bei allen gleichartigen Krankheitsfällen auch vorhanden sein müssen. Der paralytische Größenwahn z. B. ist sicher einer Interpretation zugänglich, die bedeutsam ist für das Wesen der Krankheit. Nicht jede Paralyse braucht deshalb mit einem Größenwahn einherzugehen. Die Interpretation bezieht sich zunächst nur auf das jeweilige Zustandsbild.

Als dieses gewissermaßen spezifische Symptom, als dieser eigenartige Wesenszug, der das Zustandsbild der Magersucht charakterisiert, fällt die Veränderung auf, die sich in der Sphäre der Essensgewohnheiten bei diesen Kranken vollzieht. Der Begriff der Sphäre wird hier mit Absicht gebraucht, um zu sagen, daß es sich hier nicht um ein scharf abgegrenztes Gebiet handelt, sondern um eine Sphäre, die mit verschiedenen angrenzenden Sphären sich überschneidet. In der Sphäre der Essensgewohnheiten wirkt sich die Störung aus, hier ist die normale Ordnung in mannigfacher Weise gestört. Wir kennen das Schwinden des mit den Mahlzeiten korrespondierenden Appetitrythmus und die anormal rasche Sättigung. Wir kennen die Störung des Appetits, seine Abnahme, seine Einengung auf wenige Speisen, das zeitweilige Fehlen jeglichen Appetits und Hungergefühls, daneben aber zu anderen Zeiten gieriges Verlangen nach Essen, die Maßlosigkeit, mit der die Kranken diesem Verlangen nachgeben. Wir kennen aber auch die Eigenwilligkeit und Rücksichtslosigkeit, die ungesellige Art, mit der die Kranken ihre neuen Wünsche in dieser Sphäre durchsetzen. Sie schenken ihr Essen heimlich weg. Sie essen gar nicht oder nur pro forma kleinste Mengen bei Tisch mit den anderen, sie brechen das hier Gegessene sogar wieder aus. Dafür essen sie heimlich in der Speisekammer, auf ihrem Zimmer, auf der Straße umhergehend. Sie nehmen auch heimlich anderen das Essen weg. Nahrungsmitteldiebstähle sind bei 3 unserer 6 Kranken verzeichnet. In allen diesen Zügen zeigt sich eine Veränderung der Beziehung zum Essen, aber gleichzeitig in der Abgeschiedenheit und Heimlichkeit ihres Treibens eine mindestens ebenso auffällige Störung der Beziehungen zu den anderen Menschen.

Die Frage, die wir uns vorlegen wollen, heißt eigentlich genau formuliert, ob die Störung des Appetits, des Hungergefühls und die eigenwillige Vereinsamung der Kranken, diese beiden das Verhalten der Magersüchtigen so auffällig bestimmenden Symptome, zufällig zusammen auftreten, oder ob wir hier einen Wesenszusammenhang sehen müssen. Hat Appetit seinem Wesen nach etwas mit Geselligkeit zu

tun? Zur Beantwortung dieser Frage müssen wir allgemeinere Überlegungen über die Beziehung des Menschen zu seiner Nahrung einschalten:

Die primitivste Beziehung des Menschen zum Essen ist der Hunger. Hunger ist etwas anderes als Appetit. Hunger, wirklicher Hunger, ist eine Not. Der hungernde Mensch gerät in Gefahr, er verliert an Freiheit. Wir können *verhungern*, d. h. einer Form der Vernichtung anheimfallen. Dem Hunger als Triebziel zugeordnet ist nicht die Mannigfaltigkeit der Speisen, sondern „etwas zu essen“, etwas um den Hunger zu stillen, um sich vor dem Verhungern zu retten, zu bewahren. Der Hungernde ist in Dankbarkeit zugetan jedem, der ihm „etwas zu essen“ gibt, gleichgültig, wer es sei, oder er gerät in Erbitterung gegen den, der ihm „nichts zu essen“ geben *will* oder — was häufiger ist, an seine Not nicht denkt. Zum Hungernden gehört als Ausdruck die bittende Gebärde, der flehende Blick, aber auch der Notschrei, der von Hilfsbereiten gehört wird oder der Revolte vorausgeht. Hunger, der nicht gestillt wird, bringt Haß, Diebstahl und Gewalttat mit sich. In der Bedrohung des anderen bezeugt sich nur die Herkunft der Tat aus eigener Lebensgefahr. In der Hungersnot kann der Mensch allein stehen. Es gibt aber auch eine Gemeinschaft der Hungernden, wie es in jeder Not Notgemeinschaften gibt. Das Besondere solcher Notgemeinschaften ist es, daß jeder, auch der Zufällige, der die Not und Gefahr mit uns teilt, uns rasch nahe verbunden wird. Freundschaft ist eine solche Verbundenheit nicht, sie kann höchstens einmal daraus entstehen. Freundschaft ist Verbundenheit zwischen bestimmten Individualitäten, gerade nicht mit jedem Zufälligen. Der Freund ist nicht „vertauschbar“, sondern als Individualität in Freiheit gewählt. In der Notgemeinschaft ist uns aber jeder verbunden, der mit uns in der gleichen Not schwebt. Es kommt nicht darauf an, *wer* er ist, sondern nur darauf, daß er ein Wesen ist, das an unserer Not teil hat. In diesem Sinne ist er als Individualität vertauschbar.

Ganz etwas anderes als der Hunger ist der Appetit. Zwar zielt auch Appetit auf Essen. Darin liegt seine Beziehung zum Hunger, aber er ist keine Not, sondern ein Zeichen der Gesundheit und des Wohlergehens. Er wird angeregt und gepflegt. Er ist nicht gerichtet auf „irgendetwas zu essen“, sondern auf die ganze Mannigfaltigkeit der Küche und der darin geübten Künste. Man hat einen quälenden, furchtbaren Hunger, aber einen wundervollen, prächtigen Appetit. Es wird nicht „etwas zu essen“ gefordert je nach der Intensität des Gefühls mit Heftigkeit bis zur Gewalt, sondern sorgsam werden die Tiere und Früchte gehogt, gepflegt und mit den Menschen, die dieser Pflege dienen, verbindet uns gemeinsames Verständnis für die Mannigfaltigkeit der Qualitäten. Der Hunger führt zu Notgemeinschaften

beliebiger Menschen, führt die revoltierende Masse zusammen oder vereinsamt den Menschen in seinem Verlangen, drängt ihn zu Diebstahl und Gewalt. Der Appetit führt die Familie zusammen oder die Freunde oder die, denen wir Freundschaft bezeugen oder anbieten wollen. Die Einladung zu unserem Tisch ist der erste Schritt auf dem Wege zur Freundschaft. Im gemeinsamen Tischgebet danken wir für das tägliche Brot, das den Hunger nicht an die Schwelle kommen läßt, das Tischgespräch, in dem die Pflege des persönlichen Konnexes das Wesentliche ist, das Thema beliebig und wechselnd sein kann, charakterisiert diese Sphäre, die Tischrede feiert den besonderen Anlaß: die Hochzeit, den Geburtstag. Der gute Tropfen, der dazu gehört, belebt die behagliche oder freudige Stimmung der Lebensfülle, die der tragende Grund der gemeinsamen Mahlzeit ist. Auch der gute Tropfen unterscheidet sich in der Mannigfaltigkeit seiner Qualitäten, „Jahrgänge“ und „Lagen“ vom Ziel des wirklich durstenden Menschen, der wie der Hungernde „etwas zu essen“ lediglich „etwas zu trinken“ verlangt.

Hunger ist eine Gefahr, eine Not. Eine Grenze unserer biologischen Existenzmöglichkeit wird in ihm fühlbar. Der Hungernde lebt unter dem Zwang des triebhaften Verlangens. Er ist in eine Enge getrieben, aus der er sich notfalls mit Gewalt zu befreien sucht. Appetit aber gehört zu den Freuden, die aus der Fülle und aus dem Reichtum des gesunden Lebens quillen. Hier ist nicht Not, Notwendigkeit und Zwang, sondern Freiheit und Lebensfülle. Es bestehen in anderen Sphären ähnliche Unterschiede, z. B. zwischen Sexualität und Erotik. Der Sexualtrieb kann in Not und zu Verbrechen führen, das Triebziel ist irgendein Wesen zu seiner Befriedigung. Erotik aber richtet sich auf die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen des Weiblichen in der Welt, das Ziel ist die unvertauschbare Geliebte. Auf diese Dinge kann hier nur hingewiesen werden.

In der Gegenüberstellung von Hunger und Appetit, die einer oberflächlichen Betrachtung vielleicht zunächst nur als Verschiedenheiten der Intensität erscheinen können, zeigt sich besonders deutlich die Verschiedenheit der beiden Gefühle und die ihnen jeweils zugeordnete soziologische Struktur. Sie sind so verschieden, wie Not und Lebensfülle eben verschieden sind. Verfolgte man diese Gedanken weiter, so würde sich zeigen, daß Hunger allgemein als Gefahr nicht nur den Hungertod einzelner oder vieler mit sich bringt. Wenn der Hunger um sich greift, wenn Hunger als Gefahr über dem Leben der Menschen schwebt, ändert sich auch das Bild der Welt dieser Menschen und ihre Beziehung untereinander. Das Bild der Welt wird entdifferenziert. An die Stelle der Freude am mannigfaltigen Reichtum der Welt und seiner Pflege tritt ein für diese Werte der Welt blindes Verlangen nach Rettung, nach irgendeinem Bissen, einem Schluck. Der Mitmensch ist

mit seltenen Ausnahmen nicht der mögliche Freund, der einlädt und teilt, sondern zumeist einer, der wegnimmt, droht zuvorzukommen oder vorenthält. Es kommt zu einer bedenklichen und nicht ungefährlichen Entdifferenzierung des Lebens aus Freiheit und Mannigfaltigkeit zu Not und zerstörender Vereinfachung.

Das Entscheidende für unsere Fragestellung aber ist. Appetit hat sehr wohl etwas mit Geselligkeit zu tun, und zwar mit der Geselligkeit unter vertrauten Menschen, die es gut miteinander meinen, Freude daran haben, ihr Wohlbefinden zu pflegen und zusammen zu plaudern. Die gemeinsame Mahlzeit ist der Ort, wo solche Geselligkeit natürlich gepflegt wird unter Verwandten und Freunden. Körperliches Behagen und gemütliche Verbundenheit schließen sich zu einer Einheit. Gewiß gibt es auch in dieser Hinsicht Verschiedenheiten. Der eine liebt viele Gäste, der andere wenige. Die freundschaftliche Geselligkeit eines Menschen zeigt sich in seiner Bereitschaft, Gäste zu haben oder bei anderen Gast zu sein. Freigebigkeit, Sparsamkeit und Geiz, die Sphäre des Geldes überhaupt, ist hier mit von Bedeutung. Es gibt auch hier eine maßvolle Mitte, die eingehalten werden muß. Es gibt ein Zuviel und ein Zuwenig. Ist das Genießen der mannigfaltigen Speisen, das gesellige Zusammensein und Plaudern nicht nur eine Sphäre unter anderen mit ihrer angemessenen Bedeutung, die sich z. B. von der des Berufs mit seiner ganz anderen Geselligkeitsstruktur und seinen zweckgerichteten, themagebundenen Gesprächen abhebt, so droht die Gefahr des süchtigen Versinkens, der Sucht. Dies ist beim Trinker deutlicher, weil dort die Folgen auffälliger und zerstörender sind. Ebenso gibt es aber ein Zuwenig. Es gibt Menschen, denen die Mahlzeit im Familien- oder Freundeskreis wenig oder kaum etwas bedeutet. Das sind oft Menschen, die im Beruf aufgehen, die der Beruf auch noch während des Essens nicht losläßt. Damit ist aber nicht etwa gesagt, daß im Beruf von solchen Menschen besonders Gutes geleistet werden müsse. Sicher aber sind dies meistens ungemütliche Menschen.

Jedenfalls können wir die oben gestellte Frage nach dem Zusammenhang zwischen Appetit und Geselligkeit nach den angestellten Überlegungen bejahen. Wir verstehen, daß schwere Veränderungen in der Sphäre des Appetits zu einer tiefgreifenden Störung zwischenmenschlicher Beziehungen führen können. Dabei handelt es sich nicht um zufälliges Nebeneinandervorkommen von Symptomen, sondern um einen Wesenszusammenhang. Vereinsamung und Appetitstörung sind eigentlich ein einziges Symptom, so wie die Freude an der Mannigfaltigkeit der Speisen und an der Pflege geselliger Freundschaft eine einzige Sphäre bilden. Die Gemeinsamkeit unserer Eßsitten hat darin ihren Grund.

Wie wirkt sich nun die Störung der Magersüchtigen in der geschilderten Sphäre aus? Daß sie gerade diese Sphäre betrifft, unterliegt

keinem Zweifel, wenn man das Syndrom, das die verschiedenen Fälle gemeinsam kennzeichnet, vor Augen hat. Ein Bedürfnis nach Essen scheint zu bestehen. Auch wenn die Kranken häufig davon sprechen, daß sie kein Hungergefühl mehr kennen; es wird doch immer wieder berichtet, daß sie gelegentlich, wenn auch heimlich, große Mengen vertilgen. Immerhin ist die Störung offensichtlich sehr tiefgreifend; es kommen Todesfälle durch Verhungern vor. Der eigentliche Appetit, die Lust und Freude am Essen erfährt eine schwere Veränderung. Gewöhnlich engt sich diese Lust auf ein paar wenige Dinge ein, häufig auf Süßigkeiten. Fette Sachen werden dagegen meist abgelehnt, an allen anderen verliert sich die Freude. Damit verliert die Mannigfaltigkeit der Speisen auch die gedeckte Tafel und was der Reihe nach darauf aufgetragen wird, ihren Sinn. Das Nahrungsbedürfnis wird heimlich und rücksichtslos befriedigt, es kommt zu Diebstählen. Es zeigen sich gleichsam Motive aus der Sphäre des Hungers. Die gemeinsame Mahlzeit wird gemieden. Die Kranken verlieren den Sinn dafür. Sie genießen nicht in Gemütlichkeit und Behagen. „Meine Güte, meine Güte, nun ist wieder so viel Zeit weg“, denkt bezeichnenderweise unsere Kranke Erika Se., wenn sie bei Tisch sitzt. Die wohlgemeinte Frage, wie es schmeckt, oder das gute Zureden erfahren ebenso mißmutige Ablehnung, wie jede Bemerkung über gesundes Aussehen zu unwilligen, ablehnenden Reaktionen führt. Dieses Meiden der gemeinsamen Mahlzeit ist ein Symptom, das für die Pubertätsmagersucht besonders charakteristisch ist. Es drückt sich darin eben nicht nur die veränderte Einstellung zu den Speisen, sondern in gleicher Weise das andere psychische Kardinalsymptom, die Störung des zwischenmenschlichen Rapports der Pubertätsmagersucht, die Vereinsamung, aus. Es ist eine spezifische Vereinsamung, die die gemeinsame Tafel meiden läßt. Nach den vorhergehenden Überlegungen über den Sinn unserer Essensgewohnheiten und über die Wesensverwandtschaft des Appetits mit der ihm zugeordneten Geselligkeit wundern wir uns nicht, daß diese Kranken keine Freundschaften schließen und pflegen, daß der familiäre Rapport leidet und destruiert wird. Das Gefühl für die familiäre Gemeinschaft scheint zu leiden, es kommt zu Rücksichtslosigkeiten, zu Diebstählen, zu unbeeinflussbarer Eigenwilligkeit, Heimlichkeit. Eine scheinbare Gemeinschaft wird durch Nachgeben der anderen — gewöhnlich der mit Recht ratlosen Eltern — aufrechterhalten.

Am besten gewahrt sind die zwischenmenschlichen Beziehungen auf beruflichem Gebiet, wo zuweilen Zufriedenstellendes geleistet, ja Eifer gezeigt wird. Im beruflichen Milieu fallen die Kranken, wenn ihr Zustand ihnen eine regelmäßige Tätigkeit erlaubt (Ingeborg Ba., Anita Ge., Carla Bu., Agnes Ka.), nicht auf. Der spezifisch berufliche Rapport mit

anderen Menschen ist ihnen möglich, wenn schon sich die Vereinigung auch in dieser Sphäre ungünstig bemerkbar zu machen scheint. Ein gewisses Maß von freundschaftlicher Verbundenheit hat offenbar normalerweise auch hier mitzuwirken. Auch der erotische Rapport dieser Mädchen leidet. Wir hören zwar von Liebesbeziehungen und sexuellen Begegnungen, aber zumeist von unglücklichen Erlebnissen mit älteren Männern. Es fehlen aber ganz die aus einer dem Alter entsprechenden Geselligkeit hervorgehenden natürlichen Verliebtheiten und Verlobungen. Es handelt sich hier um Überschneidungen der gestörten Sphäre mit anderen. Auch die Eitelkeit, die gewiß bei jungen Mädchen etwas Natürliches ist, und die Vorliebe für die zeitgemäße schlanke Linie haben bei den Pubertätsmagersüchtigen eine besondere Note des Eigenwilligen, Übertriebenen, oft Verschrobene. Charakteristischerweise sind sie auffallend lange und oft vor dem Spiegel, aber wenig in Gesellschaft.

Im wesentlichen sehen wir also im Erleben der Magersüchtigen die Sphäre der freundschaftlichen Geselligkeit, Gemütlichkeit und Behaglichkeit, die in den gemeinsamen Mahlzeiten sich normalerweise verwirklicht, an Bedeutung vermindert. Ihr Leben ist gleichsam um diese Sphäre verarmt. Sicher könnte ein solcher Interpretationsversuch weitergeführt und vertieft werden. Es soll hier genügen, die Erlebnissphäre umschrieben zu haben, um die das Leben unserer Kranken verarmt. Man wird sich eine solche Verarmung so zu denken haben, daß Dinge und Vorgänge in der Welt, an denen wir uns bisher gefreut haben, die uns etwas bedeutet, die uns angesprochen haben, die für uns einen Teil unserer Welt ausgemacht haben, mit denen wir in spezifischen Gefühlen verbunden waren, ins Indifferente, Nichtssagende, Gleichgültige versinken. Es schwindet hier eine im allgemeinen jedem Menschen eigene Neigung, wie wenn aus einem musikalischen Menschen ein anderer würde, dem Musik gar nichts mehr sagt. In der Ausgestaltung der Symptomatologie spielt es sicher eine Rolle, daß es sich nicht um einen Defekt von Geburt an handelt, sondern um einen Einbruch, um eine krankhafte Veränderung, die den jungen Menschen befällt. Die Kranken selbst müssen sich mit dem veränderten Wesen zurechtfinden, Ausgleichs suchen. Der Versuch, diese Kranken aber gegen ihre neue, verarmte Gefühlswelt zu alten Gewohnheiten zwingen zu wollen, ist erfolglos und führt zu stärkeren Zusammenstößen, wie der Versuch, unmusikalischen Kindern Musikunterricht zu erteilen, schon weil die Kranken selbst, wie die Eltern, die neue Situation zunächst wenigstens nicht richtig begreifen können.

Die Erfüllung einer gelungenen Interpretation wäre der wohlgeungene sprachliche Ausdruck für die in der Interpretation sichtbar gemachte menschliche Wesensart. Unsere psychiatrischen Krankheits-

bezeichnungen sind von einer solchen Erfüllung zumeist weit entfernt. Beim Begriff der Magersucht sollte man, glaube ich, auch unter diesem Gesichtspunkt bleiben. Es ist vielleicht kein Zufall und steht in sinngemäßigem Zusammenhang mit unserem Thema, daß das Wort „mager“ uns mehr bedeutet als nur etwas Körperliches. Daß sie mager sind, kann auch im übertragenen Sinn auf diese Kranken angewandt werden, lieben sie doch selbst die Magerkeit nicht im Hinblick auf die gesundheitlichen Vorteile oder ihre Leistungsfähigkeit, sondern gewissermaßen selbst schon im übertragenen Sinn als Ausdruck ihres Wesens, als bestimmte Physiognomie. „Lieber schlank und krank als dick und gesund“. „Ich liebe nicht das gesunde Wohlbefinden“ sagt die Kranke Ingeborg Ba., die schon als Kind im Bade wütend auf ihren Leib einschlug. Wenn sie sich dick fühlt, hat sie „Lust, sich zu zerfleischen“. Das schlanke Aussehen ist hier Ausdruck eines Wesens, das der gesunden Fülle des Lebens abhold ist. Ja diese jungen Kranken sind „mager“ in ihrem Wesen, „trocken“ und „dürri“. Sie sind nicht ohne Leidenschaften, aber es ist ein schmaler Weg, der noch von ihnen zu den Menschen führt. Sie werden mit uns nicht warm und wir nicht mit ihnen, sie sind ohne die verbindende jugendliche Fröhlichkeit und Aufgeschlossenheit. Sie unterscheiden sich deutlich von ihren frohen, geselligen, gesund erblühenden Altersgenossinnen, die in die ganze reiche Fülle des Lebens hineinwachsen.

Art des Prozesses, Ätiologie und Therapie.

Daß es sich bei der Pubertätsmagersucht im wesentlichen um etwas Endogen-Innersekretorisches handelt, ist nach dem ganzen Krankheitsbild nicht zu bezweifeln, und zwar sprechen die internistischen Befunde dafür, daß es sich um eine Unterfunktion handelt. Der psychische Befund, den wir als eine Verarmung, das Schwinden einer Erlebnissphäre gekennzeichnet haben, entspricht dem.

Wer mit endogenen Psychosen viel in Berührung kommt, erkennt bei der Pubertätsmagersucht leicht, daß es sich hier wie dort in vieler Beziehung formal um die gleichen Verhältnisse handelt. Die ohne ersichtlichen Grund hier zumeist allmählich einsetzende Wesensveränderung, die Herausbildung des typischen Syndroms mit seinen Variationen, die phasenhaften Schwankungen des Befindens und Verhaltens, die vorübergehenden Besserungen im Zusammenhang mit irgendwelchen therapeutischen Bemühungen oder spontan, das allmähliche Besserwerden das Zurückbleiben einer Wesensveränderung oder die jahrelange Fortdauer eines schweren Krankheitszustandes trotz allen therapeutischen Bemühungen ist für den psychiatrisch Erfahrenen ein vertrautes Feld. Es geht hier nicht anders zu als bei den manisch-depressiven Psychosen, den Schizophrenien und den Zwangskrankheiten.

Auch von internistischer Seite wird im allgemeinen an der Tatsache, daß hier eine innersekretorische Störung vorliegt, nicht gezweifelt. Die Pubertätsmagersucht wird z. B. von MARX¹ als die gutartige Form der hypophysären Kachexie (Morbus SIMMONDS) beschrieben. An der entscheidenden Bedeutung, die die Hypophyse für die beiden Formen der Krankheit hat, wird nicht gezweifelt. Für die bösartige zum Tode führende Form liegen zahlreiche Obduktionsbefunde vor, die eine Zerstörung des Hypophysenvorderlappens durch Tumoren oder Gefäßprozesse ergeben. Ein entsprechend sicherer Befund für die Pubertätsmagersucht fehlt bisher, obwohl einige Fälle ad exitum gekommen sind und obduziert werden konnten. Es ist deshalb für die Frage der Lokalisation des Prozesses wichtig, daß MARX feststellt, daß eine „sichere Differentialdiagnose zwischen SIMMONDScher Kachexie und Pubertätsmagersucht auf Grund der Befunde auch bei subtilster Stoffwechseldiagnose nicht möglich ist.“

Diese Übereinstimmung der internistischen Befunde hat eine besondere Bedeutung, weil im klinisch-psychiatrischen Bild zwischen den beiden Formen der Magersucht ein großer Unterschied besteht. Auf diesen Unterschied hat auch MARX schon hingewiesen: Bei den bösartigen Fällen, es handelt sich dabei durchweg um erwachsene Frauen, fehlen ganz die bei den Pubertätsmagersüchtigen so auffälligen psychischen Symptome. Diese Verschiedenheit im klinischen Bild könnte auf eine Verschiedenheit des krankhaften Prozesses, z. B. seine andere Lokalisation, zu beziehen sein. Es ist klar, daß an der Klärung dieser Frage die psychiatrische Klinik ein besonderes Interesse hat: Läßt sich die Annahme einer Hypophysenstörung halten, dann haben wir in dieser Krankheit eine seltene Möglichkeit der Zuordnung eines bestimmten, differenzierten, psychopathologischen Syndroms zu einer bestimmt lokalisierbaren Störung.

Hierzu ist aus der psychiatrischen Erfahrung folgendes zu sagen: Es ist nichts Ungewöhnliches, daß derselbe Krankheitsprozeß in verschiedenen Lebensaltern zu einer der Art und dem Grade nach verschiedenen psychischen Symptomatologie führt. Besonders lehrreich sind in dieser Hinsicht die Erfahrungen mit der Encephalitis lethargica. Hier haben wir gesehen, daß neben den körperlichen Störungen die infantile Form das Bild einer einfachen schweren Verblödung zeigen kann, die juvenile Form eigentümliche, schwere Charakterveränderungen, anfallsartige dranghafte Zustände, während die Erwachsenen im allgemeinen von psychischen Störungen frei bleiben. Es wäre denkbar, daß es auch bei den beiden Magersuchtsformen darauf ankommt, ob sich die Krankheit in einem jugendlichen oder erwachsenen Gehirn entwickelt.

¹ MARX: Innere Sekretion. Im Handbuch der inneren Sekretion, Bd. 6, Teil 1. Berlin: Springer 1941.

Aber wenn auch weitere Erfahrungen nicht bestätigen sollten, daß es erlaubt ist, die Befunde an der Hypophyse bei echten SIMMOND-Fällen auf Grund der identischen Stoffwechselbefunde auf die Pubertätsmagersucht einfach zu übertragen in dem Sinne, daß man eine organisch-funktionelle Störung im Hypophysenvorderlappen annimmt, so ist doch wohl an der ganz engen Verwandtschaft der beiden Prozesse auch in lokalisatorischer Hinsicht kein Zweifel erlaubt. Bei der engen funktionellen und morphologischen Beziehung der Hypophyse zum Zwischenhirn wird man eine Störung in diesem Bereich für möglich halten müssen. Es war ja gerade das Verhalten des Körpergewichts im Zusammenhang mit den korrespondierenden Schwankungen des psychischen Zustandes, das REICHARDT¹ schon 1911 veranlaßte, von vegetativen Zentralapparaten und psychischen Zentralfunktionen zu sprechen, die er in die Hirnbasis in die Gegend um den 3. und 4. Ventrikel verlegte. Inzwischen sind unsere Erfahrungen bereichert worden. In zahlreichen klinischen und experimentellen Arbeiten ist die große Bedeutung des Hirnstammes für elementare Funktionen, deren Maß, ihre Steigerung oder Herabsetzung erwiesen worden: Veränderungen der allgemeinen Aktivität, des Hungers, des Durstes, sexueller Regungen, der Affektivität, Störungen der Regulation von Schlaf und Wachen sind in Beziehung zu den hypothalamischen Regionen gebracht worden. BONHOEFFER² hat in einer kritischen Studie im Jahre 1941 über die Wandlungen in der Auffassung von anatomischen Grundlagen der Psychosen das Ergebnis dieser Erfahrungen kritisch zusammengefaßt. Den Fortschritt sieht er weniger in einer möglichen Fundierung der pathologischen Anatomie der einzelnen Psychosen, diese seien wahrscheinlich nach wie vor zusammen mit der Hirnrindenhistopathologie noch zu schaffen, als darin, daß gewisse anatomische Unterlagen für die elementaren Funktionen der Aktivität, Affektivität, des Schlaf- und Wachbewußtseins und dessen Modalitäten gewonnen wurden. Im Anschluß an diese Gedanken scheint der enge und wesentliche Zusammenhang der zwischen Appetitstörung und psychopathologischem Syndrom vorzuliegen scheint bemerkenswert und das relativ gleichförmige der Zustandsbilder. Vielleicht liegen für die Magersucht die Verhältnisse in lokalisatorischer Hinsicht doch einfacher als für die endogenen Psychosen. Die verschiedenen Formen des triebhaften Verlangens nach Nahrung (also auch den Appetit) dürfen wir ja auch zu den elementaren Funktionen rechnen, deren Maß, Steigerung oder Herabsetzung von den vegetativen Zentralapparaten im Hypothalamus abhängt.

Auf Grund der dargelegten Interpretation des Zustandsbildes der Pubertätsmagersucht wird man sich vorstellen dürfen, daß eine Herabsetzung oder ein Schwinden der dem Appetit zu Grunde liegenden

¹ REICHARDT: Ftschr. Neur. 16, H. 2/5 (1944). — ² BONHOEFFER: Nervenärztliche Erfahrungen und Eindrücke. Berlin: Springer 1941.

körperlichen Regungen zu einer schweren Störung der Gesamtpersönlichkeit (zu einer Beeinträchtigung des Trieb-Ich und Gemeinschafts-Ich im Sinne von KLEIST) führt, wobei dann je nach Art der Gesamtpersönlichkeit und des jeweiligen Milieus die verschiedenen Variationen des Krankheitsbildes entstehen.

Engste Beziehungen zu unserem Thema scheinen auch neueste Versuche aus dem Züricher Physiologischen Institut zu haben. W. R. HESS¹ gelang es durch Reizung eines umschriebenen hypothalamischen Areals bei Katzen den Freßtrieb zu aktivieren. Die Tiere verschlingen während der Reizung gierig alles Freßbare in ihrer Umgebung. In derselben Versuchsreihe konnte von unmittelbar benachbarter Hirnstelle ein Verhalten ausgelöst werden, das als affektive Abwehr gekennzeichnet wird. Man wird hier an die futterneidische Abwehr der Tiere erinnert, gewissermaßen die soziologische Komponente der Freßgier. Solche Versuchsergebnisse sind doch, bei aller gebotenen Zurückhaltung in der Übertragung tierexperimenteller Erfahrungen auf den Menschen, sehr eindringliche Hinweise auf die Bedeutung der gereizten Hirnstellen für die zur Nahrungsaufnahme führenden Regungen und die damit verbundene affektive Einstellung zur Umgebung.

Es scheint aber im Hinblick auf die zahlreichen Funktionen, die dem Hirnstamm zugeschrieben werden müssen, auch beachtenswert, wie umschrieben das Syndrom der Pubertätsmagersucht ist. Schon Stimmungsschwankungen fehlen bei manchen Fällen völlig. Eine gewisse unruhige Betriebsamkeit ist bei manchen Kranken zu beobachten. Aber der Schlaf ist im allgemeinen nicht merklich gestört und auch für eine Veränderung der sexuellen Triebhaftigkeit, für die nach den Befunden von SPATZ das Tuber cinereum von wesentlicher Bedeutung zu sein scheint, geben unsere Fälle keine deutlichen Anhaltspunkte. Amnestische Symptome fehlen völlig, was im Hinblick auf die GAMPERschen Beobachtungen über die Bedeutung der Corpora mamillaria für das amnestische Syndrom zu erwähnen ist. Der Krankheitsvorgang ist eben offenbar regelmäßig auf ganz bestimmte umschriebene funktionstragende Elemente begrenzt. Man wird an das Befallensein eines Funktionssystems denken und in diesem Sinne von einer Systemerkrankung sprechen dürfen. Anhaltspunkte für eine Beteiligung anderer Hirnpartien, vor allem des Großhirnmantels fehlen. Das Ergebnis der encephalographischen Untersuchung im Falle Se. hatte jedenfalls im klinischen Bild keine Entsprechung. Ob es sich bei den encephalographischen Befund noch um eine Variation des normalen Ventrikelbildes gehandelt hat oder vielleicht um die Folge einer frühkindlichen Affektion, die mit dem der Pubertätsmagersucht zugrunde liegenden Prozeß gar nichts zu tun hat, ist nicht zu entscheiden. Die Vorgeschichte enthält keine Hinweise für eine solche Krankheit.

¹ HESS, W. R., W. BRÜGGER u. V. BUCHER: Mschr. Psychiatr. 111 (1945/46).

In Betracht ziehen muß man natürlich immerhin, daß der der Pubertätsmagersucht zugrunde liegende Prozeß auch einmal zu einer Ernährungsstörung des Gehirns und somit zu einer sekundären Atrophie führen könnte. Daß sich erhebliche Atrophien gelegentlich ohne merkliche psychische Veränderungen entwickeln können, ist ja bekannt. Jedenfalls ist es in schweren Fällen nach jahrelanger Krankheitsdauer vielleicht angezeigt, eine encephalographische Untersuchung vorzunehmen.

Von manchen Autoren ist angenommen worden, es handle sich bei der Pubertätsmagersucht um etwas psychogenes, das Zustandsbild entwickle sich aus einer psychopathischen Anlage, etwa einer übertriebenen Eigenwilligkeit und Eitelkeit und einigen auslösenden Erlebnissen, pädagogischen Fehlern oder Neckereien. In der Tat sind manche Anekdoten, die in solchen Zusammenhängen erzählt werden, wie sie z. B. unsere Patientin Carla Bu. selbst in größerer Zahl erzählte, ganz eindrucksvoll. Man muß sich aber hüten, aus solchen eindrucksvollen Zusammenhängen ätiologische Schlußfolgerungen zu ziehen. Zu den Hänseleien kommt es leicht, weil viele der Kinder (z. B. 4 von unseren Fällen) vor Beginn der Erkrankung überdurchschnittlich dick gewesen sind. Darin sieht man aber doch wohl mit Recht das erste Zeichen der endokrinen Anomalie. Die Hänseleien, denen die Kranken dann ausgesetzt sind, übersteigen nicht das, was an Hänseleien unter Kindern üblich ist. Die Kranke Carla Bu., die selbst am ausführlichsten über solche Erlebnisse berichtet, sagt selbst, anderen gleichfalls dicken Kindern habe das nichts ausgemacht, sie aber habe „angefangen, darüber nachzudenken“. Die Kranke fühlte selbst, daß ihre „Einstellung zum Dickerwerden“ sich änderte.

Auch andere Gründe sprechen dagegen, die Krankheit nur als eine Erlebnisreaktion aufzufassen: Wenn schon die Kranken dazu kämen, durch Nahrungsverweigerung schlank zu werden, warum sollten sie dann vereinsamen? Der Sinn des Abmagerns müßte dann doch gerade sein, wieder unter andere gehen zu können, ohne daß Bemerkungen über die Dicke laut werden. Das Syndrom, das sich hier entwickelt, ist eben in seiner Gesamtheit gar nicht als eine sinnvolle Reaktion auf diese kleinen kränkenden Erlebnisse zu verstehen.

Daß man gleichwohl solchen Erlebnissen eine wesentliche ätiologische Bedeutung beigemessen hat, liegt wohl daran, daß die Anamnese in einer psychiatrisch nicht zureichenden Weise erhoben wurde, oder daß die Exploration in einer auf die Herstellung psychologischer Zusammenhänge einseitig eingestellten Weise vorgenommen wurde, was leicht geschieht, wenn psychologisch interessierte, aber psychiatrisch nicht genügend erfahrene Untersucher am Werke sind. Häufig liegt eine einfache Verwechslung vor: Man hält die Eigenwilligkeit und den unzugänglichen Trotz, den die Kranken an den Tag legen,

für eine konstitutionelle Eigenart, auf deren Boden sich nun das übrige Krankheitsbild als Reaktion entwickelt habe, während es sich bei dieser Eigenwilligkeit ja schon um ein Symptom der Krankheit handelt. Es ist also keine andere Verwechslung, als wenn man den Größenwahn des Paralytikers oder die Hoffnungslosigkeit des Melancholischen jeweils für die Ursache der Erkrankung hielte. Eine sorgfältige Erhebung der Anamnese bringt den Irrtum leicht an den Tag. Es ergibt sich, daß die Kranken vor der Erkrankung gar nicht eigenwillig, trotzig und besonders eitel, sondern natürlich und umgänglich waren: Unter unseren 6 Kranken findet sich nur eine, die man vor der Erkrankung als psychopathisch bezeichnen könnte, Carla Bu.

Nicht anders als mit den auslösenden Erlebnissen ist es mit gelegentlich berichteten überraschenden therapeutischen Erfolgen und Besserungen durch pädagogische Einwirkungen. Wir wundern uns nicht über derlei Irrtümer bei dem schwankenden Verlauf der Krankheit. Es wird viel pädagogisch versucht, da ist es kein Wunder, wenn auch einmal zwischen einem Versuch und einer Zustandsbesserung ein auffälliger zeitlicher Zusammenhang besteht.

Auf eine andere auffällige Tatsache muß aber hingewiesen werden, die möglicherweise ätiologisch von Bedeutung sein kann, und zwar im Sinne einer psychischen Mitverursachung der Erkrankung: Unter unseren 6 Fällen befinden sich 3 einzige Kinder! Auch unter den anderen Fällen, die ich kennen gelernt habe, sind noch einzige Kinder. Jedenfalls ist der Prozentsatz der einzigen Kinder größer, als es dem prozentualen Anteil der einzigen Kinder an der Gesamtbevölkerung entspricht. Man muß demnach daran denken, daß die Situation des einzigen Kindes für die Manifestation der Krankheit von Bedeutung ist.

Die Annahme, die Eltern einziger Kinder seien pädagogisch ungeschickter und ihre pädagogischen Fehler wirkten ungünstig auf die Kinder, ist schon nach unserem Material ganz unwahrscheinlich. Die Eltern Se. z. B. sind natürliche, vorurteilslose und warmherzige Menschen, besonders die Mutter, die den Schwierigkeiten, die die Krankheit der Tochter mit sich bringt, in vernünftiger und geduldiger Weise begegnet. Und wenn der Vater Le. an pädagogischem Ungeschick sicher den Vogel abschießt, was, wie gesagt, auch zu erkennbaren Folgen im Verhalten der Kranken geführt hat, so sind doch auch die Eltern Bu. sicher keine guten Pädagogen, obwohl sie 5 Kinder haben. Man könnte dann daran denken, es handle sich um die Krankheit einer gehobenen Schicht, in der einzige Kinder und deren Verwöhnung häufig wären. Die Kranke Agnes Ka., das Kind eines Bahnwärters, mit ihren 4 Geschwistern, und auch die Kranke Herta Ge., die aus einem schlichten und geordneten Beamtenmilieu stammt und 3 Geschwister hat, zeigen, daß solchen Gesichtspunkten eine entscheidende Bedeutung nicht

zukommen kann. Die unbestreitbare Tatsache, daß einzige Kinder besonders gefährdet sind, läßt sich nicht auf andere naheliegende ungünstige äußere Einflüsse zurückführen.

Die Situation des einzigen Kindes ist ja gewiß eine unnatürlichere, als es einer rein rationalen Betrachtung scheinen mag. Es wäre sehr interessant, wenn sich bestätigen würde, daß diese Situation als Erlebniswirkung eine so wesentliche ursächliche Komponente für die Erkrankung wäre, wie es in dem zahlenmäßigen Anteil der einzigen Kinder unter der Gesamtzahl der Pubertätsmagersüchtigen zum Ausdruck kommt. Daß es sich nicht um die wesentliche Ursache, sondern nur um eine ursächliche Komponente mit beschränkter Bedeutung handeln kann, geht natürlich daraus hervor, wie selten die Pubertätsmagersucht ist, gemessen an der großen Zahl einziger Kinder, die es überhaupt gibt. Die Möglichkeit einer psychogenen Komponente wird man aber um so eher in Betracht ziehen, als es sich um eine innersekretorische Störung bei jungen Mädchen handelt. Es kommt zu einer Amenorrhöe. Wir kennen die Empfindsamkeit der weiblichen Ovarialfunktion, besonders bei jungen Mädchen, gegen Erlebnisse, die sie aus ihrer natürlichen Geborgenheit herausreißen, in die Fremde oder in allerhand Gefahren bringen. Die bekannten Untersuchungen von STIEVE zeigen, wie weit die organischen Veränderungen an den Ovarien bei schwerer psychischer Belastung gehen können.

Man muß aber auch etwas ganz anderes in Betracht ziehen, nämlich, daß es sich nur scheinbar um eine Milieuwirkung, etwas psychogenes handelt. Es wäre möglich, daß unter den zahlreichen Familien, die in den vergangenen Jahrzehnten nur ein Kind hatten, neben den bekannten kulturellen und wirtschaftlichen Zeitumständen auch körperlich konstitutionelle, innersekretorische Faktoren bei den Eltern eine Rolle spielen. Eine solche Annahme hat doch nach allgemeinen klinisch-ätiologischen Erfahrungen viel für sich. Sie müßte auf ihre Richtigkeit durch erbbiologische Untersuchungen in den Familien der Magersüchtigen geprüft werden.

Schließlich ist noch ein Wort über das Schädeltrauma im Falle Ge. zu sagen. Wir haben auf die Gründe hingewiesen, die dafür sprachen, daß dieses Trauma erheblich war und als Ursache einer Hirnverletzung in Betracht kommt. Es gibt Obduktionsbefunde hypophysärer Kachexien, wo Schädeltraumen zu Hämatomen und zu Vorderlappenstörungen geführt haben (BERBLINGER 1934, zit. nach MARX). Ob es sich bei unserer Kranken um etwas Ähnliches handelt, muß dahingestellt bleiben. Aber es wäre eine bemerkenswerte Erfahrung, wenn sich bestätigte, daß auch diese Erkrankungen, so wie es vom Diabetes insipidus bekannt ist, durch Schädeltraumen ausgelöst werden können. Eine endogene Disposition wird aber doch die Voraussetzung für eine solche Wirkung des Traumas sein, sonst müßte bei der Häufig-

keit von Schädeltraumen der Zusammenhang auch häufiger zur Beobachtung kommen und es ist gewiß kein Zufall, daß das Schädeltrauma gerade bei einem jungen Mädchen zur Pubertätsmagersucht führt.

Nach der Erfahrung mit unseren Fällen, an denen zum Teil alle nur möglichen therapeutischen Verfahren nacheinander zur Anwendung gebracht worden sind (der Fall Se. ist in dieser Hinsicht besonders lehrreich), ist die Therapie im allgemeinen machtlos. Zur Verhütung lebensbedrohender Abmagerungen scheint sich das einfache Verfahren der Sondenfütterung im Krankenhaus zu bewähren. Eine besondere Schwierigkeit liegt darin, daß die Kranken selbst sich der ärztlichen Einwirkung leicht entziehen, so daß folgerichtige therapeutische Versuche im allgemeinen an diesem Verhalten scheitern. In den meisten Fällen wird man, wenn es gelingt, lebensgefährliche Abmagerungen und Komplikationen zu verhüten, mit einer erheblichen spontanen Besserung nach jahrelanger Krankheitsdauer rechnen können, durch die die Kranken sozial wieder einigermaßen leistungsfähig werden. Die Beschäftigung mit den Kranken und ihren Angehörigen selbst mit den bescheidensten therapeutischen Zielen erfordert ein großes Maß an Geduld. Ob die bei manisch-depressiven Krankheiten oft so überraschend guten Erfolge der Elektroschocktherapie auch bei unseren Kranken sich erzielen lassen, darüber liegen keine ausreichenden Erfahrungen vor. Bei Zwangskranken, die, was Erkrankungsalter, Verlauf und Ausgang angeht, wie gesagt, gewisse Ähnlichkeiten mit der Pubertätsmagersucht haben, haben wir allerdings von diesen Methoden nur ganz vorübergehende Wirkung gesehen. Bei ganz schweren Fällen könnte man wohl an die Vornahme einer Leukotomie denken, nach den günstigen Erfolgen, die mit dieser Methode nach übereinstimmenden Berichten bei Zwangskranken erzielt wurden.

Nachtrag.

Nach Fertigstellung dieser Arbeit wurde ich durch einen freundlichen Hinweis von Herrn KURT SCHNEIDER in Heidelberg auf eine Arbeit von SCHOTTKY aus dem Jahre 1932 aufmerksam gemacht, die aus der damals unter KURT SCHNEIDER stehenden Münchener klinischen Abteilung der Forschungsanstalt stammt: „Über ungewöhnliche Triebhandlungen bei prozeßhafter Entwicklungsstörung“¹. Es handelt sich dabei um einen typischen Fall von Pubertätsmagersucht, der ohne weiteres unserer Kasuistik beigelegt werden kann. Sicherlich gibt es mancherlei Individuelles in dem interessanten eingehend geschilderten Krankheitsfall. Von allgemeiner Bedeutung ist wohl, daß die Patientin nicht nur Nahrungsmittel, sondern auch andere Dinge, wie eine Kaffeemaschine, einen Pullover und Bücher gestohlen hat, wie übrigens auch ein Fall von RUDOLF SCHNEIDER². Sie wurde von einem

¹ SCHOTTKY: Z. Neur. 193 (1933).

² SCHNEIDER, RUDOLF: Schweiz. Arch. Neur. 58, H. 2, 353.

Lastkraftwagen überfahren, als sie eine Straße überquerte, während sie „gierig eine eben erbettelte Wurst herunterschlingen wollte“. Den abschließenden Betrachtungen, der Analyse des Zustandsbildes und den Überlegungen über die Ätiologie der Krankheit, die den hier dargelegten Auffassungen in keiner Weise widersprechen, sie nur ergänzen können ist nur hinzuzufügen, daß diese Triebhandlungen gar nicht so ungewöhnlich sind, daß sie nur in der psychiatrischen Literatur bisher eine geringe Beachtung gefunden haben, da diese Kranken zu allermeist in pädiatrischer, internistischer oder gynäkologischer Beobachtung und Behandlung bleiben.

Ein zweiter charakteristischer Fall, der gleichfalls unserer Kasuistik ohne weiteres eingeordnet werden könnte, ist der Fall Ellen West, dem BINSWANGER¹ eine anthropologisch-klinische Studie gewidmet hat. Wer sich für das Problem interessiert, wird gut tun, diesen Fall im Original zu lesen. Ellen We. war einziges Kind ihrer Eltern. Die Störung begann bei ihr etwa im 20. Lebensjahr mit einer Angst vor dem Dickwerden. Dabei wurde sie so dick, daß sie geärgert wurde. Sie fing an, durch übertriebene Spaziergänge sich zu kasteien. Es traten deutlich depressive Züge in dem Zustandsbild auf. Erst, nachdem die Krankheit schon über 2 Jahre bestanden hat, trat ein gesteigertes Verlangen nach dem Essen auf. In der Gegenwart anderer Menschen gewährt ihr das Essen keine Befriedigung, sondern nur, wenn sie allein essen kann. Zeitweilig nimmt sie 36—48 Thyreoidintabletten. Im 26. Jahr wird berichtet, sie haßte ihren Körper und schlug ihn oft mit Fäusten. Sie heiratete einen Vetter und hatte mit 29 Jahren eine Fehlgeburt. Sie ist angestrengt sozial tätig. Sie wird einer psychoanalytischen Behandlung unterzogen. Ihre Gedanken beschäftigen sich ausschließlich mit dem Leib, dem Essen und den Abführmitteln. Sie bezeichnet es als einen lästigen Zwang, fortwährend an das Essen denken zu müssen. So wie sie einen Druck in der Taille fühlt, einen Druck des Rockbundes, sinkt ihre Stimmung, sie bekommt eine schwere Depression. Hat sie hingegen gute Verdauung, so ist eine Art Ruhe in ihr. Sie macht mehrere Selbstmordversuche. Sie hat das Gefühl, sich ständig selbst zu vergewaltigen. Körperlich bestand eine ausgesprochen maskuline Stigmatisation. Eine gynäkologische Untersuchung ergab infantile Genitalien.

In der Familie besteht eine ausgesprochen manisch-depressive Belastung. KRAEPELIN, der die Kranke zu sehen bekam, diagnostizierte eine Melancholie. Ein zugezogener „ausländischer Psychiater“ konnte sich wegen des nicht charakteristischen Defekts nicht entschließen, eine Schizophrenie zu diagnostizieren und sprach von einer psychopathischen Konstitution, die sich fortschreitend weiter entwickle.

¹ BINSWANGER: Studien zum Schizophrenieproblem. Der Fall Ellen West. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. 57.

BLEULER und BINSWANGER selbst stimmten in der Diagnose Schizophrenie überein. Es ist BINSWANGER zuzustimmen, wenn er zu dieser Meinungsverschiedenheit dahin Stellung nimmt, daß ein krankhafter Prozeß vorliege und nicht nur die Weiterentwicklung einer Persönlichkeit, sei es auch einer psychopathischen. Eine Knickung in der Lebenslinie von Ellen We. ist deutlich. Das ist in allen unseren Fällen auch so. Die Diagnose einer Schizophrenie, und zwar einer polymorphen Form der Schizophrenia simplex wird im wesentlichen aus der autistischen Daseinsweise der Kranken erschlossen: „Ellen We. war nicht imstande, im Miteinander der Liebe oder Freundschaft aufzugehen oder sich existentieller Fürsorge zu öffnen“. Unsere Kranken sind in einer solchen Schilderung leicht wiederzuerkennen. Auch sie sind ohne rechte Freundschaft und es ist ihnen im Grunde nicht zu helfen. Aber ich habe mit Absicht von Vereinsamung und nicht von Autismus gesprochen. Ich glaube, hier sind Unterscheidungen wichtig. Autismus ist eine Form der Vereinsamung. Aber nicht jede Vereinsamung ist Autismus. Der *typisch* schizophren-autistische Kranke lebt in seiner, gleichsam privaten Welt, die nicht zugleich die unsrige ist: Sie kann von phantastischen Wahngebilden erfüllt oder von einer unvorstellbaren Monotonie, Leere und Zusammenhanglosigkeit sein. Die Physiognomien seiner jeweiligen Umwelt erfahren eine monotone Umdeutung im Sinne seiner krankhaften Einstellung. Die Magersüchtigen aber leben in unserer Welt. Diese Welt ist zwar verarmt, spezifisch verarmt, ungemütlich, freudlos, kühl, aber es bleibt doch unsere, mit ihnen gemeinsame Welt. Sie sind von ihren besonderen Problemen gequält, die sich in monotoner Wiederholung stellen. Es ist grundsätzlich nicht anders als z. B. bei den Zwangskranken. Um zu ermessen, wie verbunden Ellen We. mit der Welt war, lese man die Schilderung des letzten Tages vor ihrem freiwilligen Tod: „Der Blick ins Leben, den ihr die Reise verschafft, tut ihr weh. Sie fühlt sich mehr noch als in der Anstalt lebensunfähig. Die folgenden Tage sind qualvoller, als alle die anderen vorangehenden Wochen. Sie fühlt keine Entspannung, im Gegenteil alle Symptome treten verstärkt auf . . . das Wiedersehen mit ihren Verwandten führt ihr ihre Krankheit nur noch deutlicher vor Augen“. So etwas, scheint mir, erlebt vielleicht eine beginnende Schizophrenie oder eine Kranke in einem Übergangszustand zwischen Gesundheit und Krankheit, vielleicht in einer Remission, aber nicht eine Schizophrenie, deren Krankheit sich ungefähr 13 Jahre lang chronisch entwickelt hatte und deren wesentliches schizophrenes Symptom eben der Autismus ist. Die Schilderung zeigt doch zu deutlich, wie die Kranke an dieser Welt hängt und an ihr leidet.

Daß unsere Fälle, der Fall von SCHÖTTKY und der Fall von Ellen West die gleichen Krankheiten sind, das wird unter Berücksichtigung der üblichen Variabilität der Zustandsbilder bei gleichen Krankheiten auf

Grund der gegebenen Falldarstellung deutlich sein. Folgt man BINSWANGERS Diagnose, nimmt man an, daß es sich hier um Schizophrenien handelt, so müßte man diese Fälle doch gewiß als eine Sonderform innerhalb der Gruppe der Schizophrenien auffassen, und zwar eine Sonderform, für deren Absonderung es mehr Gründe gibt, als für alle anderen bisherigen Unterteilungen der Schizophrenie; denn wo finden wir sonst eine Untergruppe, die, von der großen Ähnlichkeit der psychopathologischen Symptome ganz abgesehen, so viele und wichtige Gemeinsamkeiten aufweist: Patienten mit vielleicht ganz seltenen Ausnahmen weiblichen Geschlechts, ein hoher Prozentsatz von einzigen Kindern, Erkrankung in der Nachpubertät, chronischer Verlauf mit gelegentlichen depressiven Schwankungen und mehr oder weniger ausgesprochen die Stoffwechselbefunde der Magersucht. Aus allen diesen Gründen halte ich es für fruchtbarer, auch für die Fortbildung der psychiatrischen Systematik, diese Fälle als besondere Krankheitsart anzusehen.

Wenn ich schließlich mit wenigen Worten meine eigenen Versuche einer Interpretation des Wesens der Magersüchtigen mit dem vergleiche, was BINSWANGER als daseinsanalytische Interpretation des Falles Ellen West gegeben hat, so scheint mir der wesentliche Unterschied, daß BINSWANGER das In-der-Welt-sein der Kranken unmittelbar zu erfassen versucht, so wie es in der Krankheit geworden ist, eine Daseinsgestalt, deren Welt immer mehr die Form der Leere oder des Loches annimmt, deren gesamte Daseinsform als ein Leer- oder Lochsein beschrieben werden kann. Es ist bei der Gleichartigkeit der Fälle im ganzen für BINSWANGER sicher eine schöne Bestätigung seiner Interpretation, wenn die Kranke Se. sich als „Schale ohne Kern“ bezeichnet und wenn sie davon spricht, daß sie neben Höhen sehr viele „Tiefen und Löcher“ habe, in die sie hineinfalle und die sie nicht zuschütten könne. Der Versuch meiner Interpretation ist darauf gerichtet zu sagen, was diesen Kranken verlorengegangen ist, um was ihr Leben verarmt ist, nämlich um einen Teil der Lebensfülle, um die Sphäre der Geselligkeit und Freundschaft, die am gemeinsamen Tisch ihren lebendigsten Ausdruck findet. Es scheint mir, als ob eine gegenseitige Ergänzung der beiden Interpretationsversuche nicht zu übersehen ist, wenn der eine zu dem Ergebnis kommt, das Leben sei um lebendige Fülle verarmt und der andere, es sei nichts anderes mehr als Loch und Leere. Nur glaube ich, etwas von Lebensfülle, von dem, was dem Leben Gehalt gibt, ist ihnen doch verblieben (z. B. berufliche Sphäre, Erotik). Sie sind nur um einen Teil, allerdings um einen wesentlichen Teil der Lebensfülle verarmt. Ihr Wesen ist verarmt und somit ihre Welt. Den Seinsweisen des Subjekts entsprechen Erscheinungsweisen der Welt.

Nach Abschluß der Arbeit erfahre ich von der Mutter der Patientin Ge. folgendes:

Die Patientin ist im Jahre 1946 in Thüringen, wohin die Eltern verzogen waren, verstorben. Eine Obduktion wurde nicht gemacht. Sie war durch die letzten Kriegstage trotz großer Aufregungen gut hindurchgekommen. Durch Zufall standen ihr große Mengen Zucker zur Verfügung, die sie aß. In dieser Zeit nahm sie erheblich an Gewicht zu. Seit November 1945 magerte sie ab. Die Krankheit begann erneut in schwerster Form. Zu der unglücklichen Mutter sagte sie: „Du kannst mich tötschlagen, ich esse nicht.“ Im Januar 1946 hatte sie fast keinen Stuhlgang mehr und kaum Urin. Sie lag dauernd zu Bett. Es entstanden Blasen an den Füßen. Im Krankenhaus in Thüringen fand man normales Blutbild, normale Blutsenkung, normalen Urin, Blutzucker im Tagesverlauf in normalen Grenzen. Sie wog 39 kg. Sie war so schwach, daß sie sich nicht selbst aufrecht halten konnte, bestritt aber Beschwerden und drängte nach Haus. Auffallend war die Störung des Wasserhaushalts. Nach einer Aufnahme von 1500 cm³ wurden nach 6 Stunden 323 cm³ spezifisches Gewicht 1021 ausgeschieden. Sie hatte nur etwa alle 8 Tage wenig Stuhlgang nach Einläufen. Bei einer Magen-Darm-Passage hielt sich der Brei im Dickdarm fast 14 Tage auf. Prostigmin und Doryl hatten keinen wesentlichen Erfolg. Die Mutter nahm sie nach Haus. Von Juni an erbrach sie alles, klagte über Leibschmerzen, Schmerzen in den Beinen, Kopfschmerzen. In den letzten 2 Tagen vor dem Tode soll sie nach Angabe der Mutter vorübergehend die Augen nicht habe öffnen können und als es ihr gelang, soll sie gesagt haben, daß sie nicht sehen könne.
