

Aus den Alsterdorfer Anstalten in Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. HANS BÜSSOW).

Über Psychosen bei Schwachsinnigen.

Von
IRENE BRENDL.

(Eingegangen am 1. September 1953.)

Die *Systematik* der Schwachsinnigenpsychosen aus der psychiatrischen Ära vor KRAEPELIN bereitet heute durch den Bedeutungswandel vieler psychiatrischer Begriffe große Schwierigkeiten. Hier ist neben französischen Autoren in Deutschland besonders PICK (1885) zu erwähnen, der „erworbene Psychosen“ bei Schwachsinnigen eingehend beschreibt.

Nach der Abgrenzung der beiden großen endogenen Formenkreise durch KRAEPELIN gingen die Bestrebungen mehr und mehr dahin, auch die bei Schwachsinnigen beobachteten psychotischen Störungen in das System einzuordnen. Ausgehend von der häufigen Beobachtung katatonen Erscheinungen und der Möglichkeit der „Zunahme des Verblöndungszustandes“ als Folge psychotischer „Attacken“ bei Schwachsinnigen (WOLLENBERG, CRAMER) neigt die Großzahl der Autoren zu einer Zuordnung der Schwachsinnigenpsychosen zum schizophrenen Formenkreis, während das manisch-depressive Irresein zunächst kaum eine Rolle spielt. So prägt KRAEPELIN den Begriff der „Pfropfheizophrenie“ und meint damit die Entwicklung einer Dementia praecox auf dem Boden der angeborenen oder früh erworbenen Geistesschwäche. WEYGANDT und PLASKUDA äußern jedoch schon damals Zweifel an der pathognomonischen Bedeutung katatonen Erscheinungen bei tiefstehenden Idioten. So werden von KATZENFUSS, GLAUS u. a. in der Folgezeit andere im wesentlichen auf dem Schizophreniebegriff BLEULERS fußende Kriterien zur Sicherung der Schizophreniediagnose herangezogen. GLAUS erklärt die bei einem Großteil der Schwachsinnigenpsychosen deutlich erhaltene affektive Ansprechbarkeit lediglich als pathoplastischen Einfluß der prämorbid un gehemmten primitiven Affektivität oder durch das Vorliegen einer erblichen Belastung mit zyklischen Geisteskrankheiten. Ebenso fassen die angloamerikanischen Autoren EARL, MILICI, JAMES und HAYMANN den überwiegenden Teil der von ihnen beschriebenen Psychosen bei Schwachsinnigen — teils in Anlehnung an KRAEPELIN, teils von einer sehr weitreichenden Begriffsbestimmung aus — als Schizophrenien auf.

Die Gründe für diese so völlig auf das Schizophrenieproblem gerichteten Auswirkungen der Lehren KRAEPELINS, der selbst in anderem Zusammenhang durchaus von vorübergehenden, dem „Entartungsirresein“

und den zirkulären Psychosen zuzuordnenden psychischen Störungen bei Schwachsinnigen berichtet (KRAEPELIN, FLÜGEL), sind wohl nicht nur in der allgemein sehr weiten Umgrenzung des Schizophreniebegriffs bei den genannten Autoren, sondern vor allem in dem Krankengut, das ihnen zur Verfügung stand, zu suchen.

Es handelt sich hier nämlich durchweg um höherstehende Schwachsinnige, wie sie dem Durchgangsmaterial einer psychiatrischen Klinik entsprechen. Zu wesentlich anderen Ergebnissen führt die Betrachtung des Materials von Schwachsinnigenanstalten (GEIST), das sich erstens zum größten Teil aus tieferstehenden Schwachsinnigen zusammensetzt und zweitens günstigere Möglichkeiten der jahrelangen Beobachtung des Verlaufs bietet.

So berichten LUTHER, NEUSTADT u. a. vorwiegend über periodische psychotische Störungen, die LUTHER mit KRAEPELIN dem „Degenerativen Irresein“ zuordnet.

Einen neuen Gesichtspunkt in der Beurteilung findet man dagegen bei NEUSTADT. NEUSTADT grenzt diese periodisch verlaufenden psychotischen Bilder bei Schwachsinnigen wegen doch sehr weitgehender Abweichungen vom manisch-depressiven Irresein mit SIOLI als „episodische Psychosen der Schwachsinnigen“ von diesem ab. Er beschreibt als außerordentlich häufige Symptome Angst, Verwirrtheit, Ratlosigkeit, Reizbarkeit und Halluzinosen, die ihn veranlassen, die „episodischen Psychosen“ als Sonderform in den Kreis der exogenen Psychosen einzuordnen.

Besonders wichtig erscheint uns jedoch, daß NEUSTADT den größten Teil der von ihm beschriebenen Psychosen bei Schwachsinnigen als reaktiv bedingte Zustandsbilder auffaßt. Ebenso vertritt K. SCHNEIDER die Ansicht, daß es sich bei den bisher als „episodische Psychosen“ bezeichneten Erregungszuständen Schwachsinniger „in der Hauptsache um oft ungewöhnlich aussehende Erlebnisreaktionen“, also nicht um Psychosen im eigentlichen Sinne handele. Zyklische Psychosen bei Schwachsinnigen hält K. SCHNEIDER für äußerst selten. Er sagt von den Zyklithymen: „... wirklich debil sind sie so selten, daß das Vorliegen von Schwachsinn geradezu gegen die Zyklithymie spricht.“ Dagegen scheinen ihm schizophrene Psychosen häufiger, jedoch in ihrem Aufbau schwer deutbar zu sein.

Die pathogenetischen Beziehungen zwischen Schwachsinn und Psychose sind ebenso verschieden beurteilt worden wie die systematische Klassifizierung der Schwachsinnigenpsychosen. Man kann etwa folgende Ansichten vertreten finden:

1. Die angeblich dem Schwachsinn zugrunde liegende Hirnschädigung disponiert zum Erwerb von Psychosen (WEYGANDT, NEUSTADT, HERSKOVITZ u. PLESSET).

2. Die intellektuelle Minderwertigkeit, die zu einer mißtrauischen und ratlosen Grundeinstellung führe, bereitet den Boden für den Ausbruch von Psychosen. Hierbei denken die Autoren nicht nur an abnorme Erlebnisreaktionen (NEUSTADT, K. SCHNEIDER), sondern auch an schizophrene und sonstige vorwiegend paranoische Psychosen (W. SANDER, HITZIG, GRIESINGER, KRAEPELIN).

3. Der Schwachsinn stellt die erste Auswirkung einer erst später zum Bilde der Psychose führenden gemeinsamen Krankheitsursache (LUTHER, NEUSTADT) oder erblichen Prädisposition (MEDOW, JAMES) dar. So nimmt KRAEPELIN auch für die „Pffropfhebephrenie“, GLAUS (1936) in ähnlicher Weise für seine Fälle von „schizophrener Frühdeemenz“ einen ersten in frühestem Lebensalter erfolgten Schub derselben Krankheit, die später als Dementia praecox in Erscheinung tritt, als Ursache des zugrunde liegenden Schwachsinn an.

Das Studium der *Symptomatik* der Schwachsinnigenpsychosen ist für die allgemeine Psychiatrie seit jeher nicht ohne Interesse gewesen. Verschiedene Autoren haben sich mit der Frage beschäftigt, ob der Schwachsinn das Bild der Psychose verwische oder ob er ihre Grundzüge schärfer herausarbeite.

So betont PICK in Anlehnung an KRAEPELIN die mangelnde Intensität und Unbestimmtheit der psychotischen Produktionen, während LUTHER, NEUSTADT und MAYER-GROSS gerade in der Symptomenarmut der Schwachsinnigenpsychose die Grundzüge des psychotischen Bildes deutlicher hervortreten sehen, und MEDOW weist auf den Mangel des Schwachsinnigen an Gestaltungs- und Ausdrucksmöglichkeiten hin, der eine Flachheit und Farblosigkeit der Affekte nur vortäusche.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Untersuchung von Anstaltsmaterial allerdings in Verbindung mit einem in erster Linie den Längsschnitt der Psychose berücksichtigenden Schizophreniebegriff zu grundsätzlich anderen Ergebnissen führt als die Betrachtung der die Klinik passierenden leichten Schwachsinnsgade. Es wird hier eine Frage deutlich, an der bisher nahezu die gesamte Literatur vorbeigegangen ist, nämlich die Frage nach dem Verhältnis von Symptomatologie und Verlauf der Psychosen Schwachsinniger zum Grad des Schwachsinn. GEIST stützt allerdings seine Ansicht, daß die „affektiven Psychosen“ bei den geistigen Erkrankungen der Imbezillen vorherrschen, ausdrücklich auf die in der Anstalt gemachten Erfahrungen und betont, daß er bei Imbezillität selten, bei Minderbegabung dagegen sehr viel häufiger Dementia praecox gefunden habe. NEUSTADT erwähnt beiläufig, daß der Formenreichtum der Psychosen mit Abnahme des Schwachsinnsgades steigt, während die psychotischen Zustandsbilder bei Idioten hochgradig einfach und stereotyp wirken.

Die amerikanischen Autoren HERSKOVITZ u. PLESSET beschäftigen sich als einzige speziell mit der aufgeworfenen Frage und stellen ebenfalls fest, daß die typischen Bilder der beiden großen endogenen Formenkreise beim Schwachsinnigen schwereren Grades ungewöhnlich seien, da zu ihrer Manifestation ein gewisser geistiger Besitzstand Voraussetzung sei. Das gleiche läßt sich an der gesamten Literatur ablesen. Die Melancholien FLÜGELS sowie die endogenen Depressionen und Manien NEUSTADTS wurden durchweg nur bei höherstehenden Schwachsinnigen beobachtet. Ebenso handelt es sich bei den einer kritischen Prüfung standhaltenden einwandfreien Fällen schizophrener Prozeßpsychosen lediglich um Schwachsinnige leichten bis höchstens mittleren Grades, bei MEDOW sogar zum Teil um Fälle leichter physiologischer Intelligenzschwäche, die sich insgesamt bis zum Ausbruch der Psychose außerhalb der Anstalt halten konnten.

Die vorliegende Arbeit hat sich nun die Aufgabe gestellt, an Hand des Materials der Alsterdorfer Anstalten aus den Jahren 1904—1950 der Frage nach dem Verhältnis der symptomatologischen Gestaltung der Psychosen Schwachsinniger zum Grad des Schwachsinnns näher nachzugehen.

Das Ausgangsmaterial der Untersuchungen bildet eine Anstalt von 1250 Betten, in der sich zur Zeit¹ nach Ausschluß sämtlicher Fälle von Epilepsie, Schizophrenie, seniler Demenz und anderer hirnnorganischer Erkrankungen 961 Schwachsinnige, davon 487 Männer und 474 Frauen, befinden. Von diesen 961 Schwachsinnigen zeigen 22 (10 männliche und 12 weibliche), deren Krankengeschichten hier auszugsweise mitgeteilt werden sollen, im Laufe ihres Anstaltsaufenthaltes Zeichen einer psychotischen Erkrankung, d. h. einer biographisch deutlich abgesetzten vorübergehenden oder dauernden Wesensänderung. Erlebnisbedingte, also reaktiv ausgelöste Zustandsbilder auf der Grundlage der Psychopathie oder einer beim Schwachsinnigen relativ häufigen reizbaren Veranlagung wurden im Gegensatz zu NEUSTADT von der Untersuchung ausgeschlossen, da sie in ihrem Wesen den autochthonen Psychosen nicht gleichzusetzen sind. Auch die sogenannte Erethie schwachsinniger Kinder wurde nur im Rahmen anderer psychotischer Erscheinungen eingefügt.

Bei den im folgenden beschriebenen Krankengeschichten handelt es sich zunächst um 4 Fälle, die als Schizophrenien aufgefaßt wurden, und zwar um eine Hebephrenie und 3 paranoide Psychosen. Dann folgen 5 dem manisch-depressiven Irresein zugehörige Fälle. Die dritte Gruppe bilden 13 atypisch erscheinende Zustandsbilder verschiedenster Färbung, die sich ohne Zwang in keines der bekannten Krankheitsbilder einordnen lassen. Sie seien hier nach rein symptomatologischen Gesichtspunkten als „amorphe Zustandsbilder“ bezeichnet und in hyperkinetische bzw.

¹ Mai 1951.

stuporöse, ängstliche und gereizte Zustandsbilder eingeteilt, wobei zu berücksichtigen ist, daß eine klare Abgrenzung dieser 3 Gruppen untereinander nicht möglich ist und daß die Einteilung sich lediglich nach dem führenden Symptom richtet.

Kasuistik.

I. Schizophrene Psychosen.

Fall 1. Carl M., geb. 13. 9. 1919, Aufnahme: 28. 3. 1938. BINET-SIMON: A. S. 9, I. Q. 0,56.

Vater angeblich leicht debil, 5 Geschwister unauffällig. Sprechen mit 4 Jahren. Schulleistungen mangelhaft. 2 Jahre zufriedenstellende Arbeit als Hausbursche. Februar 1938 plötzliche Veränderung. Gibt an, photographiert worden zu sein. Wirkt geistesabwesend, ißt nicht, spricht nicht, steht untätig umher. Vergiftungs-ideen. Fluchtversuch. Krankenhaus St. Georg: Reagiert und antwortet zögernd. Sonst teilnahmslos mit leerem Gesichtsausdruck im Bett. Körperlich Obstipation, Bradykardie. Zeitweise etwas unruhig, lächelt fortwährend vor sich hin, spricht mit sich selbst. Alsterdorfer Anstalten: Dort weinerlich verwirrt. Rededrang, gesteigerte Motorik, Nahrungsverweigerung. Keine Sinnestäuschungen. Zeitweise völlig antriebsarm und interesselos. Januar 1939 Besserung. Arbeitet, ist zutraulich, gesprächig, hält sich sauber und ißt. August-September 1939: Kurzdauernde Erregungszustände. Tageweise völliger Mutismus und Nahrungsverweigerung. In der Folgezeit wechselndes Verhalten. 1943 keine geregelte Arbeit mehr. Sitzt schweigsam herum, folgt keiner Aufforderung. Seit 1947 hält er sich ganz für sich, ist völlig untätig. Sitzt steil aufgerichtet an einem Fleck, leerer Gesichtsausdruck, starrer Blick, grimmassiert zeitweise, spricht in verstümmelter agrammatischer Weise. Führt einfache Aufträge automatisch aus.

Zusammenfassung: Schwachsinn leichten bis mittleren Grades. Im 17. Lebensjahr akute Psychose mit Antriebsverlust und Negativismus, unterbrochen durch kurzdauernde katatone Erregungszustände. Keine wesentliche Verstimmung und Denkstörung. Schubweiser Verlauf. Schwerer hebephrener Endzustand mit Gefühlsverödung, hochgradiger Aktivitätsverarmung, Befehlsautomatie und negativistischen Zügen.

Fall 2. Frieda K., geb. 24. 3. 1901, Aufnahme: 3. 7. 1939. BINET-SIMON: A. S. 10 3/5, I. Q. 0,66.

Kein Schwachsinn in der Familie bekannt. Unauffällige Kindheitsentwicklung, besuchte die Hilfsschule. Mai 1939 plötzlich auffällig. Ängstlich, erregt, gereizt, eigensinnig. Weint viel, begeht zahlreiche Verkehrtheiten. Gehörstäuschungen. Auf dem Wege in die Anstalt Suicidversuch. In der Anstalt zunächst völlig interesselos, hält sich abseits. Schimpft oft vor sich hin. Kein Kontakt mit der Umgebung. Nahrungsaufnahme gering. Später etwas freier. Arbeitet fleißig, spricht jedoch kaum. Ständige Halluzinationen und paranoide Erlebnisse. Fühlt sich von Männern, „Teufelsdämonen“, verfolgt, überwältigt und gepeinigt. Monatelange ängstliche Erregung. Erkennt ihre Umgebung, schreit, schlägt um sich, wirft mit Gegenständen, schläft kaum, verweigert die Nahrung und vernachlässigt sich selbst völlig. Dazwischen ruhig, abweisend, mürrisch, aber arbeitsam. Auch dann lebhafte akustische Halluzinationen und Verfolgungs-ideen, aber nur gelegentlich kurze Erregungen. Dezember 1946 wieder monatelang völlig unzugänglich, erregt. Grimassiert, geht gegen sich selbst vor. Juli 1949 wieder still und unauffällig. Kurze Erregungen nur noch selten. Mai 1950 mürrisch-abweisendes, ängstliches Verhalten. Nach wie vor Halluzinationen. Kein wirklicher Kontakt möglich.

Zusammenfassung: Schwachsinn mittleren Grades. Im 38. Lebensjahr ängstlich-depressiv gefärbtes psychotisches Zustandsbild. Rasche Entwicklung einer

paranoid-halluzinatorischen Psychose mit langdauernden katatonen Erregungszuständen und negativistischen Zügen. Verschwinden der katatonen Erscheinungen bis auf gelegentliche kurze impulsive Erregungen. Defektzustand mit Halluzinationen der Körperfühlsphäre und des Gehörs. Verfolgungsideen und Autismus bei primär kontaktarmer und mißtrauischer Schwachsinniger.

Fall 3. Heinrich F., geb. 21. 2. 1893, Aufnahme: 16. 5. 1935.

Kein Schwachsinn in der Familie bekannt. Als Kind angeblich immer gesund. Lernte in der Schule schlecht. Vorzeitige Entlassung aus der Volksschule. Seit 26. 10. 1928 psychisch verändert. Schläft nicht, hat Angst, weint viel. Verfolgungsideen. 28. 10. 1928 Suicidversuch. Staatskrankenanstalt Friedrichsberg: Anhaltend verwirrt, redet zerfahren, begeht Verkehrtheiten. Hält sich für das Christkindchen. Äußert paranoide Ideen, er sei widerrechtlich in die Anstalt gebracht worden usw. Sonst freundlich und zugänglich. Alsterdorfer Anstalten: Zunächst ruhig und geordnet, jedoch weiterhin Neigung zu Suicidversuchen. 1938 wochenlang verschlossen, niedergeschlagen. Dezember 1938 sehr depressiv. Er trage einen schweren Stein im Innern. Immer noch Suicidgedanken. Geht viel zur Kirche. Dort wiederholt nach vorn gelaufen und in zerfahrener Weise gepredigt. Religiöse Wahnideen. Er habe Herzbluten gehabt und sei der Welterlöser usw. Redet zerfahren und zusammenhanglos, aber mit viel Beteiligung. Ist heiter und zugewandt.

Zusammenfassung: Schwachsinn leichten Grades. Im 35. Lebensjahr Unruhe, Angst, Verfolgungsideen. Psychose mit Verwirrtheit, Beeinträchtigungsideen, religiösen Wahnvorstellungen und Zerfahrenheit. Ausgang in Defektzustand mit Fortbestehen der unzusammenhängenden religiösen Wahnideen und Zeichen schizophrener Denkstörung. Nur leichte Beeinträchtigung der Affektivität und Persönlichkeit.

Fall 4. Carl R., geb. 21. 1. 1889, Aufnahme: 29. 3. 1935.

Vater und dessen Bruder Trinker. Bruder der Mutter angeblich geisteskrank. Mutter selbst 1 Jahr in der Irrenanstalt. 3 Geschwister Epileptiker, 1 weiterer Bruder minderbegabt. In der Kindheit Rachitis und Krämpfe. Besuch der Hilfsschule. 1916—1918 an der Front. Seit Juni 1935 psychisch verändert. Beziehung-, Versündigung- und Vergiftungsideen. Katatone Symptome. Januar 1926 Staatskrankenanstalt Friedrichsberg: Bezieht Vorgänge und Gesprochenes der Umgebung auf sich, erzählt Unsinniges. Zeitweise erregt, schimpft, ist aber ziemlich affektlahm. Dann wieder ablehnend, autistisch, verkriecht sich ins Bett. Juli 1930 legt er die Arbeit nieder. Fühlt sich körperlich mißhandelt. 1932 hält er sich ganz für sich, arbeitet jedoch wieder. Äußert Wahnideen, die Anstalt gehöre ihm usw. Schmückt sich mit Orden. Spricht wenig in zerfahrener Weise. Erregt und aggressiv, wenn seine Wahninhalte angezweifelt werden. Lebhaft Halluzinationen. Unterhält sich mit Wesen der Unterwelt. Behauptet, er sei Reichspräsident, Kaiser von China, Präsident der Unterwelt. Hört Stimmen von „Mädels“ im Keller, die er auch sieht. Äußert eine Fülle weiterer absurder Wahnideen, denen noch volle Aktualität innewohnt. Kein geschlossenes Wahnsystem.

Zusammenfassung: Schwachsinn mittleren bis leichten Grades. Im 27. Lebensjahr Psychose mit expansiven Beziehungsideen, Sinnestäuschungen und katatonen Symptomen. Ausgang in Defektzustand mit verhältnismäßig reichhaltigen Wahnideen und lebhaften Halluzinationen ohne wesentlichen Persönlichkeitszerfall.

II. Manisch-depressive Psychosen.

Fall 5. Johannes D., geb. 4. 1. 1916, Aufnahme: 5. 10. 1931. BINET-SIMON: A. S. 8 3/5, I. Q. 0,53.

Vater schwerhörig, mißhandelte seine Kinder. Mutter angeblich geistig nicht normal. Vater der Mutter verübte Suicid. 2 Brüder des Pat. ebenfalls schwachsinnig

bzw. minderbegabt. Besuch der Hilfsschule mit ungenügendem Erfolg. Menschen-scheues, unsicheres, sehr ängstliches Kind. Seit Dezember 1931 zunehmend still und untätig. Sitzt herum, spielt mit den Fingern, spricht vor sich hin, reagiert nicht auf Befragen. Begeht ungeordnete Handlungen, gelegentlich Tränenausbruch. Juli 1932 wieder arbeitsam, lebhafter, interessierter und aufgeschlossener. 5. 7. 1937 plötzlich sehr erregt, aggressiv gegen seine Mitpatienten. Schlägt um sich, ist die ganze Nacht unruhig, zerschlägt morgens 2 Fensterscheiben. War schon monatelang durch kleinere Aggressionen gegen seine Kameraden aufgefallen. 7. 7. 1939 wieder völlig ruhig, geordnet und fleißig. März 1948 erneute Veränderung. Sitzt teilnahmslos umher, starrt vor sich hin. Muß zum Essen und Schlafen aufgefordert werden. Äußert gelegentlich leise Schuldgefühle und macht einen schwer gehemmten, ängstlich-ratlosen Eindruck. Juni 1948: Nach einer zweiten Elektroschockserie psychisch freier, motorisch noch stark gehemmt. November 1948 wieder völlig teilnahmslos und depressiv. Substuporöser Eindruck. Dezember 1948 völlige Wiederherstellung. Seither unauffällig.

Zusammenfassung: Schwachsinn mittleren Grades. Primär stiller, scheuer Pat. Im 16. Lebensjahr schwerer Hemmungszustand ohne in den Vordergrund tretende Verstimmung. Im 21. Lebensjahr kurze Erregungszustände. Im 32. Lebensjahr erneut schwerer motorischer Hemmungszustand, jetzt mit Schuldgefühlen und ratlos-ängstlich gefärbter depressiver Verstimmung.

Fall 6. Hermann P., geb. 30. 5. 1911, Aufnahme: 28. 6. 1918. BINET-SIMON: A. S. 11, I. Q. 0,68.

Mutter Syphilis. Vater mit 36 Jahren Suicid. Pat. mit Lues congenita geboren. Anti-luetische Behandlung. Erfolgreicher Besuch der Hilfsschule. Unruhiges schwieriges Kind. Alsterdorfer Anstalten: Erethisches Kind. Sammeltrieb. Aggressionen gegen die Umgebung. Später ausgeglichenes, freundliches, vergnügtes Wesen. 21. 8. 1946: Plötzlich verwirrt. Sitzt nachts im Bett und schlägt sich an den Kopf. Glaubt tot zu sein, er habe kein Blut mehr. Ist unruhig, bettflüchtig, schreit. September 1946: Zunehmend pflegebedürftig. Ausgesprochener Stuporzustand. Muß gefüttert werden, läßt unter sich. Gesichtsausdruck depressiv, ratlos-ängstlich. 24. 12. 1946: Morgens plötzlich ansprechbar. Später erregt, versucht auszubrechen. 31. 12. 1946: Wieder kurzdauernde Erregung. Dann alter Stuporzustand. April 1947: Noch immer schwere depressive Hemmung. Gelegentlich kurze Erregungszustände. 16. 4. 1947: Elektroschockserie. Danach zeitweise fast hypomanischer Eindruck. Denkverlangsamung jedoch noch deutlich. Allmähliches Abklingen der Psychose. Jetzt wie früher ohne Defektzeichen.

Zusammenfassung: Schwachsinn mittleren Grades mit erethischen Zügen in der Jugend bei Lues congenita. Im 39. Lebensjahr endogene Depression. Zuerst ängstlich-agitiertes, später schwer gehemmtes, stuporöses Zustandsbild. Kurze reizbare und ängstliche Erregungen.

Fall 7. Alexandra M., geb. 5. 1. 1890, Aufnahme: 11. 11. 1904. BINET-SIMON: A. S. 10 1/5, I. Q. 0,63.

Kein Schwachsinn in der Familie bekannt. Mutter mit Paranoia in Irrenanstalt, eine Schwester angeblich ebenfalls. Schulbesuch erfolglos. In der Anstalt ruhig, scheu, zurückhaltend, aber sehr anhänglich und freundlich. Juli 1946: Zunehmend apathisch. Redet verwirrt, läßt unter sich, wandert planlos umher. Oktober 1946: Wieder umgänglicher. Hält sich sauber, interessiert sich für die Umgebung. 21. 3. 1947: Sehr lebhaft. Singt und jammert durcheinander. Hochroter Kopf, ist völlig verwirrt. Rhythmisch abgehackte Sprache, rhythmische Bewegungen des Kopfes und der Extremitäten. Keine Bewußtseinsstrübung. Anhaltend laut und erregt. 29. 3. 1947: Motorische Unruhe besteht fort. Schwankendes Affektverhalten. Weinen und Jammern, dann strahlend-gehobene Stimmungslage. 8. 4. 1947:

Allmähliche Beruhigung. Schläft besser, redet noch unausgesetzt. August 1947: Wieder völlig unauffällig. 1948 erneut Erregungszustand. Heitere Stimmungslage, macht derbe Witze und Glossen. Anhaltender Rededrang, singt und schreit Tag und Nacht. Rhythmische Bewegungen. Elektroschockbehandlung hat kurze depressive und ängstliche Schwankungen zur Folge, jedoch keine Beruhigung. Nach Monaten allmähliches Abklingen der Psychose. 1949: Einige kurzdauernde Erregungszustände. In der Folgezeit noch längere Zeit affektlabil mit Neigung zu trauriger Verstimmung. Jetzt wieder völlig hergestellt ohne Restsymptome.

Zusammenfassung: Schwachsinn mittleren Grades. Im 56. Lebensjahr Verstimmungszustand mit Apathie, Unruhe und Verwirrtheit. Dann akute hyperkinetische Psychose mit Rededrang, rhythmischen, motorischen und sprachlichen Produktionen und verworrener Erregung. Schwankendes Affektverhalten. Zweites psychotisches Zustandsbild mit gehobener Stimmungslage, motorischer Erregung, Ideenflucht, Hyperprosexie zeigt deutlich manischen Charakter. Anschließend kurze periodische Erregung und leichte depressive Verstimmung.

Fall 8. Luise D., geb. 1. 9. 1908, Aufnahme: 24. 9. 1927.

Kein Schwachsinn in der Familie bekannt. Vater Potator. Besuch der Dorfschule mit ungenügendem Erfolg. Langsames, energieloses, unbeständiges, wortkarges Wesen. In der Anstalt scheu, langsam, jedoch geordnet. Zeitweise traurig verstimmt, dann wieder reizbar. Kurzdauernde Erregungen. Januar 1932: Störrisch, leicht beleidigt, klagt über den Magen, will nicht aufstehen und nicht essen. 22. 5. 1932: Mehrere Tage erregt. Wälzt sich herum, schreit um Hilfe, weint. Dann wieder wie früher still, jedoch leicht reizbar. 15. 10. 1935: Plötzlich einsetzender Erregungszustand. Redet und lacht fortgesetzt. Motorische Unruhe. Flüstert, stöhnt, klopft ans Bett. Beantwortet Fragen, schweift jedoch sofort ab. Führt völlig unzusammenhängende, krause Reden. Nach einigen Tagen wieder unauffällig. In den folgenden Jahren nicht selten ausgesprochene Hemmungs- und Verstimmungszustände. Versagt dann in der Arbeit, spricht kaum, begreift schwer und ist zeitweise völlig verwirrt. Körperliche Störungen wie rapide Gewichtsabnahme, Amenorrhoe, Obstipation. Viel körperliche Klagen ohne organischen Befund. Auf der anderen Seite wieder leicht erregt, tobt und schreit dann sinnlos. Januar und November 1941: Deutliche depressive Verstimmung. August 1942: Hemmungszustand mit Verwirrtheit und Organbeschwerden. Sitzt die ganze Nacht auf der Toilette und schmiert alles ein. 1943 bedeutend schneller und antriebsreicher. Jetzt oft recht fröhlich. Dann wieder Stimmungsschwankungen. Ist reizbar, gedrückt, weinerlich. Augenblicklich wieder depressive Verstimmung. Gesichtsausdruck ratlos-traurig. Bewegungen verlangsamt. Matte Stimme. Klagen über unbestimmte körperliche Beschwerden.

Zusammenfassung: Schwachsinn mittleren Grades. Wahrscheinlich seit dem 14. Lebensjahr periodisch auftretende, meist depressive Verstimmungen. Teils ängstlich-agitierte, teils hypochondrische Färbung. Gelegentlich flüchtige Verwirrtheit und Ratlosigkeit. Erhöhte Reizbarkeit und Erregbarkeit. Einmal kurzdauerndes typisch manisches Zustandsbild.

Fall 9. Ella M., geb. 25. 4. 1914, Aufnahme: 2. 10. 1931. BINET-SIMON: A. S. 14 2/5, I. Q. 0,9.

Bruder des Vaters in der Irrenanstalt. Bruder der Pat. minderbegabt oder schwachsinnig, Potator, kriminell. Besuch der Volksschule mit schlechtem Erfolg. Geregelte Arbeit im Haushalt unmöglich. Fürsorgeheim. Dezember 1930: Starke Unruhe und Erregbarkeit. Übermütig, ausgelassen, singt und pfeift. Schimpft dann, arbeitet fieberhaft und sinnlos. Rennt umher und beginnt Streit. Kann nachts nicht schlafen, redet unaufhörlich wirres Zeug. Unruhe hält an. Singt und pfeift pausenlos immer dieselben Worte und Melodien. Schlägt um sich, läuft mit Schaum

vor dem Mund umher, redet alles durcheinander. Krankenhaus Harburg: Zustand unverändert. Läuft tänzelnd im Zimmer umher, redet ungeordnet, ist völlig verwirrt. Wahnvorstellungen. 26. 3. 1931: Verlegung in Staatskrankenanstalt Friedrichsberg. Ist wieder völlig unauffällig wie früher. Mai 1931 erneute Veränderung. Sitzt den ganzen Tag mutistisch mit geschlossenen Augen. Zeitweise Nahrungsverweigerung. Sondenfütterung. Zustand hält bis Ende Juni 1931 an. Dann wieder psychisch unauffällig. 19. 10. 1932 abends sehr erregt, sitzt die ganze Nacht neben ihrem Bett. Ähnliche kurzdauernde Erregungs- und Verstimmungszustände häufiger. April bis Juni 1935 anhaltend verwirrt, verweigert die Nahrung, ist unruhig und reizbar. Läuft suchend und ängstlich umher. Keine sinnvolle Handlung. Zeitweise Schreien und Schimpfen. Schlaf sehr schlecht. Gefühl des inneren Verbrennens. Ende Juni ruhiger, geordneter, noch gelegentlich traurig verstimmt. Dann völlige Wiederherstellung.

Zusammenfassung: Schwachsinn leichten Grades. Im 16. Lebensjahr manisch-hyperkinetischer Erregungszustand mit Rededrang, Schlaflosigkeit, ängstlich-paranoiden und reizbaren Zügen. Anschließend stuporöser Zustand mit Antriebshemmung, Nahrungsverweigerung und Mutismus. Später länger dauernder Erregungszustand mit ängstlicher Unruhe, Reizbarkeit, Verwirrtheit und vegetativen Symptomen wie Schlaflosigkeit und Hitzegefühl sowie kurzdauernde reizbare Verstimmung ohne Ausbildung eines Defektzustandes.

III. Amorphe Zustandsbilder.

a) Hyperkinetische bzw. stuporöse Zustandsbilder.

Fall 10. Lili M., geb. 11. 3. 1909, Aufnahme: 1. 7. 1921.

Kein Schwachsinn in der Familie bekannt. Sturzgeburt. Schwachsinn von Geburt an deutlich. Träge, kindisch-alberne Schwachsinnige. Schnelle, schlecht artikulierte Sprache, reicht eben zur Kontaktaufnahme aus. 13. 9. 1945: Unsinnige, ungeordnete Handlungen. Verschlängt Papier und Kot. Nach kurzer Zeit wieder unauffällig. 1946 wieder Veränderung. Hütet das Bett, schreit und tobt unaufhörlich. Gewichtsabnahme, zunehmend pflegebedürftig. Juli 1946: Muß völlig besorgt werden. Verschlängt alles gierig, u. a. Kot und Urin. September 1946: Etwas umgänglicher. Steht zeitweise auf. Dann wieder Verschlechterung. Liegt monatelang apathisch im Bett, beschmutzt sich. 18. 12. 1947: Plötzlich äußerst lebhaft. Steht allein auf, ist sehr heiter. Am nächsten Tag wieder mürrisch, ablehnend und unzugänglich. Wechselndes Stimmungsverhalten. Januar 1948: Wieder schwerer Hemmungszustand. Nach Elektroschockbehandlung Umschlag in teils hypomanische, teils gereizte Stimmungslage. Februar 1948 wieder völlig hergestellt. In der Folgezeit wiederholte Zustände starker Antriebshemmung oder reizbarer Erregung.

Zusammenfassung: Schwachsinn erheblichen Grades. Im 36. Lebensjahr kurzer Verwirrtheitszustand. Darauf langdauernder Zustand schwerer Hemmung mit Gewichtsabnahme, Verwirrtheit, Reizbarkeit. Dazwischen Tage mit freiem, zeitweise sogar gesteigertem Antriebsverhalten bei gehobener Stimmungslage. Abklingen ohne Defekt. Auch später noch kurze, gehemmte oder reizbare Verstimmungen.

Fall 11. Johanna B., geb. 5. 11. 1897, Aufnahme: 20. 10. 1908. BINET-SIMON: A. S. 7 3/5, I. Q. 0,48.

Vater schwerer Potator. Mutter „nervenkranke“. Bruder der Mutter „Psychopath“. Pat. selbst Lues congenita. Schwächliches, empfindliches, weinerliches Kind. Psychogene Krampfanfälle. Neigung zu Selbstbeschädigung. Im übrigen ruhig, anhänglich und fleißig. April 1950 fühlt Pat. sich elend, klagt über Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen. Sitzt tagelang herum. Organisch kein krankhafter Befund. Psychisch leise Stimme, moros-depressiver Ausdruck. Nach wenigen Tagen Aufhellung

des Zustandsbildes. Auch später noch wiederholt Tage mit gedrückter Stimmungslage und unbestimmten körperlichen Beschwerden. Liegt dann meist apathisch im Bett.

Zusammenfassung: Schwachsinn erheblichen Grades bei Lues congenita. Neigung zu psychogenen Anfällen und Erzeugung von Artefakten. Kurzdauernde Verstimmungszustände mit unbestimmten körperlichen Beschwerden. Im 42. Lebensjahr Vertiefung und Verlängerung dieser hypochondrischen Verstimmungen mit deutlich subdepressiver Stimmungslage und Antriebshemmung.

Fall 12. Paul A., geb. 2. 2. 1928, Aufnahme 28. 3. 31. BINET-SIMON: A. S. 5—6.

Uneheliches Kind. Mutter imbezill, Vater Epileptiker. Im 2. Lebensjahr asoziales Verhalten, Erethie. Unruhiges, eigensinniges, jähzorniges Kind. Dauerschaukelbewegungen. Später Abnahme der erethischen Unruhe. Gelegentlich plötzliche Erregungen. Verübt Gewalttätigkeiten, geht auch gegen sich selbst vor. 21. 3. 1948: Zunehmende Unruhe. Wandert planlos umher. Macht ängstlichen Eindruck. Abwehrbewegungen. Einige Tage lang bettflüchtig, schreit und singt unausgesetzt. Allmähliches Abklingen der Erregung, ist wieder unauffällig.

Zusammenfassung: Erethischer Schwachsinniger erheblichen Grades. Im 20. Lebensjahr hyperkinetischer Verstimmungszustand zunächst ängstlicher, dann vorwiegend manischer Färbung.

Fall 13. Ingeborg W., geb. 3. 3. 1930, Aufnahme: 4. 5. 1933.

Kein Schwachsinn in der Familie bekannt. Kind bleibt in der Entwicklung stark zurück. Keine Sprachfähigkeit. Normalverhalten: Ständige motorische Unruhe mit stereotypen Bewegungen der Arme, Hände und Finger sowie rhythmischen Wiegebewegungen des Oberkörpers. Gewisse Kontaktfähigkeit vorhanden. Reagiert auf Anreden mit breitem Lachen und unartikulierten Äußerungen. Zeitweise dagegen völlig unzugänglich. Liegt apathisch im Bett. Auf Annäherung elementare motorische Entladung. Wälzt sich mit tierischem Gebrüll auf dem Boden, schlägt und beißt. Nach Abklingen gleiches Bild wie vorher.

Zusammenfassung: Sehr tiefstehende sprachunfähige Schwachsinnige mit rhythmisch-hyperkinetischen Bewegungsstörungen („Idiotenbewegungen“). Periodisch elementare motorische Entladungen und stuporartige Hemmungszustände. Kein dauernder Rückschritt erkennbar.

Fall 14. Karl-Heinz F., geb. 29. 1. 1928, Aufnahme: 20. 10. 1945.

Kein Schwachsinn in der Familie bekannt. Pat. ist Zwillingkind und eine Zangengeburt. Kein Sprachverständnis, keine Sprachfähigkeit. Stereotype Wiegebewegungen. Steht meist scheu und teilnahmslos in einer Ecke. Reagiert langsam auf Anruf. Zeitweise Änderungen im motorischen und Ausdrucksverhalten, die auf Stimmungsschwankungen schließen lassen. Ist für kurze Zeit erregt, schreit, springt herum oder ist auch deutlich ängstlich verstimmt und verliert völlig den Kontakt zu seiner Umgebung. Nach Abklingen immer wieder das ursprüngliche Bild.

Zusammenfassung: Schwachsinniger ohne Sprachverständnis und Sprachfähigkeit mit rhythmischen Wiegebewegungen. Kurzdauernde blande Erregungs- und Hemmungszustände sowie ängstliche Verstimmungen von etwas längerer Dauer. Keine Änderung des Grundverhaltens.

Fall 15. Willi B., geb. 12. 7. 1907, Aufnahme: 30. 11. 1921. BINET-SIMON: A. S. 8, I. Q. 0,5.

Kein Schwachsinn in der Familie bekannt. Ein Bruder des Pat. Suicid. Kaum noch bildungsfähiger Schwachsinniger. Körperlich sehr unbeholfen. Im Wesen stumpf, gutmütig. Zeitweise reizbare Erregungszustände. Redet sehr viel, ist aggressiv, reizbar, zu keiner Arbeit zu gebrauchen. Streift, Schlägereien. 31. 8. 1929 einen Tag lang verschwunden. Kommt völlig verwirrt zurück. 17. 9. 1930 wieder

einige Tage im Freien verbracht. November 1932: Anhaltende Unruhe und Erregung. Redet fortgesetzt mit lauter Stimme, beginnt Streit. Kurz darauf wieder unauffällig. Januar 1933: Erneut erregt. Schimpft, redet unausgesetzt wirres Zeug. Anhaltender Rededrang, Reizbarkeit. Macht zeitweise den Eindruck zu Halluzinieren. 9. 10. 1933: Schläft wenig, läuft umher, führt verwirrte Reden. Will Pastor werden, zitiert völlig verdreht aus der Bibel, schweift dann ab, ist deutlich ideenflüchtig. 13. 9. 1933 ruhiger, arbeitet jedoch noch sinnlos und unbrauchbar. 24. 9. 1933 bedeutend klarer. Noch immer Rededrang mit unsinnigen Inhalten. Oktober 1933 wieder geordnete Arbeit. Zunächst noch Rededrang, der aber allmählich ganz zurückgeht. Wieder unauffällig wie früher. Später noch gelegentlich Stimmungsschwankungen ähnlicher Art. 1943 und 1945 zweimaliger Ausbruch aus der Anstalt.

Zusammenfassung: Schwachsinn erheblichen Grades. Primär schwerfälliges, gutmütiges Wesen. Im 18. Lebensjahr zeitweise Erregungszustände mit Gereiztheit, Aggressivität, Unruhe, Rededrang, Verwirrtheit. Bricht mehrfach aus der Anstalt aus. Im 25. Lebensjahr mehrere Monate anhaltende Psychose mit motorischer Unruhe, Schlaflosigkeit, Rededrang, Verwirrtheit und wahnhaften Inhalten. Nach Abklingen keine Defektsymptome.

Fall 16. Herbert L., geb. 30. 11. 1930, Aufnahme: 6. 3. 1948. BINET-SIMON: A. S. 7, I. Q. 0,43.

Kein Schwachsinn in der Familie bekannt. Mutter mehrere Fehlgeburten. Schwere Geburt des Pat. Verspätete Kindheitsentwicklung. Hilfsschulbesuch wegen Unruhe und Unkonzentriertheit unmöglich. In der Anstalt lebhaft, ablenkbar, oft albern und plump vertraulich. Angedeutete Hyperprosexie. Sehr schwierig im Gemeinschaftsleben. 21. 4. 1948: Nachts plötzlich laut und unruhig. Redet unsinniges Zeug, gibt wirre Antworten. Spricht mit jemand, der gar nicht da ist. 23. 4. 1948: Sehr ablenkbar, kaum fixierbar, entdeckt dauernd neue Dinge der Umgebung, beschreibt spontan die Gegenstände im Zimmer. Worte und Handlungen lassen auf optische und akustische Sinnestäuschungen schließen. 27. 4. 1948: Immer noch erregt und hyperprosektisch. Starrt zeitweise ratlos-ängstlich vor sich hin. Lacht zwischendurch, ist dann wieder schreckhaft. 1. 6. 1948: Seit gestern abend angeblich keine Stimmen mehr. Noch leicht ratlos, oft auch hyperprosektisch auf die Umwelt gerichtet. Weitschweifig und ideenflüchtig, macht keine klaren Angaben. Stimmungsmäßig blande Fröhlichkeit, sehr zutraulich und mitteilksam. 21. 6. 1948: Hyperprosexie geringer. Clownartiges Bild mit unverbrüchlicher Heiterkeit und plumper Vertraulichkeit. 12. 9. 1948: Ist völlig verstört, spricht von Zauberei. Nach kurzer Zeit dann wieder völlig hergestellt. Ist ein vorlauter, umtriebiger Junge mit leichten hyperprosektischen Zügen wie früher.

Zusammenfassung: Unruhiger, ablenkbarer Schwachsinniger mittleren Grades. Im 18. Lebensjahr akute halluzinatorische Psychose mit Hyperprosexie, Weitschweifigkeit, Ideenflucht, Verwirrtheit, Ratlosigkeit und flüchtiger Angst. Gehobene Stimmungslage. Dann hypomanisches Zustandsbild, kurzer Verwirrheitszustand, Abklingen ohne Restsymptome.

b) Ängstliche Zustandsbilder.

Fall 17. Anna B., geb. 19. 10. 1918, Aufnahme: 14. 11. 1949. BINET-SIMON: A. S. 3—4.

Kein Schwachsinn in der Familie bekannt. Keine Schule besucht. Stimmungsschwankungen angeblich schon seit früher Jugend. Seit einigen Jahren mehr ängstliche Färbung. In der Anstalt tiefstehende torpide Schwachsinnige. Sitzt antriebsarm mit leerem Grinsen herum. Spricht wenig, dann allerdings verständlich. Januar 1950: Klagen über Kopf- und Leibschmerzen ohne objektive Krankheitserscheinungen. Bleibt im Bett, verweigert Medikamente, ist nachts unruhig. Weint viel, äußert hypochondrische Beschwerden. Nach einigen Tagen wieder unauffällig.

Später ängstliche Erregungszustände. Pat. brüllt und jault, rennt sinnlos umher, verhältnismäßig rasche sprachliche Produktionen. Steht nachts auf, läuft wie gehetzt hinaus usw. Dauer der Zustände wenige Stunden. Gibt selbst an, schreckliche Angst zu haben, wisse nicht wovon.

Zusammenfassung: Tiefstehende torpide Schwachsinnige. Wahrscheinlich schon seit früher Jugend periodische Stimmungsschwankungen. Im 32. Lebensjahr gehemmte, hypochondrisch gefärbte depressive Verstimmung mit zeitweise ängstlich-agitierten Zügen. Später ängstliche Erregungszustände mit motorischer Unruhe, Verwirrtheit und Ratlosigkeit. Keine Defektsymptome.

Fall 18. Erna B., geb. 27. 3. 1885, Aufnahme: 11. 3. 1912. BINET-SIMON: A. S. 8, I. Q. 0,5.

Kein sicherer Schwachsinn in der Familie bekannt. Besuch der Dorfschule mit schlechtem Erfolg. In der Anstalt lispelnde, schnelle undeutliche Sprache, ängstliches Wesen. Später mürrisch, abweisend und unzufrieden. Häufig Erregungszustände mit groben Handgreiflichkeiten. Oft gereizt, schimpft dann, verweigert die Arbeit und wirft mit Gegenständen um sich. 14. 9. 1948: Ist anhaltend sehr unruhig und ängstlich. Schreit bei jeder Annäherung. Nahrungsaufnahme gering. 13. 10. 1948: Weiterhin hochgradig erregt und laut. Nach Elektroschockbehandlung ruhiger, zugänglicher. Weniger gespannt und ängstlich. Einige Tage später völlige Wiederherstellung. Januar 1950: Erneut Erregung. Nach Elektroschocktherapie rasches Abklingen. Mai 1950: Nach Elektroschockserie wegen wiederholter Erregungszustände tiefe ängstliche Verstimmung. Sitzt zusammengekauert in einer Ecke, fast stuporös. Gesichtsausdruck ängstlich-gespannt, verstört. Läuft mit gelendem Geschrei vor dem Arzt davon. Später wieder umgänglich. Geht zur Arbeit. Keine Defektsymptome.

Zusammenfassung: Reizbare, ängstliche Schwachsinnige mittleren Grades. Periodische reizbare Verstimmungen mit Neigung zu plötzlichen zornmütigen Erregungszuständen. Im 53. Lebensjahr stark ängstlich gefärbter Verstimmungszustand mit hochgradiger Erregung. Später reaktiv ausgelöstes ängstlich-stuporöses Zustandsbild.

c) Gereizte Zustandsbilder.

Fall 19. Anita B., geb. 6. 10. 1922, Aufnahme: 8. 4. 1935.

Krankengeschichte 1935—1943 durch Kriegseinwirkung verloren.

Eltern angeblich beide kriminell, 1 Bruder und 1 Schwester als debil bezeichnet. Heiter-kindliche Schwachsinnige. Sehr fleißig. 24. 12. 1943: Plötzlich sehr erregt, schlägt mit Händen und Füßen um sich. Beruhigung nach einigen Stunden. 6. 2. und 8. 3. 1944 ähnliche Zustände. 8. 3. 1944: Pat. schreit, beißt sich in die Hände, spuckt, wälzt sich herum. Zerreißt ihre Kleider, sitzt nackt auf der Bettkante und schimpft. Wirft Geschirr und Essen in die Gegend. Dauer mehrere Tage. Nach Abklingen wieder ruhig, fügsam und freundlich. Periodisches Auftreten dieser Zustände. In der Zwischenzeit jedoch immer wieder unverändert heiter-kindliches Wesen. 24. 10. 1949: Wieder hochgradige Erregung. Beruhigung durch Elektroschocks. Während der nächsten Monate anhaltend unausgeglichene, wechselnd zwischen Erregung und unauffälligem Verhalten. Stimmungslage schwankend, oft gereizt. Deutliche Abhängigkeit der Erregungszustände von der Menses. Pat. ist jetzt wieder ausgeglichen, ruhig und heiter wie früher.

Zusammenfassung: Kindisch-heitere Schwachsinnige erheblichen Grades. Periodisch unmotiviert auftretende zornmütige Erregungszustände mit ungehemmter motorischer Entladung auf der Grundlage endogener reizbarer Verstimmungen von kurzer Dauer. Keine Restsymptome.

Fall 20. Edith R., geb. 2. 9. 1916, Aufnahme: 28. 3. 1949. BINET-SIMON: A. S. 6 bis 7.

Kein Schwachsinn in der Familie bekannt. Volksschulbesuch mit schlechtem Erfolg. Häufige Erregungs- und Depressionszustände. In der Anstalt gutmütiges, ruhiges, zugewandtes Wesen. 5. 5. 1950 plötzlich ohne ersichtlichen Grund stark erregt. Verkriecht sich und schreit. Läuft wie gehetzt umher. War schon längere Zeit gereizt und mißlaunig. Warf Essen fort, gebrauchte unanständige Worte, lief davon, versteckte Geräte in ihrem Bett. Noch häufig ähnliche Erregungen. Pat. schleudert dann Gegenstände durch das Zimmer, gebraucht gemeine Redensarten, ist laut und unruhig. Kriecht dann ins Bett und darf nicht gestört werden. Nach wenigen Stunden wieder ruhig und freundlich. Entschuldigt sich hinterher, sie könne nichts dafür, es käme von selbst, ohne daß sie es wolle.

Zusammenfassung: Freundliche, zugewandte Schwachsinnige erheblichen Grades. Von Zeit zu Zeit reizbare Verstimmungs- und Erregungszustände. Schnelles Abklingen ohne Restsymptome.

Fall 21. Emmy S., geb. 11. 5. 1933, Aufnahme: 12. 11. 1935.

Eltern wegen Schwachsinn sterilisiert. Eltern des Vaters ebenfalls nicht normal. Tochter der Mutter aus erster Ehe als zurückgeblieben bezeichnet, Bruder der Pat. ebenfalls. Kaum verständliche Sprache. Als Kind angeblich Krämpfe. In der Anstalt lebhaft, vergnügte, sehr anhängliche tiefstehende Schwachsinnige. Februar 1946: Zornmütige Erregungen. In der Folgezeit häufigeres Auftreten. Auf geringfügige alltägliche Reize hin oder ohne jeden Anlaß plötzlich hochgradige Erregung. Schreit, tobt, schlägt gewalttätig um sich, hat auch nachts keine Ruhe. Abklingen nach Elektroschocktherapie. Keine Defektsymptome.

Zusammenfassung: Anhängliche, vergnügte, tiefstehende Schwachsinnige. Periodische zornmütige Erregungszustände mit elementarer motorischer Entladung auf der Grundlage endogener reizbarer Verstimmungen. Schnelles Abklingen ohne Defektsymptome.

Fall 22. Ernst H., geb. 2. 4. 1916, Aufnahme: 7. 8. 1922.

Großvater väterlicherseits angeblich „Potator und völliger Idiot“. Eltern und Geschwister unauffällig. Schwere Geburt. Als Kind angeblich Krämpfe und Absencen. Ständige Bewegungsunruhe, Grimassieren. Etwas Wortverständnis, abgehackte, verwaschene Sprache. Echolalie und Echopraxie. Kataleptische Symptome wie Verharren in bestimmten Haltungen. In der Anstalt nicht schulfähiges erethisches Kind. Sammeltrieb. Zeitweise kurzdauernde Erregungszustände. Rennt dann sinnlos umher, vollführt unsinnige, unberechenbare Handlungen, schreit, trampelt, schlägt mit den Fäusten. Häufig auch gestörter Schlaf. März 1944: 2 Wochen lang erregt und reizbar. Beeinträchtigungsideen. Auch später vorübergehende Zustände gesteigerter Reizbarkeit. Ist mit allem unzufrieden, schimpft, schreit und tobt tagelang. März 1947 und 1949: Erregungszustände mit starker Verwirrtheit. 9. 3. 1949: 2 Wochen lang anhaltend unruhig, bettflüchtig. Begeht unsinnige Handlungen, hat offenbar Sinnestäuschungen, näßt ein, steckt sich Gegenstände ins Ohr. 29. 9. 1949 wieder verändert. Ist verwirrt, springt umher, faltet die Hände und macht Verbeugungen, horcht an der Wand, versteckt Gegenstände. Langsame Beruhigung nach Elektroschocktherapie. Nach Abklingen der Erethie im ganzen umgänglicher, ruhiger, leichter führbar.

Zusammenfassung: Beschränkt sprachfähiger, tiefstehender Schwachsinniger mit erethischer Bewegungsunruhe und katatonen Erscheinungen wie Haltungstereotypien und Befehlsautomatie. Von Zeit zu Zeit Erregungszustände, zunächst mit Reizbarkeit und motorischer Entladung, später mit Verwirrtheit, halluzinatorischen Erlebnissen und katatonen Symptomen. Nach Abklingen kein Defektzustand.

Zur Frage der systematischen Einordnung der beschriebenen Fälle muß zunächst vorangestellt werden, daß heute — wie in der allgemeinen Psychiatrie so auch speziell bei den Psychosen der Schwachsinnigen — die Systematik KRAEPELINS nur noch unter gewissen Vorbehalten anzuwenden ist. Sicher ist jedenfalls, daß man in eine Diskussion über systematische Fragen im Bereich endogener Psychosen erst dann eintreten kann, wenn man vorher die Frage geklärt hat, ob man dem Zustandsbild oder dem Verlauf die entscheidende Bedeutung für die Klassifizierung zuerkennt.

Läßt man das Zustandsbild entscheiden, so wird man verständlicherweise mehr Schizophrenien erwarten dürfen. Richtet man sich dagegen nach dem Verlauf, so erscheint die Diagnose „Schizophrenie“ nur bei den ersten 4 Fällen gerechtfertigt. Wir haben also überwiegend Psychosen mit periodischer bzw. episodischer Verlaufsform vor uns, in deren Verlauf ein Defekt nicht zu erkennen ist. Der Einwand, daß der primäre Schwachsinnszustand die Erkennung eines schizophrenen Defektes erschwere oder gar unmöglich mache, ist nur berechtigt, wenn man den schizophrenen Defekt von der intellektuellen Seite her beurteilt. Hält man das Verhalten der Affektivität für das Wesentliche, dann kann das Fehlen von Defektsymptomen bei der Mehrzahl unserer Fälle nicht bezweifelt werden. Die Annahme NEUSTADTS, daß das Vorliegen eines angeborenen Schwachsinns die Entwicklung einer Schizophrenie zwangsläufig ausschließe, kann allerdings nicht voll bestätigt werden.

Ebenso kann der Ansicht K. SCHNEIDERS, daß Schwachsinnige extrem selten zyklisch sein, nach den gewonnenen Ergebnissen nicht zugestimmt werden. Die beschriebenen 5 Fälle stellen typische, durch eine lange Beobachtungszeit gesicherte zyklische Psychosen bei primär Schwachsinnigen dar.

Diese Hintansetzung des manisch-depressiven Irreseins bei Schwachsinnigen sowie die Auffassung K. SCHNEIDERS, daß es sich bei den als „episodische Psychosen der Schwachsinnigen“ bezeichneten Bildern im wesentlichen um abnorme Erlebnisreaktionen handle, muß wohl damit erklärt werden, daß das Klinikmaterial an Schwachsinnigenpsychosen, verglichen mit dem der Anstalt, wahrscheinlich erstens eine weitgehend andere Zusammensetzung hat und zweitens nach relativ kurzer Zeit der Beobachtung den Heil- und Pflegeanstalten zugeführt wird. Die Erfahrungen der Anstaltspsychiatrie haben jedoch gezeigt, daß die hier als symptomatologisch „amorphe“ Zustandsbilder beschriebenen Fälle keinesfalls als erlebnisbedingte Reaktionen angesehen werden dürfen. Reaktiv ausgelöste Zustände, von denen eine sehr große Zahl hätten angeführt werden können, wurden von vornherein als nicht zum Thema gehörig unberücksichtigt gelassen. Es ist wohl zuzugeben, daß die Schwierigkeit, beim Schwachsinnigen Aufschluß über das Erlebnis

widerspiegelnde Inhalte zu erhalten, die Beurteilung kompliziert. Doch ist es wenig wahrscheinlich, daß bei der ständigen Beobachtung in der Anstalt Erlebnisse, die abnorme Reaktionen auslösen können, übersehen werden. Jedenfalls sind solche Erlebnisse bei den vorliegenden 13 Fällen nirgends greifbar. Die „amorphen Zustandsbilder“ stellen insgesamt autochthone, aus heiterem Himmel völlig unmotiviert hereinbrechende Änderungen im psychischen Verhalten der Schwachsinnigen dar. In einigen Fällen sind allerdings äußere Reize als auslösende Faktoren anzunehmen, doch überschreiten diese niemals den Rahmen des Alltäglichen, so daß auch hier „nicht reaktive“ Veränderungen des „Untergrundes“ (K. SCHNEIDER) primär und dominierend sein müssen.

Symptomatologisch haben wir bei den schizophrenen Psychosen 1 hebephrene und 3 paranoide Formen vor uns. Das allgemein in der Literatur angegebene Überwiegen katatonen Bilder liegt in der Beurteilung begründet. Das Krankheitsbild der „Katatonie“ ist heute weitgehend entthront. Würden wir alle vorwiegend psychomotorisch bestimmten Zustandsbilder als „Katatonien“ auffassen, so würde sich zweifellos auch bei uns eine große Zahl ergeben. Den Angaben von WEYGANDT, PLASKUDA, MEDOW und GLAUS entsprechend unterscheidet sich das symptomatologische Bild der schizophrenen Psychosen nicht wesentlich von dem der Schizophrenie bei Vollsinnigen. Wohl hat man den Eindruck, daß bei Fall 2—4 das „Erhaltensein“ des affektiven Kontakts vielleicht etwas stärker hervortritt als bei den paranoiden Psychosen Vollsinniger. Auch sind entsprechend der geringen geistigen Substanz des Schwachsinnigen die paranoiden und halluzinatorischen Inhalte weniger reichhaltig. Doch handelt es sich hier nicht um eine wesensmäßige Differenz, sondern lediglich um eine leichte pathoplastische Beeinflussung des klinischen Bildes durch den Schwachsinn. Fall 1 unterscheidet sich in keiner Weise von dem gewöhnlichen Bilde der Hebephrenie.

Bei den manisch-depressiven Psychosen ist der pathoplastische Einfluß des Schwachsinn auf das Symptomenbild — in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Literatur — deutlicher. Es muß jedoch die Einschränkung gemacht werden, daß solche einförmig und dürrig ausgestalteten psychotischen Bilder auch bei Normalsinnigen beobachtet werden können. Der von den meisten Autoren angegebene „flache Affekt“ des Schwachsinnigen besonders in der Depression könnte auch im Sinne MEDOWS seine Erklärung darin finden, daß die mangelnde sprachliche und mimische Ausdrucksfähigkeit des Schwachsinnigen es unmöglich macht, die Tiefe des Affektes zu schätzen. Auf jeden Fall liegen hier Täuschungsmöglichkeiten, die größte Vorsicht in der Beurteilung angemessen erscheinen lassen. So liegt bei Fall 5, 6 und 9 zweifellos eine tiefe depressive Verstimmung vor, bei der allerdings der depressive Affekt —

vielleicht infolge des undifferenzierten Ausdrucksverhaltens des Schwachsinnigen — hinter der schweren stuporösen Hemmung zurücktritt. Aus demselben Grunde erscheint bei der manischen Erregung des Schwachsinnigen mit ihren stereotypen, ärmlichen Inhalten die Hyperkinese oft deutlicher als die psychische Erregung und die Änderung der Stimmungslage.

Die symptomatologisch als „amorph“ bezeichneten Zustandsbilder der dritten Gruppe, die den „episodischen Psychosen“ SIOLI-NEUSTADTS völlig entsprechen, fallen sowohl aus dem Rahmen der schizophrenen als auch der zyklischen Psychosen heraus. Die Abtrennung von der Schizophrenie ergibt sich uns zwangsläufig aus dem durchweg günstigen Verlauf, der geradezu ein Charakteristikum der „amorphen Zustandsbilder“ darstellt und diese dem manisch-depressiven Irresein näherrückt. Von diesem unterscheiden sich die „amorphen Zustandsbilder“ durch das weitgehende Fehlen ausgeprägter heiterer oder melancholischer Verstimmungen und die oft geringere Beständigkeit und Einheitlichkeit der psychotischen Erscheinungen. Die Einteilung der „amorphen Zustandsbilder“ in hyperkinetische bzw. stuporöse, ängstliche und gereizte Bilder stellt eine von rein formalen Gesichtspunkten ausgehende, künstliche Trennung zum Zwecke des besseren Überblicks dar. In Wirklichkeit handelt es sich um eine einheitliche Gruppe von Zustandsbildern, die alle durch das Auftreten von Hemmungs- und Erregungszuständen bzw. durch den Wechsel von Hemmung und Erregung charakterisiert sind. Flüchtige Änderungen der Gefühlslage entweder im Sinne des Manisch-Depressiven oder im Sinne der von LUTHER und NEUSTADT hervorgehobenen reizbaren Verstimmung sowie das Auftreten von Angst, Verwirrtheit, Halluzinationen und Wahnideen geben den psychotischen Bildern wohl ihre spezifische Färbung, können sie aber nicht scharf gegeneinander abgrenzen, da sie sich zu vielfältig überschneiden.

Das symptomatologische Bild wird also in erster Linie von Änderungen des psychomotorischen Verhaltens bestimmt, und zwar finden wir auf der einen Seite akinetische Zustände bis zum Stupor und Negativismus, auf der anderen Seite rhythmisch-hyperkinetische Erregungszustände, die in der Literatur — wie bereits erwähnt —, als „kataton“ bezeichnet werden und sehr reichlich vorhanden sind.

Aus der Art der sprachlichen Äußerungen muß bei einem Teil der Fälle auf das Vorliegen einer Denkstörung geschlossen werden. So finden wir Verworrenheit relativ häufig. Über Gedankenentzug sowie Eingebungs-erlebnisse läßt sich kaum etwas erfahren. Wahnideen sind in einigen Fällen deutlich. Es handelt sich aber durchweg um mobile, „wahnhaft“ Ideen, die auftauchen und wieder verschwinden, so daß es kaum möglich ist, von einer Korrektur des Wahns zu sprechen. Dauernde, fixierte oder gar systematisierte Wahn-erlebnisse sind nicht festzustellen. Für das

Affektverhalten gilt im Prinzip das gleiche wie bei den manisch-depressiven Psychosen. Die Armut an Ausdrucksmöglichkeiten macht die Psychosen affektiv wenig einfühlbar. Doch sind affektive Symptome wie Angst, zornmütige Gereiztheit, Ratlosigkeit und Heiterkeit durchaus vorhanden. Das Auftreten von Bewußtseinstörungen ist wohl in keinem Falle nachzuweisen. Wir halten daher eine Einordnung der „amorphen Zustandsbilder“ in den Kreis der „exogenen Psychosen“ im Sinne NEUSTADTS nicht für gerechtfertigt. Ob man Symptome wie Angst, Verwirrtheit, Ratlosigkeit, Gereiztheit und das Auftreten von optischen Halluzinationen, die tatsächlich bei den „amorphen Zustandsbildern“ eine große Rolle spielen, mit NEUSTADT als „exogene“ Beimengungen bezeichnet, scheint uns Geschmacksache zu sein, da ohnehin über die Herausstellung spezifischer Symptome als Ausdruck eines bestimmten ätiologischen Substrates nach heutigen Anschauungen keine Aussage möglich ist.

Dagegen läßt die Symptomatik eine deutliche *Abhängigkeit vom Intelligenzgrad* erkennen. Es ergibt sich einwandfrei, wie es ja bereits aus der Betrachtung der Literatur, speziell bei HERSKOVITZ u. PLESSET ersichtlich war, daß die schizophrenen Defektpsychosen nur bei Schwachsinnigen leichten bis höchstens mittleren Grades vorkommen. Ebenso handelt es sich bei den typisch manisch-depressiven Psychosen durchweg um leichte bis mittelschwere Fälle von Schwachsinn, während die „amorphen Zustandsbilder“ nur bei tieferstehenden Schwachsinnigen auftreten. Untersucht man die Beziehung der „amorphen Zustandsbilder“ zum Grad des Schwachsinnigen genauer, so kommt man zu dem Ergebnis, daß die Abnahme des Intelligenzgrades mit einem Zurücktreten der affektiven zugunsten der elementar-motorischen Störungen im Erscheinungsbild einhergeht. Bei den schweren Fällen von Idiotie wird das psychotische Bild im wesentlichen nur noch von blander motorischer Erregung oder Hemmung ohne sichtbare Beteiligung des Affektiven beherrscht. Die nachfolgende Tabelle dient zur Veranschaulichung dieser Beziehungen.

Über die Pathogenese der Psychosen Schwachsinniger ist auf Grund unseres Materials kaum etwas Neues auszusagen. Ein Zusammenhang mit der Dementia praecox im Sinne KRAEPELINS kann heute nicht mehr angenommen werden. Zuzugeben ist, daß ein erheblicher Teil der tiefstehenden Idioten Bewegungstereotypien und Parakinesen der mimischen Muskulatur zeigt, die allerdings verblüffende Ähnlichkeit mit den Produktionen katatoner Endzustände haben. Aber wir sind heute wohl nicht mehr geneigt, in diesen stationären Erscheinungen Zeichen eines schizophrenen Prozesses zu sehen. Ebensowenig lassen sich Annahmen über die Beziehungen zwischen Schwachsinn und Schizophrenie in Gestalt einer erblichen oder erworbenen Disposition aufrechterhalten. Die

Untersuchungen der Erbliehkeitsverhältnisse des Schwachsinnns und der Schizophrenie durch RÜDIN, BRUGGER und PLEGER haben klar erwiesen, daß keinerlei genetische Beziehungen zwischen beiden Erkrankungen bestehen.

Tabelle

Fall	Grad des Schwachsinnns	Intelligenzalter nach BINET-SIMON	Art der Psychose
Fall 3	leicht	—	Schizophrenie Defektpsychosen
Fall 4	leicht	12—15	
Fall 2	mittel	10 ³ / ₅	
Fall 1	mittel	9	
Fall 9	leicht	14 ² / ₅	Manisch-depressive
Fall 6	mittel	11	
Fall 7	mittel	10 ¹ / ₅	
Fall 5	mittel	8 ³ / ₅	Psychosen
Fall 8	mittel	—	
Fall 15	mittel	8	Manisch-hyperkinetische Psychose
Fall 18	mittel	8	Reizbare und ängstliche Erregung
Fall 11	mittel	7 ³ / ₅	Flache depressive Verstimmung
Fall 16	mittel	7	Manisch-hyperkinetische Psychose
Fall 19	mittel	—	Reizbare Verstimmung und Erregung
Fall 20	mittel	6—7	Reizbare Verstimmung und Erregung
Fall 12	schwer	5—6	Manisch-hyperkinetische Erregung
Fall 17	schwer	3—4	Manisch-hyperkinetische und ängstliche Erregung, gehemmte depressive Verstimmung
Fall 10	schwer	—	Verwirrtheit, Stupor
Fall 22	schwer	—	Reizbare Verstimmung, elementare motorische Entladung, Verwirrtheit
Fall 21	schwer	—	Reizbare Verstimmung, elementare motorische Entladung
Fall 13	schwer	—	Elementare motorische Entladung, stuporöse Hemmung
Fall 14	schwer	—	Elementare motorische Entladung stuporöse Hemmung

Schwieriger ist die Frage der Disposition bei den episodischen Psychosen zu entscheiden. Eine spezifische Disposition des Schwachsinnigen zu den „episodischen Psychosen“ — wie NEUSTADT angibt — ist bei den vorliegenden Untersuchungen nicht erkennbar. Verglichen mit einer zwischen 800 und 900 fluktuierenden Bevölkerungszahl in einem Zeitraum von 46 Jahren ist die Zahl von 22 Psychosefällen nicht ungewöhn-

lich hoch, besonders wenn man berücksichtigt, daß hier ja alle Fälle zur Beobachtung gekommen sind, während außerhalb der Anstalt ein Teil immer unerkannt bleibt. Daß NEUSTADT zu einer Erkrankungsziffer von 60% kommt, dürfte einmal an der von NEUSTADT selbst zugegebenen positiven Materialauslese der Anstalt Düsseldorf-Grafenberg liegen, zum anderen aus der von uns eingehaltenen engen Beschränkung auf rein autochthone Psychosen erklärbar sein.

Ob die Ätiologie der verschiedenen Schwachsinnsarten Beziehungen zu gewissen Psychoseformen hat, geht nicht sicher aus den Untersuchungen hervor. Bei 15 Fällen ist als Ursache des Schwachsinns eine exogene Hirnschädigung (durch Krankheit oder Mißbildung) anzunehmen, in 2 Fällen (Fall 8 und 22) bleibt die Ätiologie unklar, 5 Fälle erweisen sich als eindeutig familiär. Es wäre denkbar, daß exogen geschädigte Gehirne psychoseanfälliger sind. Diese Frage ist jedoch zur Zeit — jedenfalls an dem uns zur Verfügung stehenden kleinen Material — nicht beweisbar.

Gewisse Ähnlichkeiten im symptomatologischen Bild der manisch-depressiven und der episodischen Psychosen sowie die übereinstimmende Verlaufsform könnten auch die Vermutung nahelegen, daß beiden Störungen der gleiche pathogenetische Vorgang zugrunde liege, und daß die spezifische Gestaltung der episodischen Psychosen lediglich auf den mit sinkendem Intelligenzgrad wachsenden Einfluß des Schwachsinns zurückzuführen sei. Man muß sich jedoch hier wie bei allen pathogenetischen Erwägungen klar darüber sein, daß die rein symptomatische Übereinstimmung nicht ohne weiteres dazu berechtigt, eine einheitliche Ursache anzunehmen, da sich wesensverschiedene pathogenetische Vorgänge gleicher, dem menschlichen Gehirn eigener, präformierter Reaktionsmechanismen bedienen können, oder — wie KRAEPELIN es ausgedrückt hat — „der Ursprung der Krankheitserscheinungen aus gegebenen Vorbedingungen erfolgt“.

Zusammenfassend lassen sich folgende Ergebnisse festhalten:

1. Der Schwachsinnige erkrankt selten an typisch manisch-depressivem Irresein, noch seltener an schizophrenen Defektpsychosen. Den größten Teil der bei Schwachsinnigen beobachteten Psychosen bilden besondere, symptomatologisch „amorphe“, von SIOLI-NEUSTADT als „episodische Psychosen“ bezeichnete Zustandsbilder, deren Kardinalsymptome Erregung und Hemmung des Psychomotoriums und episodischer Verlauf sind.

2. Die manisch-depressiven und schizophrenen Psychosen kommen nur bei Schwachsinnigen leichten bis mittleren Grades vor, während die tieferstehenden Schwachsinnigen nur „episodische Psychosen“ zeigen.

3. Mit Abnahme des Intelligenzgrades treten die affektiven Störungen im Erscheinungsbild mehr und mehr hinter der elementaren motorischen Erregung und Hemmung zurück. Die klinisch interessante Frage, ob der

Schwachsinn die Psychose deutlicher und typischer herausarbeitet oder das Bild verwischt, kann je nach dem Ausgangspunkt des Untersuchers verschieden beantwortet werden. Vom Psychopathologischen her kann nur das Letztere gesagt werden. Geht man dagegen von einem mehr behaviouristischen Standpunkt aus, so verdeutlicht der Schwachsinn die Grundsymptome.

Literatur.

BRUGGER, C.: Z. Neur. **113**, 348 (1928). — CRAMER, A.: Gerichtl. Psych. Jena 1903. — EARL, C.: Ref. Zbl. Neur. **74**, 505 (1934). — FLÜGEL, F.: Z. Neur. **92**, 634 (1924). — GEIST: Allg. Z. Psychiatr. **63**, 434 (1906). — GLAUS, A.: Schweiz. Arch. Neur. **37**, 238 u. **38**, 37 (1936). — GRIESINGER: Zit. n. C. NEISSER: Allg. Z. Psychiatr. **53**, 241 (1897). — HAYMANN, M.: Ref. Zbl. Neur. **98**, 146 (1941/1939). — HERSKOVITZ, H., u. M. PLESSET: Ref. Zbl. Neur. **102**, 537 (1942/1941). — HITZIG: Zit. n. C. NEISSER: Allg. Z. Psychiatr. **53**, 241 (1897). — JAMES, S.: Ref. Zbl. Neur. **98**, 150 (1941/1939). — KATZENFUSS, H.: Schweiz. Arch. Neur. **35**, 295 (1935). — KRAEPELIN, E.: Arch. f. Psychiatr. **13**, 382 (1882). — Psychiatrie 7. Aufl. 1903/04, Bd. 2, 8. Aufl. 1915, Bd. 4. — Z. Neur. **62**, 1 (1920). — Einführ. in d. psych. Klinik, 4. Aufl., Bd. 2. Leipzig 1921. — LUTHER, A.: Allg. Z. Psychiatr. **66**, 949 (1909). — Z. Neur. **16**, 386 (1913). — MAYER-GROSS, W.: Bumkes Hdb. d. Geisteskrankh. **9** (1932). — MEDOW, W.: Mschr. Psychiatr. **58**, 222 (1925). — MILICI, P.: Psychiatr. Quart. **11** (1939). — NEUSTADT, R.: Arch. f. Psychiatr. **82**, 78 (1927). — Abh. aus d. Neur., Psych. usw., Heft 48. Berlin 1928. — Arch. f. Psychiatr. **97**, 127 (1932). — PICK, A.: Z. Heilk. (Wien) **6**, 183 (1885). — PLASKUDA, W.: Allg. Z. Psychiatr. **67**, 134 (1910). — Z. Neur. **4**, 399 (1911). — PLEGER, W.: Z. Neur. **135**, 225 (1931). — RÜDIN, E.: Z. Vererb. u. Neuentstehg. d. Dementia praecox. Studien über d. Vererb. u. Entstehg. geistig. Störungen. Berlin 1916. — SANDER, W.: Zit. n. A. PICK: Z. Heilk. (Wien) **6**, 183 (1885). — SCHNEIDER, K.: Klin. Psychopathologie. Stuttgart 1950. — WEYGANDT, W.: Idiotie, Sammlg. zwangl. Abh. Halle 1906. — Z. Erforschg. jugendl. Schwachsinn (Jena) **1**, 311 (1907). — WOLLENBERG: Hohes Hdb. d. ger. Psych. Berlin 1901.

Dr. IRENE BRENDDEL, Hamburg 33, Allgem. Krankenhaus Barmbek,
I. Mediz. Klinik.