

Aus der Nervenklinik der Stadt und Universität Frankfurt a. M.
(Direktor: Prof. Dr. K. KLEIST).

**Die verworrenen Schizophrenien
auf Grund katamnestischer Untersuchungen.**

Herausgegeben von K. KLEIST.

I. Teil.

Die Schizophasien.

Von

HANS SCHWAB.

(Eingegangen am 1. September 1948.)

Inhaltsübersicht.

I. Allgemeine Vorbemerkungen	333
1. Die bisherige unbefriedigende klinische Unterteilung der Schizophrenien	333
2. Die schizophrenen Unterformen KLEISTS	335
3. Die „verwirrten Schizophrenien“ im Sinne KLEISTS	337
4. Begriffsbestimmung der Denk- und Sprachstörungen bei den verwirrten Schizophrenien	338
5. Das Material	346
II. Die Schizophasien	348
1. Die KRAEPELINSche Auffassung	348
2. Die Schizophasie seit KRAEPELIN	349
3. Unsere Fälle	352
A. Die typischen Schizophasie (reine Grundform)	353
B. Die atypischen Schizophasien (kombinierte und extensive Mischformen)	380
4. Ergebnisse	398
Literaturverzeichnis	399

I. Allgemeine Vorbemerkungen.

**1. Die bisherige unbefriedigende klinische Unterteilung
der Schizophrenien.**

In KRAEPELINS Dementia praecox waren bekanntlich neben den wahnbildenden Formen die KAHLBAUMSche Katatonie und die HEKERSche Hebephrenie miteinbezogen und ebenso umfaßte der BLEULER-sche Schizophreniebegriff mehrere Krankheitsgestaltungen. Seitdem ist es üblich, unter der Vielzahl der schizophrenen Krankheitsbilder und -verläufe die 3 Gruppen der katatonen, hebephrenen und paranoiden Formen zu unterscheiden. Diese Dreiteilung scheint sich praktisch bewährt zu haben (sofern nicht überhaupt auf eine Differenzierung verzichtet wird), an ihr halten die meisten Lehrbücher fest, sie scheint den diagnostischen Bedürfnissen und Erfordernissen der Kliniken und

Anstalten und der gegenseitigen Verständigung zu genügen, man kommt mit ihr aus. Daneben wird gelegentlich noch eine „einfache“ Form genannt, die aber mehr als eine Verlegenheitsbezeichnung erscheint für Fälle ohne ausgeprägte Symptomatik und mit milder Verlaufsweise.

Nach BLEULER¹ hält man sich an die Hauptgestaltungen nach dem Vorwiegend oder Fehlen bestimmter Symptomgruppen, um sich in den äußeren Formen des „unendlich wechselnden“ Krankheitsbildes zu orientieren. Sie sind nach seiner Ansicht keine nosologischen Einheiten und „gehen von Patient zu Patient und auch beim nämlichen Kranken ineinander über, indem ein Schizophrener z. B. mit Hebephrenie in die Anstalt eintreten, mit Katatonie jahrelang dableiben und schließlich mit Paranoid entlassen werden kann“. BLEULER fügt jedoch hinzu, daß die meisten Kranken dauernd innerhalb ihrer Gruppe bleiben. Es sind für ihn die paranoiden, katatonen und einfachen Formen ziemlich klar abgrenzbar, während die Hebephrenie „den großen Sammeltopf, in den die Formen geworfen werden, die nicht bei den anderen 3 unterzubringen sind“, bildet.

LANGE²¹ geht noch weiter: er faßt Hebephrenien, Katatonien und paranoide Schizophrenien lediglich als Syndrome auf, „ohne daß es zweckmäßig erscheint, diese Zustandsbilder scharf zu trennen“. Die Symptome konnten im Laufe der Erkrankung wechseln, die besondere Form hänge sehr wahrscheinlich auch von dem pathoplastischen Einfluß der pramorbiden Persönlichkeit und des Lebensalters ab.

BUMKE² differenziert die Katatonien in die „todliche Katatonie“ STAUDERS und in besondere Formen bezüglich des Verlaufes und hebt aus den paranoiden Prozessen die „Dementia phantastica“ als besondere Form heraus. Er weist darauf hin, daß es voreilig sei, alles „Schizophrene“ für eine Krankheit zu halten. Die diagnostische Bedeutung der katatonen Erscheinungen sei geringer geworden und auch die Gefühlsabstumpfung lasse sich nur mit Vorbehalten verwerten, während die Denkstörung einstweilen allein all die vielgestaltigen klinischen Bilder zusammenhalte.

Von KURT SCHNEIDER³⁵ stammt der lapidare Satz: „Von den Psychosen, deren körperliches Wesen man nicht kennt, zieht man die einigermaßen typisch zyklothymen ab — den bleibenden Rest heißt man Schizophrenien“.

Im Rahmen der groben Abgrenzung von 3 oder 4 Hauptformen bleibt es weitgehend dem Belieben des einzelnen überlassen, für welche Bezeichnung er sich entscheidet. Wenn dem einen das Katatone vorherrschend erscheint, dunkt dem andern das Hebephrene eindrucks voller und der dritte wird von dem Paranoiden fasziniert. Die Grenzziehung ist keine einheitliche, sie unterliegt der Betrachtungsweise des Untersuchers, seinen psychopathologischen Anschauungen, seiner Untersuchungsmethodik usw. Die Krankengeschichten verschiedener Kliniken über den gleichen Patienten bilden hierfür ein beredtes Zeugnis. Wenn zu der unterschiedlichen Deutung des jeweiligen Zustandsbildes nun noch ein wechselvoller Verlauf kommt, dann erklärt sich die Grenzverwischung innerhalb der schizophrenen Einzelformen und Hand in Hand damit auch die Ausweitung des Schizophreniebegriffes überhaupt. Viele verzichteten im Laufe der Zeit mehr und mehr auf eine

Herausarbeitung besonderer Formen, die klinische Erfahrung schien ein Ineinanderübergehen der Zustandsbilder zu lehren und eine Trennung zu verbieten. Die Grenzen verschwammen aber nicht nur innerhalb des Kreises schizophrener Einzelgestaltungen, sondern auch nach der Peripherie hin gegenüber solchen Psychosen, deren schizophrene Natur zweifelhaft war. Eine rücklaufige Entwicklung setzte ein, die einen letzten großen Anstoß im Zusammenhang mit der Erbgesundheitsgesetzgebung des Dritten Reiches erhielt, insofern, als die für die Durchführungsbestimmungen Verantwortlichen eine saubere Abgrenzung für unwesentlich erklärten, wenn nur überhaupt eine Erblichkeit der Psychose vorlag. Dem Schizophreniebegriff wurde eine große Anzahl zweifellos nichtschizophrener, lediglich in ihrer Symptomatologie schizophrenieähnlicher Psychosen einverlebt, wie die Degenerationspsychosen, vornehmlich die Motilitätspsychosen, Psychosen bei Schwachsinnigen und die Menge der atypischen Randpsychosen des weiteren manisch-depressiven Formenkreises. Diese Resignation war natürlich einer Vertiefung unserer Erkenntnisse nicht förderlich. Die Begriffsunklarheit wurde eine immer größere, die gegenseitige Verständigung mehr und mehr erschwert und ein Aneinandervorbeireden konnte nicht ausbleiben. Es ist dies nicht nur im Hinblick auf einen wissenschaftlichen Fortschritt bedauerlich, sondern mußte sich auch praktisch sehr konkret auswirken; jede Art von Statistik mußte unpräzis bleiben, solange z. B. der eine Untersucher unter kataton, hebephren oder paranoid nicht genau das gleiche verstand wie der andere und wir dürfen z. B. sicherlich das Widerspruchsvolle in den Erfolgsstatistiken der Schocktherapien auf diese Uneinheitlichkeit der spezielleren Schizophreniediagnostik zurückführen.

2. Die schizophrenen Unterformen KLEISTS.

Es ist bekannt, daß KLEIST sich seit vielen Jahren immer wieder von neuem nicht nur für eine scharfe Abtrennung der schizophrenen von den nichtschizophrenen Erkrankungen eingesetzt hat, sondern auch für eine klare Abgrenzung der einzelnen schizophrenen Sonderformen untereinander. KLEIST hat von jeher weder in der „Schizophrenie“ noch in den bisher üblichen Unterarten einheitliche Erkrankungen gesehen, sondern weitergehende Aufteilungen für möglich und notwendig gehalten. Das Gemeinsame bleibt für ihn „der stetig oder unterbrochen fortschreitende und zu einem mehr oder weniger erheblichen Mangelzustand führende Verlauf, der Beginn im jugendlichen oder mittleren Lebensalter und das Entstehen aus erblichen Bedingungen“, so daß alle Schizophrenien erbliche, vorzeitige Defektpsychosen darstellen. Er faßt die schizophrenen Krankheiten als psychische Systemerkrankungen auf, unter denen es reine und zusammengesetzte Formen

gibt, ganz entsprechend wie bei den bekannten nervösen und nervö-psychischen Systemerkrankungen, etwa der FRIEDREICHschen Ataxie, der MARIESchen progressiven Kleinhirnatrophie, der Erbchorea oder der WILSONSchen Erkrankung¹⁷. Unterstützt von seinen Mitarbeitern LEONHARD, SCHWAB, DRIEST, FAUST, NEELE und MEYER hat KLEIST seit 1936 katamnestische Untersuchungen vorgenommen, deren Ergebnisse in mehreren Arbeiten vorgelegt worden sind (3, 15, 16, 30, 31, 36, 37). Es konnte deutlich gemacht werden, daß sich in der Mehrzahl der Fälle die ursprünglich diagnostizierte Form im weiteren Verlauf erhalten hatte, es nicht zu einer Wandlung etwa katatoner in hebephrene oder paranoide Gestaltungen oder umgekehrt gekommen war, nicht das vorherrschende Syndrom die Führung an ein anderes abgegeben hatte oder gar ein buntes, willkürliches, gesetzloses Aufstauchen und Verschwinden der verschiedenen Einzelsymptome hatte zugegeben werden müssen. Ein beliebiger Gestaltwechsel der schizophrenen Psychose der gleichen Persönlichkeit honnte nicht anerkannt werden. Zwar verloren gelegentlich einzelne Krankheitserscheinungen an Intensität, traten in den Schatten anderer und verblaßten, psychomotorische Erregungen wurden beispielsweise schwächer und seltener, Sinnestäuschungen verloren ihre quälende Note, Wahniddeen ihren Affektwert usw., aber stets blieb das die Krankheitsform kennzeichnende Kernsymptom vorherrschend und bestimmd, zog sich wie ein roter Faden durch das gesamte Krankheitsgeschehen von Anbeginn bis zum Endzustand hindurch. Kurz gesagt: eine Katatonie blieb eine Katatonie, eine Hebephrenie eine Hebephrenie und ein Paranoid ein Paranoid.

Darüber hinaus aber gestattete das Ergebnis der Untersuchungen, eine weitere Differenzierung und Aufteilung der 3 Hauptformen vorzunehmen, denn jetzt lag ein genügend großes Material gründlichst durchforschter Krankheitsverläufe ausgebretet vor. Die Katatonie löste sich in sprachträge, sprachbereite, akinetische, paräkinetische, negativistische, prosekptive, stereotyp-iterativ-erregte Formen auf, indem die allen gemeinsame psychomotorische Grundstörung jeweils eine besondere Ausdrucksform bevorzugt, die sich mit ganz bestimmten anderen Verhaltensweisen verbindet und sich mit diesen zu einem Syndrom zusammenschließt. Bei der Hebephrenie differenzierte sich die affektive Verarmung und Verödung und gestattete eine Aufteilung in lippische, depressive, apathische und autistische Formen. Die paranoiden Schizophrenien boten sich in einer ganzen Anzahl Sondergestaltungen dar, je nachdem das eigentlich wahnhafte oder halluzinatorische Element überwog und weiterhin je nach der Rolle der verschiedenen wahnhaften Erlebnisweisen, die z. B. vornehmlich den Charakter von Eigenbeziehungen oder von Bedeutungen, von Eingebungen oder von Beeinflussungen tragen, und je nachdem, welche Bewußtseins-

gebiete der Persönlichkeit vorwiegend von der Störung ergriffen werden: das Selbst-Ich, das Bewußtsein der eigenen Körperlichkeit oder das Erleben der Umwelt, also Auto-, Somato- oder Allopsyche. Solche verfeinerten Unterscheidungen führten zur Aufstellung neuer, schärfer umrissener paranoider Formen, wie z. B. der Phantasiophrenie, der progressiven Konfabulose, der progressiven Halluzinose, Somatopsychose, Beziehungs-, Bedeutungs-, Beeinflussungs- und Eingebungssyphrose und anderer¹⁹.

In eindrucksvoller Weise finden diese Formen ihre Bestätigung in den von LEONHARD²² beschriebenen defektschizophrenen Krankheitsbildern, die dieser bei den Endzuständen seines großen Anstaltsmaterials gefunden hatte unter bewußter Außerachtlassung der akuten psychotischen Erscheinungen und des Verlaufs. Ihm waren unter der Menge der in einer Anstalt sich darbietenden Endzustände abgelaufener schizophrener Prozesse einzelne immer wiederkehrende Bilder aufgefallen, die sich gut voneinander abgrenzen und sich als wohlcharakterisierte Krankheitsausprägungen beschreiben ließen. Er bezeichnete diese als *typische* Formen und sah wie KLEIST in ihnen psychische Systemerkrankungen neben uneinheitlicheren *atypischen* Gestaltungen, die sich auch durch einen mehr periodischen Verlauf auszeichneten. Als besonders überraschendes Ergebnis zeigte sich dabei ein auffallender Unterschied in der erblichen Belastung der beiden Gruppen, insofern als die atypischen Formen eine wesentlich stärkere Belastung aufwiesen als die typischen, ein Befund, der ganz im Sinne einer Systemverschiedenheit der beiden Gruppen gedeutet werden mußte.

3. Die „verworrnen Schizophrenien“ im Sinne KLEISTS.

Die alte Dreiteilung der schizophrenen Erkrankungen in katatonen, hebephrene und paranoiden Formen, bei denen nach KLEIST psychomotorische, affektive oder wahnhaftes Störungen im Vordergrund stehen, läßt die Berücksichtigung einer Gruppe vermissen, die sich nur unter Zwang einer der 3 zuordnen ließe. Es sind dies jene Fälle, die KLEIST seit 1914 als „verworrne Schizophrenien“ oder „Schizophrenien im engeren Sinne“ bezeichnet hat. KRAEPELIN hatte schon das Bedürfnis verspürt, von seinen paranoiden Formen gewisse Fälle abzutrennen, die er als „Sprachverwirrtheit“ und später als „Schizophasie“ bezeichnete. KLEIST hat dann 1918 eine besondere Form beschrieben, bei der nicht die Sprache, sondern das Denken schwerste Störungen aufwies, und zwar sowohl Paralogien als Inkohärenz. Er nannte diese denkverwirrten Schizophrenien „inkoharente Verblodungen“. Bei dieser Form treten psychomotorische und affektive Auffälligkeiten sowie Wahnbildungen und Halluzinationen in den Hintergrund und spielen gewissermaßen nur die Rolle mehr oder weniger nebenschälicher

Zutaten. KLEIST betrachtete diese Form mit vornehmlich gedanklicher Verworrenheit als nahe verwandt derjenigen mit vorwiegend sprachlicher Verworrenheit, der er die KRAEPELINSche Bezeichnung „Schizophasie“ vorbehalten wissen wollte. Die inkohärente Form fand dann LEONHARD auch unter seinen Endzuständen wieder, und er bezeichnete sie analog als „inkohärente Defektschizophrenie“.

Diese gedanklich und sprachlich „verworrenen“ Formen bilden das Thema der vorliegenden Arbeit. Es soll untersucht werden, wiederum durch Katamnesen, wie diese Fälle sich weiterentwickelt haben: ob die ursprüngliche Diagnose zu Recht gestellt wurde und sich im weiteren Verlauf bestätigte, ob es zu wesentlichen Symptomverschiebungen oder -wechseln kam, ob sich einheitliche Bilder herausbildeten oder Übergänge stattfanden in andere bekannte Zustände und Verläufe, ob es sich etwa nur um akute Symptome handelte usw. Kurz, ob es berechtigt sein wird, von diesen Formen als besonderen eigengesetzlichen Krankheiten im Sinne KRAEPELINS und KLEISTS zu sprechen oder nicht, und gegebenenfalls, ob sich auch hier Unterteilungen ergeben und rechtfertigen lassen.

4. Begriffsbestimmung der Denk- und Sprachstörungen bei den verworrenen Schizophrenien.

Bevor wir an die Betrachtung unseres Materials gehen, erscheint es uns erforderlich, diejenigen Störungen, die wir meinen, kurz zu präzisieren, um Mißverständnissen und Fehldeutungen vorzubeugen. Wir halten eine Begriffsbestimmung derjenigen Denk- und Sprachstörungen, die das Wesen der gemeinten Fälle ausmachen und die auch klinisch faßbar sind, für notwendig. Wir haben nicht die Absicht, das „unendliche, seit 2 Jahrtausenden durchgedachte Problem Denken und Sprechen, Idee und Sprache“ (GRÜHLE) aufzurollen, denn es liegen uns in erster Linie nicht psychopathologische, sondern klinische Gesichtspunkte am Herzen. Es kommt uns z. B. nicht so sehr darauf an, zu untersuchen, worin das Wesen der Inkohärenz oder der Paralogie besteht, als vielmehr aufzuzeigen, was wir unter Inkohärenz und Paralogie verstehen und wie sie uns klinisch entgegentreten. Es darf hier auf das hingewiesen werden, was z. B. GRÜHLE⁵ (S. 169) über die Vieldeutigkeit des Begriffs „Paralogie“ gesagt hat, um die Notwendigkeit anzuerkennen, von vornherein die Begriffe zu definieren, mit denen man zu arbeiten gedenkt.

Die wichtigsten Störungen, um die es sich hier handelt, sind auf dem Gebiete des Denkens die Inkohärenz, die Paralogie, die Alogie und im Bereich der Sprache die Paraphasien, die Neologismen und die Agrammatismen und Paragrammatismen.

a) *Inkohärenz*. Wenn bei der *Ideenflucht* — deren Grundlage wir in einer Beschleunigung des Gedankenablaufs, einer Schwächung der

Obervorstellung durch Aufmerksamkeitsstörung und damit einem Verlieren des Denkziels und permanenten Ersatz desselben durch ständig neuauftauchende Denkziele, einem Sicheinschalten von normalerweise unterdrückten Nebenassoziationen, verbunden mit einer erhöhten Ablenkbarkeit durch äußere Sinneseindrücke und einem vermehrten Zustrom innerer Bilder sehen — die Beziehungen zwischen den einzelnen Gedankengliedern zwar gelockert, grundsätzlich aber doch erhalten sind, so sind bei der Inkohärenz diese Beziehungen aufgehoben, die Vorstellungsverknüpfungen aufgelöst, assoziative Verbindungen durchtrennt. Es besteht eine Unfähigkeit, sich überhaupt auf ein Denkziel einzustellen; nach KLEIST ist die „ordnende Funktion der Aufmerksamkeit“ erschwert oder unmöglich, so daß der Kranke nicht zum synthetischen Aufbau seiner Gedankenwelt kommt. Zweifellos kann sich auf der Höhe einer Ideenflucht Inkohärenz einstellen im Sinne einer Übersteigerung und nur quantitativen Unterschiedlichkeit (wir sehen dies sehr eindrucksvoll bei den Verwirrtheitspsychosen im Aufsteigen und Abklingen der gedanklichen Erregung, die von schwerster inkohärenter Verworrenheit über eine Phase reiner Ideenflucht zur Geordnetheit zurückkehrt), aber ebenso unzweifelhaft gibt es eine Inkohärenz, die ganzlich unabhängig vom Denktempo ist und die als Ganzes primär in Erscheinung tritt. Diese „echte“ oder „primäre“ Inkohärenz hat auch nicht eine Bewußtseinsherabminderung zur Voraussetzung, wie wir sie gelegentlich bei der erstgenannten Form finden, für die allein auch der Vergleich mit dem Traum- oder Einschlafdenken zutrifft. Assoziative Verbindungen sind nicht mehr aufzeigbar, ein Anknüpfen der Gedanken aneinander, ein Sinnzusammenhang ist nicht mehr erkennbar, die einzelnen Teilgedanken stehen beziehungslos und wie vereinsamt nebeneinander.

Beispiel einer *Ideenflucht*: (Unterschiedsfrage Busch-Baum) „Ein Busch ist klein und kann niemals ein Baum werden, er besteht nur aus einzelnen Ästen, und der Baum hat einen Stamm, beide haben eine Wurzel, beide ragen in die Höhe, aber der Baum übertrifft den Busch, den Wilhelm Busch, Max und Moritz, der Struwwelpeter, Peterchens Mondfahrt, Hauffs Märchen. Aber ich wollte von dem Baum noch weitererzählen: der Baum trägt Früchte, aus der Blüte wird der Apfel, ich finde, der amerikanische Apfel ist besser als der deutsche Apfel, die Apfelsine ist am besten, auch die Zitrone braucht ein kranker Mensch, es gibt gelbe, goldgelbe und blutrote Orangen. . .“ usw.

Beispiel einer *Inkohärenz*: (Stenogramm spontaner Äußerungen) „Ich haue ab heute morgen . . . Landmann . . . Stadtgesundheitsamt . . . Musik . . . englische Krankheit . . . damals das war Kinderklinik . . . Hühneraugen . . . Sie sehen doch, wie die Leute auf einen losgehen . . . dies ist die Jacke von der Feuerwache eins . . . ei, ei . . . Fischer . . . große Villmarsgasse . . . ich schlage vor . . . ich kann den Apparat bedienen bei 500—1000 Leuten, eventuell in 2 Abteilungen am Telefon . . . der große Fastnachtszug um Geschäftshaus . . . Katz und Maus haben wir gespielt . . . aber Kassel glaub ich . . . Theaterdirigent Immelmann . . .“ usw.

b) *Paralogie*. Die Paralogie bildet nach KLEIST den Kern schizophrener Denkstörungen. Er hat sie aus dem, was gemeinhin als schizophrene Denkstörung bezeichnet wird, aus der „Zerfahrenheit“ oder der „primären schizophrenen Assoziationsstörung“, als etwas Besonderes herausgehoben. Sie ist für ihn eine von der formalen Inkohärenz, der Ideenflucht, von Wissensausfällen und Aufmerksamkeitsminderung unabhängige Denkstörung, eine auf der vorsprachlichen Stufe des Denkens sich abspielende Störung der Begriffssfindung mit Nichteinfallen oder unvollkommenem Auftauchen von Begriffen, Entgleisung in Nebenbegriffe und Verwechslung und Vermengung von Vorstellungen. Für KLEIST setzt sich das Denken wie die Sprache aus einem sensorisch-ordnenden und einem motorisch-vollziehenden Anteil zusammen, er stellt das *einsehende* Denken dem *tätigen, vollziehenden* Denken gegenüber, wie das Sprachverständnis samt Wort- und Satzwahl erst durch das Sprachvermögen zur Gesamtheit der Sprache wird. Bei dieser Betrachtung ist die Paralogie eine *sensorische* Denkstörung. Die Kranken können Gegenstände und Personen, Zusammenhänge und Vorgänge nicht vorstellen, definieren, ihr Wesen und ihre Bedeutung nicht richtig angeben. Die betreffenden Begriffe tauchen nur unvollkommen auf oder es bieten sich verwandte andere Vorstellungen dar und die auf diese Weise geweckten Begriffe werden miteinander vermengt. Das klare Fortschreiten zum Naheliegenden ist nicht möglich, es kommt sozusagen zu einem Denken in lauter falschen Weichenstellungen, das immer wieder auf Nebengeleise gerat, zu einem Hinundherirren zwischen den Begriffen. In jedem Falle geht das Denken am Wesen der Denkaufgabe *vorbei*, es findet ein *Danebendenken*, daher ein *paralogisches* Denken statt. KLEIST hat dies auch als eine Störung in der Aktivierung der Vorstellungen bezeichnet im Hinblick auf die auffällige Diskrepanz zwischen dem an sich wohlerhaltenen Vorstellungs- und Gedächtnismaterial und der Unfähigkeit, über dasselbe richtig zu verfügen. Man könnte deshalb auch in Abwandlung des Bildes von KLAGES, nach dem der Schizophrene mit seinem Weltbild privatisiert, von dem Paralogischen sagen, er privatisiere mit seinen Begriffen. Hier sei das sehr bezeichnende Beispiel BLEULERS zitiert, daß der Schizophrene „an das Kristallwasser denkt, wenn ihm das Wasser sein Haus fortschwemmt und an die Tragfähigkeit desselben für Schiffe, wenn er sich damit den Durst stillen will“. Es ist verständlich, daß ein solches Denken zur Quelle unsinniger Wahnbildungen werden kann. Da es sich bei klarem Bewußtsein, ausreichender Aufmerksamkeit und bereitwilligem Verhalten abspielt, kann es nicht durch allgemeine Herabsetzung der psychischen Aktivität, der Aufmerksamkeit, des „Bewußtseinstonus“ oder als Müdigkeitsdenken erklärt werden. Deshalb muß hier bemerkt werden, daß die Paralogie überwiegend bei schizophrenen Prozessen

angetroffen wird, wenn sie auch gelegentlich bei epileptischen Dämmerzuständen, symptomatischen Psychosen, schwerer verworrender Manie, Motilitäts- und Verwirrtheitspsychosen vorzukommen scheint. Hier aber muß ihr Nachweis in den Zeiten der Beruhigung, also außerhalb von Inkohärenz, Ideenflucht, gesteigerter Phantasietätigkeit, Ablenkbarkeit usw. geführt werden, und dies gelingt außerordentlich selten. Schließlich sei erwähnt, daß KLEIST als hirnpathologische Grundlage der paralogischen Denkstörung Veränderungen in der Rinde des Übergangsgebietes vom linken Occipitallappen zur T 3 annimmt.

Beispiele *paralogischer* Antworten: (Irrtum-Lüge) „Das wird kein Irrtum sein, ich habe ein Auge zugeschlagen, daß ich nicht mehr nach Deutschland gehöre, und das ist die Strafe Gottes.“ (Spontan) „Diese Fratzen, die nur auf Namen denken und nicht auf Dinge“. (Keine Rose . . .) „Man sagt immer, du bist mir ein Dorn im Auge, das bedeutet eine Hecke“. (Zwerg-Kind) „Das Heinzelmannchen ist ruhig, das Kind macht nur Andeutungen und versteht es doch. Die Heinzelmannchen möchten nicht gerne gesehen sein“. (Zwerg-Kind) „Die Größe kommt nicht in Frage, der Unterschied hat sich früher geteilt und gebrochen, man kann nicht sagen, es ist fertiges Schnäppchen, ich kann nicht sagen, Sie sind verurteilt in ein Warenhaus mit mir abzufahren“. (Keine Rose . . .) „Damit sie stechen soll, damit man sie veredeln soll“. (Bedeutung?) „Man soll sich keine Rosen anstecken, Blumensprache und was dabei all herauskommt“. (Fluß-See) „Daß immer Gefahr vorhanden ist, daß man schwimmen lernen muß“. (Zaun-Mauer) „Sie meinen Freimaurer, das darf man nicht sagen und da schreiben Sie auf: hellgrün statt frei“. (Blndekuhbild) „Es ist jemand drangestossen, oder durch Wasser, daß Wasser drunter gewesen ist, das läßt sich nicht feststellen. Eventuell durch ein Seewasser und da ist ein Tisch gewesen, daß man angestoßen ist. Vermutungen nur, verdächtigen kann man niemand“.

c) *Alogie*. Die alogische Denkstörung faßt KLEIST auf als eine Unfähigkeit zu Denkvollzügen, einen reinen Ausfall an Gedanken. Gestört ist das kombinierende, produktive Denken, indem es dem Kranken nicht gelingt, bei einer Aufgabe mehrere Begriffe in einen höheren Zusammenhang zu bringen. Im Gegensatz zur Paralogie ist nicht das aufnehmende, sondern das *tätige, vollziehende* Denken beeinträchtigt. Der Kranke ist nicht in der Lage, Beziehungen zu setzen, ein vollziehender Denkakt ist nicht zu ersehen, nicht einmal falsche Gedankenverknüpfungen kommen zustande, sondern überhaupt keine. Aus einzelnen Wahrnehmungen oder Vorstellungen kann kein neuer zusammenhängender Gedanke aufgebaut werden, es können keine Schlüsse gezogen, aus mehreren Gegebenheiten keine Ähnlichkeiten oder Unterschiede abstrahiert werden. Die „Denkformeln“ gewohnter Gedankenoperationen scheinen verlorengegangen zu sein. Es ist im Gegensatz zur paralogischen Denkentgleisung ein einfaches Denkversagen, das sich experimentell besonders anschaulich durch die, denkerische Eigentätigkeit verlangende, MASSELONSche Dreiwortprobe aufzeigen läßt, bei der der Kranke nicht etwa sprachlich-grammatisch versagt, sondern keinen übergeordneten, umfassenden Gedanken zu den genannten

Einzelbegriffen findet. Zweifellos ist diese Störung nicht immer leicht von Antriebsmangel, Akinese, Unaufmerksamkeit oder Schwerbesinnlichkeit abzugrenzen, auf welche Symptome deshalb besonders sorgfältig geachtet werden muß. Der Vollständigkeit halber sei auch hier bemerkt, daß KLEIST auf Grund seiner Erfahrungen bei Hirnverletzten den Sitz der alogischen Denkstörung in der Rinde besonders des linken Stirnhirns, und zwar in der Mitte der zweiten Stirnwundung, annimmt.

Beispiele für *Alogien*: (Kind-Zwerg) „Kind ist groß, Zwerg ist klein“ oder „Kind ist klein, Zwerg ist auch klein“ oder „Kind ist ein Kind, Zwerg ist ein Zwerg“ oder „das Kind lebt, der Zwerg auch“. (Treppe-Leiter) „Leiter ist klein, Treppe ist groß“. (Teich-Fluß) „Der Teich ist kleiner“. (Baum-Strauch) „Beim Baum ist alles hoch, der Strauch ist kleiner“. (Wein-Bier) „Wein ist gut, Bier schmeckt auch gut“. (Glück-Glas) „Glück ist glücklich, Glas bricht kaputt“. (Der Apfel fällt ...) „Der Apfel fällt runter“ oder „es ist kein Apfel da und wenn kein Apfel da ist, ist auch kein Stamm da“. (Kind, Wiese, Blumen) „Das Kind riecht die Blume, es stehen Bäume auf der Wiese“ oder „der Wald ist schön — es spielt das Kind in der Wiese — die Blume ist ein schönes Gewächs“.

d) *Paraphasien*. Unter Paraphasien verstehen wir ein Vergreifen in Worten und Lauten und unterscheiden *literale*, die durch eine Verwirrung in der Reihenfolge einzelner Laute und somit durch Verstümmelungen und Einschiebungen von Lautfolgen charakterisiert sind und *verbale*, bei denen eine fehlerhafte Wahl ganzer, aber in sich richtig gebildeter Worte stattfindet. Eine besondere, gewissermaßen „höhere“ Art von verbalen Paraphasien stellen die fehlerhaften „sekundären Wortbildungen“ (KLEIST) im Sinne fehlerhafter Wortableitungen und Wortzusammensetzungen dar, die gemeinhin als Wortneubildungen bezeichnet werden. Der Begriff „Neologismus“ ist also nichts Einheitliches und er umfaßt nicht nur die beiden oben genannten Arten von Wortneubildungen, sondern auch die durch literal-paraphasische Verunstaltungen und durch agrammatische Verkürzungen entstandenen Wortgebilde und schließlich auch diejenigen, die im Sinne von „Technizismen“ zur Bezeichnung von wahnhaften Vorstellungskomplexen neu gebildet werden.

Die verschiedene Deutung der Sprachanomalien Schizophrener von CARL SCHNEIDER³⁴ und GRUHLE⁵ einerseits und KLEIST andererseits ist bekannt. (GRUHLE: Der Schizophrene schafft bewußt, gewollt oder ungewollt, Sprache, der gesamte Sprechfunktionskomplex als Potenz bleibt erhalten, der Schizophrene kann anders sprechen, kann je nach Wunsch, Situation, Stimmung usw. jeden Augenblick seine Sprechart ablegen und zur normalen zurückkehren, es handelt sich um kein Minus-können, sondern um ein Anders-Wollen, die schizophrenen Sprachstörungen haben mit den verschiedenen Formen der Aphasie gar nichts gemein usw.) Ohne Zweifel lassen sich manche sprachlichen Absonderlichkeiten psychologisch erklären. Schon der *Mutismus* kann

dem Wahn, nicht sprechen zu dürfen, oder einem entsprechenden halluzinierten Befehl entspringen oder aber der autistischen Grundhaltung „ich habe der Welt nichts mehr zu sagen“, aber ebenso auch einem echten Negativismus, einem Antriebsmangel oder einer Akinese. Viele Aufälligkeiten dürfen auf *Manieren* oder besser *Stereotypien* zurückzuführen sein. Hierher möchten wir z. B. die Infantilismen, Puerilismen, die Vorliebe für Diminutive, seltene Fremdworte und gewählte „vornehme“ Formulierungen, das Angeben der Interpunktions, das zu laute, leise, rasche, langsame, flüsternde, monotone, pathetische usw. Sprechen rechnen, sofern es nicht wahnhalt oder halluzinatorisch bedingt ist. Manche *Neologismen* sind zweifellos Manieren, besonders dann, wenn sie starr über Jahre hinaus in der gleichen Form festgehalten werden, während andere aus dem Bedürfnis, neuartige Erlebnisse oder auch Vorstellungen, Begriffe in neuen Worten auszudrücken („Sprachnot“), entstanden sein mögen oder dem Hineinpressenwollen mehrerer Gedanken in ein Wort (Kontaminationen und „Wortagglutinationen“ (EWALD) oder sie sind einfache Wiedergabe halluzinierter Wortgebilde. Das gleiche gilt für die selbstgeschaffene, eigene, wie eine Fremdsprache wirkende „Kunstsprache“. Aber auch einfache paraphasische Wortvertauschungen mögen bewußt als „Geheimsprache“ gedacht sein, zum Schutz vor Widersachern oder zur Verständigung mit den eigenen Phonemen.

Demgegenüber kann jedoch kein Zweifel bestehen, daß es schizophrene „echte“ Paraphasien von sensorisch-aphasischer Natur gibt, Mängel der Namenfindung, eigenständliche Wortvergreifungen und Wortentstellungen, Seltsamkeiten des Satzbaus sowie Wortkargheit im Sinne der Namenstummheit, die den Aphasieformen von Herdkranken entsprechen^{4, 33}. Nach KLEIST bestehen hier nur Unterschiede des Grades, die daraus erklärbar sind, daß den schizophrenen Sprachstörungen wesentlich geringere und feinere anatomische Veränderungen in den corticalen Sprachstätten zugrunde liegen dürften, als es die Zerstörungen der Herdkranken sind. In diesem Zusammenhang hat KLEIST auch auf die von den Stammganglien ausgehenden Sprachstörungen wie Spracharmut und Rededrang, Stereotypien und Iterationen hingewiesen, die gleichermaßen bei Herdkranken und Katatonen vorkommen*.

Beispiele für die recht seltenen *literalen Paraphasien*: Vorübergehend statt vorübergehend, *bunken* statt *funkten*, *lichten* statt *sichten*, *Belge* statt *Belgier*, *Dementri* statt *Dementi*, *Universe* statt *Universum*.

Beispiele für *verbale Paraphasien*: *Hohe* Geschafte statt *gute* Geschäfte, *andersamtlich* statt *standesamtlich*, *Aussätzige* statt *Auswartige*, das *Verlassene* statt *Vergangene*, *eingehen* statt *begehen*, *Menschlichkeit* statt *Menschheit*, *Rucklauf* statt *Ruckstand*, *anwerben* statt *erwerben*, *verschieben* statt *abschieben*, *Schreibkrampf* statt *Schreibdrang*.

* Vgl. auch v. ANGYAL: Mschr. Psychiatr. 86, 137 (1933).

Durch solche Wortvergreifungen entstehen Sätze, die im ersten Augenblick ganz unsinnig erscheinen, bei genauerem Zusehen aber keineswegs sinnlos sind, sondern oft sogar einen ganz richtigen Sinn enthalten, wenn man nur einzelne Worte etwas zurechträgt oder sozusagen „übersetzt“.

Der Satz: „Dadurch hat die Vaterschaft keinen Namen bekommen“ sollte sinngemäß besagen, „die Kinder haben nicht den Namen des Vaters bekommen, weil dieser die Vaterschaft nicht anerkannte“. Wenn eine Kranke von ihren Beeinflussungen berichtet: „In der Wohnung haben die Leute mitelektrisch gemacht. An der Wand, da gibt es die Apparate mit sämtlichen Instrumenten drinnen. Ich bin nahe dahinter gekommen, da haben sie Leitungen verlegt, ich habe sie schwer bezahlt. Das ist durchgewirkt durch die Wand“ — so soll dies wohl sinngemäß heißen, „Das hat durch die Wand hindurchgewirkt und ich habe schwer dafür bezahlen, d. h. darunter leiden müssen“. Eine andere Kranke erklärt das Binettbild von der zerbrochenen Fensterscheibe mit den Worten: „Vater und Sohnes des Erlernens. Fensterscheibe ist der Ungehorsam eines Schadens“. Hier sind in gedrangter Kürze alle Elemente des Dargestellten richtig enthalten, aber sprachlich unsinnig aneinander geknüpft: Vater und Sohn, der Schüler oder Lernende, der Ungehorsame, der einen Schaden angerichtet hat, indem er eine Fensterscheibe einwarf. Dieselbe Kranke definierte den Begriff „Ouverture“ mit „eine Lebensbegabung als Frohlichkeit, eine Einleitungsbegabung, ein Vorwort“. Also richtiges Erfassen der Bedeutung, aber geradezu ein Suchen nach dem passenden Wort. Wiederum ein anderer Kranke antwortet auf die Frage, wo er sich befindet, mit „im altzeitlich aufgebesserten neuen Affenstein, wenn man sinn-patriotisch sagt“. Erklärung: nicht mehr im altmodischen Affenstein (volkstümliche Bezeichnung der alten Frankfurter Anstalt), wie man lokalpatriotisch sagt sondern in der neuen, „aufgebesserten“ Klinik.

Jedoch enthalten diese Beispiele außer Paraphasien auch Agrammatismen und Paragrammatismen, wie denn alle die hier in Frage stehenden Störungen nur selten rein und isoliert vorkommen, vielmehr meist mehr oder weniger eng ineinander verwoben sind. Deutlich ist jedoch, daß es sich hier nicht um Störungen des Denkens, sondern der Sprache handelt. Je massiver diese Störung wird, um so schwieriger und schließlich unmöglich wird es werden, das Gedankliche vom Sprachlichen zu trennen. Es entsteht dann das, was mit dem wenig schönen Ausdruck „Wortsalat“ bezeichnet wird.

Neologismen, entstanden durch *literal-paraphasische Wortverstümmelungen*, wurden schon genannt. Beispiele für solche, die ihre Entstehung fehlerhaften *Wortableitungen* verdanken, wären: „Befürsprochen, blitzig, übergrad, diebstählig, Vielüberreden, Sportheit, Handerheber, Aufbauung“ und solche durch neuartige *Wortzusammensetzungen*: „Nichtfreundesystem, Sinnesputz, Angstkehle, Krampfspiegel, Verbalinduktion, Hauchflüsterung, Ersatzvater, Zurückdenker“. Zu dieser letzteren wohl größten Gruppe gehören die bekannten Wortungeheuer wie „Zwischenparallelverpflegungsabgangsbescheinigung, Etatfinanzministerium und zeugnisfahndungsantrag und Amtsgericht polizeirevier-

sicherheitsverwahrungsauflorderung“. Sie erscheinen allerdings manchmal weniger als eine sprachliche „Mehrleistung“, sondern als „Minusleistung“ im Sinne einer agrammatischen Satzverkürzung.

Daß die Entstehung von Wortneubildungen ein sehr komplexer Vorgang sein kann, zeigt das Beispiel eines Kranken, der angab, er habe in der Schule „nicht den richtigen Aufgreifungsgeist“ gehabt. Dieses Wort vereinigt in sich eine falsche Wortableitung, nämlich „aufgreifen“ statt „auffassen“ oder auch „begreifen“ (die man auch als Kontamination betrachten kann), die verbale Paraphasie „Geist“ statt „Gabe“ und als Ganzes dann die fehlerhafte Wortzusammensetzung „Aufgreifungsgeist“.

e) *Agrammatismen und Paragrammatismen*. Die para- und agrammatischen Sprachstörungen sind solche der Wortstellung (Syntax), Vergreifungen in Wendungen und Sätzen, Vermengungen von solchen oder depeschenartiger Wegfall von Satzkonstruktionen, ferner Irrtümer und Ausfälle im Gebrauch der spezifisch-grammatischen Wörter (Bindewörter, Artikel, Fürwörter u. ä.) sowie Fehler und Mängel in der Verwendung der Interpunktionszeichen, dazu kommen die Fehler beim Lautwandel der Worte (KLEIST). Der Agrammatismus ist somit gekennzeichnet durch den Verlust bzw. eine Vereinfachung und Vergrößerung der Satzbildung bis zum „Telegrammstil“, während bei dem Paragrammatismus die Satzbildung an sich nicht aufgehoben ist, sondern ein Vergreifen in der Wahl und Ausführung der Satzkonstruktion stattfindet.

Beispiele für *Agrammatismen* waren etwa: „Ich habe Schrader aufhören lassen, ich nicht mehr Schrader“, „Fensterscheibe durch zu dunn gesprungen oder durch Hitze“, „Muß ich Kapitalist wirken, um um den Tod herumzubringen“, „Nein, Einladung danke, schlage ab“, „Das war 1930 Feldstraße“, „Ist auch braun“ oder „Ja, Körper“.

Beispiele für *Paragrammatismen*: „Wir sind ein elender Laie nachgemachter“, „so müssen Sie sich nach meiner Person bemühen“, „das Bild ist mit Teefarben-ausführung zu bezeichnete Schneewirtschaft“, „sieht hell aus die Form“, „es ist mir meines Körpers unwohl gewesen“.

Diese im vorigen skizzierten Denk- und Sprachstörungen sind es also, die diejenigen schizophrenen Krankheitsformen charakterisieren, die KLEIST als „verworrne Schizophrenien“ bezeichnet hat, in dem Sinne selbstverständlich nur, daß diese Störungen, die ja bei allen schizophrenen Bildern und Verläufen irgendwann einmal mehr oder weniger ausgeprägt in Erscheinung treten können, vorherrschend sind, dem Zustandsbild sein besonderes Gepräge verleihen, im Anfang schon deutlich dominieren, im weiteren Verlauf die Führung behalten und stets die anderen — psychomotorischen, affektiven, paranoidischen und halluzinatorischen — Symptome eindeutig überschatten. Ohne die genannten Denk- und Sprachstörungen würde es niemals zu jener

schweren „Verworrenheit“ kommen, die bei diesen Formen als hervorstechendstes Merkmal imponiert und der unseres Erachtens eine ebenso große Beachtung geschenkt werden muß, wie man sie bisher schon den katatonen, hebephrenen und paranoiden Entäußerungen entgegengebracht hat. In diesem Zusammenhang sei bemerkt, daß offenbar bei Schizophrenen mitunter auch das *Sprachverständnis* beeinträchtigt ist, worauf besonders FLEISCHHACKER⁴ hingewiesen hat.

Im folgenden sollen in einem ersten Teil der Arbeit unsere Fälle mit vorwiegend sprachlicher und in einem zweiten Teil die mit vorwiegend gedanklicher Verworrenheit gesondert dargestellt werden. Zunächst eine Übersicht über unser Material.

5. Das Material.

Das Ausgangsmaterial bilden diejenigen Krankheitsfälle, die in den Jahren 1920—1935 in der Frankfurter Klinik als „Schizophrenie im engeren Sinne“ oder als „Schizophasie“ diagnostiziert wurden. Das Jahr 1920 wurde, wie auch in unseren früheren Arbeiten, deshalb gewählt, weil in ihm KLEIST die Klinik übernommen hatte und seitdem hier in seinem Sinne nach einheitlichen Gesichtspunkten untersucht und diagnostiziert wurde.

Es fanden sich 16 Fälle von Schizophrenie im engeren Sinne und 7 Fälle von Schizophasie. Die Durchsicht der Krankengeschichten zeigte jedoch, daß nach unserer heutigen Auffassung auf Grund der Erfahrungen, die uns unsere früheren Arbeiten vermittelten, einige Fälle als andersartige Unterformen bezeichnet und deshalb von vornherein ausgeschieden werden mußten. Es waren dies 2 Katatonien, 1 Hebephrenie, 1 progressive Beziehungspsychose, 1 progressive Eingebungpsychose und 1 periodische verworrener Manie.

Andererseits trägt eine nicht unerhebliche Zahl von Krankengeschichten lediglich die Diagnose „Schizophrenie“, was sich zum Teil daraus erklärt, daß in den ersten Jahren nicht immer ein so großer Wert auf die Festlegung einer besonderen Unterform gelegt wurde, zum anderen Teil auch wohl daraus, daß man sich in vielen Fällen nicht zu einer spezielleren Zuordnung entschließen konnte. Es war deshalb notwendig, alle diese Fälle noch einmal kritisch zu überprüfen, selbstverständlich ohne Kenntnis des späteren Verlaufs, und aus ihnen diejenigen auszuwählen, die nach unserer heutigen Auffassung bereits damals als Schizophrenien im engeren Sinne oder Schizophasien hätten bezeichnet werden müssen. Diese Aussonderung nahm KLEIST selbst vor. Es waren 36 Schizophrenien im engeren Sinne und 12 Schizophasien. Auf diese Weise ergaben sich im ganzen 65 Fälle, und zwar 47 Schizophrenien im engeren Sinne und 18 Schizophasien.

Aus diesem Material mußten nun wiederum diejenigen Kranken unberücksichtigt bleiben, deren Beobachtungszeit für eine endgültige Beurteilung zu kurz war. Wir schieden alle aus, deren Krankheit weniger als 5 Jahre beobachtet werden konnte. Es waren 20 Schizophrenien im engeren Sinne und 9 Schizophasien, so daß schließlich 27 Schizophrenien im engeren Sinne und 9 Schizophasien, im ganzen 36 Fälle, ubrigblieben.

Von den 29 nicht verwertbaren Fällen sind 2 Kranke nachweislich nach weniger als 5 Jahren gestorben, 15 wurden nach 3 Tagen bis 4 Jahren entlassen und es konnte über ihr weiteres Schicksal nichts mehr in Erfahrung gebracht werden und 12 müssen als „Verschleppte“ gelten, d. h. sie wurden aus den Anstalten, in denen sie sich befanden, nach 2 Monaten bis 4 Jahren Krankheitsdauer im Zuge der bekannten Aktionen von der „Gemeinnützigen Krankentransportgesellschaft“ nach unbekannten anderen Anstalten „verlegt“.

Die Beobachtungszeit der 36 verwertbaren Fälle beträgt 5—40 Jahre. Ihr Schicksal ergibt sich aus folgender Übersicht:

In Anstalten Gestorbene	17
Verschleppte	4
In eine auslandische Anstalt Verlegte .	1
Entlassene	8
Noch in Anstalten Befindliche	6

Zur Vergrößerung des Materials können nun aber diejenigen Fälle herangezogen werden, die sich im Verlauf der früheren katamnestischen Untersuchungen katatoner und paranoider Schizophrenien als vorwiegend „verworrne“ Formen herausgestellt hatten und zum Teil dort schon beschrieben wurden. Es sind 13 Schizophrenien im engeren Sinne

Tabelle 1. *Übersicht über das Material.*

	Schizo- phrenien im engeren Sinne	Schizo- phrasie	Zusammen
Ursprünglich als Schizophrenie im engeren Sinne oder Schizophasie diagnostizierte Fälle	16 (6+10)	7 (5+2)	23 (11+12)
Davon als katatone oder andere Formen ausgeschieden	5 (4+1)	1 (1+0)	6 (5+1)
Verbleiben	11 (2+9)	6 (4+2)	17 (6+11)
Hierzu von den ursprünglich lediglich als „Schizophrenie“ bezeichneten Fällen .	36 (18+18)	12 (10+2)	48 (28+20)
Zusammen	47 (20+27)	18 (14+4)	65 (34+31)
Wegen zu kurzer Beobachtungszeit ausgeschieden	20 (9+11)	9 (7+2)	29 (16+13)
Verbleiben	27 (11+16)	9 (7+2)	36 (18+18)
Hierzu die vorwiegend verworrenen Formen aus den früheren Arbeiten	13 (4+9)	7 (2+5)	20 (6+14)
Zusammen	40 (15+25)	16 (9+7)	56 (24+32)

und 7 Schizophasien. Damit liegen im ganzen 56 verwertbare Fälle, 40 Schizophrenien im engeren Sinne und 16 Schizophasien vor. Die vorstehende Tabelle 1 soll diese Verhältnisse übersichtlich veranschaulichen, wobei die in Klammern gesetzten Ziffern die Anzahl der Männer und Frauen bezeichnen.

II. Die Schizophasien.

1. Die KRAEPELINSche Auffassung.

Was verstand KRAEPELIN²⁰ (S. 859 ff.) unter „Schizophasie“? Er beschreibt darunter eine eigenartige Gruppe von Fällen mit Sprachverwirrtheit, deren Endzustand durch eine ungemein auffallende Störung des sprachlichen Ausdrucks bei verhältnismäßig geringer Beeinträchtigung der übrigen seelischen Leistungen gekennzeichnet wird. Im Beginn allmäßliches Versagen mit Unstetigkeit und läppischen Handlungen oder Verstimmungszustände mit Sinnestauschungen, Verfolgungsidenen und ernsthaften Selbstmordversuchen. Öfters schubweiser Verlauf. Nach und nach, mitunter binnen kurzer Zeit, Herausbildung der Sprachverwirrtheit. Gute örtliche, zeitliche und personelle Orientierung. Gehörstauschungen scheinen fortzubestehen, spielen aber keine erkennbare Rolle und werden nicht weiter verarbeitet. Wahnbildungen, wie Verfolgungs-, Größen- und Beeinflussungsideen sind angedeutet, aber verschwommen, werden nur gelegentlich, oft in scherhaftiger Form, vorgebracht und gewinnen keinen Einfluß auf das sonstige Denken und Handeln. Stimmung gehoben, selbstbewußt, freundlich, zeitweise gereizt. Verhalten geordnet, interessiert an den Vorgängen der Umgebung, bisweilen etwas schrullig, Neigung zu kleinen Eigenheiten. In der Regel sehr brauchbare, fleißige und geschickte Arbeiter, die sich selbstständig betätigen, aber ihre eigenen Wege zu gehen lieben, ihre Obliegenheiten mit großer Sorgfalt erledigen, jede Zusammenarbeit mit anderen abwehren, auch einmal einen ganz unsinnigen Streich liefern. Sie pflegen sich ohne Schwierigkeiten in das Anstaltsleben einzufügen und sich dort einen bescheidenen Wirkungskreis zu schaffen, ohne weitergehende Wünsche zu äußern. Ein gewisser Rededrang äußert sich nur in der Unterhaltung, hier und da wohl auch in Selbstgesprächen. Auf einfache Fragen erhält man kurze, sinngemäße Antworten. Oft wird die Haltung eines Vortragenden angenommen. Bald zeigt sich ein in fließender Rede und mit einer gewissen Genugtuung vorgebrachter Schwall beziehungsloser, meist gänzlich unverständlicher, mit sprachlichen Entgleisungen und Wortneubildungen reichlich durchsetzter Äußerungen. Bisweilen vermag man aus dem Verhalten des Kranken und einzelnen weniger unsinnigen Bestandteilen der Rede wenigstens ungefähr zu erraten, welche Gedanken er etwa ausdrücken will, Erzählungen aus der Vergangenheit,

Klagen, Prahlereien, Sticheleien, aber alles versteckt in den verbluf-fendsten und dazu unvermittelt auf die entlegensten Vorstellungs-gebiete abschweifenden Wendungen.

Aus dem von KRAEPELIN als Beispiel angeführten Brief folgende Probe.

„Der sentimentale Beruf der Welschneureuther Bürger erheischt nach dem erhabenen Geburtstagsfest Sr. Majestat des erlauchten Konigs Wilhelm Karl vor allem seine gesamten geistigen Krafte zu sammeln, um ihrer seelsorglichen Fur-bitte in dem Herrn gerecht zu werden. So haben es sich 40 angesehene Sturm-patrioten in Anbetracht der Aufhebung der Statuten der Universitat Erlangen zum heutigen angelegen sein lassen, als erste rückwirkende Negative in analogisch-patriotischen Sinne zu bekraftigen. Die Artikel 1 der Welschneureuther Ver-fassung, bestehend in brennbar verfugbarem Kriegsmaterial Sr. Majestät zur aller-gnädigsten Disposition zu stellen, ferner die ruchbarsten Handlungen, wie Um-gang mit Vieh, Schafen und welschen Hahnen gehorsamst einzustellen“ usw.

Das Wesentliche seiner Beobachtungen faßt KRAEPELIN dahin zusammen, daß diese Kranken sich durch eine Vernünftigkeit und Ordnung in ihrem Benehmen und Handeln auszeichnen, was zu der Annahme zwinge, daß es sich hier nicht um eine schwere Denkstörung, als vielmehr um eine Unterbrechung der Beziehungen zwischen Gedankengang und sprachlichem Ausdruck handelt.

2. Die Schizophasie seit KRAEPELIN.

Soviel über das schizophrene Denken und die schizophrene Sprache geschrieben worden ist, so wenig war bisher — soweit wir die Literatur übersehen — die Schizophasie im KRAEPELINSchen Sinne Gegenstand besonderer Bearbeitung. BLEULER¹ (S. 88) erwähnt die Schizophasie nicht als eine eigene Krankheitsform, sondern als ein besonderes schizophrenes Zustandsbild, eben das der „Sprachverwirrtheit“. Er sagt dabei, in der Sprache drückten sich natürlich die Abnormitäten des Gedankenganges aus, es sei aber bemerkenswert, daß nicht nur bei Aphasischen, sondern auch bei Schizophrenen der sprachliche Ausdruck ganz unverständlich sein könne, ohne daß die Gedanken ent-sprechend konfus werden, wie das geordnete Benehmen und Arbeiten der Kranken zeige.

BUMKE² (S. 551ff.) erwähnt die Schizophasie in seinem Lehrbuch überhaupt nicht. In dem Kapitel über die Sprache der Schizophrenen führt er Bizarrieren, Manieren und Sterotypien, Infantilismen, Ver-bigerationen und Neologismen an, er weist im Hinblick auf die Traumsprache der Gesunden auf den KRAEPELINSchen Vergleich der-selben mit der sensorischen Aphasie hin und deutet an, daß „vielleicht erst mit dieser Bemerkung der Weg angedeutet wurde, auf dem die weitere Forschung die schizophrene wie die inkohärente und die Traum-sprache aufklären könnte“. Auch er erwähnt als etwas Besonderes

jene Kranken, deren Sprache nicht bloß zerfahren, sondern wirklich schon zerfallen scheint, die aber dann eines Tages durch treffende und klar formulierte Bemerkungen überraschen und zuweilen ganz verständige Dinge sagen.

Auch für LANGE²¹ (S. 181), der die Bezeichnung Schizphasie nicht gebraucht, ist die „Sprachverworrenheit“, der „Wortsalat“, nur eine „recht kennzeichnende schizophrene Sprachstörung, die bei vielen Kranken auftritt“. Es sei nicht sicher zu sagen, ob sie Paraphasien und Paralogien enthalte, offenbar handele es sich um ein gestaltloses Ausdrucksbedürfnis ohne die Absicht, etwas Bestimmtes kundzugeben. Viele der Kranken könnten beliebig zu mehr oder weniger normalen Mitteilungsleistungen umschalten. Neben sprachlichen Verschrobenheiten und Spielereien treffe man doch nicht selten eine Wortwahl an, die an die Paraphasien der Aphasischen erinnert, um so mehr, als manche Schizophrene um die Wortfindung ringen, d. h. Störungen darbieten, die gelegentlich jenen der amnestischen Aphasie gleichen können.

EWALD* meint, das Auftreten sprachlicher Entgleisungen, die an Paraphasien oder Paragrammatismen erinnern, wie sie die Aphasielehre kenne, sei nicht regelmäßig genug, zuweilen auch zu regelmäßig, um die Parallele mit aphasischen Störungen voll zu rechtfertigen. Auch er erwähnt eine Kranke, die in der Anstalt völlig verworren sprach und schrieb, sich aber, wenn sie Ausgang in die Stadt bekam, lange Zeit hindurch völlig normal unterhalten und jederzeit verständlich ausdrücken konnte. EWALD ist der Ansicht, dies lasse sich mit aphasischen Störungen nicht gut vereinbaren.

GRUHLE⁵ (S. 412) erwähnt die Schizphasie im Sinne KRAEPELINS kurz bei der Besprechung katatoner Bilder. „Wie der Mutismus über Jahre bei im Handeln und Benehmen ungestörten Kranken bestehen kann, so tritt in manchen Fällen das Übermaß des Sprechantriebs in auffälliger und isolierter Form hervor. Hier handelt es sich um das beherrschende Heraustreten von sprachlichen Erregungen im Verlauf katatoner Zustandsbilder“.

KLEIST⁶ hat bereits 1911 darauf hingewiesen, daß es, wie Untersuchungen an „sprachverwirrten“ Kranken zeigten, Störungen der „Rede“ gibt, die sowohl von Denkstörungen und inhaltlicher Verwirrtheit wie von Störungen der Wortfindung und anderen aphasischen Symptomen unabhängig sind. 1914 veröffentlichte er⁸ eingehende Untersuchungen über die einzelnen Sprachstörungen bei Geisteskranken, darauf hinweisend, daß deren sprachliche Absonderlichkeiten bisher wie Kuriositäten gesammelt und beschrieben worden seien, während nach seiner Überzeugung von ihnen der Fortschritt in der Aphasieforschung ausgehen werde. 1918, in einem Bericht über die einzelnen

* EWALD: Lehrbuch, S. 368, 1944.

Formen der endogenen Verblödungen stellt er⁹ den inkohärenten Formen diejenigen nahe, die sprachliche Störungen (Wortverwechslungen, Paragrammatismen, Wortneubildungen u. ä.) zeigen und denen er die von KRAEPELIN als Schizphasien abgesonderten Fälle zurechnet, ebenso wie er¹¹ 1923 darauf hinweist, daß sich „vielleicht in Anlehnung an KRAEPELIN noch eine als Schizphasie zu bezeichnende Form mit ganz überwiegenden Störungen des sprachlichen Ausdrucks“ abtrennen lasse. 1943 hat KLEIST zusammen mit MEYER und LEONHARD³⁰ (S. 154) einen Fall von Schizphasie ausführlich beschrieben und die einzelnen Störungen einer eingehenden Analyse unterworfen. Adolf SCHNEIDER³³ hat Untersuchungen über Sprachstörungen bei „Schizphasien“ angestellt. Es handelte sich bei seinen Fällen jedoch nicht um Formen im KRAEPELINSCHEN Sinne, sondern um teils mehr paranoide, teils mehr katatone Schizophrene, denen lediglich die Aufälligkeiten der Sprache gemeinsam waren. Seine Untersuchungen waren zudem nicht auf klinische Gesichtspunkte gerichtet, sondern auf systematische Sprachuntersuchungen. Er nennt die 3 theoretischen Möglichkeiten: 1. der gestörten Sprache bei intaktem Denken, 2. der normalen Sprache bei gestörttem Denken und 3. der Mischung und Komplizierung beider Störungen. „Je mehr wir uns von den gewöhnlichen Schizophrenien her den Schizphasien nähern, desto zahlreicher treten die Sprachstörungen in Erscheinung, während dort, wo die Störungen im sprachlichen Ausdruck zurücktreten, die Denkstörungen mehr zutage kommen“. A. SCHNEIDER glaubt, auf Grund seiner Befunde das Vorkommen isolierter Sprachstörungen bei Schizophrenen erwiesen zu haben.

LEONHARD beschreibt in seinem Buch über die defekt-schizophrenen Krankheitsbilder die Schizphasien (im KRAEPELIN-KLEISTSCHEN Sinne) wegen ihrer Seltenheit unter den nicht-systematischen Formen (S. 114). Er faßt den Begriff sehr eng unter Außerachtlassung aller Formen, die ihre schizphasischen Erscheinungen nur neben anderen Symptomen haben (wie z. B. die paranoiden). Er fand in seinem großen Material nur 6 Fälle, von denen nur 3 wirklich rein waren. Diese waren dadurch gekennzeichnet, daß „unter lebhaftem Gestikulieren in einem geradezu logorrhoischen Rededrang ein völlig unverständlicher ‚Wortsalat‘ produziert wird“. Die Urteilsfähigkeit bleibe gut, wie man aus inselhaft in den Redestrom eingestreuten Bemerkungen und vor allem aus dem verständigen Gesamtverhalten der Kranken entnehmen könne. LEONHARD weist auf die starke Belastung seiner Fälle hin, worin er eine Bestätigung seiner Auffassung als „atypische“ Formen sieht. In 2 späteren Arbeiten^{26, 28} geht er nochmals ausführlicher auf die Schizphasie ein, die er als eine Kombinationsform phantastischer und verbalhalluzinatorischer Schizophrenie aufzufassen geneigt ist, wobei er

allerdings betont, daß seine Beweisführung nicht auf festen Fußen stehe. „Entweder ist die Schizophasie eine kombinierte Systemkrankheit, die auffällig viel akzessorische Symptome hat, oder sie ist im Grunde genommen doch unsystematisch und erbiologisch gesprochen polyphän“.

3. Unsere Fälle.

Als Schizophasien (vgl. Übersicht auf S. 347) wurden ursprünglich 7 Fälle diagnostiziert. Diese auffällig kleine Zahl bestätigt die LEON-HARDSche Beobachtung von der Seltenheit der Schizophasien. Sie erscheint um so auffälliger, wenn man sie mit der Anzahl der Fälle aus unseren früheren Untersuchungen anderer Sonderformen vergleicht: 184 Katatonien aus 5 Jahren, 58 progressive Halluzinosen und 88 paranoide Demenzen aus je 10 Jahren, 49 Phantasiophrenien und 83 progressive Beziehungspsychosen aus je 15 Jahren! Allerdings ist dabei zu bedenken, daß diese Zahlen jeweils verschiedene Unterformen und sowohl reine als auch Mischformen umfassen. Von den 7 Fällen mußte einer von vornherein ausscheiden (Ho.), weil die Durchsicht der Krankengeschichte zeigte, daß es sich zweifellos um eine Katatonie gehandelt hatte, die damalige Diagnose also zu Unrecht gestellt worden war. Ein weiterer Fall (He.) muß wegen zu kurzer Beobachtungszeit (4 Jahre) unberücksichtigt bleiben. Aus demselben Grunde entfallen von den 12 „Schizophrenien“, die von vornherein als Schizophasien hätten bezeichnet werden müssen, 8. Die hohe Zahl der katamnestisch nicht mehr erfaßbaren Fälle erklärt sich durch zeitbedingte Umstände, wie Ausbombung, Evakuierung usw., die es unmöglich machen, den Aufenthaltsort etwa noch lebender Kranker ausfindig zu machen, und durch die Vernichtung der Krankengeschichten der Verschleppten. Es verbleiben schließlich 9 Kranke, deren Schicksal und Krankheitsentwicklung über eine genügend lange Zeitspanne hinweg verfolgbar ist. Von ihnen sind 5 in Anstalten gestorben (1 nach 9, 2 nach 10 und 2 nach 18jähriger Krankheitsdauer), 1 wurde nach 7 Jahren „verschleppt“, 2 nach 10 bzw. 26 Jahren entlassen und 1 befindet sich zur Zeit noch in der Anstalt. In allen 9 Fällen rechtfertigten Symptomgestaltung und Verlauf die ursprüngliche Auffassung. Allerdings bleibt zu untersuchen, ob das, was wir als Schizophasie bezeichnen haben, völlig dem entspricht, was KRAEPELIN ursprünglich wohl gemeint hat. Alle unsere Fälle haben sich, zumindest zu irgendeiner Zeit einmal, durch das Vorherrschen schizophasischer Erscheinungen ausgezeichnet, diese haben als etwas Wesentliches, wenn nicht überhaupt als das Wesentliche, imponiert. Es bleibt nun nachzuprüfen 1. ob dieses Schizophasische wirklich das Leitsymptom der gesamten Erkrankung war, also über andere psychotische Zeichen dominierte und nicht nur eine gelegentliche vorübergehende Zutat darstellte, ob also tatsächlich im KRAEPELINSchen Sinne

hier von einer besonderen, wohlcharakterisierten Krankheitsform bzw. im Sinne KLEISTS von einer Systemkrankheit gesprochen werden kann. 2. Wenn dem so sein sollte, ob das Schizophasische mit ganz bestimmten anderen Symptomen gesetzmäßig vergesellschaftet ist, in welchem Falle dann das von KRAEPELIN entworfene Bild vielleicht vervollständigt, abgerundet oder auch korrigiert werden könnte. 3. Mit welchen anderen schizophrenen Symptomenkomplexen sich gegebenenfalls das Schizophasische verbindet und somit etwa Kombinationsformen mit bekannten einfach systematischen Schizophrenien bildet.

Im Interesse der Einheitlichkeit und Übersichtlichkeit der Darstellung erscheint es zweckmäßig, in die Betrachtung dieser 9 Fälle gleich diejenigen miteinzubeziehen, die uns bei den Katamnesen katoner und paranoide Schizophrenien als vorwiegend schizophasische erschienen. Es handelt sich um die Fälle Bas. (aus NEELE-KLEIST³¹), Vo., Le., Ma., Sa. (aus MEYER-LEONHARD-KLEIST³⁰), Ho. (aus SCHWAB³⁷) und Bá. (aus SCHWAB³⁶), durch die sich unser Material auf 16 Fälle erhöht.

Es folgt zunächst die Beschreibung und zusammenfassende Betrachtung derjenigen Fälle, die wir als typische Schizophasien, d. h. als reine Grundformen, auffassen.

A. Typische Schizophasien (reine Grundform).

Schm., Friedrich Wilhelm, geb. 1905. Hilfsschüler, Analphabet, Gelegenheitsarbeiter. Gutmutig-umgänglich, aber leicht reizbar. Von kleinem, asthenischem Körperbau, Mikrocephalus, Gesichtssymmetrie. Erbliche Belastung: Vater dem Eindruck nach schwachsinnig, eine Schwester der Mutter jahrzehntelang geisteskrank in einer Anstalt, 2 Brüder der Mutter endeten durch Suicid.

Krankheitsbeginn 24jährig, ohne äußere Ursache, ziemlich plötzlich. Schm. wurde mißtrauisch, redete „wirr“, äußerte Großenideen. Deshalb am 14. 7. 29 Aufnahme in die Klinik.

Produziert hier expansive Ideen: Er sei gescheiter als der Arzt, habe ein großes Opfer für Deutschland gebracht, habe große Erfindungen gemacht, sei Kaiser. Durch ein Patent, das er erfunden habe, sei der ganze Schwindel herausgekommen, daß man ihn um alles bringen wolle. Halluziniert, er habe durch das Radio gehört, daß er Kaiser sei. Der Federhalter (!) habe eben gesagt, er solle ins Zuchthaus gebracht und erwürgt werden. Das sei nur Neid. Der Herrgott habe ihn beauftragt, die Menschen zu bekehren. Sprachlich einige Verfehlungen: „1905 hab ich schon geboren“ oder „Ich hab's genau gewiesen“ (statt gewußt). Ist gereizt ablehnend, läßt sich experimentell nicht untersuchen, als Kaiser brauche er keine Auskunft zu geben. Ist murrisch, spricht nichts, geht auf keine Fragen ein, man wisse ja alles. Muß gefüttert werden. Wird nach 11 Tagen in die Anstalt H. überführt. Diagnose: Katatonie, Imbezillität.

In der Anstalt meist ruhig, arbeitet fleißig, reagiert auf Anrede meist nur mit einem blöden Lachen, spricht spontan fast nichts. Bisweilen ist er negativistisch erregt. Einmal wird von einem stärkeren verworrenen Rededrang berichtet, in dem er äußerte, seine Mutter habe ihn ohne einen Mann erzeugt, seine Vorfahren seien Herrgötter, er regiere die Welt durch Gedankenübertragung. Beruhigt sich bald wieder, wird dann gegen Revers entlassen (24. 2. 30).

30. 11. 31—11. 8. 33 lebt er als Hausling in der Anstalt K., wird als fleißiger, ruhiger Arbeiter bezeichnet, der keine Schwierigkeiten macht. Muß aber dann doch wegen halluzinatorischer Unruhe am 11. 8. 33 in die Klinik gebracht werden. Hier fallen jetzt schwere Sprachverfehlungen auf, massenhafte Wortneubildungen, A- und Paragrammatismus, bei der experimentellen Prüfung außerdem grobe Störungen im Erkennen, im feineren optischen Wahrnehmungsvermögen und paralogische Denkstörungen.

Beispiele: (Wo er sich befindet?) „Im altzeitlich aufgebesserten neuen Affenstein, wenn man sinnpatriotisch sagt“. (Morgenstunde) „Was heißt das, wenn es einem sehr gut geht und man kann sich einige Zeit auf Erden sehr gut führen und stille sitzt und stille denkt“. (Viele Köche . . .) „Geben Sie acht, da kommt bei mir das Lesen und Schreiben und Rechnen in Frage. Da muß einer noch viel besser sein, als wenn er schlechter ist und hat gar nichts geleistet, und die Eltern hatten kein Sinnwort von ihm, und die hatten doch das Glück und die Geistesmöglichkeit vom Friedrich Wilhelm Schm., wo er mit 400 Stunden gute Unterhaltungssprache für sich ehrlich schuldig und nicht schuldig und doch schuldig erklärte“. (Der Apfel . . .) „F. W. Schm. gründet tief seine Spezialkunst nicht ewig aussterbende der schlechteste, verkommenste auf der Welt“. (Warum reden Sie Unsinn?) „Weil ich Ihnen auch mal einen Spaß machen will, wir sind doch beide Verschwiegene, wo der Vater hinter der Tür liegt, wo im Untersuchungsgefängnis stolz weht die Flagge Schwarz-Weiß-Rot und das ganze Neue, wo F. W. Schm. gezwungen erfunden eine Denkpfeife“. — Bringt dies in einem „dauernden Sprachdrang“ vor, lauft dabei unruhig auf und ab.

Als Beispiele für seine Wortneubildungen: „Leichtinstanz, Leseerinnerungsstunde, Behaltungsrechnen, Fortrechnen, unwaagrecht, Wachskuren, untergehbar, Vorgangerbrüder.“

Ist im übrigen ein ruhiger, williger, sehr fleißiger Arbeiter. Wird nach 2 Monaten in die Anstalt E. verlegt. Diagnose: Schizophrenie.

Aus der Anstalt nach 1 Jahr 9 Monaten versuchsweise nach Hause entlassen. Auch hier zunächst ruhig, beschäftigte sich, dann wieder zunehmende halluzinatorische Unruhe, hörte Stimmen, glaubte, im Ofen säßen Männer, schlug mit der Schaufel nach dem Ofen. Deshalb am 27. 1. 36 zum dritten Male in die Klinik.

Bietet hier das gleiche Bild schwerster Verworrenheit wie während des vorangegangenen Klinikaufenthaltes. Erscheint aber in seinem äußeren Verhalten weniger geordnet als früher, verrichtet seine Arbeiten nur unvollkommen und unordentlich, ist unruhiger, halluziniert häufiger, gibt an, die „Fernstimmen“ veranlaßten ihn zum Schreien. Seine Äußerungen sind nur noch selten einigermaßen zu verstehen. Wortvergreifungen und -neubildungen kommen massenhaft vor, kein Satz wird mehr grammatisch richtig durchgeführt, die merkwürdigsten paralogischen Gedankenverbindungen tauchen auf und sind in ihrem inkohärenten Abschweifen kaum mehr verfolgbar. Größenideen schimmern auch jetzt noch durch, so z. B. wenn er sagt, in der Anstalt sei er „der größte Zweifelungsbekämpfer“ gewesen, oder wenn er sich, nach seinem Beruf befragt, bezeichnet als „Dirigent und Präsident als 88000 der Deserteure, der um die Welt ringt mit Mutscharek, Mannskop, Mugardinur, das sind die Hauptspitzenkandidaten“.

Aus seinem Rededrang die folgenden Beispiele: (Wie lange sind Sie hier?) „Wie lange ich schon hier bin? Ich bin überhaupt in Behandlung seit 900 nach seiner Gesinnung, nach seiner Abmachung, der Besuch mit sämtlichen Bedingungen . . . und das ist . . . die Krankheit hat sich erst seit 1918 von 18 auf 19 und 20, weil die Herren sich nicht anwesend . . . der Herren auch bei Überraschung Weihnachtsmarchen . . . (?) Das ist alles genau organisiert, das ist nur,

weil der Friedrich Wilhelm Schm. ruhig sitzt seit 1905 von lokod. Weil man sich das auch wieder zum Heil und Nichtheil verwenden kann“. Oder: „Ich spreche leidenschaftlich gern über die Schnur, meine Herren, wenn sich die Herrschaften grund- und nationalbewegender Erfinder von Herborn als Friedrich Wilhelm Schm., weil dort 88000 Regimenter, bin ich dort der größte Zweifelungsbekämpfer, 100% dummer stellen“.

Aus diesen und anderen Äußerungen lassen sich die verschiedenen Arten sprachlicher Störungen ohne weiteres herauslesen: *Paragrammatismen*, schon erkennbar an den häufig nicht zu Ende geführten Sätzen, dann aber in Satzverbildungen, wie „wir sind ein elender Laie nachgemachter“ oder „aber doch ist ganz genau und das nicht bestehende in dem Parteikampf“. *Agrammatismen*: „Das sind die neuen Sachen, nicht gestört und nicht zu foltern“, oder „muß ich Kapitalist wirken, um um den Tod herumzubringen“. Entsprechend der sprachlichen Hyperproduktion finden sich besonders zahlreich fehlerhafte sekundäre Wortzusammensetzungen: „Nervenzusammenbruchsystem, Unterkörperschmerzen, Nichtfreunde-system, Hinterepileptiker, Unterbedingwort“. Fehlerhafte *Wortableitungen* sind „übergangsweise, übergrad, Vielüberreden, diebstählig“. *Wortvergreifungen* zeigen folgende Beispiele: „Ich will euch das Dingwort besser ratseln“ und „die Sonne hat kargliche Seite . . . eine falsche Seite“. Diese Vergreifungen haben geradezu den Charakter einer Wortfindungsstorung, die sich auch durch Benennenlassen von Gegenständen demonstrieren läßt: (Stempel) „Ein Druckdingwort“. (Loscher) „Das ist für das Schreiben . . . der Wischer“, (Stempelkissen) „Ein Hausch oder Pausch, wo man die Tinte raut, wo man ein Wort reintut“. (Brille) „Eine Handbrille“. Die Entstehung von Neologismen ist hier aus dem Suchen nach einer passenden Bezeichnung heraus unmittelbar zu beobachten. Schließlich sind *paraphasische Wortentstellungen*, die schon an literale Paraphasien anklingen, „wangetreu“ und „lokod“, letzteres soll nach seiner Angabe Lokus bedeuten. Diagnose: Schizophasie. Am 3. 3. 36 Verlegung in die Anstalt H., von dort aus am 28. 2. 41 Überfuhrung in eine unbekannte Anstalt. Dabei wurde die Krankengeschichte vernichtet, so daß uns Aufzeichnungen seit 1936 nicht mehr vorliegen.

Beurteilung. Beginn mit wahnhafter Einstellung, Phonemen und Größenideen. Gereizt-ablehnende Haltung. Arbeitet aber von Anfang an fleißig, verhält sich im allgemeinen ruhig und kann deshalb bald entlassen werden. Dann 3 Jahre lang im Anstaltsrahmen ruhiger, fleißiger Arbeiter, der keine Schwierigkeiten macht. Halluziniert wohl dauernd mehr oder weniger und muß eines Tages wegen schwerer halluzinatorischer Unruhe wieder in die Klinik aufgenommen werden. Jetzt massive Sprachverfehlungen mit massenhaften Paraphasien, Neologismen, A- und Paragrammatismen. Sch. ist aber weiterhin ein ruhiger, williger und fleißiger Arbeiter, so daß er nach 2 Jahren wiederum entlassen werden kann. Erst ein neuer halluzinatorischer Erregungszustand 5 Monate später gibt Anlaß zur erneuten Aufnahme. Die schwere Sprachverwirrtheit hat noch zugenommen, Größenideen schimmern noch durch. Die Phoneme sind dauernd deutlich und dadurch das Verhalten nun weniger geordnet, die Arbeit unvollkommen und unordentlich. Über die nächsten 5 Jahre des Anstaltsaufenthaltes ist leider nichts mehr bekannt.

Die überblickbaren 7 Jahre des Krankheitsverlaufes sind also gekennzeichnet durch Stimmenhören, Größenideen und eine hochgradige Verworrenheit der Äußerungen. Daß diese vornehmlich eine sprachliche ist und eigentliche Denkstörungen eine geringere Rolle spielen, glauben wir aus dem Nachweis der verschiedenen aphasischen Einzelstörungen schließen zu dürfen, für die wir genügend Beispiele angeführt haben. Es entspricht dieser Auffassung das geordnete äußere Verhalten. In diesem Zusammenhang ist aber auch daran zu denken, daß es — worauf schon früher KLEIST³⁰ (S. 157) und neuerdings PITTRICH³² hingewiesen haben — verschiedene Arten von Denken gibt, unter ihnen vor allem neben dem mit der Sprache eng verbundenen und von ihr formal geleiteten abstrakt-logischen Denken ein mehr technisches „Denken im Handeln“. Erstes wird beim Schizophasiker sicherlich mitgestört sein, während sein vernünftiges Benehmen, überlegtes Handeln und Arbeiten aus einer Unversehrtheit des letzteren verstandlich wären. Psychomotorische Auffälligkeiten spielen bei Sch. während des ganzen Krankheitsverlaufs keinerlei Rolle, die anfangs vorhandenen Beziehungs- und Beeinflussungserlebnisse treten zurück. Will man bei den Größenideen das Gewicht auf das Phantastische legen, so würde das mit den LEONHARDschen Beobachtungen von der phantastischen und verbal-halluzinatorischen Komponente übereinstimmen (darüber s. Genaueres S. 375). Im ganzen jedenfalls entspricht das Krankheitsbild, das von Anfang an gleich bleibt und jeden Wechsel der Symptomatik vermissen läßt, weitgehend der KRAEPELINSchen Beschreibung (in der ja auch Sinnestäuschungen und Wahnideen zum Teil expansiver Art als zum Bild gehörig angegeben werden), so daß wir wohl ohne Bedenken hier die Diagnose Schizophasie im Sinne KRAEPELINS stellen dürfen.

Pe. Wilhelm, geb. 27. 5. 1887. Kunstmaler. In der Schule „mäßig gelernt“, in seinem Beruf sehr tüchtig. Über prapsychotische Persönlichkeit nichts Genaueres bekannt. Körperlich mittelgroß. Keine erbliche Belastung. Krankheitsbeginn mit etwa 25 Jahren (1912) ohne äußere Ursache. Schrieb folgende 2 Briefe an den Generalleutnant v. K. in Gl.: „Wurrlich, Gr. Beckern, 4. 1. 12. Seiner Eminenz der Henker und Scharfrichter General-Feldmarschall Leutnant Wilhelm von Peuk. Unbekannterweise! Bei einer Kalte von 49—60° C ganz ergebenster Diener Hochberg — Völker erteilen Lehre — Dank. — Dank der Festung Gl. im Namen des Vaters, des Sohnes und des Heiligen Geistes! Und die Tataren schrieben zur Lastierung, Sportheit mit wohlüberlegter Taktik, aller repitanten, das Wort letzterer Substanz wird Ihnen Ihrer Bildung angemessen schwer fallen, ganz ergebenster Diener. — in spe — Jurok — das isser Weib der Meister, der freien Chassee, freilich, nur, um von K., Major, verheiratet ist er auch — da, da, da, da, da, da, da, da — da — Szczafrynsky = König-Scharfrichter.“

„Dem Generalmajor v. K. Ich erteile Ihnen den direkten Befehl innerhalb 24 Stunden allen und den sich mir wiedersetzen Offizier jedweder Art und Weise die Freiheit zu zeigen reiner, wirklich katholischer Herkunft zu zeigen bis zur Verbannung an den Ural, Name gesprochen, auf daß die Naciele sichtbar. — Der Mann ist irre, das Weib ist Wild. So ungefähr denke ich mir Ihre Handhabende

Regentschaft. Selle. Mattes, Matteus und Selle Peuk. — Zu Tode sind Sie verurteilt usw. — Wilhelm Peuk! — in Audienz einer Samenhandlung mit Schaffen gelaß. — Autor — dies in Zukunft zur Erinnerung der Akademie Wilhelm Peuk. Heiratsfreudiger — Imperor de France“.

Wurde auf Grund dieser Briefe der Anstalt zugefuhrt. Hier gibt er an, durch seine Briefe habe er gewisse Zustände beim Militär beseitigen wollen. Später sagte er jedoch, er habe wohl etwas zuviel Bier getrunken und bereue seine Schreibereien. Drückt sich aber auch jetzt äußerst unklar und geschraubt aus. Er habe die Briefe aus „freier Gedankenformel“ geschrieben, er sei sehr „aufgelebt, erheitert, mobil, frohlich“ gewesen. „Es kann sich nur höchstens um nachtliches Biertrinken handeln.“ Im Schlaf verfalle er in Traumgedanken, das sei „direkt merkessachliche Träumerei“, darunter verstehe er „vergangene Sachen, praktische Handhabung“. Auf die Frage nach Stimmen gibt er an, früher habe er „spielende Musik, Gerausche“ gehört. Habe auch „Durchgehen von Pferden, Herabstürzen von Häusern, Niedergang von Luftschiffen“ gesehen, das sei „im Gedächtnis, natürliche Vorstellung“ gewesen. Meint dann, im Kopfe sei es ihm etwas durcheinander gegangen durch großen Geschäftskummer, man könne es wohl als einen Anfall von Aufregung und Gedankenverwirrtheit bezeichnen. Schreibt einmal eine „Retourschau“ auf die Zeit seines Anstalsaufenthaltes, darin heißt es bei der Schilderung seiner Mitkranken: „Darunter krampfleidende junge Männer, wenig fachlich grundfassende Professionslose, auch unter Kuratell gestellte wie ich hörte, vollkommen werkesberechtigte gesunde Person auch Taubstumme junge und ältere Leute, Traumesbefangene sich in die Geschlossenheit ziehende Person“. Verhält sich gleichmäßig, ruhig, unterhält sich mit anderen, liest Zeitungen, beteiligt sich an Brettspielen, spielt Geige, ist zufrieden und höflich. Geht später regelmäßig, fleißig und unverdrossen zur Arbeit; geordnetes Verhalten, verständige Auffassung und Äußerungen. Wird nach 2 Monaten entlassen.

1915, als Soldat, wurde Pe. einige Tage in der Anstalt H. beobachtet. Genaueres über seinen damaligen Zustand ist nicht bekannt, man nahm eine leichte Form von Hebephrenie an und entließ ihn wieder als dienstfähig zur Truppe. Von 1916—1920 befand er sich in französischer Kriegsgefangenschaft.

1920 tauchte Pe. in Frankfurt auf. Eines Tages erschien er im Polizeipräsidium und wünschte einen Offizier zu sprechen, um ihn zu fragen, „was er im Brotschneiden von ihm halte“. Dabei riß er ein Plakat, das eine Anordnung über Waffenscheine enthielt, ab. Außerdem fand man bei ihm eine Postkarte folgenden Inhalts: „Das königl. preuß. Polizeikommissariat Magdeburg. Sie Handerheber am rechten Flügel zu zeichnen wie ein Belge. Der Zuzügler Karl Oskar Wilhelm aus Hochemmerich verwiesen an das Hauptpolizeiamt Berlin. Der Stadt Staat wird von mir unter Anklage gehalten bis das sich Ihre Widmung, Genehmigung über die Entblößungsamter. Der allgemeinen Fratzenschneiderei Gewehrfeuer zu bedienen. Hochachtungsvoll Peuk.“

Er wurde deshalb am 30. 11. 20 in die Klinik eingewiesen. Erzählt hier sehr unklare Geschichten: Der Polizei habe er berichten wollen, daß von den Gartenarchitekten Schwindel getrieben werde, daß durch Annoncen Leute aufgefordert würden, sich zu melden, ohne daß Stellen frei waren und daß eingeschickte Zeugnisse nicht zurückgeschickt wurden. Das Waffenscheinschild habe er abgerissen, weil die Waffenscheine empfohlen wurden, „wenn wir uns einer Waffe bedienen wollen“. „Es ist doch nur, daß sie uns nachstellen, das ist nur Anafferei, man bekommt weder Waffen noch Schein.“ Die Polizei verfüge über das „32jährige Minutenverfahren“, so stehe auf einem Formular. Auf die Frage, was das bedeuten solle, sagt er: „Die Leute wollen mich aufnehmen.“ Die Bedeutung einer von ihm geschriebenen Postkarte erklärt er wie folgt: „Die Zeitung tragt bisher einen gelben

Umschlag, und die Gartnergehilfen werden durch Unterernahrungszustand nicht genügend vom Staate herausgeschickt. Wohlwissentlich ist die Möllersche Zeitung eine Gärtnerzeitung, die sich die Aufgabe macht, die Zeitungen in gelben Hüllen zu verschicken. Gelb wird mit krank bezeichnet. Daß die Gartner sehr viel mit Tripper zu tun haben, respektive Spaß daran finden, ist solche Zeitung in der Verfassung für Wohlmeinende das Richtige wieder zu finden.“

In der Klinik schreibt er seinen Lebenslauf, aus dem die beiden folgenden Stellen zitiert seien: „Da mir der Ort G. sowie der Amtsvorsteher im Verkehr zuwider wurden, erhielt ich nach einigen Empörungen den Schreibkrampf und wurde ohne weiteres einen höheren Militärwürdenträger Correspondenz erteilt zu haben dem Stadtobearzt Herrn Romer eingeliefert.“

Es bezieht sich dies auf seine Einweisung in die Anstalt L. im Jahre 1912. Der Ausdruck ist völlig paragrammatisch und paraphasisch, der Sinn dagegen recht klar zu erkennen. Eine „Übersetzung“ würde etwa so lauten: „Da mir der Ort G. und der dortige Amtsvorsteher zuwider geworden waren, spürte ich aus Empörung heraus einen Drang zum Schreiben. In meiner Korrespondenz erteilte ich einem höheren Offizier Ratschläge. Deshalb wurde ich ohne weiteres dem Stadtobearzt Herrn Romer zugeführt.“ Dasselbe gilt von einem späteren Passus: „Unsere Verpflegung gehört bis heutigen Tages einer erstklassigen Unterernährung an, verlaust von Kriegsanfang bis in die jetzigen Mauern.“ Als Beispiel für die zahlreichen Briefe, die er während seines Klinikaufenthaltes schrieb, diene der folgende:

„An den Direktionsoffizier der Sicherheitswehr. — Zur Kenntnis, daß ich seit einigen Monaten die Stätte zu wechseln dem Arzte meldete. Eine Zuständigkeitswirtschaft wie keine zweite bei Ihnen, wenn Sie am 5. Januar dieses Jahres mit 3 Mann wie ich erkannte die Anstalt lichteten, so müssen Sie sich doch unbedingt nach meiner Person bemühen. Sie werden unbedingt einräumen müssen, daß es sich um das Fühlungnehmen des Mannes handelt und bitte Ihre wohlmeinende Majestät um plötzliches Wachwerden. — Dem Staatsanwalt im königlich preußischen Polizeipräsidium Magdeburg-Sudenburg, verfluchte Lausewirtschaft. Pe. Scharfrichter der Reichsebene.“

Hier ist „lichteten“ offenbar eine literal-paraphasische Entstellung von „sichteten“ = „besichtigten“, „nach meiner Person bemühen“ paragrammatisch statt „um meine Person bemühen“ und eine Verbindung von Paragrammatismus mit einer falschen Wortableitung ist der Nebensatz „daß es sich um das Fühlungnehmen des Mannes handelt“, was so viel heißen soll wie „daß es sich darum handelt, mit dem Manne Fühlung zu nehmen“ oder „um eine Fühlungnahme mit dem Manne“.

Wie in diesen Schriftstücken Pe.s und in seinen spontanen Äußerungen finden sich auch bei der experimentellen Prüfung massenhafte Sprachverfehlungen neben paralogischen Entgleisungen. Vorwiegend paralogische Begriffsvermengungen zeigen sich in folgenden Antworten: (Vogel-Schmetterling) „Das ist schwer, gar nichts Ähnliches, beide Arten fliegen bei Tag und Nacht. (?) Die fressen einander auf“. (Wagen-Schlitten) „Der Schlitten ist entschieden nur im Winter zu benutzen, der Wagen fahrt zu jeder Tag- und Nachtzeit“. (Lüge-Irrtum) „Lüge ist eine falsche Andeutung, Irrtum ist das Staunen. Irrtum kann entstehen, wenn ich ungerechte Dinge, Handlungen eingehe“.

Dagegen sind die folgenden Antworten offensichtlich rein sprachlich entstellt, bei zugrundeliegendem richtigen Sinn: (Geiz) „Wenn ich mich derartig zurückhaltend betrage, daß ich nichts ausgeben will“. (Kind-Zwerg) „Zwerg ist ein Liliputaner, eine kleine Kategorie, die für sich besteht. Kind ist vom Stamme der Menschlichkeit, ebenbürtiger geschaffen“. (Binetbild-Fensterscheibe) „Das

Bild, das etwas Farbenauftrag braun, gelb, grün, blau, rosa und violett zeigt, ist mit Teefarbenausführung zu bezeichnende Schneewirtschaft. Sein Zeitstil ist das verlassene Mittelalter. Dem Bilde trage ich eine Aufstellung zu und sehe, daß der grunste Junge bereits die Scheibe zerschmettert haben darf. Die Schulknaben, die beide grun gekleidet sind, freuen sich deshalb ihrer Aufbauung, die aufdringlich genug zu sehen ist“.

In dieser Bilderklärung sind wiederum die einzelnen Sprachstörungen deutlich. Zum Beispiel ist der zweite Teil des ersten Satzes ganz *paragrammatisch*, er mußte etwa lauten „ist als eine in Teefarben ausgeführte Darstellung einer Wirtschaft im Schnee zu bezeichnen“. Paragrammatisch ist ferner „haben darf“ statt „haben durfte“. *Paraphasische Wortvergreifungen* sind „das verlassene“ statt „das vergangene“ Mittelalter, „Menschlichkeit“ statt „Menschheit“, eine Handlung „eingehen“ statt „begehen“. Eine fehlerhafte *Wortableitung* ist „Aufbauung“ statt „Aufbaus“ oder „Aufstellung“. Für diese verschiedenen sprachlichen Einzelstörungen liefern die angeführten schriftlichen Auslassungen zahlreiche instruktive Beispiele. Neben den besonders deutlichen grammatischen Fehlleistungen seien nur genannt „Jurok“, „das issere Weib“ und „Belge“, als *literal-paraphasische* Verstummelungen „Sportheit“, „Handerheber“, „Werkesberechtigte“, „merkessachliche Traumerei“ und „wenig fachlich grundfassende Professionslose“ als falschesekundäre *Wortableitungen* und „Krampfeleidende“, „Minutenverfahren“ und „Entblößungsämter“ als fehlerhafte *Wortzusammensetzungen*. In seinem Verhalten ist Pe. gleichbleibend ruhig, geordnet, unauffällig und fleißig. Nach 1 Jahr 3 Monaten wird er mit der Diagnose „Schizophasie“ in die Anstalt H. überführt. Auch hier ist er ein fleißiger Arbeiter, der wenig auffällt. Die Krankengeschichte berichtet einmal, daß er unter Beeinflussungen sexueller Art zu leiden scheine, er schimpfe und drohe dann, beruhige sich aber rasch wieder. Nach 4 Monaten entweicht er bei der Außenarbeit (16. 6. 22). 1928, 1929, 1936 kommen völlig unverständliche Postkarten und Briefe an Prof. K., aus denen aber so viel zu entnehmen ist, daß er als Gartner irgendwo arbeitet. Ein Brief von 1936 enthält den Grundriß einer gartnerischen Anlage und die flott und sauber ausgeführte Skizze eines Zierbrunnens. Aus dem Text als Beispiel:

„Die umstehende Skizze ware nun Fahrzeug zu wirken. Wie dachten Sie nun? Kasten Ansicht = Berlin mit Ihnen. Also bitte Ecke links 900 Mk und ? Motordreirad = 2500 Mk oder Pferd und Wagen nebst Pflug, kein Gedanke, den Mann menor Person forderte Gewinnaufzeugend so, das Kultur anfordend Wohnung ein Segen sein durfte“ usw.

Beurteilung. Beginn mit Sinnestauschungen (Traumgedanken, natürliche Vorstellungen, spielende Musik und Geräusche). Von Anfang an eine massive Sprachverwirrtheit. Dabei ruhiges, gleichmaßiges, freundliches Verhalten und zufriedene Stimmung. Kann nach 2 Monaten entlassen werden und hält sich jahrelang, offenbar unauffällig, in der Freiheit, abgesehen von seiner Militärzeit, während der er einmal kurz zur Beobachtung kam, aber als „leicht Hebephrener“ doch als dienstfähig beurteilt wurde. Erst 8 Jahre nach seinem ersten Anstaltaufenthalt kommt er wieder in die Klinik, und zwar unter den gleichen Umständen wie ehemals, nämlich eigentlich zufällig durch das Schreiben völlig verworrender Briefe. Nur durch diese Sprachverwirrtheit fällt der sonst ruhige, geordnete und fleißige Mann auf. Auf Halluzinationen deuten nur einmal Beeinflussungen sexueller Art hin; sie sowie die

anfanglichen Stimmen spielen aber später keine wesentliche Rolle mehr. Ebenso fehlt alles Katatone und auch eine auffallendere affektive Veränderung. Selbstsicherheit und Selbstbewußtsein bis zum ausgesprochenen Größenwahn zeichnen ihn aus. Er gleicht darin Schm., dessen Größenideen allerdings zum Teil halluzinatorisch bedingt anmuteten, während es sich bei Pe. mehr um ein gehobenes Selbstgefühl als Ausdruck einer autopsychischen Persönlichkeitsveränderung zu handeln scheint, wenn nicht überhaupt eine hypomanische Veranlagung dabei mitspielt. Phantastisches fehlt, wenn man es nicht in verdünntester Form in den hochtrabenden, wichtigtuerischen Befehlen und Todesurteilen sehen will.

Auch hier ist wieder die Frage, welchen Anteil das paralogische und inkohärente Denken an der hochgradigen sprachlichen Verworrenheit hat, die ja ganz auffällig im Vordergrund des Krankheitsbildes steht und sich nicht nur in den Schreibereien, sondern auch in den Spontanäußerungen und bei der experimentellen Prüfung zeigt. Und auch in diesem Falle muß darauf hingewiesen werden, daß sich doch ganz eindeutig rein sprachliche Elementarstörungen, wie paraphasische Wortentstellungen, Wortvergreifungen, fehlerhafte Ableitungen und Zusammensetzungen von Worten, sowie a- und paragrammatische Verfehlungen nachweisen lassen bei offensichtlich richtigen zugrunde liegenden Gedanken. Bei einer gleichschweren gedanklichen Verworrenheit wäre auch ein Jahre- und Jahrzehntelanges gleichbleibend geordnetes äußeres Verhalten nicht gut denkbar. Bemerkenswert auch hier die Konstanz des Bildes von Anfang an ohne jeden Symptomenwechsel. Noch 8, 9 und 16 Jahre nach dem letzten Klinikaufenthalt kommen die gleichen geschwollen-paraphasisch-paragrammatischen Briefe und Postkarten an von einem Mann, der sich allem Anschein nach in Freiheit befindet. Wir glauben deshalb, auch P. als Schizophasie im Sinne KRAEPELINS auffassen zu dürfen.

Re., Wilhelm, geb. 27. 3. 1888. Steindrucker. Schulleistungen unbekannt. Körperbau groß, kräftig. Familie o. B. Früher fleißiger, unauffälliger Arbeiter. Während des 1. Weltkrieges einmal verschüttet. Wurde nach dem Krieg, etwa um das 30. Lebensjahr, auffällig. Beginn mit akustischen Sinnestäuschungen (Stimmen, Brummen und Rauschen) und paranoidischer Einstellung (Beziehungs- und Beeinflussungsideen). Beides tritt sehr bald in den Hintergrund. Daneben von Anfang an auffällig paraphasische Ausdruckweise. Seinen Vater nennt er „etwas blitzig“ und „etwas feinsinnig“. Er selbst bekommt Rente, weil er im Krieg „mit der Gesinnung zurückgeblieben“ sei. Lehrlinge vom Land bekamen eher eine Stelle, „die sind eben befürsprochen“. Wer nicht sehr tüchtig sei, kame „in den Rücklauf“. Bezeichnend ist, daß er selbst über Schwierigkeiten bei der Wortfindung klagt. Anfangs gereizt, mißtrauisch, hochfahrend bis zur unzugänglichen Ablehnung und einer anscheinend negativistischen Untätigkeit. Später aber während seines 9jährigen Anstaltaufenthaltes regelmäßiger Arbeiter, der Gutes leistet und keine Schwierigkeiten macht, wenn man ihn in Ruhe läßt.

Autistisch-zurückhaltend, spricht spontan fast nichts. Angesprochen spricht er „inkoharent“ mit sprachlichen Entgleisungen und Neologismen.

Hier tritt das Halluzinatorisch-Paranoische nur im Anfang deutlicher hervor und spielt späterhin offenbar keine besondere Rolle mehr. Das gereizt-„hochfahrende“ Wesen hat er mit Schm. und Pe. gemein, aber es fehlt anscheinend das Expansive und auch ganz das Phantastische. Es wäre daran zu denken, ob nicht das „Hochfahrende“, das „Gehoben-Selbstbewußte“ (KRAEPELIN), das „Expansive“ und innerhalb des letzteren das „Phantastische“ einer gleichen Wurzel derselben Grundstimmung, Grundhaltung oder derselben autopsychischen Persönlichkeitsstruktur bzw. -veränderung entspringen und es sich hier nur etwa um graduelle Unterschiede handelt. Eine solche Haltung würde auch vielleicht die „autistische“ Absonderung (z. B. in der Arbeit) erklären, die sich ja auch in der KRAEPELINSchen Beobachtung zeigt, daß diese Kranken „ihre eigenen Wege zu gehen lieben“ und „jede Zusammenarbeit mit anderen abwehren“. Re. unterscheidet sich von Schm. und Pe. nur durch die anfangliche (gereizt-ablehnende) Untätigkeit, die aber doch nur ganz vorübergehend war. Zudem wird man bei den Schizophrenikern nicht immer eine freundliche Zugewandtheit erwarten oder gar verlangen dürfen (LEONHARD), eben im Hinblick auf die schon von KRAEPELIN genannte zeitweilige Gereiztheit, die Ablehnung anderer, das Eigene-Wege-Gehen.

Um so eindrucksvoller ist das führende Symptom der Sprachverwirrtheit, die einen unzweifelhaft paraphasischen Charakter hat. Man hat ganz unmittelbar den Eindruck einer schweren, auch subjektiv empfundenen Wortfindungsstörung, für die sich zahlreiche Beispiele anführen lassen:

die sind befürsprochen	= die hatten Fürsprecher
in Rücklauf kommen	= in Rückstand kommen
nachgedrungen	= darauf gedrungen
einen Bruch zugetragen	= einen Bruch zugezogen
sich etwas anwerben	= sich etwas erwerben
die Schuld verschieben	= die Schuld abschieben
unbelebbarer Körper	= unbelebter oder unbewohnbarer Körper
wissenschaftliches Nennwort	= wissenschaftliche Bezeichnung.

Diese eindeutigen *verbalen Paraphasien* lassen sich nicht immer klar von fehlerhaften *Wortableitungen* und -zusammensetzungen (blitzig, Nennwort) trennen, es trifft hier die KLEISTSche Formulierung von den „Paraphasien hoherer Ordnung“ bzw. den „fehlerhaften sekundären Wortbildungen“ gut zu. Und schließlich sind ohne weiteres *a- und paragrammaticische* Verfehlungen zu erkennen. Bei der Bilderklärung (Fensterscheibe) zeigt sich sehr schön die erschwerte *Wortfindung* (Wortwahlstörung): statt „Stein“ wird zuerst „Schein“ gesagt, worauf aber so gleich die Verbesserung folgt. Im übrigen zeigt gerade diese Erklärung, daß Sinn und Bedeutung des Dargestellten völlig richtig erkannt werden,

für die merkwürdige Ausdrucksweise also unzweifelhaft keine Denkstörung, sondern allein eine Störung des sprachlichen Ausdrucksvermögens verantwortlich gemacht werden kann. Daß in anderen Antworten paralogische Mängel enthalten sein mögen, soll damit keineswegs bestritten werden, sie sind aber sicherlich von wesentlich geringerer Bedeutung. Auch hier ist diese Tatsache schon aus dem experimentellen Befund zu erkennen, das spätere jahrelange geordnete Benehmen des Kranken liefert dazu nur die Bestätigung.

Auch bei Re. haben wir ein gleichbleibendes Zustandsbild über 10 Jahre hinweg vor uns (1923 bis zum Tod an Magencarcinom 1933). Somit bleibt in den 3 bisherigen Fällen die Sprachverwirrtheit von Anfang an über viele Jahre hinaus das führende augenfällige Symptom, nicht nur im akuten Zustand (*LANGE*) oder im Endzustand (*GRUHLE*).

Auch Re. fassen wir als eine Schizophasie auf, so wie sie *KRAEPELIN* gemeint hat.

Ra., Joseph, geb. 9. 9. 1891. Vater Trinker, an Tuberkulose gestorben. Mutter nervös. In der Schule zweimal sitzengeblieben. Körperbaulich: klein, blaß. Erlernte keinen Beruf, Gelegenheitsarbeiter in Fabriken, Bergwerken, in der Landwirtschaft. Landstreicherotyp. War meist auf Wanderschaft, fuhr 1911—1914 als Matrose und Heizer zur See. Während des Krieges kam er wegen Nervosität bald zum Ersatztruppenteil, dann lange Zeit in verschiedene Lazarette, wurde schließlich als dienstuntauglich 1915 entlassen. Auch jetzt Gelegenheitsarbeiter, wird mehrfach wegen Bettelns in Haft genommen.

Krankheitsbeginn nicht sicher bestimmbar, möglicherweise bereits 1915, also 24jährig. Aufnahme in die Klinik 1922, 31jährig. Wird aus dem Polizeigefängnis gebracht. War ohne Geld und Ausweispapiere auf der Straße aufgegriffen worden, hatte verworrene Reden geführt, sich als „Universitätsgendarm“, dann als Chemiker ausgegeben und behauptet, verschiedene Präparate erfunden zu haben. In der Klinik bringt er in rascher Sprechweise ganz verworrenes Zeug vor, z. B.: „Ich habe diese Klassen durchgearbeitet, diese Schließerkasse gibt es ja wohl — und die Ärztekasse, Universität und die Militärklasse, Gefechtsoffizier, Konteradmiral, Admiralität, alles zu Wasser und zu Land ebenfalls zu verstehen“.

(Was sind Gefängnisschließer?) „Man schreibt eben: die Gefängnisbeamten Sie liegen eben in der Universität zu Göttingen drin. Wohl, daß die Leute entwertet sind, sie tun wohl noch schließen, aber sie sind nichts mehr wert“ (d. h. sie haben nichts mehr zu sagen). Wenn auch anfangs Sinnestauschungen in Abrede gestellt werden, so sind sie doch bald deutlich erkennbar, und zwar neben Phonemen offenbar auch Körpersensationen (elektrische Zustände). Späterhin sind lebhafte Halluzinationen Ursache öfterer Erregungen, in denen er schimpft und auch gewalttätig wird. Außerhalb dieser Zeiten halluzinatorischer Erregtheit ist er ruhig, lenkbar und arbeitet in der Küche und Flechterei. Wahnhafte dokumentiert sich in Beschwerden und Belastigungen seitens der „Schließergesellschaft“, in Verfolgungs- und Vergiftungsideen. Schon im Beginn ist er expansiv, hat Erfindungen gemacht, ist Gefangnisdirektor, später gefällt er sich in pseudowissenschaftlichen Vorträgen und schließlich nimmt das Expansive phantastische Formen an, er verkündet als „Gefechtsrat“ Todesurteile, läßt hinrichten usw. Ist 9 Jahre lang bis zu seinem Tod 1931 an Lungen-Tbc ununterbrochen in der Anstalt. Die Analyse seiner sprachlichen Äußerungen läßt die wesentlichen Einzelstörungen erkennen: *Wortneubildungen* im Sinne fehlerhafter *Wortzusammen-*

setzungen (Universitätsgendarm, Ärztekasse, Schließerklasse, Gefechtsrat, Sektionsklassenverhandlung), *verbale Paraphasien*, wie z. B. „man schreibt“ statt „man sagt“, die Leute „sind entwertet“ statt „haben nichts mehr zu sagen.“ „sichtbarer“ statt „auffälliger, deutlicher erkennbar“, „unsichtbarer“ statt „unscheinbar“, „mittelklein“ statt „mittelgroß“ usw. *Agrammatismen* sind: „Das sei nicht klar, also Kopf“ statt „ich sei nicht klar im Kopf“ oder: „Ich bin Laborant für Medizin, für Aspirin, für Chemie, organisch, für Betrieb“. Vorwiegend *paragrammatisch-paraphasisch* ist der Satz: „Ich laße es dann kehren, dann steigt es, dreht sich dann, dann fällt und fällt auf die Stadt, dann sind die es eben.“ Ohne Zweifel wollte er als Entgegnung darauf, daß er nicht klar im Kopf sei, sagen: „Ich kehre es dann um, drehe den Spieß um, dann fällt es auf die anderen in der Stadt zurück, diese sind es dann eben.“ Ebenso ist der Satz: „Sieht hell aus die Form“ sowohl paragrammatisch (die Form sieht hell aus als paraphasisch (die Farbe ist hell).

In diesen charakteristischen sprachlichen Einzelstörungen sowie in der Symptomverknüpfung: Sprachverwirrtheit, Sinnestäuschungen, Beeinflussungswahn, expansiv-phantastische Persönlichkeitsveränderung gleicht Ra. den bisher beschriebenen Fallen. Wir fassen auch ihn als reine Schizophasie auf.

Go., Karl, geb. 18. 3. 1898. Mutter nervös, empfindlich, Familie sonst o. B. In der Realschule mittelmaßig gelernt. Später kaufmannischer Angestellter. Genau, pedantisch, sonst über präpsychotische Persönlichkeit nichts Naheres bekannt. Körperbau asthenisch.

Krankheitsbeginn mit 29 Jahren (1927) ohne äußere Ursache. Fuhlt sich durch die Nachbarschaft belästigt, äußert, er sei der Sohn Kaiser Wilhelms II.

Erste Aufnahme in die Klinik 30. 7. 27. Übertrieben hofliches Gebahren, entschuldigt sich wortreich, daß er nicht rasiert sei. Devot, unmotiviert heiter. Leicht ideenflüchtiger Rededrang, abschweifend. Er leide nur an allgemeiner Nervosität, wünsche einen Erholungsaufenthalt auf dem Lande. Habe Erregungen, die davon herrihren, daß man über ihn rede. Eigenbeziehungen: Im Eisenbahnabteil habe man gesagt: „Wenn er erst im besetzten Gebiet ist, werden sie ihn schon festnehmen.“ Bat auf einem Polizeirevier um Schutzhaft. Er werde sich jetzt die Haare ganz kurz scheren lassen, damit ihn niemand mehr erkennen könne. Drückt sich auffällig geschraubt und gewunden aus: „Durch gewisse Eindrücke, die man einmal bekommt, die in Tatsache überhaupt nicht bestehen, deren Richtigkeit in Wirklichkeit gleich Null ist.“

Bei der Exploration außer diesen sprachlichen Schieflheiten deutliche paralogische Entgleisungen: (Geiz-Sparsamkeit), „Sparsamkeit ist, wenn man ganz genau weiß, wie man seine ganze Lebensweise oder Lebensbahn zu gehen, einzuteilen hat. Man muß wissen, was unbedingt nötig ist und unbedingt überflüssig ist. Geiz ist, wenn jemand überhaupt nicht an sich denkt und sein ganzes Einkommen festhält, ein ideeller Mensch, ein sehr ideeller Mensch kann auch ein Geizhals sein. Zu ideell ist Geizhals. Das ist auch eine Abstufung zwischen den Klassen. Verschwendungslosigkeit, Sparsamkeit, Ehrgeiz, und da kann man den Idealismus einreihen, fragt sich, ob zwischen Verschwendungslosigkeit und Sparsamkeit oder Sparsamkeit und Ehrgeiz“ (Begriffsverwirrung!). Die begrifflichen Unklarheiten, Entgleisungen und Vermengungen sind zwar deutlich, man hat aber außerdem den Eindruck des Suchens nach den richtigen Begriffen und Worten, das zu einer sprachlichen Überproduktion und somit zu den langatmigen Satzgebilden mit stereotypen Wiederholungen führt.

Verhält sich ruhig, spricht nur, wenn er gefragt wird, ist höflich und dienstbeflissen, bagatellisiert seine Beziehungserlebnisse, drängt auf Entlassung. Wird nach 4 Wochen entlassen. Diagnose: Katatonie.

Zweite Aufnahme 14. 6. 28. Hatte in den vergangenen 10 Monaten häufig an Behörden geschrieben, wollte alle möglichen Leute verklagen, war sehr eifersüchtig. Wird polizeilich eingewiesen, weil er sich bei der Polizei über Belastigungen durch seinen Hauswirt beschwerte. Ein „Rufen oder durch Lautsprecher hervorgebrachtes gemeingefährliches Handwerk“ nehme an Gemeinheit immer größeren Umfang an. Die Stimmen deckten sich mit dem, was er gerade denke oder tue (Gedankenlautwerden!). In der Klinik sei er auf das gemeinsten mißbraucht worden. Er protestiert gegen seine Einweisung, denn er sei doch der Kläger, der „Beschwerde-Erheber“. Dabei wieder weitschweifig, abschweifend, höflich, freundlich-lachelnd, zuvorkommend. Berichtet, 2 Lehrlinge hätten sich seiner bemächtigen, ihn mit Redensarten ubertölpeln wollen. Man habe ihm Fallen stellen wollen, homosexuelle Absichten mit ihm gehabt, habe ihn veranlassen wollen, sich mit einem Mädchen einzulassen. Vielerlei ähnliche Beziehungsideen. Hörte entsprechende Stimmen, „schikanierende Zurufe“. Bei der experimentellen Prufung überwiegen die Auffälligkeiten des sprachlichen Ausdrucks über das Paralogische: (Thermometer) „Eine Uhr, die Temperatur angibt . . . besser Maßstab, mittels Quecksilber zum Maßstab eingerichteter Apparat, der die Temperatur angibt . . .“ (Geiz) „Geizig ist einer, der nur das unbedingt Notwendigste sich anschafft und in den meisten Fällen wohl sehr ideal veranlagt ist“. (Moral) „Parallel laufend mit der Sitte“. (Temperament) „Wenn einer wuchtig ist im Auftreten“. (Mauer-Zaun) „Mauer ist starke Abgrenzung zwischen 2 Grundstücken, Zaun ist eine primitive, durch Sturm und Feuer vernichtbare Abgrenzung“. (Treppe-Leiter) „Leiter ist transportables Gerät, Treppe ist ein untransportables Mittel zum Emporsteigen“.

In diesen Antworten erscheinen Sinn und Bedeutung im wesentlichen als richtig, lediglich sprachlich falsch ausgedrückt. „Uhr“ ist eine *paraphrasische Vergrößerung* für „Instrument“, „parallel laufend“ für „gleichbedeutend“, „wuchtig“ für „lebhaft“ oder „energisch“, „starke“ Abgrenzung für „massive“ bzw. „feste“ Abgrenzung usw. Fehlerhafte *Wortableitungen* sind „untransportabel“ und „vernichtbar“, an anderer Stelle „die Vernahme“ statt die „Vernehmung“; falsche *Wortzusammensetzungen* „Beschwerde-Erheber, Nervenaffekt, Ausfuhrmensch, Außendienstmensch“ u. a.

Diagnose: Schizophrenie. Patient wird nach 2 Wochen nach E. verlegt. Hier immer heiter, freundlich, übertrieben dienstbereit und höflich, Affekt jedoch nicht tiefgehend. Gesprächig, mit gewundener, gezielter Ausdrucksweise. Arbeitet fleißig in der Bäckerei; im äußeren Verhalten unauffällig. Nach 1 $\frac{3}{4}$ Jahren entlassen (18. 9. 29).

Dritte Aufnahme 14. 3. 31. Polizeilich eingewiesen. War mehrfach auf dem Revier vorstellig geworden, weil „eine Verbrechenübertragung auf seine Frau“ stattgefunden habe, „vermutlich auf amerikanische Großübertragung“. Sie sei deshalb mit dem Schurbaken auf ihn losgegangen. An seinem Kind sei ein Sittlichkeitsverbrechen begangen worden, er habe es an dessen Lallen erkannt. Hatte in der Zwischenzeit ständig Anzeigen erstattet und Prozesse geführt. In der Klinik gibt er an, er habe „Positionswiederherhaltungsklage“ eingereicht. Seine Frau werde durch Gedankenübertragung gegen ihn aufgehetzt. Es sei auch möglich, daß man ihm durch die Plomben in seinem Munde „auf elektrischem Wege die Gedanken abgezogen habe“.

Bietet im übrigen die gleichen sprachlichen Auffälligkeiten wie früher. Verhält sich ruhig, geordnet, fleißig. Wird nach 4 Wochen nach H. überführt (10. 4. 31).

Bei einer Nachuntersuchung dort am 29. 1. 32 ist er wie früher korrekt, höflich, freundlich, aber ohne echten Kontakt. Er arbeitet auf dem Hofgut. Bringt diffuse Klagen über Herabminderung seiner Leistungsfähigkeit vor, jedoch keine eigentlichen hypochondrischen Beschwerden. Keinerlei Äußerungen über wahnhafte Erlebnisse, lehnt alle früheren diesbezüglichen Äußerungen ab, dissimuliert. Spricht von „Ruckattempierung, Formpolizei, Krankenbuchblätterersetzung, Kriegsbeamtenbuchschein“ usw. Im Denken paralogisch und alogisch. (Winter-Ofen-Baume) „Im Winter hält man sich mehr am Ofen auf, während man im Sommer im Freien spazieren geht und sich unter Bäumen schatten, beschatten läßt oder Abkühlung sucht“.

1932—1946 ununterbrochen in der Anstalt. Im ganzen unverändertes Bild, gleichbleibend höflich, von betonter Zuvorkommenheit, geschraubt, manieriert. Arbeitet fleißig und selbstständig in der Gartnerei. Verlangt stereotyp irgendwelche Atteste, die er mit monstrosen Wortneubildungen bezeichnet, wie „Vorbereitungsparallelabgangszwischenattest“ u. a. Schreibt fast täglich entsprechende Gesuche, so z. B. am 13. 1. 41:

„Geehrte Visite! Um wieviel Uhr heute kann ich zu der geehrten Direktion in die Bürosprechstunde begleitet werden zwecks nochmaliger Bitte, wenn Ausstellung heute möglich, um Ausstellung meiner selbst rechtzeitig vorher in Frankfurtmain beantragten Zwischenparallelverpflegungsabgangsbescheinigung laut der geehrten Direktion überreichten Entwurf vom 30. Januar 1940, gemäß ebenfalls vorherigem Kostenanschlag über eine einmalige Hauptbescheinigungsreichsmarkgebühr und ferner eidesstattlich darnach mundlich und schriftlich ergangener, aber nur vorgezeigt erhaltener Amtsgerichtspolizeisicherheitsverwahrungsauforderung vom 14. März 1931“ usw.

Nachuntersuchung in W. am 30. 5. 46 (SCHWAB und LEONHARD). Stellt sich sehr höflich vor, antwortet beflossen auf alle Fragen, gerät rasch in einen gewissen Rededrang hinein, schweift ab, ist aber immer wieder gut zu fixieren. Er sei seit 15 Jahren „unterwegs“, d. h. von der Frankfurter Klinik über H. hierher nach W. „Nicht auf direktem Wege“. (Was er hier tue?) „In der Gartnerei habe ich, soweit ich Verstand dazu habe, Tätigkeit ausgeübt. Ich hab nicht so starke Muskulatur . . .“ Erzählt, daß er Gemüsepflanzen anpflanze und pflege, berichtet über Einzelheiten des Umpflanzens, Dungens usw. „Ein Gramm Alberts Pflanzennahrtsalz auf einen Liter Wasser“ usw. Sei schon immer in der Gartnerei. „Ich hab Buchhalter gelernt, ich durfte nicht in der Gartnerei tätig sein . . . ich hatte in der Schule in Botanik auch genug gehabt . . . ich bin ja schon 48 Jahre alt . . . die Tomate wird mit Hornspannenlösung gedüngt . . .“ usw. Nach körperlichen Beschwerden befragt, gibt er an, „tiefe Kopfhaarbalkenhohlenentzündung“ zu haben, Blutdrucksteigerung, „das ist Blutangriff, heiße Blutwallungen, Gewächse, Gebrechen, Leiden, die man zu erleiden hat und die ganz fürchterlich sind“. (Wie ist das?) „Da wird's einem eigenartig, diese heißen Blutdruckwallungen, besonders der Tätigkeitsausübung . . . da sehnt man sich danach, daß man fertig ist und unsereins als Neurastheniker oder kriegsdienstuntauglicher Soldat geht's nicht rasch genug . . . andere nehmen sich Zeit zum Schönschreiben . . .“ Habe auch „verhartete Krampfadern“ gehabt. Körperliche Belästigungen oder Beeinflussungen lehnt er ab. In die Klinik sei er damals gekommen, weil er als kriegsdienstuntauglicher Soldat Anspruch auf Sanatoriumsbehandlung gehabt habe, die man ihm aber verweigert habe. Ergeht sich in Einzelheiten, wie es zur Aufnahme gekommen sei. Bezeichnet sich immer wieder als „kriegsdienstuntauglicher Soldat“ oder als „einwandfreier Buchhalter“, dem man seinen „Existenzminimumangriffsverteidigungstermin“ vorenthalten habe. Er habe damals seine Fabrikvertretung verloren und geglaubt, man wolle ihm in der Klinik eine neue

Existenz geben. Gibt die einzelnen Daten seiner Aufnahmen, Entlassungen und Verlegungen genau an, auf dem E. sei er 82 Tage und Nachte gewesen, „dann hat man mich mit einem Entlassungsschein von dannen ziehen lassen“. „Dann kam die Sache, die ich jetzt durchmache.“ Auf die Frage, um was es sich dabei handele, überreicht er einen Zettel, auf dem steht:

„Entwurf in einem bewußten Moment: Sicherungsverwahrungsverhaftet zum: Selbstschutz wegen: Nervendenksinnverstümmelungsofversuch brauchte auf Kosten Gegner auf Lebzeit Nervendenksinnverstümmelungsofversuchsunterbindung zurück flückung heilung = Papier, sodaß eine zweite Sicherungsverwahrungsverhaftung zum: Selbstschutz wegen Nervendenksinnverstümmelungsofversuch bestimmt nicht mehr erlitten wird.“

Behalt seine steif-gezierte Art bei, ist überhoflich, entschuldigt sich häufig, spricht recht viel, auch wenn man ihn nicht fragt, bewegt sich aber recht einformig um seine vermeintlich unrechtmäßigen Anstalteinweisungen, die er alle stichwortartig mit einer Wortneubildung festlegt. Ist guter Stimmung, mit meist zufriedenem Lächeln, das aber keinen lippischen Anstrich hat. Affektiv flach. Den Vorhalt der Geisteskrankheit lehnt er als Beleidigung ab, behalt aber sein freundliches Lächeln dabei. Es sei keine Geisteskrankheit, sondern „Nervendenksinnverstümmelungsofversuch“.

Seine monströsen Wortneubildungen scheinen größtenteils fixiert zu sein und immer wiederzukehren.

Beurteilung. Beginn mit Eigenbeziehungen, zu denen später Stimmen hinzutreten. Eine Größenidee im Anfang bleibt anscheinend isoliert. Die Phoneme scheinen auch im weiteren Verlauf von Zeit zu Zeit einmal stärker hervorzu treten, auch bleibt das Wahnhafte, das sich in einem wenig affektvollen, stereotypen Querulieren zeigt. Daneben bietet Go. ein vorwiegend neurasthenisch-hypochondrisches Bild mit diffusen Allgemeinklagen, die den Hauptinhalt seiner Reden bilden. Im Verhalten von Anfang an gleichbleibend höflich, zuvorkommend, devot, arbeitet regelmäßig und brauchbar und macht keine Schwierigkeiten. Aus seinen Schreibereien spricht etwas Gespreiztes, Wichtig-tuerisches. Schon im Beginn fällt die eigenartig gewundene, geschraubte, geziert anmutende Ausdrucksweise auf. Die genauere Betrachtung dieser Spracheigentümlichkeit ergibt das Vorhandensein aller Einzelstörungen, wie paraphasische Wortvergreifungen, a- und paragrammatische Satzverstümmelungen, fehlerhafte Wortableitungen und Wortzusammensetzungen. Es fällt das Überwiegen der letzteren auf und das Stereotype im Gebrauch stehender, zum Teil seit Jahren fixierter Wortmonstren, die mitunter als agrammatische Satzvereinfachungen anmuten.

Im ganzen entspricht die Symptomenverbindung dem Bild der reinen Schizophasie.

Ba., Maria, geb. 14. 9. 1888. Der Fall wurde von NEELE-KLEIST³¹ (S. 55) bereits kurz beschrieben, soll aber wegen seiner Bedeutung noch einmal ausführlich dargestellt werden.

Vater Trinker. Selbst schwer gelernt, aber nicht sitzengeblieben. Nahern, Kinderfraulein, schließlich Sauglingschwester. Angeblich von froher Wesensart. Körperbaulich asthenisch, grazil, leicht basedowoid.

30jahrig (1918) „Nervenzusammenbruch“, 9 Wochen in einer Nervenabteilung, hatte angeblich Angstzustande, genaueres ist nicht bekannt. 1927 Krankheitsgefühl, spürte, „wie das Blut im Körper von unten hinaufgestiegen sei“, dabei Angst. Eigentlicher Krankheitsbeginn 41jahrig, 1929: fühlt sich von einer Oberin „verleumdet“, sie sei geschlechtskrank. Geht deshalb zur Untersuchung ins Krankenhaus, wird von dort in die Klinik verlegt (17. 4. 30). Hier Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, fühlt sich zurückgesetzt, man sage ihr nach, sie leiste nichts, sei stigmatisiert, geschlechtskrank. Etwas Übernatürliches gehe mit ihr vor. Überall sage man, sie habe „übernatürliche Augen“. Durchs Schlüsselloch werde sie beobachtet. Bezieht Gespräche auf sich, deutet sie wahnhaft um. Verhalten: ruhig, müde Haltung, spricht monoton, unproduktiv, lahme Affektivität. Schiefe Ausdrucksweise: (Morgenstund . . .) „Das hab ich auch schon gehört, das wird auch vielfach auf den Menschen angewiesen, Charakter“. Eine Lumbalpunktion wird abgelehnt mit der Begründung, „das ist für eine Privatsache“. Fühlt sich auch hier beobachtet, stigmatisiert. Wird nach 5 Monaten nach H. verlegt. Diagnose: progressive Beziehungspsychose.

In H. vielerlei körperliche Beschwerden (Leibdepressionen, das Blut krampft die Nieren). Röhmt sich der Kunst des Gedankenlesens und Hellsehens. Beeinträchtigungsideen, halluziniert lebhaft, hort „Laute wie von Elektrizität von Funkstationen“. Anfangs gelegentliche Erregungszustände, beschimpft das Personal, schlägt, spuckt.

1932 bei einer Nachuntersuchung (Dr. ALEXANDER) fallen Wortneubildungen auf: „Ich kann darüber nicht sprechen, weil ich ja deprekiert war, das ist ein lateinisches Wort und heißt auf deutsch Hirnbelag, Behirnbelegung“. Verlangt „höchst frauwürdiges Benehmen“.

In den folgenden 5 Jahren (1933—1938) recht fleißige Arbeiterin. „Verbirgt Ihre Wahnideen“, erscheint affektlahm. Entweicht im Juli 1938. Wird 3 Tage später in die Klinik gebracht. Produziert hier jetzt in einem Rededrang endlose a- und paragrammatische Schachtersätze mit zahlreichen Wortneubildungen, in denen aber auch viele Paralogien enthalten sind:

„Aus Gründen, die mir nicht direkt gesagt wurden mit Satzbildung sondern mit Wort und Vermerk das Ganze wie sich der Mensch dazu stellt. Die Gesichtszeuge gehören auch zu Vermerk. Entnommen habe, daß das eine Art ist, Katholik, geht weiter, da ist Biographie, Katholizismus, Bolschewismus. Ich habe derartiges wie gesprochen wie erklärt nicht in meiner Religion gibt mir Lehre und Bildung. Daß da so ein Fall ist wie vermerkt von der Schule aus . . .“ usw.

(Lüge-Irrtum) „Irrtum ist ich habe gesprochen im Zweifel je nachdem wie die Anfrage gestellt ist dazu“. Dabei außerlich ganz geordnetes Verhalten, fast unauffällig, beschäftigt sich fleißig, ist zugänglich und aufgeschlossen, nicht ablehnend. Diagnose: Schizophasie. Wird nach 3 Wochen in die Anstalt zurückverlegt. Auch hier weiterhin ruhige, geordnete Kranke, die regelmäßig ihrer Arbeit in der Nahstube nachgeht, in keiner Weise auffällt und keine Erregungszustände mehr hat. Entweicht 2 Jahre später (26. 9. 40), wird in Karlsruhe aufgegriffen und nach H. zurückgebracht.

Juli 1941 Nachuntersuchung in der Klinik durch NEELE und KLEIST. Ba. ist freundlich, zugänglich, gibt willig Auskunft. Trotzdem ist es sehr schwierig, sich mit ihr zu verständigen, da sie immer wieder nur teilweise auf das eingeht, was man sie fragt. Dabei hat man den Eindruck, als verstehe sie gar nicht recht, was man eigentlich von ihr wissen will. Die genauere Prüfung bestätigt denn auch eine Erschwerung der Wortfindung und des Wortverständnisses. Zum Beispiel „Zehen“ mißversteht sie zuerst als „Zahne“, dann erfaßt sie es richtig. (Kniekehle) „Das kenne ich nicht im Ausdruck“. (Nasenscheidewand) „Das sind die Nasenrachen-

raume“, zeigt dann auf die Nasenflügel und erklärt: „Nasenflügel nennen wir das“. (Radiergummi) „Radi, zum Radieren, Radiergummi“. (Akten) „statistisch für die Patienten . . . so nennt man das . . . Formular, Behälter“. In der einfachen Unterhaltung viele a- und paragrammatische Fehler, Wortvergreifungen und Wortneubildungen. Teilweise werden die Fehler, vor allem die grammatischen, von der Kranken noch als fehlerhaft erkannt und korrigiert, vor allem dann, wenn man sie wiederholt haben möchte. Sie hat sichtlich noch ein gewisses Empfinden für diese Mängel und sucht sie zu verbergen. Wird dabei öfter auch leicht gekrankt und erklärt entschuldigend und ganz spontan, die gegenseitige Verständigung sei leider manchmal etwas erschwert. „Ich fühle das auch, daß die Aussprache gegenseitig schwer gegeben ist.“ Besonders auffällig sind die *agrammatischen Verkürzungen*: „Das war 1930, Feldstraße, Entschädigung, daß ich die bekomme, Landesversorgung Preußen über diese Zeit“, „das ist die Sprache Tradition“, „ja, das sagen manche, das ist Organisation der Schwestern, Privatsache, kein amtlich“. Häufig bestehen ihre Antworten nur in einzelnen Worten: „Auch weggeschleppt“, „ist auch braun“, „ja, Körper“. Auf diese eigentümliche Kürze hingewiesen, empört sie sich darüber, daß man sie anderwärts gut verstehe, bloß hier nicht. „Da macht man kurzen Prozeß, kurze Worte und viel unbegriffen.“

Beispiele für vorwiegend *paragrammatische Satzentstellungen*: „Ich bin mit Polizeischutz oder für Polizeischutz von K. nach W. gebracht“ oder „das entspricht sich dann mit Tur“ oder „Berlin hat mich verstanden, war ich intern tätig in Berlin“.

Beispiele für *Wortvergreifungen*: „zustimmen“ statt „übeneinstimmen“, „im Denken ist mir das heute nicht mehr“ statt „ich habe das heute nicht mehr in Erinnerung“. *Wortneubildungen* sind „Kulturkampfgrunde“ und „Venenrückfalle“, eine *litarale Paraphasie* „Zaridas“ statt „Caritas“. Inhaltlich ist wenig Krankhaften zu erfahren, im wesentlichen nur die Idee, daß der Bischof von F. einen Kulturkampf gegen sie führe und ihre Geschwister früher verschleppt worden seien. In Haltung und Mimik unauffällig.

Beurteilung. Beobachtungszeit 11 Jahre. Beginn mit Beziehungs-ideen, die die anfangliche Diagnose progressive Beziehungspsychose bedingten. Sehr bald Stimmen, die die Ursache halluzinatorischer Erregungen im Beginn sind. Größenideen sind spärlich, werden aber nicht vermißt (Hellsehen, Gedankenlesen, Kampf des Bischofs gegen sie). Gewisse Beeinträchtigungsideen schimmern auch späterhin noch durch, spielen aber für das Gesamtbild keine Rolle. Von Anfang an sprachliche Schiefheiten. Die Sprachstörungen nehmen im weiteren Verlauf ständig zu und bleiben das fuhrende Symptom. Besonders auffällig herrschen die grammatischen Verkürzungen vor, hinter die die verschiedenen Arten von Paraphasien zurücktreten. Im Gegensatz zu der hochgradigen Sprachverwirrtheit steht das jahrelange gleichbleibend geordnete Verhalten. Wir fassen den Fall deshalb als reine Schizophasie auf.

Vo., Johannes, geb. 6. 12. 1880. Der Fall wurde bereits von MEYER-LEONHARD-KLEIST³⁰ (S. 154ff.) ausführlich beschrieben und die einzelnen Störungen einer eingehenden Analyse unterzogen.

Beginn mit Angst, einformigem Jammern, Eigenbeziehungen, dem Erlebnis einer bedrohlichen Umweltsveränderung, Ratlosigkeit. Bald darauf autopsychisch-expansive Veränderungen (er sei der Mittelpunkt der Erde). Lebhaftes Stimmen-

hören. Zunehmend verworrne Äußerungen, aus denen sich neben Paralogien sprachliche Verfehlungen erkennen lassen. Später in der Anstalt wird betont, daß er trotz seines verworrenen Geredes ein fleißiger Arbeiter sei, der nichts Verkehrtes mache. Bei späterer Nachuntersuchung inhaltlich vollkommen unverständlicher Rededrang, aus dem phantastisch klingende Äußerungen herauszuhören sind.

Von den einzelnen Störungen waren fehlerhafte *Wortzusammensetzungen* (Flaschenkorbsekt, Wachtmeister-Vice, Aderulk), *verbale Paraphasien* („praktischer“ statt „besser verwendbar“), *Paragrammatismen* („Gedanken gestrig“, „ulken sich“) und *Agrammatismen* („Das ist die Taschenuhr, also 4 Uhr“) aufzeigbar.

Beurteilung. Der Fall, der von LEONHARD und MEYER nachuntersucht worden ist, wurde als reine Schizophasie, auch in LEONHARDS eng gefaßtem Sinne, aufgefaßt. Er gleicht in der Tat genau den bisher beschriebenen Fällen mit der offenbar gesetzmäßigen Symptomenverbindung von autopsychisch-expansiver Persönlichkeitsveränderung, akustischen Halluzinationen und Sprachverwirrtheit bei relativ geordnetem äußerem Verhalten. Die Diagnose paranoide Demenz wurde hier im Anfang im Sinne einer paranoiden Mischform gestellt, rückschauend betrachtet zu Unrecht, da wir inzwischen gesehen haben, daß Eigenbeziehungen, Stimmen, Größenideen bei unseren Fällen im Beginn regelmäßig vorhanden sind.

Zusammenfassende Betrachtung der reinen Fälle.

Die zusammenfassende Betrachtung derjenigen 7 Fälle, die wir als typische Schizophasien, d. h. als einfache, reine Grundformen bezeichnen mochten, ergibt folgendes:

Beruflich gehören 5 der Kranken dem Handwerker- und Arbeiterstand an (Gartner, Drucker, Kutscher, 2 Gelegenheitsarbeiter), einer ist kaufmännischer Angestellter und eine ist Näherin bzw. Krankenschwester. Auf Grund der *Schulleistungen* müssen sie als intellektuell maßig begabt angesehen werden (maßig, mittelmäßig, schwer, „ordentlich“ gelernt, zweimal sitzengeblieben, Analphabet). *Körperbaulich* finden wir vorwiegend leptosome oder Mischtypen. *Präpsychotisch* werden unsere Kranken als unauffällig, fleißig, tüchtig, gutmutig, umgänglich, still bezeichnet, Ra. ist ein Landstreicherotyp. Das Erkrankungsalter ist das 24., 25., 29., 30., 31., 41., und 44. Lebensjahr, im Durchschnitt also das 32. Lebensjahr. Allerdings ist der Krankheitsbeginn nicht immer sicher festzustellen, er durfte in einzelnen Fällen noch früher liegen. Eine äußere, körperliche oder seelische *Ursache* ist in keinem Falle nachweisbar. Beziiglich der *erblichen Veranlagung* ist in 3 Fällen (Pe., Re., Go.) keinerlei Belastung nachweisbar, in 2 Fällen (Ra., Ba.) war der Vater Trinker und 2 Kranke (Schm., Vo.) hatten unter ihren Blutsverwandten Geisteskranken.

Schm. 4 Geschwister gesund. Vater macht einen schwachsinnigen, umständlichen Eindruck. Zwei Bruder der Mutter endeten durch Suicid. Eine Schwester

starb in einer Anstalt, nachdem sie dort etwa 30—35 Jahre lang als chronisch Geisteskranke gelebt hatte. Eine Krankengeschichte war leider nicht mehr zu erhalten.

Vo. 6 Geschwister, von denen 3 psychotisch wurden. Eine Schwester, die mit 19 Jahren nach Amerika auswanderte, starb dort 2 Jahre später an einem akuten „Irrsinn“. Zwei Brüder befinden sich seit 33 bzw. 19 Jahren als chronisch Kranke in einer Anstalt. Beide Krankengeschichten liegen uns vor*. Sie enthalten leider keine genaueren Untersuchungsbefunde, insbesondere keine Beispiele der sprachlichen Äußerungen und keine genaueren Beschreibungen der wahnhaften Inhalte, sondern beschränken sich auf die Darstellung des äußeren Verhaltens. Hans Vo. ist ausgesprochen expansiv, bezeichnet sich als Hauptmann, Rittergutsbesitzer, Reichsgraf, Schloßherr, renommiert mit seinem Vermögen. Diese „schwachsinnigen Größenideen“ werden in den 33 Jahren immer wieder genannt, es heißt, er halte zah daran fest. Das Verhalten wechselt dauernd, zeitweise arbeitet er fleißig, ist geordnet und zugänglich, dann wieder erregt, schimpft, droht mit Schlägen und Erstechen, greift die Pfleger an, wird öfter „verwirrt“ genannt. Halluziniert angeblich ständig. Eine Verständigung mit ihm sei kaum möglich, da er seine Wahniddeen „ganz verworren“ vorbringe und kaum auf die einfachsten Fragen richtig antworte. „Er ist wohl seinen Reden nach recht verkehrt und bringt oft ganz bizarre Sachen daher“, „ist in seinen Reden vollkommen dissoziiert“: „nach wie vor verschroben und zerfahren“, „schwatzt sehr viel unsinniges Zeug“. Verlangt von Zeit zu Zeit immer wieder „sein Geld“, um Kühe und Pferde kaufen zu können. 1940 heißt es: „Ohne jede Veränderung, arbeitet fleißig und regelmäßig bei der Gutsgruppe, ist immer noch leicht erregbar, schimpft dann in verworrener Weise. Sonst stumpf, unzugänglich, nicht ansprechbar, eine Verständigung mit ihm ist nicht möglich“. Nach dieser Schilderung kann man wohl eine Schizophrenie, vielleicht atypischer Art, annehmen.

Heinrich Vo., über den die Anstaltskankengeschichte von 1921—1940 vorliegt, erkrankte mit einem expansiv-religiösen Wahn, versuchte während des Gottesdienstes zu predigen, „man musse die sündige Welt mit dem Schwert in Ordnung bringen, die Gemeinde musse ihm als Diener Gottes folgen, er müsse 4 Drachen erstechen, Engel sprachen mit heller Stimme zu ihm“. Hat massenhafte Visionen und Phoneme, spricht mit Heiligen, empfängt Aufträge von Gott, „er solle die ganze Welt retten, alle Menschen verbrudern“. In der Folgezeit ständiger Wechsel zwischen schweren „verwirrten“ Erregungen, in denen er Reden hält, singt, schreit, umherläuft, gewalttätig wird, grimmisiert, gestikuliert, und stuporösen Zeiten, in denen er „kataton“ erstarrt wie eine Statue herumsteht, schwer „gehemmt“ ist, mit maskenhaftem Gesicht, auf nichts reagiert oder, die Decke überm Kopf, im Bett liegt. Seine Äußerungen werden als völlig unverständlich, „dissoziiert“, bezeichnet, leise Selbstgespräche, unverständliches Murmeln, verschroben und zerfahren; in den Erregungen „spricht er ununterbrochen unverständliches und zusammenhangloses Zeug vor sich hin“. Auch dieser Fall hat offenbar viel Schizophrenisches, daneben aber auch ausgesprochen katatone Züge. LEONHARD hat bei der Beschreibung des Sippentbildes seiner Schizophreniker auf das Hereinspielen katatoner Züge hingewiesen, es dürfte dies aber nur für die atypischen Fälle zutreffen. Möglicherweise liegt gerade bei der Sippe Vo. eine katatone Teilanlage vor, die die akute psychomotorisch-erregte Psychose der Schwester prägte und bei den 2 Brüdern sich mit einer Schizophrenie kombiniert, während sie für die „reine“ Psychose unseres Probanden ohne Bedeutung bleibt.

* Vgl. auch LEONHARD²⁸ (S. 203).

Initialsymptome.

Als *Initialsymptome* treten bei unseren Fällen ganz eindeutig hervor: a) Beziehungserlebnisse, b) Größenideen und c) Sinnestäuschungen.

a) Die *Beziehungserlebnisse* haben teils den Charakter von Eigenbeziehungen, teils mehr von Bedeutungen oder Beeinflussungen, gelegentlich auch von Eingebungen [s. unter b)]. Schm. wird mißtrauisch, er hört, daß er ins Zuchthaus gebracht und erwürgt werden soll, man ist neidisch auf ihn, will ihn um sein Patent bringen. Re. zieht sich zurück, es gebuhre ihm eine höhere Rente, die Leute sprächen über ihn, man will ihn beeinflussen, ihm „den letzten Schlag“ geben. Ba. glaubt sich verleumdet, wird beobachtet, bezieht Gespräche auf sich. Vo. fühlt sich verachtet, in der Zeitung steht etwas über ihn, man weiß, was er denkt. Ra. fühlt sich in unklarer Weise von der „Schließerklasse“ beeinträchtigt. Go. bezieht Gespräche auf sich und fühlt sich von der Nachbarschaft belastigt. Nur von Pe. wird nichts Derartiges erwähnt.

b) *Größenideen*. Schm. ist gescheiter als der Arzt, hat große Erfindungen gemacht, ist Kaiser, seine Vorfahren waren Herrgötter, er regiert die Welt durch Gedankenübertragung, Gott hat ihn beauftragt, die Menschen zu bekehren, er hat ein großes Opfer für Deutschland gebracht. Pe. nennt sich Generalfeldmarschall-Leutnant, Wilhelm von Pe. und Imperor de France, er erteilt Generalen Befehle und erläßt Todesurteile. Ba. fühlt Übernatürliches mit sich vorgehen, hat übernatürliche Augen, röhmt sich der Kunst des Gedankenlesens und Hellsehens. Vo. kommt sich wie der Mittelpunkt der Erde vor, die ganze Welt ist nach ihm gemacht. Der debile Landstreicher Ra. hat Erfindungen gemacht, nennt sich Oberinspektor und Gefangnisdirektor, Go. behauptet, der Sohn Kaiser Wilhelms II. zu sein. Nur von Re. wird nichts Expansives berichtet, aber seine Art wird als „hochfahrend“ bezeichnet.

c) Die *Sinnestäuschungen* sind vorwiegend akustischer Art (sowohl Phoneme als Akoasmen), es kommen aber auch Visionen vor. Schm. hört durch das Radio, daß er Kaiser sei, der Füllfederhalter sagt ihm dies und jenes. Pe. hat „Traumgedanken“ und „natürliche Vorstellungen“, hört „spielende Musik und Geräusche“, sieht „Durchgehen von Pferden, Herabstürzen von Häusern, Niedergang von Luftschiffen“. Re. hört Stimmen durchs Telefon, Schimpfworte, auch Brummen und Rauschen. Ba. hört „Laute wie von Elektrizität von Funkstationen“, Vo. Stimmen „wie Wellen in der Luft“, 2 Stimmen streiten sich in seinem Kopf. Ra. stellt anfangs Sinnestäuschungen in Abrede, hört später aber Stimmen und hat Sensationen. Auch von Go. werden im Beginn die Stimmen, die später sehr deutlich sind (Rufen, Lautsprecher), noch nicht genannt, sie mögen sich aber bereits unter den Eigenbeziehungen verborgen haben.

Die Rolle dieser Symptome im weiteren Verlauf.

a) *Paranoische Ideen und Erlebnisse* sind in fast allen Fällen im weiteren Verlauf noch nachzuweisen, treten jedoch ganz in den Hintergrund, zeigen keine bestimmte Richtung, sind nicht systematisiert, sondern diffus, allgemein, verschwommen und blaß, sie werden nur ganz gelegentlich einmal und dann wie beiläufig spontan erwähnt, meist muß man sie herausfragen oder kann sie nur aus den Äußerungen bei aufmerksamer Beachtung heraushören.

Bei Schm. wird überhaupt nichts mehr von Beziehungserlebnissen berichtet. Im Falle Pe. geht in späteren Jahren aus Äußerungen und Briefen eine gewisse paranoische Haltung hervor, z. B. wenn er davon berichtet, daß von den Gartenarchitekten mit Annoncen Schwindel getrieben werde, eingereichte Zeugnisse nicht zurückgeschickt würden, alles nur „Anäfferei“ seitens der Behörden sei usw. Von Re. wird später erwähnt, er fühle sich verhöhnt, man treibe Faxen mit ihm, er schimpfe bei Tabakmangel, äußere „verworrne Verfolgungsideen“. Bei Ba. besteht der Eindruck, daß sie „ihre Wahnideen verbirgt“, im wesentlichen ist aus ihren Äußerungen nur noch die Idee eines „Kulturkampfes“ gegen sie herauszuhören und so etwas wie ein Protest gegen die angebliche Verschleppung ihrer Geschwister. Aus den verworrenen Äußerungen Vo.s klingen gelegentlich noch Beziehungs- und Bedeutungseindrücke durch, Eifersucht gegen seine Frau, die Leute werfen sich Blicke zu, man macht Andeutungen, Anspielungen, die Polizei kennt seine Gedankengänge. Ra. äußert noch gelegentlich Vergiftungs- und Verfolgungsideen. Go. queruliert ohne rechten Affekt wegen früherer Benachteiligungen.

b) Die *Größenideen* werden im weiteren Verlauf ebenfalls beibehalten, etwa in dem Maße, wie sie im Beginn bereits vorhanden waren. Unsere Fälle Re., Ba., Vo. und Go., die nichts bzw. nur wenig Expansives hatten, zeigen auch später nichts mehr davon, dagegen sind Größenideen bei Schm. auch noch in späteren Jahren deutlich: er ist „der größte Zweifelungsbekämpfer“ oder „Dirigent und Präsident als 88 000, der Deserteure, der wo um die Welt ringt“. Und Pe. legt sich auch späterhin noch hochtrabend-phantastische Titel zu wie „Scharfrichter der Reichsebene“ und „Gefechtsrat“. Ra. befiehlt 46 000 Mann und ordnet Hinrichtungen an.

c) Die *Sinnestäuschungen* verlieren schließlich an Bedeutung, zum Teil scheinen sie ganz zu verschwinden, zum Teil nachzulassen. So werden bei Ba. weder in der Anstalt noch bei den Nachuntersuchungen in der Klinik in späteren Jahren Halluzinationen beobachtet. Möglicherweise liegen ihren Klagen über allerlei körperliche Beschwerden (Leibdepressionen, usw.) Sensationen zugrunde; dasselbe gilt von Go. Auch bei Pe. wird von Stimmen später nichts mehr erwähnt. In der Anstaltskrankengeschichte heißt es einmal, er scheine unter Beeinflus- sungen sexueller Art zu leiden. Von Re. heißt es, er habe vereinzelte kurze Erregungen infolge von Halluzinationen. Ebenso werden bei Vo. und Ra. in den Anstaltskrankengeschichten der späteren Jahre Stimmen genannt, hin und wieder heißt es, sie halluzinierten recht viel. Ra. beklagt sich außerdem über „elektrische Zustände“. Schm. allerdings hort wohl andauernd Stimmen, gelegentlich kommt es zu schwereren, halluzinatorisch bedingten Erregungen. Mit fortschreitendem Verlauf

wird das Stimmenhören bei ihm stärker, er gibt selbst an, die „Fernstimmen“ veranlaßten ihn zu lautem Schreien. Auf diesem Zunehmen der Halluzinationen beruht es zweifellos, daß er allmählich unruhiger, weniger geordnet und in seinen Arbeiten weniger brauchbar wurde.

Das Stimmenhören gehört nach KRAEPELIN zum Bild. Er nennt im Beginn „aufreizende Sinnestäuschungen“, Gehorstauschungen schienen später fortzubestehen, spielten aber für das Seelenleben der Kranken keine erkennbare Rolle und wurden nicht weiter verarbeitet. LEONHARD sieht in der „verbalhalluzinatorischen Komponente“ etwas Charakteristisches der Schizophasie, er fand das Stimmenhören in allen seinen Fällen und sagt auch, daß nach den Krankengeschichten „gelegentlich halluzinatorische Erregungen“ bestanden. Trotzdem aber bleibe es auffällig, daß man das Halluzinatorische aus dem Krankheitsbild gewissermaßen erst heraussuchen müsse, weil dem Untersucher zunächst nur die schwere Verworrenheit entgegentrete.

Äußeres Verhalten, Psychomotorik und Affektivität.

Das äußere Verhalten läßt sich, wie uns scheint, ganz zwanglos aus den genannten Erlebnissen der Kranken ableiten, es entspricht deren jeweiliger Intensität. Aus der persekutorisch-paranoischen Einstellung zur Umwelt, die, wie wir gesehen haben, in den meisten Fällen den Einbruch der Psychose kennzeichnet, resultiert eine mißtrauische, mürrisch-mißmutige, unzugänglich-ablehnende Gesamthaltung mit Wortkargheit und gelegentlicher Gereiztheit, wie bei Schm., Re. und Ba. Dort, wo diese paranoide Einstellung fehlt, wie bei Pe., oder gering ist, wie bei Go. und Ra., wird auch ein entsprechendes Verhalten vermißt: sie sind aufgeschlossener, zugänglicher und haben relativ guten Umweltkontakt. Bei Vo. bedingt das Erlebnis der bedrohlichen Umweltsveränderung Angst und Ratlosigkeit und damit eine entsprechende Erregung mit einförmigem Jammern. Bei allen Kranken ist zu beobachten, daß, je mehr das Paranoische zurücktritt, an Aktualität und Affektwert verliert, um so geordneter ihr äußeres Verhalten wird.

Das gleiche gilt für die Stimmen. Ihr Vorherrschen im Beginn ist mitbedingt für Mißtrauen, Unzugänglichkeit, Ablehnung und Erregtheit, mit ihrem Nachlassen geht die Beruhigung und Geordnetheit des Benehmens parallel. Immer dann, wenn Halluzinationen wieder einmal stärker hervorbrechen, verursachen sie eine Störung des sonst gleichmäßig friedlichen Verhaltens, das mit dem Nachlassen der Sinnestäuschungen sofort wieder zurückkehrt. In allen Fällen ist diese Abhängigkeit des äußeren Verhaltens von Art und Intensität der wahnhaften oder halluzinatorischen Erlebnisse ganz eindeutig. Bei Schm. ist ganz zweifellos das Zunehmen der Stimmen die Ursache seines weniger geordneten Verhaltens in späteren Jahren.

Die Größenideen als Ausdruck einer autopsychischen Veränderung, einer Störung im Bewußtsein bzw. der Vorstellung vom eigenen Ich (dem Selbst-Ich KLEISTS) wirken sich auf das Verhalten insofern aus, als sie das Hochtrabende, Hochfahrende, Großspurige, Anmaßende mitbedingen.

Psychomotorische Erscheinungen im eigentlichen Sinne, also Streubungs- und Regungsstörungen, werden in allen Fällen vermißt.

Die folgende kurze Zusammenstellung aus den Krankengeschichten möge das Gesagte noch verdeutlichen.

Schm. Anfangs mürrisch, gereizt-ablehnend, spricht zeitweise nichts oder ist sehr wortarm. Bisweilen „negativistisch erregt“. Später ruhiger Arbeiter, sehr fleißig, willig, macht keine Schwierigkeiten. Nur selten einmal kurz halluzinatorisch erregt. Noch später unruhiger, halluziniert häufiger, weniger geordnet, unordentlicher in der Arbeit.

Pe. Von Anfang an gleichmäßig ruhig, hat Kontakt, ist zufrieden, höflich. Regelmäßiger, fleißiger Arbeiter, ruhig, geordnet, unauffällig. Gelegentlich einmal kurz erregt, wie vermutet wird auf Grund sexueller Beeinflussungserlebnisse, schimpft und droht dann, beruhigt sich aber rasch wieder.

Re. Anfangs mißtrauisch, hält sich zurück, zeigt wenig Interesse, legt ein hochfahrendes Wesen an den Tag. Ist dann stumpf, untätig, unzugänglich, ablehnend, finster, gereizt, manchmal drohend. Spricht kaum etwas, autistisch. Später regelmäßiger Arbeiter, leistet Gutes, macht keine Schwierigkeiten, wenn man ihn in Ruhe läßt. Spricht weiterhin fast nichts, hält sich zurück, kümmert sich kaum um die Umgebung.

Ba. Anfangs ruhig, müde Haltung, monotone Sprache, unproduktiv, lahme Affektivität. Gelegentlich erregt, schimpft, spuckt, schlägt. Später regelmäßige fleißige Arbeiterin, ruhig, geordnet, ganz unauffällig, keine Erregungen.

Vo. Anfangs angstlich-ratlose Erregung, einformiges Jammern, dann mehr läppisch-heiter. Später fleißiger Arbeiter, der nichts Verkehrtes macht.

Ra. Anfangs ruhig, beschäftigt sich fleißig, gelegentlich gereizt, schlägt einmal einen Pfleger ins Gesicht. Später in der Anstalt ruhig, freundlich, lenkbar, arbeitet regelmäßig. Zwischendurch kurze halluzinatorische Erregungen mit Schimpfen und Streitsüchtigkeit.

Go. Von Anfang an ruhig, zurückhaltend, höflich, dienstbeflissen. Sehr fleißiger, selbstständiger Arbeiter.

Sonstige Symptome. Sehen wir uns (abgesehen von den Denk- und Sprachstörungen) nach anderen Symptomen um, so finden wir keine. Eigentliche somatopsychische Veränderungserlebnisse werden nicht genannt. Die sexuellen Beeinflussungen Pe. und die körperlichen Beschwerden Ba. und Ra. wurden schon als wahrscheinliche Sensationen genannt. Erwähnt werden muß aber die gewisse Phantastik, die sich bei 4 unserer Kranken zeigt, zumal LEONHARD in dem phantastischen Element einen wesentlichen Bestandteil seiner Schizophrenien sah, der ihn an eine Kombinationsform mit der Phantasiepsychose denken ließ. Sehen wir uns dieses Phantastische genauer an, so finden wir jedoch, daß es sich ausschließlich innerhalb der Größenideen zeigt, wie sich ohne weiteres aus den für diese angegebenen Beispiele ersehen läßt.

Es ist also eine Phantastik auf autopsychischem Gebiet, während im allo- und somatopsychischen Bewußtseinsbereich nichts phantastisch-wahnhaftes hervortritt. Gerade aber bei der Phantasiopathie haben wir selbst³⁷ zeigen können, daß die Phantastik gleichermaßen die auto-, allo- und somatopsychische Wahnbildung charakterisiert. In der Tat zeigen nun auch die LEONHARDschen Beispiele nur diese „Teilphantastik“, so daß wir zu dem Schluß kommen, daß das, was LEONHARD als „phantastisch“ imponierte und das, was uns als „expansiv“ von besonderer Bedeutung erscheint, im Grunde dasselbe ist, nämlich eine sehr ausgesprochene autopsychische Persönlichkeitsveränderung, die sich in Größenideen phantastischer Färbung kundgibt. Schließlich haftet ja auch jeder Größenidee an sich schon etwas mehr oder weniger Phantastisches an, es bleibt sozusagen Geschmackssache des einzelnen, ob er aus ihr mehr das Expansive oder mehr das Phantastische heraus hören will. Übrigens sagt LEONHARD selbst an anderer Stelle: „Größenideen scheinen bei allen Schizophasikern, teils mehr spielerisch, teils auch fixiert, vorhanden zu sein“. Es ist deshalb auch nicht verwunderlich, wenn KRAEPELIN Phantastisches für seine Fälle nicht angibt, dafür aber Expansives erwähnt. Diese „expansive Grundstimmung“ äußert sich unseres Erachtens auch, wie schon erwähnt, in dem Verhalten; sie erklärt bzw. aus ihr entspringt das Gehobene, Selbstbewußte, das KRAEPELIN nennt, die „Haltung eines Vortragenden“, die „Neigung zu tönenden Redensarten“, die mit einer „gewissen Genugtuung“ vor gebracht werden, das „Selbstgefällige“, die „Prahlereien“, jene Art zu sprechen, „als ob Wichtiges und Sinnvolles gesagt“ werden solle usw. Anders ausgedrückt: wir möchten in einem derartigen Verhalten, auch ohne daß Größenideen geäußert werden, den Ausdruck der autopsychisch-expansiven Veränderung erblicken.

Die Denk- und Sprachstörungen.

Daß Störungen des Denkens im Sinne alogischer Mängel und paralogischer Entgleisungen regelmäßig vorhanden sind, gelegentlich auch Inkohärenz, zeigen die angeführten Beispiele und braucht hier nicht noch einmal besonders hervorgehoben zu werden. Daß aber diese Denkstörungen nicht allzu erheblich sein können, zumindest daß ihr Anteil an der Verwirrenheit der Äußerungen ein relativ geringer sein muß, darauf deutet nicht nur das verhältnismäßig unauffällige Verhalten, das regelmäßige und brauchbare Arbeiten der Kranken hin, sondern es zeigt auch die genauere Betrachtung dieser „Sprachverwirrtheit“ die weitaus größere Bedeutung der rein sprachlichen Störung, die das hervorstechendste Symptom dieser Fälle ist, hinter das alle genannten psychotischen Erscheinungen weit zurücktreten. Außerdem sei hier nochmals auf die verschiedenen Arten des Denkens hingewiesen

(KLEIST, PITTRICH) und die Wahrscheinlichkeit, daß die Denkstörung der Schizophasiker vornehmlich das an die Sprache gebundene abstrakt-logische Denken betrifft, nicht aber oder wenigstens in sehr geringem Maße das mehr technische „Denken im Handeln“. Betrachten wir die Sprachstörung nach der Art ihres Beginnes, Verlaufes und schließlich Ausprägung, so können wir folgende Beobachtungen herausstellen:

- a) Sprachverfehlungen sind bereits im Beginn der Erkrankung zu erkennen, wenn sie auch in manchen Fällen zunächst nur als „schiefe Ausdrucksweise“ imponieren. Zum Teil wird schon bei der Aufnahme von „wirren“, „verworrenen“ oder „gewundenen“ Äußerungen berichtet.
- b) Fällt die Sprachstörung in den spontanen Äußerungen nicht so gleich deutlich auf, so kommt sie bei der systematischen psychisch-experimentellen Prüfung zutage.
- c) In allen Fällen sind diejenigen Arten der Sprachstörung, die in der Einleitung naher gekennzeichnet wurden, sämtlich nachweisbar. Es können in jedem einzelnen Falle Beispiele für jede einzelne Störung aufgezeigt werden, also paraphasische Wortverstümmelungen und Wortvergreifungen, die verschiedenen Arten der Wortneubildungen, wie fehlerhafte Wortableitungen, Wortzusammensetzungen und Wortzusammenziehungen, sowie die eigentlich a- und paragrammatischen Fehler. In keinem Falle wird eine dieser Störungen vermißt, wenn auch ihr jeweiliger Anteil verschieden ist. Von einem *Vorwiegen einer Störung* kann — im ganzen betrachtet — nicht gesprochen werden, wohl aber von einem Vorwiegen im einzelnen Krankheitsfall. So herrschen z. B. bei Re. die einfachen Wortvergreifungen vor, hinter die Wortneubildungen und grammatische Störungen zurücktreten. Im Falle Ra. sind es neben diesen Wortvergreifungen noch die fehlerhaften Wortzusammensetzungen bei verhältnismäßig geringen grammatischen Fehlern und kaum einmal einer falschen Wortableitung. Schm. und Pe. sind dagegen vorwiegend paragrammatisch mit vielen Wortzusammensetzungen, dann folgen die Agrammatismen und fehlerhaften Wortableitungen, während die einfachen Wortvergreifungen eine geringere Rolle spielen. Bei Vo. halten sich die Störungen etwa die Waage. Schließlich imponieren bei Go. und Ba. die Agrammatismen als besonders eindrucksvoll, obwohl sich beide Fälle doch wieder deutlich voneinander unterscheiden; bei Ba. sind Wortzusammensetzungen nicht zahlreich, um so massiver bei Go., bei dem sie aber als eine besondere Art von Agrammatismen wirken, durch den es zu satzvereinfachenden Wortzusammenziehungen und dadurch zu den endlos langen Wortungen heuern kommt. Den geringsten Anteil an der Sprachverwirrtheit haben in allen Fällen die literal-paraphasischen Verstümmelungen. Eine

Störung des Sprachverständnisses ließ sich bei Ba. nachweisen, es ist zu vermuten, daß sie bei eigens darauf abgestellter Prüfung sich häufiger hätte nachweisen lassen. Ba. wie auch Re. empfanden auch subjektiv eine Erschwerung der Wortfindung. Eine Abhangigkeit bestimmter Einzelstörungen von einer sprachlichen Hyperproduktion läßt sich nicht erkennen. Die Elementarstörungen nehmen im weiteren Verlauf der Psychose zu, und zwar anscheinend jede einzelne in gleichem Maße. Die Beantwortung der Frage, ob sich auf Grund eines jeweiligen Vorherrschens einer oder mehrerer Sprachstörungen möglicherweise besondere klinische Unterformen der Schizophasie voneinander abgrenzen lassen, muß zukünftigen Untersuchungen an einem ausreichend großen Material überlassen bleiben.

Das formale sprachliche Verhalten.

Was dieses betrifft, so wies KRAEPELIN auf den gewissen *Rededrang* hin, der sich allerdings außer in gelegentlichen Selbstgesprächen nur in der Unterhaltung zeige. Die Kranken sprächen mit Lebhaftigkeit und oft in der Haltung eines Vortragenden. Er beobachtete auch, daß sie in ihre Reden hineingeraten, sobald man länger mit ihnen spricht oder wenn sie erregt werden, und daß sie annähernd periodisch wiederkehrende verstimmtere oder erregtere Zeiten haben, in denen sie dann leichter sprachverwirrt werden. LEONHARD sieht das Charakteristische in dem von lebhaften Gesten und Mienen begleiteten, „geradezu logorrhöischen“ Rededrang, in dem die Kranken sich dem Untersucher zuwenden, als ob sie etwas Wichtiges und auch Sinnvolles zu sagen hätten. LEONHARD weist darauf hin, daß Kranke, die bei der Unterhaltung diesen Rededrang zeigen, in den Krankengeschichten oft zurückhaltend, ja wortkarg genannt werden, was er darauf zurückführt, daß langjährige Anstaltskranke ganz allgemein unproduktiver werden. Im Vorbeigehen beobachte man dann ein autistisch-unproduktives Verhalten und übersehe sehr Wesentliches, nämlich die Gesprächigkeit, die sofort auftrete, wenn man die Kranken anrege.

Betrachten wir daraufhin unsere Fälle, so finden wir folgendes:

Schm. sprach vor Aufnahme in die Klinik „wirr“. In der Klinik ist er anfangs (1929) wortkarg, geht auf Fragen nur unwillig ein, schließlich lehnt er eine Beantwortung ab und spricht gar nichts mehr. Auch später in der Anstalt (1930—1933) spricht er wenig, „spontane sprachliche Äußerungen fehlen fast völlig“, auf Anrede reagiert er teils mit blödem Lächeln, teils gibt er aber auch freundlich Antwort. Einmal wird ein spontaner Rededrang erwähnt, in dem er seine Großenideen hervorbringt. 1933 in der Klinik dauernder Sprachdrang, redet viel vor sich hin, läuft dabei auf und ab. 1936 in der Klinik ebenfalls wieder Rededrang. Es ist ganz offensichtlich, daß die sprachlichen Erregungen jeweils Ausdruck lebhafterer halluzinatorischer Erlebnisse sind und bei Nachlassen der Sinnestauungen ebenfalls wieder verschwinden.

Bei Pe. ist schon im Anfang (1912 in der Anstalt L.) „die Redeweise oft geschraubt“, im allgemeinen aber antwortet er ruhig und vernünftig, unterhält sich geordnet mit anderen; die Krankengeschichte hebt „verständige Auffassung und Äußerungen“ hervor. Später (1920 in der Klinik) zeigt er weder einen Rededrang noch Wortarmut, sondern ein bereitwilliges Antworten. Er schreibt aber sehr viel.

Re. ist scheu, zurückhaltend, spricht wenig, muß zum Antworten gedrängt werden, spricht dann leise, mürrisch. Einmal in einer zornigen Erregung „inkoharentes Reden“. Auch in den 9 Jahren des späteren Anstalsaufenthaltes spricht er spontan kaum einmal, angesprochen aber reagiert er mit seinen „verworrenen Äußerungen“. Gelegentliche sprachliche Erregungen werden im Zusammenhang mit Halluzinationen berichtet.

Ba. gibt (1930) sachlich Auskunft, ist aber „müde“, unproduktiv, spricht monoton. 1932 läuft sie einmal „laut sprechend im Garten herum, halluziniert starker“. Ohne Halluzinationen immer gleichbleibend ruhig, ebenso „liebenswürdig“ wie fleißig, sauber und adrett. 1938 in der Klinik einmal ein spontaner Rededrang, 1940 bei der Nachuntersuchung spricht sie nur, wenn man sie fragt.

Vo. spricht in der anfänglichen angstlichen Erregung leise, weinerlich, wimmernd, hastig, kaum verständlich; später heißt es, er murmele undeutlich vor vor sich hin. 1926: die Sätze werden nur halb zu Ende gebracht oder verlören sich in unverständlichem Murmeln. 1939 bei der Nachuntersuchung, offensichtlich durch die Anregung seitens des Arztes, Rededrang, „Zuwendung mit lebhaftem Mienenspiel und Gesten, als ob er etwas Sinnvolles sagen wolle“.

Ra. kommt erstmals wegen „verworrender Reden in die Klinik, hier hat er einen Rededrang, eine „rasche Sprechweise“, schwatzt ununterbrochen, läßt sich aber fixieren und kann ganz geordnete Antworten auf einzelne Fragen geben. Später hält er oft „in gänzlich unverständlicher Weise Vortrage“. Es hat den Anschein, daß er tatsächlich nur bei Anregungen in einen Rededrang gerät. Er schreibt und zeichnet sehr viel.

Go. ist im Anfang wortreich und zeigt einen abschweifenden „ideenflüchtigen“ Rededrang mit geschraubter, gewundener Ausdrucksweise. Später spricht er nur, wenn er gefragt wird. Dann wird er wieder als „gesprächig“ bezeichnet. 1946 gerät er rasch in einen Rededrang hinein, bleibt dabei aber doch gut fixierbar. Auch er schreibt fast täglich Gesuche und „Atteste“.

Wir können also die Beobachtungen KRAEPELINS und LEONHARDS insofern bestätigen, als die Kranken einen gelegentlichen Rededrang zeigen, während sie im allgemeinen nicht sehr gesprächig sind. Es bedarf offensichtlich einer Anregung dazu, sei es durch einen Gesprächspartner oder aber, und das scheint uns das Charakteristische zu sein, durch Halluzinationen. Das immer wieder einmal stärkere Aufkommen von Phonemen ist sehr deutlich, es sind zweifellos die „annähernd periodisch wiederkehrenden erregten Zeiten“ KRAEPELINS und die Abhängigkeit von Rededrang und Sinnestäuschungen ist unverkennbar. Was wir nicht regelmäßig finden, ist das Zuwenden und die Haltung des Vortragenden. Hier muß aber auf die spärlichen Angaben in den uns zur Verfügung stehenden Krankengeschichten hingewiesen werden, die genauere Schilderungen des sprachlichen Verhaltens vermissen lassen. Es wurde auf diese Besonderheiten offenbar nicht so geachtet, wie es wünschenswert wäre; zudem wird wohl mit Recht das von LEONHARD

über das „Vorbeigehen“ Gesagte gelten. Wir finden leider auch praktisch nichts über die musischen Sprachelemente, wie Tempo, Melodie, Rhythmus und Akzentuierung.

Die *Gesamtverlaufsweise* der Erkrankung ist eine stetig progressive. Die Tatsache vorübergehender Entlassungen aus der Anstalt kann nicht als Eintritt echter Remissionen gedeutet werden. Sicherlich waren die Kranken unter besonders günstigen häuslichen Verhältnissen in der Lage, auch außerhalb der Anstalt zu leben, ihre soziale Brauchbarkeit ist durch die Erkrankung verhältnismäßig wenig reduziert.

Bezüglich der *Stellung der Schizophasie innerhalb der ubrigen schizophrenen Krankheitsformen* ware folgendes zu sagen: KRAEPELIN rechnete die Schizophasie ursprünglich zu den paranoiden Formen. Es ist dies verständlich im Hinblick auf den ausgesprochen paranoid-halluzinatorischen Beginn. Was aber schon ihn veranlaßte, sie später von den paranoiden Formen abzutrennen, war einerseits die relativ untergeordnete Rolle, die das Wahnhafte im Gesamtbild der Psychose spielte, und andererseits die dominierende Stellung der Sprachverwirrtheit. Vergleichen wir heute die Schizophasie mit den uns inzwischen als eigentlich paranoide Schizophrenien geläufigen Bildern und Verläufen, so würde es in der Tat aus denselben Gründen schwerfallen, sie diesen zuzuordnen. Im Vergleich zu dem dort so eindrucksvollen charakteristischen und sich über den gesamten Krankheitsverlauf hinziehenden, das Bild von Anfang an bis zum Endzustand gleichbleibend bestimmenden wahnhaften oder auch halluzinatorischen Erleben in seinen verschiedenen klar profilierten Besonderheiten (die deshalb ja auch in den KLEISTSCHEN Krankheitsbezeichnungen ausgedrückt werden) erscheint das Wahnhafte der Schizophasien doch ausgesprochen durftig, matt, blaß, farblos, verschwommen. Da die Schizophasien andererseits keinerlei Verwandtschaft mit den katatonen und hebephrenen Formen haben, ergibt sich von selbst eine Sonderstellung zwischen diesen einerseits und den paranoiden andererseits, wie KLEIST sie den verworrenen Formen von jeher schon eingeräumt hatte.

Schließlich wäre noch etwas zur *Differentialdiagnose* zu sagen. Daß ohne die jetzt gewonnene Kenntnis der charakteristischen Symptomatologie die Abgrenzung gegen paranoide Formen Schwierigkeiten macht, geht nicht allein aus der ursprünglichen KRAEPELINSCHEN Zuordnung hervor, sondern zeigt sich ja auch darin, daß ein Teil unserer Fälle ursprünglich als paranoide Schizophrenien diagnostiziert worden sind. Es erklärt sich dies zurückschauend dadurch, daß die wahnhaften Inhalte und die Sinnestäuschungen überbeachtet und die Sprachstörung unterbewertet wurde. Zukünftig wird es demnach erforderlich sein, neben den wahnhaften Inhalten und den Halluzinationen sorgfältiger auf den sprachlichen Ausdruck zu achten und nach den kennzeichnenden

sprachlichen Einzelstörungen zu fahnden. Daneben selbstverständlich auf die beschriebene Symptomverbindung: persecutorischer Wahn-Phoneme-Größenideen phantastischer Art ein Augenmerk zu haben.

Schlußfolgerung.

Das Bild der typischen Schizophasie stellt sich demnach wie folgt dar: Die seltene Krankheit befallt intellektuell mäßig begabte Menschen von präpsychotisch ziemlich unauffälliger Wesensart und von vorwiegend leptosomem Körperbau ohne äußere Ursachen im Alter von durchschnittlich 32 Jahren, anscheinend häufiger Männer als Frauen. Erbliche Belastung scheint eine relativ geringe Rolle zu spielen. Die Initialsymptome sind Beziehungserlebnisse (vornehmlich Eigenbeziehungen), Sinnestäuschungen (vorwiegend Stimmen) und eine autopsychische Persönlichkeitsveränderung häufig expansiv-phantastischer Art (Größenideen). Diese Symptome scheinen sich gesetzmäßig miteinander zu verbinden. Den wahnhaft-halluzinatorischen Erlebnissen entspricht im Anfang ein aus ihnen ableitbares Verhalten, nämlich eine mißtrauisch-mißmutige, unzugänglich-ablehnende Gesamthalaltung mit teils Gereiztheit, teils hochfahrend-anmaßendem Wesen. Wahnhaftes Inhalte und Halluzinationen treten bald weitgehend zurück und spielen im weiteren Verlauf nur eine untergeordnete Rolle. Parallel damit wird das Benehmen geordnet, ruhig und fast unauffällig, so daß die Kranken regelmäßiger Arbeit nachgehen können und Brauchbares leisten. Psychomotorische Störungen gehören nicht zum Bild. Hauptsymptom der Krankheit ist die Sprachverirrtheit, die sich bereits im Beginn andeutet, allmählich zunimmt und schließlich das Bild beherrscht. Sie ist ausgezeichnet durch charakteristische paraphasische, a- und paragrammatische Sprachstörungen, die einen organischen Charakter haben. Hinter die sprachliche Störung tritt die gedankliche (a- und paralogische) zurück. Der Verlauf ist progressiv, jedoch wird die soziale Brauchbarkeit nicht sehr wesentlich herabgesetzt. Das Krankheitsbild entspricht der Schizophasie, wie KRAEPELIN sie beschrieben und KLEIST sie bisher aufgefaßt hat. Es stimmt ferner weitgehend mit dem von LEONHARD entworfenen Bild überein. Wir halten es auf Grund unserer Falle für berechtigt, von einer typischen (reinen) Schizophasie im Sinne einer psychischen Systemkrankheit zu sprechen.

B. Atypische Schizophasien (kombinierte und extensive Formen).

Der im vorigen beschriebenen reinen, einfachen Grundform der Schizophasie stehen atypische Formen gegenüber, d. h. solche Fälle, die zwar das Hauptsymptom der schizophasischen Sprachverworenheit darbieten, jedoch in ihrer gesamten Symptomengestaltung von dem reinen Bild abweichen. Teils ist es eine größere Verworenheit im

Gedanklichen und eine stärkere Beteiligung von Sinnestäuschungen, teils sind es psychomotorische Störungen, somatopsychische Zerfallserscheinungen oder eine phantastische Wahnbildung, die das Krankheitsbild verwischen und die Psychose vielgestaltiger und bunter machen. Die Feststellung des „Atypischen“ allein kann nun nicht befriedigen, dieses bedarf einer genaueren Betrachtung. LEONHARD²⁴ hat darauf hingewiesen, daß gelegentlich sich 2 Unterformen in einem Nebeneinander zu mischen scheinen, während in anderen Fällen eine Zusammensetzung nicht ähnlich eindeutig erkennbar ist. Er hat in sehr ausführlichen Analysen derartig atypische (katatonie und paranoide) Fälle beschrieben und deutlich machen können, daß es sich hier um Kombinationsformen handelt. Er hat dabei daran erinnert, daß KLEIST die Schizophrenien nicht nur im Sinne des Einfach-Systematischen als Systemkrankheiten auffaßt, sondern auch des Kombiniert-Systematischen, ganz entsprechend den neurologischen Kombinationsformen. Man wird als Kombinationsformen zweier systematischer Schizophrenien also solche Fälle auffassen, die eine Gleichzeitigkeit der Symptome dieser beiden Sonderformen zeigen und somit als zusammengesetzt aus 2 charakteristischen Symptomenkomplexen erscheinen, wobei mit gewissen Abwandlungen der Symptome zu rechnen ist, da die Einzelstörungen sich verständlicherweise gegenseitig beeinflussen können.

Andererseits hat es sich gezeigt, daß es neben diesen zusammengesetzten Kombinationsformen aber auch noch solche atypischen gibt, die sich nicht als eine Vereinigung zweier oder vielleicht auch mehrerer systematischer Formen erklären lassen. Es sind dies die im engeren Sinne atypischen, für die KLEIST die Bezeichnung „extensive“ Formen geprägt hat, weil sich bei ihnen die krankhafte Störung „erst im Verlauf auf weitere seelische Bereiche ausdehnt“.

Betrachten wir unter diesen Gesichtspunkten unsere 9 atypischen Fälle, so finden wir, daß sich von ihnen 7 als *Kombinationsformen* und 1 als *extensiver* auffassen lassen, während in 1 Falle eine sichere Entscheidung nicht möglich ist.

Kü., Karoline, geb. 11. 2. 1880. Droschkenfahrerin. Schulleistungen angeblich gut. Über Persönlichkeit nichts Genaueres bekannt. Körperlich infantil-dystrophisch. Erblichkeit s. S. 395. Krankheitsbeginn mit 42 Jahren plötzlich ohne äußere Ursache mit Stimmenhören und Gedankenlautwerden. Aufnahme in die Klinik 8. 7. 22. Eine Stimme sagte ihr, sie habe kein Recht mehr, Droschke zu fahren, eine andere Stimme, sie solle den Stall sauber machen. Gibt sehr unklare und uneinfühlbare Schulderungen ihrer Halluzinationen, oft gänzlich unsinnig, z. B. die Ziege sei der Ersatz für das zweite Pferd, weil die Tiere alle zusammengehörten, weil das ein Ganzer sei, habe sie kein Recht mehr auf die Ziege. Eigentlich gehöre alles, Tiere, Stall und Haus, noch ihr, ihrer Mutter und auch der Stimme. Auf die Frage, wessen Stimme das sei, sagt sie: „Die Stimme von unserer alten Familie, die Angehörigen haben gesprochen, Großvater, Ahne, wie Sie sagen

wollen, die festeste Stimme, die ich je gehort habe — wenn ich's kurz machen soll, so halte ich die Stimme fur die Stimme meines Vaters, weil ich keine habe. Und den mußt' ich rufen, weil ich nicht mehr zurechtgekommen bin, und das war die Antwort, und da wußt' ich, woran ich war“. Kurz darauf sagte sie, es sei Gottes Stimme gewesen, sie habe auch nachts Zion gesehen, auch Bilder gesehen wie im Kino, den verstorbenen Gaul ganz verkrüppelt. Bei der Frage nach dem Unterschied zwischen Baum und Strauch: „Beides Pflanzenteile, das eine höher strebende ganze Pflanze. Vorhin hat eine Engelstimme gesagt, die oberen Blätter gehören dem Vater“.

Ist sehr erregt, einförmige Bewegungsunruhe im Bad, drangt uneinsichtig fort. Dann ruhig, geordnet, beschäftigt sich in der Nahstube. Erzählt geordnet ihren Lebenslauf, gibt an, jetzt keine Stimmen mehr zu hören. Nach etwa 4 Wochen wieder unruhig: läuft von einer Kranken zur andern, bringt ihnen Grashalme, Zweige, rohe Kartoffeln u. ä., wirft die Matratzen aus den Betten, zerreißt ihr Hemd, um es sogleich wieder zu nähen, legt sich verkehrt ins Bett. Nach kurzer Beruhigung, während der sie oft bewegunglos dasteht, wieder von neuem erregt, kniet an den Betten anderer Kranken, umarmt diese, betet, drängt fort. Spricht viel von göttlichem Walten, Gott selbst spreche zu ihr, die Stimmen des Herrn gaben ihr die Hand der mütterlichen Liebe, sie habe auch den Teufel schon gesehen am Himmel als schwarzes kleines Mannchen. Verschrobene Ausdruckswweise, z. B. nennt sie eine Rose „eine blühende Blume edelster Gestalt, fein und lieblich, schön und labend . . . aufgehendes Blühen, duftend und schon“ oder erklärt den Begriff Tugend: „Tugend ist herrliche Begabung des Menschen, herrlich zu lieben und getreu zu sein. Herrliches Leben im Leben ist im Herrn denen gegeben, die tugendsam sind“.

Wird nach 4 Monaten entlassen. Diagnose: Spatform einer Katatonie (wiederholte Erregungszustände, bei Beruhigung einförmig).

Funf Jahre später wieder in die Klinik (1927). Äußert verworrene religiöse Ideen, berichtet von göttlichen Eingebungen, göttliche Stimmen sagten ihr, sie solle die Menschheit aufmuntern. In ihrem gespreizt-pastoralen Gerede sind jetzt deutliche paraphrasische und agrammatische Störungen, vereinzelt auch Neologismen. Beispiele:

(Was sagen die Stimmen ?) „Wie wir gut erzogen sind von den Eltern, so sollen wir uns Muhe geben, daß sich jedes Kind auch pflegend ernähren lernt und sollen Gott um gedeihliche Speisen bitten, daß es Kinder bekömmlich ist“. (Kind-Zwerg) „Die Heilgehalte, die im Kinde sind, das Kind hat Heilgehalt. Ob der Zwerg auch Heilgehalt hat, das weiß ich nicht“. (Spontan) „Ich kann nicht sagen, daß ich mich heiratend bewegen werde, das kann ich nicht sagen. Mein Onkel hat auch ledig gerne geschafft, oder finden Sie Stoffschuhe genau so gut für Menschen ?“ Bringt auch ganz unsinnige paralogische Fragen vor, wie z. B., ob es ihr erlaubt sei, die Ziegen auf dem Friedhof zu futtern oder ob die Liebe zu Gott besser wäre.

Läuft meist unruhig umher. Affekt oberflächlich-gehoben. Diagnose jetzt: Schizophrenie (Schizophasie).

Nach 8 Tagen in die Anstalt E. überführt. Dort vom 30. 9. 27 bis 14. 11. 29. Gibt zu, Stimmen zu hören. Meist unruhig, läuft umher, ist unordentlich, zu keiner Arbeit zu gebrauchen. Grundstimmung läppisch-euphorisch. Nur zeitweise beschäftigt sie sich einmal mit Strümpfestricken. Fast standiger „zerfahrener“ Rededrang. Bringt ganz unsinnige Fragen vor. In der Krankengeschichte wird immer wieder vermerkt: „Spricht dauernd in schizophäischer und dissoziierter Weise — völliger Begriffszerfall — ganz sonderbare und unverständliche Gewohnheiten, sinnlose Handlungen, unsinnige Fragen — macht unsinnige Arbeiten —

spricht dauernd schizophatisch — ausgesprochen schizophrenes Verhalten sowohl in bezug auf die Denktätigkeit wie auf die Ausdrucksbewegungen — ganz verschroben in ihrem Auftreten — Unmöglichkeit einer geordneten Unterhaltung — wäscht manchmal ihre Wasche in Urin — Sammeltrieb“.

Beispiele ihrer Äußerungen: „Ist jemand von uns hier? Ist das auch von uns hier? Warum ist nun meine Mutter nicht selbst gekommen? Wollen Sie die Schreibmaschine anlernen da? Die Fuhrmensen bewegung . . . die Kutscher haben sich für die Fuhrwerke interessiert . . . den Unterricht kann ich nicht bedienen . . .“

Auf die Frage nach Halluzinationen antwortet sie: „Wenn Sie die Existenz bezahlen wollen nach Hunderttausenden.“

Während der folgenden 7 Jahre (Anstalt H. 14. 11. 29 bis 17. 1. 37) ständig gleichbleibendes Bild. Schwatzt meist ununterbrochen in geschraubter Art zusammenhangloses und verworrenes Zeug. Stellt hunderterlei sinnlose Fragen. Steckt allen möglichen Unrat zu sich. Hat sonderbare Gewohnheiten, verfertigt sich z. B. Sandalen aus Holz und Pappe, zertrennt ihre Kleider und naht sie grotesk zusammen, kleidet sich theatralisch. Ist leicht erregt, schimpft viel. Die Krankengeschichte vermerkt: „Klassisches Bild der Schizophrenie . . . richtiger Wortsalat . . . halt Wortsalatreden hinaus in den Garten . . . ist nicht mehr imstande, sinnvoll geordnete Sätze zu sprechen . . . halluziniert ohne Pause“.

Beispiele: Sagt zu einer Kranken, die eine Verletzung am Finger hat: „Das kommt vom Nahen. Wenn das der Finger ist, gibt's eine Fingerhutvergiftung.“ Stellt Fragen wie: „Haben Sie schon einmal Pferde mit Stiefeln gesehen? Haben Sie schon einmal Lausewasser getrunken? Sind Sie die Tochter vom russischen Grafen? Was kostet eine Wintersonntagskarte?“ Halt bei der Visite dem Arzt ihren Kaffee unter die Nase und fragt, ob das Frau Lehmanns Schuh gut tue. Auf die Frage nach ihrem Beruf antwortet sie: „Wagen 193, den ich nicht verändert haben will, habe ich ihn gesehen vorm Marienhaus, da wollt' ich den Schwestern Apfelwein bringen, die Gaule ohne Eisen fliegen wie das Auto übers Eis, eiskalte Füße können die vertragen, freuen sich zuviel auf Erbführwerk, die Millionen kommen erst nach 100 Jahren, die Gaule haben Stein gefressen, seine Zehen, wie nennt man es, wenn der Gaul einen Moosstein frisst.“

Anstalt W. 27. 1. 37 bis 10. 4. 40. Das gleiche Bild. „Inkoharent und unfixierbar, die absurdensarten werden meist in Frageform vorgebracht, z. B.: „Stinken die Fahnen in der Festhalle? Tanzen Sie gern in den Hallen der Äbte?“

Beurteilung. Beobachtungszeit 18 Jahre. Beginn mit Visionen (Zion, Bilder wie im Kino) und Phonemen (Gottes- und Engelsstimmen). Die Stimmen bleiben im ganzen weiteren Verlauf bestehen, sie haben expansiven, zum Teil Eingebungscharakter (Gott spricht zu ihr, gibt ihr die Hand der mütterlichen Liebe, göttliche Eingebungen, sie soll die Menschheit aufmuntern usw.). Anfangs kataton, wiederholte Erregungszustände mit teils einförmiger Bewegungsunruhe, teils unsinnigen Verkehrtheiten. Vom Anfang bis zum Ende gleichbleibendes Bild, kein Wechsel. Schon im Beginn tritt das „Unsinnige“ der Äußerungen und Fragen hervor, das später zusammen mit den ebenso unsinnigen Handlungen ganz das Bild beherrscht. Das Paralogische, Inkohärente und Paraphasische wird immer deutlicher, etwa in gleichen Anteilen.

Halluzinationen, Größenideen und Sprachverwirrtheit würden dem Bild der Schizophrenie entsprechen. Daneben aber bilden einen „atypischen“ Bestandteil der Psychose die psychomotorischen (katatonen)

Erregungen, im Beginn die Ungeordnetheit im Benehmen (Unbrauchbarkeit zur Arbeit, sinnlose Handlungen, Sammeltrieb, Verkehrtheiten, Verschrobenheit in der Kleidung, gereiztes Schimpfen usw.) und der ständige spontane Rededrang. Deutet diese Ungeordnetheit, diese „Verworrenheit“ im Benehmen und Handeln schon das Vorhandensein einer wesentlichen Denkstörung an, so läßt sich diese ebenso auch in den Fragen und Antworten erkennen. Das Paralogisch-Inkohärente ist deutlich aus den sprachlichen Entäußerungen herauszuhören, und es kann hier gedankliche und sprachliche Verworrenheit nicht mehr von einander abgegrenzt werden. Daß schwerste gedankliche Verworrenheit jedoch keineswegs eine ebensolche sprachliche zu bedingen braucht, werden spätere Fälle zeigen. Der Fall nimmt demnach eine Mittelstellung ein, wenn man die Beurteilung auf das jeweilige Vorwiegen der gedanklichen oder der sprachlichen Störung abstellt. Wir fassen ihn als eine *Kombinationsform von Schizphasie und (inkoharent-paralogischer) Schizophrenie im engeren Sinne* auf.

Diesem Fall ähnelt sehr der folgende, von dem deshalb nur die zusammenfassende Beurteilung gebracht wird.

E., Katharina, geb. 8. 12. 1869. Arbeiterin, Frau eines Maschinisten. Über Schulleistungen und Persönlichkeit nichts bekannt. Körperbau „mittelkräftig“. Erblichkeit s. S. 395. Krankheitsbeginn mit 38 Jahren (1907). Beobachtungszeit 18 Jahre. Gleichbleibendes Bild vom Beginn bis zum Endzustand. Beginn mit Phonemen, die im weiteren Verlauf bestehen bleiben. Trotz der massenhaften Stimmen und dem „Immer-Unsinn-Reden“ kann sie noch 11 Jahre lang ihren Haushalt versorgen, ehe sie wegen einer heftigen Erregung in die Klinik gebracht werden muß. Hier fällt als massives Symptom die schwere Denk- und Sprachverwirrung auf. In den folgenden 17 Jahren des ununterbrochenen Anstalsaufenthaltes zeitweise fleißige und brauchbare Arbeiterin, zeitweise auch untätig, gelegentlich gereiztes Schimpfen. Sammelt Unrat. Spricht spontan fast nichts; angeregt, produziert sie ihren „faseligen, konfusen Wortsalat“.

Hier werden Größenideen vermißt, allerdings wissen wir nichts über die Inhalte ihrer Erlebnisse und Sinnestäuschungen in den ersten 11 Jahren der Krankheit, insbesondere im Beginn, in dem ja ein besonderer Inhalt und eine bestimmte Färbung und Richtung der Phoneme angenommen werden muß. Es ist durchaus denkbar, daß anfangs Größenideen vorhanden waren, die schon bald oder allmählich zurücktraten, wie auch in unseren anderen Fällen. Atypisch für die reine Schizphasie bleiben hier wie im Falle Ku., dem E. außerordentlich ähnelt, die gelegentlichen gewalttätigen (katatonen) Erregungen und die Ungeordnetheit im Handeln. Zwar ist sie wenigstens zeitweise zu befriedigender Arbeit zu gebrauchen — wie sie übrigens auch nicht den spontanen Rededrang Kü. hat —, im ganzen aber doch „antriebs-, teilnahms- und interesselos“, dazu „zerfahren, konfus, faselig“. Auch sie hat einen Sammeltrieb.

Was die Verworrenheit anbetrifft, die Leitsymptom bleibt, so ist auch hier schwer deren gedanklicher Anteil vom sprachlichen abzutrennen, und es gilt dasselbe wie im Falle Kü. Allerdings fällt doch bei genauerer Betrachtung der sprachlichen Verfehlungen das Vorherrschende unverkennbarer Paraphasien, verbaler wie literaler, der Neologismen und Paragrammatismen auf. Zum Beispiel *literale Paraphasien*: Doktoine statt Doktrin, vorübergehend statt vorübergehend. *Verbale Paraphasien*: jetzt bin ich weiter = von Hause weg, Aussätzige = Auswartige, hohe Geschäfte = gute Geschäfte. *Neologismen*: Irrseinsbeschreibung, Vollblutrose. *Agrammatismen*: Mutter nicht gesund, Kind nicht geboren im Irrsinn. Außerdem sind Störungen des *Sprachverständnisses* zu erkennen, so z. B., wenn sie bei der Frage nach ihrem Namen die Konfession angibt; bei der Frage nach dem Alter zuerst die Jahreszahl, dann richtig das Alter und ähnliches. Es ergibt sich daraus, daß neben den Denkstörungen paralogischer, inkohärenter und zum Teil auch ideenflüchtiger Art den Störungen der eigentlichen Sprache eine ganz besondere Rolle zukommt, und zwar offenbar von Anfang an, weshalb wir auch diesen Fall als atypisch im Sinne einer *Kombinationsform von Schizophasie und (paralogisch-inkohärenter) Schizophrenie im engeren Sinne* auffassen.

Es folgen 5 kombinierte Fälle, die in früheren Schizophreniearbeiten schon verwertet, zum Teil aber noch nicht beschrieben sind.

Le., Anna, geb. 21. 8. 1867*. Familie angeblich o. B. In der Schule gut gelernt. Über prapsychotische Personalität nichts bekannt. Mit 30 Jahren Verheiratung mit einem Uhrmacher. Körperbau vorwiegend pyknisch, adipos.

1929 und 1932 in der Klinik. Krankheitsbeginn aber bereits 6 oder 7 Jahre zuvor. Dauerndes lebhaftes Halluzinieren (diefehern = telefonieren). Ist davon ganz in Anspruch genommen. „Lassen Sie mich in Ruhe, ich habe so viel zu tun, eben diefeliere ich wieder.“ Lauscht, spricht leise vor sich hin. Auch später zu keiner Tätigkeit zu bringen. Sitzt „telefonierend“ im Bett. Besonders somatopsychische Wahnbildung, über die sie konfabulatorisch berichtet: das linke Auge sei innerlich sehr verletzt, seitdem sie vor 12 Jahren vom Blitz getroffen worden sei. „Da bin ich ausgeschieden worden durch die Nase.“ In der „Kopfapotheke“ habe sie den Arm „umgeschaltet, umzirkuliert“ bekommen. „Das sind doch nicht meine Hände“. Massenhafte meist paraphasische Wortneubildungen: Denkungsgeist, Gasbinde, Gurtbinde, gezongt, dubieren, Schuttrutt, Brustroscht usw. Neben der sprachlichen auch paralogisch-inhaltliche Verwirrtheit: (Hitler) „Das ist nur für Männer, zehnjähriger Kapitalist, die sind alle nicht mehr am Gericht“.

Beurteilung. Beobachtungszeit 11 Jahre. Sehr später Krankheitsbeginn, etwa mit 54 Jahren, möglicherweise auch schon früher. Über alle Anfangssymptome ist nichts bekannt, da Patient erst nach 6—7jähriger Krankheitsdauer erstmalig in die Klinik kommt. Im Vordergrund steht das ausgeprägte lebhafte Dauerhalluzinieren, das eine ständige Abgelenktheit bedingt und durch das wohl auch die Unbrauchbarkeit

* Aus MEYER-LEONHARD-KLEIST²⁰ (S. 150), dort aber nicht beschrieben.

zu geordneter Beschäftigung erklärt wird. Inhaltlich von Anfang an verworrene Wahnbildung, besonders körperliche Beeinflussungen mit Sensationen, viel Phantastisches, das konfabulatorisch vorgebracht wird. Inkohärenz, A- und Paralogien. Das Paraphatische zeigt sich vornehmlich in Wortneubildungen, die ziemlich konstant beibehalten werden (difelieren, geröngelt), weniger in Wortvertauschungen und grammatischen Fehlern. Das Halluzinieren, das sich auch bei den reinen Schizophrenien findet, ist hier ganz besonders massiv. Eine *Kombination von Schizophasie und (paralogisch-inkohärenter) Schizophrenie* würde das Bild erklären, zumal die inkohärent Schizophrenen — worauf LEONHARD besonders hingewiesen hat — lebhaft halluzinieren, so daß daraus in unserem Falle gewissermaßen eine Verdoppelung oder Kumulation des Stimmenhörens resultiert. Zudem wäre die Verworrenheit im Handeln durch das Zusammentreffen von halluzinatorischer Abgelenktheit und inkohärenter Denkstörung genügsam erklärt.

Sa., Luise, geb. 19. 4. 1878*. Familie: siehe S. 396. Sehr gute Schülerin, künstlerische Interessen, nahm Gesangunterricht, empfindsam, nervös, erregbar. Mit 20 Jahren Heirat. Körperbau pyknisch-athletisch, kraftig, adipös.

Krankheitsbeginn mit 44 Jahren. Erste Aufnahme in die Klinik 1922. Hört von Geistern kommende Stimmen, sie müsse noch ein Kind bekommen. Gibt an, ein Medium zu sein, werde magnetisch behandelt und beeinflußt. Habe den „Samenkoller“ (fühlt sich sexuell nicht befriedigt). Einmal habe sie ihren verstorbenen Vater gesehen. Geordnet in der Unterhaltung, etwas verträumt. Wird nach 6 Wochen wieder entlassen.

Januar 1924 Anstalt K. theatralisch-manieriert, sei Medium, werde hypnotisiert. Hört die Stimme eines Pfarrers, sie musse diesen heiraten, um Jesus zu zeugen. Hört auch Schimpfworte wie Hure u. a. Sieht Gestalten, Teufel, Kobolde. Verhält sich dabei geordnet, lachelt versonnen vor sich hin, wird nach $2\frac{1}{2}$ Monaten entlassen.

Zwei Jahre später nochmals wegen desselben Bildes 5 Wochen in K.

Mai 1928 zum zweitenmal in die Klinik. Theatralisch-pathetische Gebärden, lobt ihre prachtvolle Stimme. Spricht abschweifend, äußert eine Fülle von Beinträchtigungssideen, ist paralogisch und paraphatisch: „Sie brauchen mich doch nicht abzuerkennen, Sie brauchen meine Schrift nicht zu bedrücken, ich habe meinem Jungen den Selbstmord abgestunken“ usw. (Baum-Strauch) „Baum hat lang, aber dünn, totes Kind hat Strümpfe, weint“. Bezeichnet ein Hörrohr als Herzhörer, einen Locher als Durchbohrungsmaschine, eine Streichholzschachtel als Feuerzeug. Optische und akustische Halluzinationen, zum Teil recht phantastische Äußerungen: „Paul Paters war auf dem Mars mit dem rosa Schwan, der speit Milch“. Verhalten: gereizt, schimpft, spuckt auf den Boden, schlägt mit der Faust an die Türe, drängt hinaus. Wird nach 10 Tagen nach E. verlegt. Dort nach 4 Monaten entlassen.

1929 dritte Aufnahme in die Klinik. Jetzt starker somatopsychische Veränderungen, sie werde am Zahnfleisch und Rückenmark beeinflußt, man nehme ihr den Kopf ab, sie habe den Leib ihres Mannes, in der Kehle keinen Ton mehr, dafür singe ein anderer mit ihrer Stimme. Viel sexuelle Inhalte. Lebhafter Redestrom, inkohärent, paralogisch und paraphatisch. „Ich bin ein Affenhund, ich

* Aus MEYER-LEONHARD-KLEIST³⁰ (S. 150), dort aber nicht beschrieben.

muß den Affen von meinem Mann und dem Mädchen mitverdauen. Meinen Sie, ich hätte noch einen Kirchenknall? Die Frau von oben besetzt mich dauernd mit Gefuhlen“ usw. Nach 6 Tagen nach E. überführt, dort nach einigen Wochen entlassen. Drei Jahre zu Hause in ziemlich gleichbleibendem Zustand.

1932 vierte Aufnahme. Rededrang. „Leib und Körper sind aufgezehrt, mein Mann ist der Tiger, der mir chinesisches Sperrholz in die Wohnung gebracht hat, das sind Baubtierkatzen. Er gibt mir meine Trance. Ich kann meine Träneer nur noch auf Religion und Musik ablenken, die Trancebaume von der Frau Bauer gekauft habe ich heute herausgeworfen . . . Ich laß mich in frommen Kirchen über diesen Mainkörper überfressen . . . die habgierige Sangerin über mir, die all das hohe Licht frißt, ich habe viel verdientere“ usw. Verhalten: meist im Bett, gereizt, unverträglich, schimpft, verlangt eine „Isolierjacke“ zum Schutz gegen die Beeinflussungen.

Diagnose jetzt: Schizophasie. Nach 10 Tagen wieder nach E. verlegt.

Bei einer Nachuntersuchung dort 1933 schwerster Sprach- und Begriffszerfall, unverständlich in ihren Äußerungen, absurde Beeinflussungsideen und starke Körpersensationen.

1934 fünfte Aufnahme. Unverändertes Bild. Klinische Vorstellung. Im Vordergrund steht der somatopsychische Verfall und das Schizophasische. „Ich leide an Übertemperatur, an Herzverdrüssen . . . ich bin mediumkrank . . . die Wasche war besprochen, teilweise . . . die Stücke, die nicht besprochen waren, waren verdiebt, durch einen ganz gemeinen Hausdieb . . . ich war so verknechtet . . . die Luft istbekniffen worden . . . ich war doch immer aufnehmend für die Patienten . . . ich bin eine Frau von erteilenden Eigenschaften . . .“ usw. Gibt auf Stimmen zu hören, „dauerndes Frauengeplappere . . . es ist schwerer Raub an, die Frau“. Ihr Gehirn werde vom ganzen Haus „betrampt“, werde „weggeraubt“, sie sei „übertragskrank“, „Hurensyrum“ wird ins Gehirn „getraufelt“. „Ich flog einmal ‚knochenhoch‘, seit die Schwester da ist, wird alles ‚vergrauamt‘, da wird man ‚gefickt und gescheusalt‘.“

1938 sechste Aufnahme. Sie sei seit Jahren Medium, müsse 120 Menschen täglich aufnehmen durch Übertrag. In jeder Nacht werde ihr das Teufelsrad gedreht, man habe ihr den Hals abgeschnitten, dreckigen Hurenmist, Bockbeine habe man ihr beigebracht, Besätze von Anstaltschürzen in den Hals gesteckt, nachdem man ihn ihr abgeschnitten habe. 120 Menschen rutschen ihr täglich durch, jeder habe den Kehlgriff bei ihr, klemme das Gehirn ab. Sie nehme Männer auf, der eine fahre in die Beine, der andere in den Kopf, zwischen den Fingern trete falscher Samen aus usw.

Verlegt nach K., dort 1 Jahr. „Ganz von ihren verworrenen Wahnideen und Sinnestauschungen beherrscht, zeitweilig halluzinatorisch erregt, storend durch lautes Schimpfen.“ Wird später im Bügelzimmer beschäftigt. 1939 Verlegung in die Anstalt W., von dort 1941 mit einem Sammeltransport in eine unbekannte Anstalt überfuhr.

Beurteilung. Beginn mit Stimmen, Visionen, Beziehungs- und Beeinflussungserlebnissen, daneben expansiv und zum Teil phantastisch. Sechs Jahre nach Krankheitsbeginn deutlich paralogisch und paraphasisch, später treten somatopsychische Veränderungserlebnisse stark in den Vordergrund, sie bleiben der wesentliche Inhalt ihres paraphasischen Redestroms und sind stark phantastisch. Wir nehmen deshalb eine Kombination einer Schizophasie mit einer progressiven Somato-psychose an.

Ho., Elisabeth, geb. 22. 7. 1900. Der Fall wurde von SCHWAB³⁷ (S. 97) bereits ausführlich beschrieben,³ so daß auf die dortige Darstellung verwiesen werden kann.

Zusammenfassung und Beurteilung. Beobachtungszeit 10 Jahre. Beginn mit Stimmen (des geliebten Mannes), Körpersensationen und Eigenbeziehungen erotischer Farbung (ein Kind von ihm wird ihr verkündet), auch religiös-ekstatische Inhalte (erlebt das Matthäus-Evangelium). Sehr bald expansiv und phantastisch (ihr Vater Erbgraf, sie selbst Princess of Wales, kann die Luft 5 Stunden anhalten, hat 4 Arten Blut, kann mit einer Filmangel die Menschen körperlich verändern usw.). Dabei weiterhin stark halluzinierend. Meist Rededrang, „konfuse Reden“, Selbstgespräche. Rasch zunehmender geistiger Verfall, „Verblodung“, Abstumpfung. Wechsel von Erregungszuständen mit rohen Gewalttätigkeiten und stumpfem Dahanbrüten. Schon gleich im Beginn sprachliche Schiefeheiten, die ständig zunehmen. Wortneubildungen, wie „Zusammennehmer“ und „Zurückdenker“, Wendungen wie „ich stehe völlig negativ da.“.

Bei der Nachuntersuchung 1940 hemmungsloser Rededrang, aus dem noch krankhafte Erlebnisse, wie Personenverkennungen, groteske Körpersensationen, Großenideen und absurde Ideen, sowie Stimmen herauszuholen sind: Der Vater ist Großherzog von Hessen und in die katholisch-religiöse Zwangslaufbahn eingetreten, sie bekommt 5 Millionen, ist auf 20 Jahre zur deutschen Kaiserin und auf 10 Jahre zur Königin von Norwegen gewählt, ihr Körper ist ganz zerfasert, der Schadel hat sich verschoben, sie hort Graberverbindung, die Stimmen von nichtbegrabenen Verstorbenen, die Hilferufe der Embryonen in ihrem Leib usw. Auszug aus einem Diktat der Kranken: „Durch politisch kursierende Sacralerfahrungen, durch berufliche Umwalzungen und politische Ausstellungen habe ich entdeckt, daß die in Bockenheim geborene Königin von Preußen Luise Hof, wohnhaft in der X-Straße 11, Realschulerinnerungen hervorgerufen hat, aus denen sich ergab, daß sie beruflich Schneidermeisterin war. Ihre politische Reise nach Tilsit zu ihrem Gemahl Friedrich Wilhelm II. ergab, daß meine nachvergangene Entstehungsweise im Jahre 1900 eine zuzugliche politische Personlichkeit ergeben, die den Beruf des Schneiderhandwerks vervollkommen . . .“

Für die typische Schizophasie, der das Expansive, das Stimmen hören, und der Sprachzerfall entsprechen würden, ist das Phantastische der sowohl auto-, allo- und somatopsychischen Wahnerlebnisse und die wahnhaft-inhaltliche Verworrenheit ungewöhnlich, die verständlicherweise ein geordnetes äußeres Verhalten ausschließt. Wir fassen die Psychose als *Kombinationsform von Schizophasie und Phantasie* auf.

Ba., Johann, geb. 18. 7. 1882. Das Krankheitsbild wurde bereits von SCHWAB³⁸ (S. 466) beschrieben und durch die Nachuntersuchung von LEONHARD¹⁶ (S. 577) ergänzt. Es wurde damals als „atypische paranoid-katatone Erkrankung“ bezeichnet. Erblichkeit siehe S. 397. Kurze Zusammenfassung. Metzger, Schulleistungen unbekannt, leicht aufgereggt, eifersüchtig, alkoholintolerant. Athletischer Körperbau. Krankheitsbeginn 37jähig (1919) mit Verfolgungsideen und dem Erlebnis unheimlicher Bedrohung („die ganze Welt ist auf mir“) mit Angst und Ratlosigkeit. Halluziniert, kniet vor seinem Bett, betet, führt Selbstgespräche. Zeitweise erregt, schlägt auf die Pfleger ein, sondert sich ab, spricht wenig. Später stuporös, stumm, akinetisch, Haltungsverharren, antriebsarm. Körperliche Mißempfindungen. Geht dann fleißig und regelmäßig zur Feldarbeit. Stereotype Gesten und Manieren, zeitweise halluzinatorische Erregungen. Führt verworrene Selbstgespräche, die massenhaft Neologismen und Agrammatismen enthalten.

Bei der Nachuntersuchung 1937 hemmungsloser Rededrang, rasche Sprechweise, a- und paragrammatisch mit Wortneubildungen, gezwungene, geschraubte Redeweise. Dabei eckig-steife Gestikulationen, stereotype Gesten und Verbeugungen.

Nachzutragen wäre eine genauere Betrachtung der sprachlichen Störungen: bei der ersten Beobachtung (1919) „hastige, abgebrochene Bewegungen und Redeweise“, aber in der Unterhaltung noch keine eigentlichen Sprachverfehlungen. Ein Brief beginnt mit „meines Erachtens nach erblicke ich in Herrn Professor eines auch für meine Familie sehr interessierten Mannes, der manchen Einblick und auch des schwer betrübten Herzens beiderseits erblickte“. 1920 mutistisch, antwortet nicht auf Fragen, schwerer Stupor. Später freier, spricht langsam, „abgesetzt, wie schulmäßig“. In der Folgezeit fallen im Zusammenhang mit halluzinatorischen Erregungen gelegentlich sprachliche Absonderlichkeiten auf. Er habe unanständige „ausubende“ Bilder gesehen, er habe sich sehr „spannend“ gefühlt (verbessert sich selbst „gespannt“) bei „Zubehalt“ der Augen habe er allerlei gehört und gesehen, der Arzt beteilige sich an der „Weitersprechung“. In der Anstalt heißt es 1921—1924, er spreche manieriert, geziert, rede nachts vor sich hin; später, er spreche in „verworrner, unzusammenhängender Weise“. 1924 in der Klinik hat er vorübergehend die Manier, jedem Wort, das mit t oder d endigt, ein s anzuhangen. Daneben Paraphasien, A- und Paragrammatismen, wie „dann erweist man dankbar“, „Luther hat eine evangelische Profession“ gehabte, „ich habe ja auch Dornen mitgemacht“, „es liegt nichts zur Sache“, „ich mußte erst Aufgaben abwarten“, „ich habe mich einer Krankheit unterziehen müssen“, „ich bin überbetet gewesen“, „ich bin nicht hierhergekommen, um solche Sachen mich „obzuliegen““. 1925 in der Klinik starker Rededrang: „Der Mensch kann in falsche Aussage geraten“, „das zeugt auf Einigkeit, auf Fortschritt“, „Sie haben den Fortschritt in Ihrem Sinnestrachten richtig ausgesprochen“, „das war nicht meines Körpers Wohl“, „es ist mir meines Körpers unwohl gewesen“, „Sie sind heute hochlobend“. 1925—1937 in der Anstalt heißt es: „Spricht oft viel und durcheinander, entwickelt großen Redefluß, spricht in verschrobener Redeweise, wird immer verworrner und konfuser in seinen Reden, hält große Ansprachen, schwätzt richtigen Wortsalat mit Wortneubildungen, schwätzt bei jeder Visite sinnloses und unverständliches Zeug“. Daneben viel Stereotypien in seinen Bewegungen, manieriert in seinem Wesen. 1934 bei einer Nachuntersuchung: „Ich setze unter diesen Zeitpunkt keinen Anspruch in der Weise, da ich erst Rucksprache mit meiner Frau darüber nehmen muß über diesen langzeitigen Krankheitsfall“ und „Ihre Notizen verschmeiß ich Ihnen sofort, was Sie in dem Saal unter Äußerung gesetzt haben, da das Verbleiben im Hause mir sehr rucksatzig war“. Bezuglich des Zustandes 1937 sei auf die Darstellung LEONHARDS verwiesen. Als Beispiel für *Agrammatismen*: „Nein, nein, Einladung danke, schlage ab“; für *Paragrammatismen*: „Ich hab schon so viel mitgemacht dieses Körpers“; für falsche *Wortzusammensetzungen*: „Körperbestand“; für *Wortvergreifungen*: „Elektrische Durchzüge“.

Beurteilung. Beginn mit Verfolgungsideen, Angst, Ratlosigkeit und Stimmenhören. Von Anfang an katatone Symptome neben akinetisch-stuporosen Zuständen, vor allem viele Stereotypien und Manieren, die auch im weiteren Verlauf deutlich bleiben. Daneben entwickelt sich allmählich das Schizophasische, das neben den bekannten Elementarstörungen ebenfalls viel Stereotypes und Manieriertes hat. Wir möchten deshalb in diesem Fall eine *Kombinationsform von Schizophasie mit einer stereotypen (manierierten) Katatonie annehmen*.

Ma., Rosa, geb. 3.3.1900*. Familie angeblich o. B. In der Volksschule mittelmaßig gelernt. Danach Hausangestellte. Mit 24 Jahren uneheliches Kind. Über Persönlichkeit nichts Naheres bekannt. Körperbau athletisch, virile Behaarung, basedowoid.

Krankheitsbeginn 1929 mit 29 Jahren: wird polizeilich in die Klinik eingewiesen, weil sie versuchte, sich in der Wohnung eines Arztes aus dem Fenster zu stürzen. Erotische Eigenbeziehungen und Bedeutungsideen in bezug auf diesen Arzt, bemerkte „perverse Zeichen“ und „Hin- und Hergerede“. Sprachliche Aufälligkeiten: „Meine Persönlichkeit, Arbeitsübermaßigung.“ Außerdem bei Definitionen usw. einzelne Paralogien: (Haß-Rache) „Wenn man etwas gern haben möchte und man nimmt's ihm weg . . . Rache ist süß, aber auch manchmal bitter . . . wenn man jemanden schlägt, das braucht man doch nicht zu vergelten . . . Haß ist häßlich, bös . . .“ (Baum-Strauch) „Strauch ist ein niederes Gesträuch, beim Baum ist nicht viel zu verändern (?), da ist nichts zu andern; der Baum ist ein Hochstamm“. Verhalten anfangs unauffällig, ruhig, hilft ganz fleißig, dann gereizt, ablehnend, widerstrebend, abgesperrt. Sexuelle Sensationen. Halt starr an ihrem Liebeswahn fest. Diagnose: paranoide Demenz.

Wird nach 46 Tagen nach H. verlegt. Schreibt dort verworrene Briefe, worin stets das Wort Liebe vorkommt, wobei Geschlechtliches mit Biblischem vermischt wird. Ruhig, interesselos, ohne Anschluß, beschäftigt sich, muß aber angehalten werden. Ab und zu widerstrebend, schimpft. Später vorwiegend starr, reglos, unbelebter Ausdruck, maskenhaftes Lächeln, „in katatoner Hemmung“, „wie eine Bildsaule“. Zwischendurch spuckt und tritt sie nach Mitkranken, greift das Personal an. Spricht sie, dann mit schweren sprachlichen Entgleisungen: (Was geschieht Ihnen hier ?) „Paradox wird alles inspiriert, Biographenbild ist das. (?) Das ist Tatbestand der Wirklichkeit im Sinne wiedergegeben durch die Menschen, die man zuvor gekannt hat. (?) Das liegt im Trancezustand durch Hypnose. Das liegt eigentlich schon mehr im geistlichen Sinne, vom medizinischen Standpunkt aus ins Geistliche inspiriert, weil mich die Zustände hier nicht zukommen ließen der Agitation gegenüber“. (Später spontan) „Eine Narkose darf einmal gegen eine Narkose stehen, wenn Sie das nicht verstehen, gehen Sie zu Justiz“.

Bei einer Nachuntersuchung 1932 starre unbewegte Haltung, spricht spontan nichts. Diffuser Beziehungs- und Beeinflussungswahn mit physikalischen Erklärungsideen. Paralogisch und paraphasisch: „Das ist das Dementri der Depression . . . das ist verkehrsparadox bzw. ist sekundäre das Abitorium . . . das ist das Geheimabkommen der Geschworenen auf das Universe hin“. Lokomotive nennt sie ein „technisches Darstellungswerk“, Mauer „ein Backsteinwerk“.

1939 Nachuntersuchung durch LEONHARD und MEYER. Schwere paralogische und schizophasische Störungen. Halluzinatorische Erlebnisse, von denen man nichts Genaueres erfahren kann. Sucht man genauer einzudringen, dann erfolgen nur neue Worte und Wortneubildungen, ohne daß dadurch irgend etwas klarer wird. Wortarm, spricht nur auf Fragen, sitzt sonst bewegungsarm da, häufig ein Lächeln, das dann leicht stehen bleibt. Affektiv völlig flach. Wendet sich zu, wenn man mit ihr spricht, nichts Abgelenktes in ihrem Gesichtsausdruck. Beispiele: (Beschwerden ?) „Depression auf Kompression habe ich, das steht dem Blutdruck gegenüber von Angesicht zu Angesicht“. (Wie ist das ?) „Das ist sogenannter Blitzlichter und Scheinwerfer“. (Woher ?) „Durch das Pulsieren impulsiv“. (Wie ?) „Das steht dem Blutdruck gegenüber diagonal dem Auge, das sind Schwingungen“. (Wie spüren Sie es ?) „Das liegt in der Elektrolyse, das geht in Galvanisieren über, das komplettiert den Arzt . . . das ist der Lebensneustoff des Körpers, die Sauggewebe, die Saugapparate des inneren Körpers“. (Was war

* Aus MEYER-LEONHARD-KLEIST³⁰ (S. 150), dort aber nicht beschrieben.

mit Dr. J. M.?) „Das sind Stimmenspiralen auf meine Persönlichkeit, der hat mich in Suggestion gehabt“. (?) „Der ganze Transfaktor . . . der Terror des Terrors“.

Beurteilung. Beginn mit Beziehungs- und Bedeutungsideen, die auch später noch nachweisbar sind. Schon im Anfang deutliche Sprachstörungen, insbesondere sehr viel Wortneubildungen, teils durch literale Paraphasien, teils durch falsche Wortableitungen und -zusammensetzungen. Neben diesem später ganz vorherrschenden Schizophasischen aber ebenso von Anfang an viel Katatones, und zwar vorwiegend eine Starre, Reglosigkeit, Unbeweglichkeit, „maskenhafter“ Ausdruck, „wie eine Bildsäule“. Spricht auch spontan nichts. Das Bild würde seine Erklärung in der Annahme einer *Kombinationsform von Schizophasie und akinetischer (starrer) Katatonie* finden.

Die beiden noch übrigen Fälle Ke. und Max Mü. sind neu zu beschreibende atypische Schizophasische von anderer Art als die bisher geschilderten Kombinationsformen.

Ke., Wilhelm, geb. 1. 7. 1870. Erblichkeit siehe S. 397. In der Schule wiederholt sitzengeblieben. Später Tischler gelernt. Bettläger bis zum 17. Lebensjahr, sonst nichts über seine prapsychotische Personalität bekannt. Körperbaulich klein, grazil, schmächtig.

Krankheitsbeginn 35jährig (1905). Glaubte, die Arbeitskameraden sprachen über ihn, z. B. seine Frau sei schon vor der Ehe schwanger gewesen und habe abgetrieben. Darauf erregt. Deshalb am 11. 4. 05 in die Psychiatrische Klinik H. Hier wechselnder Zustand: Zeitweise krampfartiges Lachen, Personenverkennungen, sieht Polizisten im Saal. Behauptet, elektrische Drahte im Körper zu haben. Muß gepackt werden. Diagnose: Akute hebephrenische Psychose mit Motilitätsymptomen (Krankengeschichte liegt nicht vor).

Am 22. 6. 05 verlegt in die Anstalt A.-Sch. Hier 10 Jahre lang ein wechselndes Zustandsbild: Stumm, gleichgültig, Haltungsverharren — stuporös, mutistisch, akinetisch, „gehemmt“ — steht stumm im Garten herum, beantwortet keine Frage, unbeliebte Miene, arbeitet nichts — dann lebendiger, gibt freundlich prompte Antworten, schreibt einen korrekten Brief, geht mit zur Arbeit — dann wieder „gehemmt“, stumm, untätig, hört die Stimme seiner Frau — freundlich, heiter, willig, fügt sich ein — wieder ratlos, steht herum, negiert aber Halluzinationen und auch Angst. Erscheint abgelenkt. Lacht manchmal vor sich hin, nimmt eigenartige Stellungen ein — gibt gelegentlich Halluzinationen zu, vor allem die Stimme seiner Frau, ist freundlich, zufrieden, sehr still — dann einmal plötzlich unruhig und gewalttätig gegen einen Pfleger, rasch abklingend — gibt kurze, aber sinngemäße Antworten — plötzlich stramme Haltung, militärischer Gruß, Kehrtwendungen, hält den Arzt für einen Leutnant — halluziniert wohl ständig, bisweilen Grimassieren.

1908 probeweise entlassen, nach 6 Monaten wieder aufgenommen. War wieder „verkehrter“ geworden, sprach viel vor sich hin, war im Wesen hastig. In der Folgezeit: affektlos, gemütsstumpf — ruhig, geordnet, fleißig — dann wieder Redestrom, Selbstgespräche, unendliche Wiederholungen der gleichen Inhalte, vornehmlich Schimpfen auf die Frau, schwatzt unausgesetzt, gestikuliert, „völlig ideenflichtig, keinen sinnvollen Zusammenhang mehr aufgreifend“, dabei starrer, in sich gekehrter Ausdruck — dann wieder lange Zeit ruhig, freundlich, fleißig, aber stets in sich gekehrt“. 27. 3. 15 entlassen. Diagnose: Katatonie.

16 Jahre später taucht er in Frankfurt a. M. auf. Kam wegen chronischer Bronchitis, Bronchiektasen und Emphysem in die medizinische Klinik, von dort zwecks Verlegung in ein Altersheim in die Nervenklinik. Gibt an, nach seiner Entlassung aus der Anstalt 1915 in verschiedenen Städten als Tischler gearbeitet zu haben, in Dresden, Saarbrücken, Trier, Berlin, Heidelberg usw., sei viel auf der Landstraße gewesen. Berichtet seinen außufiglichen Lebenslauf, dabei wieder die alte Idee von der vorehelichen Schwangerschaft seiner Frau (von der er seit 1915 getrennt lebt). „Sie ist von anderen benutzt worden, um Kindererzeugung herauszustellen“. Er wisse nicht, ob er „noch Anteil an der Frau“ habe. Unklare Beziehungs- und Eifersuchtsideen. In seinen Äußerungen massenhafte Sprachverfehlungen, Wortvergreifungen und -neubildungen, A- und Paragrammatismen. In der Schule habe er „sparsam“ gelernt, er habe nicht den richtigen „Aufgreifungsgeist“ gehabt, die Sachen nicht so recht „in acht behalten“. („Sparsam“ ist eine reine verbale Paraphasie für „mäßig“ oder „wenig“, „Aufgreifungsgeist“ vereinigt in sich eine falsche Wortableitung, nämlich „aufgreifen“ statt „auffassen“ oder auch „begreifen“, die verbale Paraphasie „Geist“ statt „Gabe“ und als Ganzes eine fehlerhafte Wortzusammensetzung. „In acht behalten“ ist eine Art paraphasischer Kontamination von „beachten“, „behalten“). Seine Frau sei „durch Befruchtung krank geworden“. Wortzusammensetzungen sind: „Restaurations-tochter“, „Hundeschilderhaus“ und „Hundesoldat“; eine Wortableitung: „automobilische Möbelwagen“. Bei Bildernennungen nennt er ein Huhn „Gockelhahn, Kikerikihahn, Hahn“, einen Esel „Weihnachtsspielzeugesel“.

Bei der psychisch-experimentellen Prüfung neben den sprachlichen Störungen paralogische Entgleisungen, gelegentlich inkoharentes Abschweifen. (Keine Rose . . .) „Weil die Rosen eben Dornen haben, das ist nicht anders, deshalb ist die Dorne das Hauptwort, die trifft man manchmal viel auf dem Klavier, als Zimmerschmuck auch“. (Not bricht Eisen), „Wenn Not da ist, da ist man schwach, da kann man nicht gut Eisen brechen, das muß man den Eisenkaputtbeißen überlassen, da war einer in Dresden“. Diagnose: Schizophrenie mit relativ gut erhaltenem formaler Persönlichkeit.

Wird nach 5 Monaten in die Anstalt E. überführt. Die dortige Krankengeschichte ist nicht mehr auffindbar, nach der Karteikarte wurde K. am 12. 7. 33 entlassen.

Beurteilung. Beginn 35jährig mit Beziehungsideen, Eifersucht, Personenverkennungen, Mißempfindungen und psychomotorischer Erregung. Ist 10 Jahre lang in einer Anstalt, wo das Krankheitsbild ständig zwischen stuporösen Zuständen (mit Akinese und Mutismus) und vorwiegend parakinetischen Erregungen mit gleichzeitigen verworrenen Reden wechselt. Leider enthält die Krankengeschichte fast nur Aufzeichnungen über das äußere Verhalten, aber kaum etwas über die wahnhaften Inhalte und keine Beispiele der sprachlichen Äußerungen. Die katatonen Symptome standen offenbar im Vordergrund, sie schwankten periodisch und waren unterbrochen von relativ ruhigen, geordneten Zeiten. Daneben bestanden akustische Halluzinationen. Während in den ersten 3 Jahren „prompte“ und „sinngemäß“ Antworten in den ruhigen Zeiten vermerkt sind, heißt es später, er spreche viel vor sich hin, Redestrom, Selbstgespräche, unendliche Wiederholungen, kein sinnvoller Zusammenhang. Nach der Entlassung konnte

sich Ke. 16 Jahre in der Freiheit halten, er kam dann eigentlich mehr zufällig wieder in klinische Beobachtung, und das Bild, das er nun bot, kann wohl als Defektzustand aufgefaßt werden. Das Katatone ist zwar noch immer erkennbar, vorherrschend ist aber jetzt ganz das Schizophasische. Das äußere Verhalten ist geordnet, die „relativ gut erhaltene formale Persönlichkeit“ wird betont, Ke. als „fleißiger und genauer Arbeiter“ bezeichnet. Die *Symptomatik der reinen Schizophasie erscheint hier kombiniert mit katatonen Symptomen.* Es fehlt lediglich das Expansive; aber die Darstellung der Inhalte ist, wie gesagt, ebenso unzureichend wie die Angaben über sprachliche Entäußerungen. Diese Mangelhaftigkeit der Aufzeichnungen über die ersten 10 Krankheitsjahre macht es unmöglich zu entscheiden, ob das Katatone und das Schizophasische von Anfang an nebeneinander bestanden, oder ob das eine das andere allmählich ablöste, ob dieser Fall also als *eine eigentliche Kombinationsform* angesprochen werden darf *oder als unsystematische „extensive“ Mischform.*

Mü., Max, geb. 14. 7. 1884. Koch, später Schlosser. In der Schule angeblich gut gelernt. Über prapsychotische Persönlichkeit nichts Naheres bekannt. Körperbau: kraftig. Angeblich keine erbliche Belastung.

Bereits 1916 (32jährig) einmal auffällig durch Eifersucht. Entfernte sich unerlaubt aus dem Lazarett, bedrohte seine Frau mit einem Messer, wurde deshalb in das Militärarresthaus eingeliefert.

Drei Jahre später polizeiliche Einweisung in die Klinik wegen „Wahn- und Verfolgungssideen“ (22. 7. 19). War wiederum eifersuchtig gewesen und hatte sich von seiner Frau bedroht gefühlt. Wird am nächsten Tag in die Anstalt H. überführt. Hier zunächst freundlich, willig, ruhig, vertraglich, fügt sich ein. Zeitweise gedrückter Stimmung, gehemmt, langsam, apathisch, starrer Gesichtsausdruck. Sucht Beschäftigung, zeigt sich geschickt. Dann wieder macht er einen „ganz verwirrten“ Eindruck, scheint zu halluzinieren. Schreibt merkwürdige Briefe an seine Frau und seinen Bruder, z. B.: „Das Geschenk war sehr erinnerlich, weniger erfreulicher das Schicksal, die nicht ungenierte Umgebung, eine Qual für mein Leben und hoffentlich wird es sich noch geben. Die Leuten in Worten läßt man nach doreten und in Taten die läßt man noch raten. Die ersten gehoren zum Gitter und letztere spielen die Zitter im Gitter . . . Max muß man besonders gut beaufsichtigen, daß er sich kein Fremdling in die Nase oder den Magen hineinbringt. Wohl bin ich auf dem Wege der Einflößer mit Rückschlag und findet das Patent Erweiterung. Nach Feierabend Schluß ist auch ein Zeitungsgenuß und war sehr erfreulich. Auf Wiederschen“.

Plötzlich grundlos erregt, greift Arzt und andere Kranke an. Äußert: „Heut hab ich den gelben Seestern gesehen“. Wickelt sich sein Taschentuch um den Kopf, gibt an, er habe seine Gasmaske angezogen. Dann wieder stuporös, „liegt ohne Reaktion da“. Spricht gelegentlich ohne jeden Zusammenhang einen beziehungslosen Satz, wie z. B.: „Der Graf ist im Jahre 1718 gestorben.“ Liegt unter der Decke versteckt, starrt vor sich hin, gibt keine Antwort, scheint zu halluzinieren, muß zum Essen angehalten werden. Zwischendurch heftige Erregungen, wälzt sich im Bett, zerreißt das Bettzeug, springt abrupt auf. „Spricht in manierter Sprache.“ Später geordneter, arbeitet regelmäßig und fleißig im Feld. Halluziniert aber dauernd. Entweicht nach vierjährigem Anstaltaufenthalt (24. 8. 23). Diagnose: paranoide Demenz.

Wird 3 Wochen später zum zweitenmal in die Klinik gebracht. Verhält sich ruhig und erscheint äußerlich geordnet. In der Unterhaltung und bei der systematischen Prüfung schwerste paralogische und paraphasische Störungen. Beispiele: (Sparsamkeit-Geiz) „Geiz ist Erfindung, Sparsamkeit ist Verschwendug“. (Irrtum-Luge) „Irrtum ist vergänglich, Lüge ist anhänglich“. (Morgenstund . . .) „Einen voranfängenden Mut, um ihn auszuführen“. (Bild Blindekuh) „Ein Familienstreitigkeitsbild. Eine erwachsene männliche Person ist mit blinder Stirnwart bedeckt mittels Tuch, angeblich um eine Tat auszuführen; in der linken Hand eine Tasse haltend mittels Daumen und Zeigefinger, im Anschlag der rechten Hand am Tischtuch zerrend, woselbst das nachstanwesende Geschirr heruntergestürzt. Jedoch durch Hilfe eilt zurückhaltend durch weibliche Personen, ein jugendlicher Bursche jedoch ihn zurückhaltend, den Angreifer, die auszuführende Tat, dagegen rechts eine weibliche Person rechts ihn zurückhält. Ein jugendliches Mädchen darauf die Flucht ergreift“. Diagnose: Schizophrenie. Nach 25 Tagen Verlegung nach der Anstalt H.

Führt hier anfangs „unzusammenhängende und verwirrte“ Reden, geht dann aber bald fleißig und selbständig zur Feldarbeit und ist äußerlich ganz geordnet. Entweicht nach 5 Monaten (27. 4. 24).

1½ Jahre später dritte Aufnahme in die Klinik (1. 11. 25). War wieder eifersüchtig geworden, hatte seine Frau der Untreue bezichtigt, eine Vermieterin als Kupplerin beschimpft. Behauptete, seine Frau habe ein Kind von einem anderen Manne, in ihrem Zimmer habe er Empfangnisverhütungsmittel gefunden. Sie habe anscheinend auch Verkehr mit den Kindern, er merke es am Geruch. Die Nachbarschaft habe das alles bemerkt und ihn deshalb „sonderbare Züge geschmissen“. Meint, der Verkehr seiner Frau sei „geheime Kontrolle“, jetzt sei sie „in die öffentliche Kontrolle gebracht worden“. Auch jetzt wieder schwer paralogisch und paraphasisch: (Morgenstund . . .) „Das ist mehr ein Sagewort . . . Sonnenaufgangszeit“. (Not bricht Eisen) „Eisenmittel ist ein Streckmittel“. Spricht in sachlichem Ton, ohne affektive Beteiligung, verhält sich ruhig. Nach 6 Tagen wieder in die Anstalt H. verlegt.

Hier jetzt mehr stumpf, gleichgültig, gespannt, gehemmt, mutistisch. Nur vorübergehend einmal etwas freier und zur Beschäftigung zu bringen. Dann zunehmend ablehnend, regungslos, starrt vor sich hin. Häufiger halluzinatorisch erregt. Im letzten Jahr vor seinem Tod „dauernd stark katatonisch gespannt und negativistisch“. Nimmt drohende Haltungen ein, schimpft, führt verworrene Reden. Gestorben am 18. 4. 1929 an Lungen- und Darmtuberkulose.

Beurteilung. Beobachtungszeit 10 Jahre. Beginn mit Eifersucht und Verfolgungsideen. Im Verhalten anfangs unauffällig, arbeitet geschickt. Zeitweise gehemmt, gedrückt, dann halluzinatorisch „verwirrt“, vorübergehend stuporös und gelegentlich heftig motorisch erregt mit Zerstörungssucht. Schließlich arbeitet er aber jahrelang regelmäßig und fleißig auf dem Feld, wenn auch offenbar ständig halluzinierend. Erst nach etwa 6jähriger Krankheitsdauer zunehmend stumpfer, regungslos, gleichgültig, ablehnend und im letzten Jahr vor seinem Tode „negativistisch und stark katatonisch gespannt“. Von Beginn an schwer paraphasisch-paralogisch bei einem Vorherrschen der sprachlichen Fehlleistungen.

Hier vermögen wir in dem starken Wechsel der katatonen Erscheinungen und ihrer Vermischung mit wahnhaft-halluzinatorischen

Erlebnissen und schließlich der paraphasisch-paralogischen Verworrenheit keine systematischen Symptomverknüpfungen mehr zu erblicken, die die Annahme einer Kombinationsform rechtfertigen würden. Wir fassen den Fall deshalb als eine *unsystematische extensive schizophasisch-katatone Mischform* auf.

Rückblick auf die kombinierten und extensiven Formen.

Unsere soeben beschriebenen *atypischen Fälle* bilden keine einheitliche Gruppe, ihre Gemeinsamkeit liegt lediglich in ihrer Atypie, in dem Abweichen des Krankheitsbildes von dem der reinen Schizophrenie. Es ist deshalb auch nicht zu erwarten, daß ein Vergleich der Fälle miteinander, etwa bezüglich der Schulleistungen, Berufe, der Persönlichkeit usw. Gemeinsames ergeben würde. So verschiedenartig die Krankheitsbilder sind, so verschiedenartig bieten sich uns denn auch einzelne Daten dar: Das Erkrankungsalter schwankt zwischen 29 und 54 Jahren, die Schulleistungen zwischen sehr gut und sehr schlecht, der Körperbau vom schmächtigen Grazilen über den Dysplastischen und Athletischen bis zum adipösen Pyknischen. Die Hilfsarbeiterin und Droschkenführerin finden sich neben der Frau des Polizeibeamten, der präpsychotisch Ungesellige neben dem eifersüchtigen Erregbaren und phantasievoll-schwärmerischen Künstlernaturen. Der Krankheitsverlauf ist in 6 Fällen fortschreitend progressiv, in 2 Fällen folgte dem ersten Krankheitsschub eine 3- bzw. 5jährige Remission und Ke. konnte sich nach 10jährigem Anstaltaufenthalt 16 Jahre in der Freiheit halten.

Können somit die atypischen Fälle nicht als geschlossene Gruppe vergleichend den typischen gegenübergestellt werden, so lohnt sich ein solcher Vergleich dennoch in einem Punkte, nämlich dem der *Erblichkeit*. Es ist eine, zuerst von LEONHARD eindeutig nachgewiesene Besonderheit der *atypischen* Schizophrenieformen, daß sie eine ungleich stärkere erbliche Belastung haben als die typischen. Das wird auch wieder durch unsere Fälle bestätigt. Während unter den typischen 7 Fällen nur 2 waren, die Psychosen in ihrer Blutsverwandtschaft hatten, sind es unter den 9 atypischen 5. Dies ist selbst in Anbetracht der kleinen Zahlen auffällig. Auch die Zahl der Psychopathen, Trinker, Selbstmörder usw. im einzelnen Falle ist erheblich größer. Es zeigt dies recht deutlich die folgende Zusammenstellung:

Kü. Ein Onkel war „nervenkrank“ und „sollte eigentlich in eine Anstalt“. Genaueres ist darüber nicht bekannt. Die Mutter (Christine K.) kam 1927 mit 76 Jahren wegen arteriosklerotischer Demenz in die Klinik und starb 10 Jahre später in einer Anstalt.

E. Die Mutter soll angeblich geisteskrank gewesen sein, diese Angabe des schizophrenen Sohnes wird allerdings angezweifelt. Ein Bruder des Vaters war

Gewohnheitstrinker und ist im Delir gestorben. Vier Geschwister seien etwas merkwürdig, hätten einen „kleinen Klaps“, „stieren manchmal geistesabwesend vor sich hin“. Der Bruder Peter Z., geb. 1867, war 37 Jahre lang bis zu seinem Tod ununterbrochen in der Anstalt H. Er wurde mit 33 Jahren auffällig durch ein paranoisches Querulieren gegen eine Krankenkasse, von der er sich benachteiligt fühlte und mußte deshalb entmündigt werden. („Primäre Verrücktheit mit Beeinträchtigungswahn“.) Großspurig-expansives Auftreten, zahlreiche weit-schweifige Schriftstücke mit Wiederholungen und „eigentümlichen Redensarten“. Während der folgenden 37 Jahre ist das Krankheitsbild gekennzeichnet durch 1. regelmäßiges, fleißiges, brauchbares Arbeiten, 2. anscheinend dauerndes Stimmenhören, das immer wieder zu kürzeren Erregungen mit Schimpfen und „faseligen, zerfahrenen, konfusen“ Reden führt und 3. massiven Großenideen, die bis zum Ende beibehalten werden und ausgesprochen phantastisch sind: er sei Kaiser Kasimir III. von Asiamino, dem größten noch unentdeckten Reich der Erde, oder Kaiser Grimsko eines Landes über den Wolken, er habe 9800 Könige unter sich, besitze 18 Milliarden Schiffe, 80 Armeekorps usw., schließlich, er sei der höchste Gott. Leider enthält die Krankengeschichte nicht ein einziges Beispiel seiner sprachlichen Äußerungen, dieselben werden nur „zerfahren“ genannt, einmal heißt es, „seine Angaben werden immer zerfahren und verlieren sich schließlich in unverständlichem Gefasel“. Die diagnostische Einreihung in unserem Sinne ist deshalb schwer möglich, immerhin deuten die Stimmen und das Phantastisch-Expansive bei offenbar weitgehend geordnetem außerem Benehmen auf eine schizophatische Komponente hin.

Sa. Vater erregbarer hypochondrischer Sonderling. Ein Bruder progressive Paralyse. Eine Schwester der Mutter Epilepsie, eine andere Suicid, Vater und Vatersbruder der Mutter Suicid. Sohn schizophren. Eine Tochter des Bruders des Vaters schizophren. Ein Mutterbruder dieser Kusine soll geisteskrank in einer Anstalt gestorben sein. Der genannte Sohn, Dr. phil., wissenschaftlicher Hilfsarbeiter in einem Museum, wurde 31jährig ziemlich plötzlich auffällig durch Beziehungs- und Bedeutungsideen, fühlte sich hypnotisiert, körperlich und seelisch verändert, berufen, ein Rankenspiel zu schlüchten. Fremde und „gemachte“ Gedanken, Sensationen und Geschmackstauschungen, an seiner Gesundheit würden Fernversuche gemacht. Ratlos, zweifelt selbst an der Wirklichkeit seiner Erlebnisse. Begibt sich selbst in eine psychiatrische Poliklinik, wird aufgenommen und mit Insulinschocks behandelt. Diagnose: Paranoide Schizophrenie. Entlassung nach 5 Monaten, „Vollremission“.

Die Kusine (Tochter von Vatersbruder) Else J., geb. 1877, fiel mit 28 Jahren auf durch Untatigkeit, Gefallsucht, religiöse Wahnideen (sie habe den Teufel überwunden) und Großenideen (sie könne und wisse alles) und wurde deshalb entmündigt. Ist von 1905 bis zu ihrem Tod 1914 ohne Unterbrechung in Anstalten. Das Krankheitsbild bleibt sich in diesen 9 Jahren stets gleich: geziertes, manieriertes Benehmen, überhöflich, kokett, gravitätisch, demonstriert sich gern mit absonderlicher Haarfrisur, süßlich-aufdringliche Art. Flacher Affekt, stereotype Proteste und Entlassungswünsche ohne Nachdruck. Meist untätig. Dabei kritiklose Selbstüberschätzung, bezeichnet sich als gefeierte Schauspielerin und Sangerin, alle Männer seien in sie verliebt, der Staat sei ihr wegen ihrer politischen Verdienste zu Dank verpflichtet u. a. Sehr diffuse und einformige, sich stets wiederholende Wahnideen: Durch einen Irrtum des Kutschers sei sie statt in die Frauenklinik in die Psychiatrische Klinik gekommen, ihr Vater wolle sie um ihr Erbteil bringen, man habe sie in Narkose von Zwillingen entbunden und ihr diese gestohlen. Immer stark erotisch-aufdringlich. Verkennt Personen, sieht überall alte Bekannte wieder. Die Krankengeschichten enthalten leider keine experimentellen Unter-

suchungen, aus denen die genauere Art der Denk- und Sprachstörungen erkennbar wäre. Dem Gesamtbild nach wäre am ehesten an eine manierierte Katatonie oder eine progressive Autopsychose zu denken.

Bä. Mutter der Mutter soll „schwermütig und schwachsinnig“ gewesen sein, eine Schwester war beschränkt und einfältig, ein Bruder wird als nervös, rechthaberisch, halsstarrig und unbelehrbar geschildert, er rede immer dasselbe und falle durch „Kopfschütteln und Augenzucken“ auf. Ein anderer Bruder (August B., geb. 1887) war schizophren. Seine Psychose wurde bereits von uns (36, S. 466) kurz beschrieben und mit der des Probanden verglichen, wobei auf die weitgehende Ähnlichkeit hingedeutet wurde. Auch von ihm wird in der Anstaltskrankengeschichte, die 18 Jahre umfaßt, ein standiges, verworrenes Vorsichterschwätzen und Einförmigkeiten und Stereotypien in Motorik und Sprache betont. Auch er halluziniert und das Krankheitsbild bleibt ohne Wechsel Jahre hindurch gleich. In der Krankengeschichte ist leider nicht vermerkt, ob er in seinem Rededrang die bei dem Probanden so auffälligen sprachlichen Absonderlichkeiten bot. Es kann dies aber angenommen werden, weil seine Selbstgespräche immer als „ganz unverständlich“ bezeichnet werden.

Ke. Ein „Bruder der Großeltern“, gestorben etwa um 1846, soll einmal in einer Anstalt gewesen sein.

Zusammenfassend läßt sich über das *Sippensbild unserer atypischen Schizphasien* also sagen, daß sich außer zahlreichen auffälligen Persönlichkeiten 2 sicher „exogene“ Psychosen (der somatogenen arteriosklerotischen Demenz und der allogenen progressiven Paralyse) 4 Psychosen finden, über deren Natur nichts Näheres ausgesagt werden kann, weil außer der Tatsache der Geisteskrankheit oder des Anstaltsaufenthaltes nichts bekannt ist, und schließlich 4 sichere Schizophrenien. Der Gedanke liegt nahe, es könnten sich gerade bei den Blutsverwandten der Kombinationsfalle die Einzelformen wiederfinden. Leider können wir — abgesehen von der Schwierigkeit, die es stets macht, sich aus fremden Aufzeichnungen ein klares Bild zu rekonstruieren — infolge der Unzulänglichkeit der uns zur Verfügung stehenden Anstaltskrankengeschichten diesen Nachweis nicht erbringen. Immerhin ähnelt die Psychose des Bruders Bä. stark der des Probanden und wir glauben in der des Bruders der Patientin E. eine schizophatische Komponente erkennen zu können. Der erste akute Schub des Sohnes Sa. ist noch uncharakteristisch paranoid, die Psychose der Kusine Sa. erscheint eher als manierierte Katatonie oder als progressive Autopsychose.

Vergleichen wir zum Schluß das *zahlenmäßige Verhältnis der reinen Schizphasiefälle zu den atypischen*, so ergibt sich ein solches von etwa 1:1, die beiden Gruppen sind mit 5 und 4 Fällen fast gleich groß. Es dürfen dabei nur die „neuen“ Fälle berücksichtigt werden, d. h. diejenigen, deren Katamnesen wir erst jetzt verfolgten, während die „alten“ aus den früheren Untersuchungen außer acht gelassen werden müssen. Daß unter ihnen die atypischen (5) gegenüber den typischen

(2) überwiegen, ist verständlich, denn sie alle erschienen ja zuerst als vorwiegend katatone oder paranoide. Das Verhältnis von etwa 1:1 entspricht demjenigen, das wir auch bei den katatonen und paranoiden Sonderformen fanden.

4. Ergebnisse.

1. Es wurden die Krankheitsbilder und -verläufe derjenigen Schizophrenen untersucht, die in den Jahren 1920—1935 an der Frankfurter Klinik als Schizphasien aufgefaßt worden waren (9 Fälle). In die Untersuchung miteinbezogen wurden diejenigen Kranken, die sich im Verlauf früherer Katamnesen katatoner und paranoider Fälle als vorwiegend schizophatisch gezeigt hatten (7 Fälle).

2. Es hat sich ergeben, daß sich eine typische Schizphasie (einfache reine Grundform) von atypischen Formen abgrenzen läßt.

3. Die reine Schizphasie entspricht sowohl dem von KRAEPELIN entworfenen Bild als auch der KLEISTSchen Auffassung von der Selbständigkeit einer durch „Sprachverwirrtheit“ gekennzeichneten schizophrenen Sonderform im Sinne einer psychischen Systemkrankheit. Das Krankheitsbild konnte in seiner Symptomatik schärfer umgrenzt werden. Es ist gekennzeichnet durch eine offenbar gesetzmäßige Verknüpfung von Beziehungserlebnissen (vornehmlich Eigenbeziehungen), Sinnestäuschungen (vorwiegend Stimmen), einer autopsychischen Persönlichkeitsveränderung (Größenideen häufig phantastischer Art) und einer charakteristischen Sprachverwirrtheit, wobei die letztere vom Beginn bis zum Endzustand Leitsymptom bleibt, hinter das die anderen psychotischen Erscheinungen zurücktreten. Das äußere Benehmen und Handeln der Kranken bleibt weitgehend geordnet. Denkstörungen a- und paralogischer Art sind zwar vorhanden, ihr Anteil an der Verwirrtheit ist jedoch gering.

4. Die Sprachverwirrtheit ist ausgezeichnet durch aphasische Elementarsymptome, wie literal-paraphasische Wortverstümmelungen, verbal-paraphasische Wortvergreifungen, Wortneubildungen durch fehlerhafte Wortableitungen und -zusammensetzungen, sowie a- und paragrammatische Satzfehler. Diese Störungen sind stets sämtlich vorhanden, im einzelnen Falle kann die eine über die andere überwiegen.

5. Die atypischen Schizphasien stellen sich zum Teil als Kombinationsformen einer reinen Schizphasie mit anderen typischen schizophrenen Sonderformen, zum Teil als unsystematische „extensive“ Mischformen dar.

6. Das zahlenmäßige Verhältnis der typischen zu den atypischen Formen ist etwa 1:1.

7. Die atypischen Formen zeigen eine stärkere erbliche Belastung als die typischen.

Literatur.

- ¹ BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl. 1937. — ² BUMKE, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 5. Aufl. 1942. — ³ FAUST, CL.: Z. Neur. 172 (1941). — ⁴ FLEISCHACKER, H.: Mschr. Psychiatr. 77 (1930). — ⁵ GRUNLE, H. W.: Die Psychopathologie der Schizophrenie. In BUMKES Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. IX. 1932. — ⁶ KLEIST, K.: Ref. Z. Neur. 3 (1911). — ⁷ KLEIST, K.: Allg. Z. Psychiatr. 70 (1913). — ⁸ KLEIST, K.: Münch. med. Wschr. 1914, 61. — ⁹ KLEIST, K.: Allg. Z. Psychiatr. 75, 242 (1919). — ¹⁰ KLEIST, K.: Ref. Zbl. Neur. 33 (1923). — ¹¹ KLEIST, K.: Klin. Wschr. 1923, 21. — ¹² KLEIST, K.: Arch. Psychiatr. (D.) 90 (1930). — ¹³ KLEIST, K.: Gehirnpathologie. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1934. — ¹⁴ KLEIST, K.: Störungen des Denkens und ihre hirnpathologischen Grundlagen (paralogische und alogische Denkstörung). Gegenwartsprobleme der psych.-neur. Forschung. 1939. — ¹⁵ KLEIST, K. u. DRIEST: Z. Neur. 157 (1937). — ¹⁶ KLEIST, K., LEONHARD u. SCHWAB: Z. Neur. 168 (1940). — ¹⁷ KLEIST, K.: Nervenarzt 16, H. 1 (1943). — ¹⁸ KLEIST, K.: Nervenarzt 18, H. 11/12 (1947). — ¹⁹ KLEIST, K.: Fortschritte der Psychiatrie. Frankfurt a. M.: Kramel 1947. — ²⁰ KRAEPELIN, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 8. Aufl., Bd. 3. 1913. — ²¹ LANGE, J.: Kurzgefaßtes Lehrbuch der Psychiatrie, 5. Aufl. 1943. — ²² LEONHARD, K.: Die defektschizophrenen Krankheitsbilder. Leipzig: Georg Thieme 1936. — ²³ LEONHARD, K.: Allg. Z. Psychiatr. (1. Mitt.) 120, 1 (1942). — ²⁴ LEONHARD, K.: Allg. Z. Psychiatr. (2. Mitt.) 121, 1 (1942). — ²⁵ LEONHARD, K.: Allg. Z. Psychiatr. (3. Mitt.) 122, 39 (1943). — ²⁶ LEONHARD, K.: Allg. Z. Psychiatr. (4. Mitt.) 122, 194 (1943). — ²⁷ LEONHARD, K.: Allg. Z. Psychiatr. (5. Mitt.) 123, 9. (1944). — ²⁸ LEONHARD, K.: Allg. Z. Psychiatr. (6. Mitt.) 123, 177 (1944). — ²⁹ LEONHARD, K.: Psychiatr.-neur. Wschr. (7. Mitt.) 47, 9/13 (1945). — ³⁰ MEYER, LEONHARD u. KLEIST: Z. Neur. 177 (1944). — ³¹ NEELE u. KLEIST: Z. Neur. 175 (1942). — ³² PITTRICH, H.: Denkstörungen bei Hirnverletzten. Leipzig: Georg Thieme 1944. — ³³ SCHNEIDER, A.: Z. Neur. 108 (1927). — ³⁴ SCHNEIDER, C.: Z. Neur. 95 (1925). — ³⁵ SCHNEIDER, K.: Dtsch. med. Wschr. 1946, 71. — ³⁶ SCHWAB, H.: Z. Neur. 163 (1938). — ³⁷ SCHWAB, H.: Z. Neur. 173 (1941).

Privat-Dozent Dr. med. HANS SCHWAB, (16) Frankfurt a. M.-Niederrad,
Universitäts-Nervenklinik.