

Aus der Heil- und Pflegeanstalt Marsberg/Westf. (Direktor: Dr. med. F. FABRY).

## Nachprüfung der KLEIST-LEONHARDSchen Schizophrenieformen in den Frauenabteilungen einer Heil- und Pflegeanstalt.

Von

CLARA SCHULTE - VON DER STEIN.

(Eingegangen am 15. September 1953 / 4. April 1955.)

Wir unterscheiden bei den schizophrenen Erkrankungen vier Arten: die Hebephrenie mit hauptsächlich affektiven Störungen, die Katatonie mit psychomotorischen, die paranoide Schizophrenie mit wahnhaften Störungen und die verworrene Schizophrenie mit vorwiegenden Denk- und Sprachstörungen. Jede dieser 4 Arten von Schizophrenie kann in einzelne Formen zerlegt werden (Tab. 1, s. S. 304). Die Mehrzahl derselben sieht KLEIST<sup>2, 3</sup> als *psychische Systemerkrankungen* an und setzt sie in Analogie zu den neurologischen Systemerkrankungen, z. B. der FRIEDREICHschen Ataxie. Diese *einfachen Formen* der Schizophrenien, etwa eine parakinetische Katatonie, ziehen sich durch den ganzen Krankheitsverlauf bis in den Endzustand in gleicher Gestalt zunehmend hin. Wir haben in ihnen nicht nur verschiedene Symptomenkombinationen vor uns, sondern selbständige Syndrome, die sich nicht überschneiden, was besonders LEONHARD<sup>12</sup> nachgewiesen hat. Wie bei den neurologischen Erkrankungen Kombinationen zweier einfacher Formen vorkommen, z. B. die amyotrophische Lateralsklerose als Verbindung von progressiver spinaler Muskelatrophie und spastischer Spinalparalyse, so gibt es *kombinierte Schizophrenien*, an deren Herausarbeitung LEONHARD<sup>13-19</sup> einen wesentlichen Anteil hat. Sie bilden nicht nur eine Summation zweier einfacher Formen, sondern es können dabei auch neue Symptome auftreten. Der Verlauf der *kombinierten* Erkrankungen ist häufiger als bei den einfachen Formen remittierend, ferner ist die erbliche Belastung stärker in dem Sinne, daß in den betreffenden Sippen mehr schizophrene Erkrankungen vorkommen.

Bei einer anderen Gruppe von Schizophrenien ist, wie LEONHARD<sup>12, 20, 21</sup> feststellte, der Krankheitsprozeß *nicht systematisch* und dehnt sich früher oder später auf andere seelische Bezirke aus. KLEIST<sup>6</sup> nannte diese Formen daher auch *extensive*. Ihr Verlauf ist noch häufiger ein schubweiser bzw. remittierender und ihre Erbllichkeit ist besonders stark. Das Affektleben bleibt hier am längsten erhalten. Die Unterscheidung systematischer (einfacher und kombinierter) und unsystematischer Schizophrenien ist

heute an die Stelle der älteren Teilung in typische (einfache) und atypische (kombinierte und extensive) Schizophrenien getreten.

Tabelle I. *Schizophrenien.*

Systematische		Unsystematische	
Einfache	Kombinierte	Extensive	
Affektive Formen, Hebephrenien.			
Läppische Hebephrenie . . .	+	—	
Depressive Hebephrenie . . .			
Apathische Hebephrenie . . .			
Autistische Hebephrenie . . .			
Psychomotorische Formen, Katatonien.			
Sprachträge Katatonie . . .	+	Iterative Katatonie	
Sprachbereite Katatonie . . .			
Akinetische Katatonie . . .			
Parakinetische Katatonie . . .			
Negativistische Katatonie . . .			
Proskinetische Katatonie . . .			
Stereotype Katatonie . . . . .			
Wahnbildende, paranoide Formen.			
Phantasiophrenie . . . . .	+	Progr. Beziehungspsychose	
Progr. Konfabulose . . . . .		„ Bedeutungspsychose	
„ Halluzinose . . . . .		„ umschriebene Wahnpsychose	
„ Somatopsychose . . . . .			
„ Autopsychose . . . . .			
„ Eingebungspsychose . . . . .			
„ Beeinflussungspsychose . . . . .			
Verworrene Formen.			
Inkohärente Schizophrenie . . .	+	+	
Paralogische Schizophrenie . . .			
Schizophasie . . . . .			

+ und — bedeuten, daß kombinierte oder extensive Formen vorkommen oder nicht.

Die *akuten* Krankheitsbilder lassen sich manchmal nur schwer oder nicht sicher in die Unterformen einreihen, weil das eigentliche Syndrom im Anfang noch nicht voll ausgeprägt oder überlagert sein kann von fremden Beimengungen, die im weiteren Verlaufe zurücktreten. Besonders aus diesem Grunde sind katamnestiche Verfolgungen der Kranken notwendig. Zur Einführung in das ganze Gebiet verweise ich auf die Einleitung von KLEISTS erster Katatonie-Arbeit<sup>7</sup> (1937) und auf LEONHARDS Bericht über „Formen und Verläufe der Schizophrenien“ (1952)<sup>21</sup>.

EDELMANN<sup>1</sup>, KNAUF<sup>11</sup> und W. SCHNEIDER<sup>24</sup> stellten *Nachprüfungen* der Schizophrenielehre von KLEIST und LEONHARD an und fanden die gleichen Krankheitsformen. Auch die Nachprüfungen in spanischen (katalonischen) Kliniken und Anstalten, die von SARRÓ und O'SHANNAHAN<sup>23</sup>

durchgeführt wurden, stimmten im wesentlichen mit der KLEIST-LEONHARDSchen Darstellung überein, einige Unterschiede führten die Autoren auf rassische Verschiedenheiten zurück.

Die *Aufgabe dieser Arbeit* besteht darin, Kranke, die sich zwischen dem 1. 3. 1949 und dem 31. 5. 1950 in der Heil- und Pflegeanstalt *Marsberg i. Westf.* befunden haben und mit der Diagnose Schizophrenie bezeichnet waren, nachzuuntersuchen und festzustellen, ob sie sich in die KLEIST-LEONHARDSchen Formen einreihen lassen. Die Anstalt *Marsberg* beherbergt im Durchschnitt etwa 1000 Kranke, am 24. 4. 1950 waren es 442 Männer und 494 Frauen. Ich untersuchte nur Frauen, da mir diese von mehreren Famulaturen zum größten Teile bekannt waren und beschränkte mich bei der großen Zahl der Kranken auf die Hälfte der Frauenstationen, d. h. auf 2 von 4 unruhigen, 3 von 6 halbruhigen und 2 von 4 ruhigen Abteilungen. Da im Anfange der Erkrankungen das Bild der jeweiligen Schizophrenieform nicht immer schon eindeutig hervortritt, so wurden nur solche Kranke nachuntersucht, deren Krankheitsbeginn 5 Jahre oder länger zurücklag. Dadurch engte sich mein Krankengut auf 61 Frauen ein. Unter ihnen befanden sich 4 Kranke, bei denen die Nachuntersuchung ergab, daß keine Schizophrenie vorlag, sondern eine manisch-depressive oder andere phasische Psychose (vgl. NEELE<sup>22</sup>). Auf eine Darstellung dieser Fälle muß aus Raumangel verzichtet werden. Es blieben somit 57 schizophrene Patientinnen übrig. Da sich das Zustandsbild und der Verlauf bei den einzelnen Fällen der Unterformen weitgehend gleichen, werde ich nur jeweils einen kennzeichnenden Krankheitsfall beschreiben.

### 1. Hebephrenien.

a) *Einfache Formen* (KLEIST<sup>2</sup>, KLEIST u. a.<sup>10, 10a</sup>, LEONHARD<sup>12, 19, 20</sup>).

Ich bringe zuerst ein Beispiel der *läppischen Hebephrenie*:

*Fall 1.* Marianne G., geb. 8. 9. 1898, Dienstmädchen. Unehelicher Vater soll ausschweifend gelebt haben. Pat. war eigensinnig und schwer erziehbar.

In ihrem 17. Lebensjahr (1915) wurde sie in die P.H.A. *Münster/W.* aufgenommen. Sie hatte zu Hause einen „Tobsuchtsanfall“ bekommen, schrie laut, riß sich die Kleider vom Leibe, führte stark sexuell gefärbte Reden und forderte jede männliche Person zum Coitus auf. Sonst zeigte sie ein kindisch-albernes Wesen. Nach ½ Jahr wieder entlassen. 1922, nach einer Blinddarmoperation, verstört, sprach irre. Im Dunkeln glaubte sie sich von Tieren und Gestalten verfolgt. Ihre Angehörigen bedrohte sie mit dem Messer. Darauf erneute Einweisung in die P.H.A. *Münster/W.* Hier ist sie laut, redet zerfahren, ist kindisch-albern, lacht oft ohne Grund. Zuweilen mutistisch, sie beschäftigt sich auf der Abteilung oder im Nähzimmer.

Am 3. I. 1929 in die Anstalt *Drolshagen/W.* verlegt. Auch hier ohne Ursache heiter, lacht ohne Grund. Zur Arbeit muß sie angehalten werden. Von Zeit zu Zeit treten Verstimmungszustände auf, in denen sie aggressiv werden kann. Sonst stumpf und gleichgültig. Versteckt Gegenstände, wie Haarnadeln, Strumpfbänder und Schlüssel von andern Pat. oder Schwestern, neckt gern die Mitkranken.

Am 9. 4. 1943 in die P.H.A. *Marsberg/W.* verlegt. Sie wird als ein gezieltes, kindisch-heiteres Wesen bezeichnet, zu keiner Arbeit zu gebrauchen.

Bei einer *Nachuntersuchung* fällt sofort das kindisch-alberne Lachen auf. Sie ist antriebsarm, lebt in den Tag hinein und ist zum Arbeiten nicht fähig. Ihre kleinen Neckereien mit den andern Kranken hat sie nicht aufgegeben. Sie zieht ihnen die Decke fort, nimmt Brot aus der Küche und behauptet, das habe der Herrgott gestohlen. Ab und zu treten noch Erregungszustände auf.

Die Antworten erfolgen sofort, doch treten Alogien und vereinzelt Paralogien auf. (Kind-Zwerg?) „Kind ist gesund, Zwerg ist Zwerg.“ (Keine Rose ohne Dornen?) „Es ist keine Rose dann. Sie hat immer Dornen. Man kann allerhand draus machen. Weiß ich nicht, was man dazu sagen soll.“ (Treppe-Leiter?) „Treppe hat Stufen, Leiter muß ich haben zum Fensterputzen.“ Das Lächeln verschwand nicht aus ihrem Gesicht.

Dem Bilde der *läppischen Hebephrenie* entspricht das kindisch-alberne Lächeln, der Hang zu kleinen Streichen, die zunehmende Gleichgültigkeit und Antriebsarmut. Die Erkrankung begann mit 17 Jahren, der Verlauf war, abgesehen von einer Teilremission im Anfang, progredient.

5 weitere Kranke glichen im wesentlichen der oben beschriebenen.

Der *läppischen Hebephrenie* entgegengesetzt ist die *depressive Hebephrenie* (verschrobene Hebephrenie LEONHARDS<sup>12</sup>), von der nur ein Fall vorhanden war.

*Fall 2.* Ein Onkel der Martha B., geb. 29. 6. 1908, soll gemütskrank gewesen sein. Pat. selbst hat in der Schule schlecht gelernt. Nach der Schulzeit in Stellungen als Verkäuferin, Dienstmädchen und in der Landwirtschaft, jeweils nicht länger als 2 Monate. Sie besaß schon immer ein verschlossenes Wesen, hatte keine Freundschaften, saß am liebsten allein zu Hause.

Im Oktober 1929 läuft sie planlos von Hause fort, fühlt sich von der Mutter zurückgesetzt, ist *gedrückter Stimmung*, schließt sich ein, spricht vor sich hin, versucht einen Selbstmord durch Erhängen, der zur Anstaltsunterbringung in die P.H.A. *Eickelborn* führt. Hier ist sie bewegungsarm, depressiv, klagt über Kopfschmerzen, kommt sich überflüssig vor. Durch die Krankheit des Vaters habe sie viele Aufregungen gehabt. Sie habe öfter geweint und sei nun so häßlich, daß sie sich nicht mehr sehen lassen könne. Über ihren Selbstmordversuch befragt, gibt sie zu, sie habe sich einen Strick um den Hals getan, um zu ersticken, nachher habe es ihr leid getan. Sie lebt still für sich, ist antriebsarm und teilnahmslos. Sie will nicht mehr nach Hause, da sie dann nur wieder krank würde. Ihr Zustand bessert sich wieder, und sie wird am 19. 4. 1931 entlassen.

Vom 1. 9. 1934 bis 31. 8. 1935 ist sie im Engelbertstift in Dortmund und vom 1. 9. 1936 bis 20. 9. 1936 in Bocholt, Kloster vom Guten Hirten.

Am 15. 12. 1936 wird sie in die P.H.A. *Gütersloh* eingeliefert, da sie vorher ihre Mutter angegriffen hat. Sie wird hier als stumpf, wenig regsam bezeichnet, zeitweise soll sie verworren gesprochen haben. Es treten jetzt *hypochondrische Beschwerden* auf. Ein heißer Blitz fahre durch ihren Körper, das fühle sich an wie heißes Feuer. Sie hört auch Stimmen, ist aber teilnahmslos und beschäftigt sich fast nicht. Ihre Stimmungslage ist leicht depressiv. Am 25. 8. 1939 wird sie entlassen.

Am 8. 1. 1946 erneut aufgenommen, da sie in einem Erregungszustand die Mutter mit einer Tasse beworfen hatte. Sie gibt an, sie leide unter Nackenschmerzen und sei so gelb im Gesicht, sie werde leicht schwindelig, sie habe ein Gefühl, als ob die Beine schwer würden. Psychisch ist sie kritiklos und stumpf. Deutliche

Intelligenzdefekte bestehen. Sie drängt darauf, eine Beschäftigung zu bekommen, bei der sie verdienen könne.

Am 18. 3. 1946 macht sie einen vergeblichen Fluchtversuch. Danach ist sie antriebsarm und stumpf und klagt dauernd über wechselnde Schmerzen, drängt nach Hause, ohne einen Affekt zu zeigen, wenn es ihr abgeschlagen wird. Am 10. 12. 1946 wird sie in die P. H. A. Marsberg/W. überwiesen. Hier bietet sie das gleiche Bild.

Bei einer *Nachuntersuchung* am 16. 3. 1950 bringt sie vielerlei Klagen in querulatorischem Tonfall vor. Man lasse sie nicht nach Hause schreiben; wenn sie sich deshalb beschwere, so sperre man sie ein. Andere Kranke würden entlassen, nur sie nicht. Sie leide unter Kopfschmerzen, habe öfter einen Krampf in den Händen, die Beine schwellen an, das Herz stehe still. Die Stimmen seien jetzt nicht mehr da. Sie zeigt eine Sammelsucht, sammelt altes Papier und andere wertlose Sachen und verwahrt sie in ihrer Handtasche, die sie mit sich herumträgt. Sie breitet vor Ref. alles aus, steckt dann gleich wieder alles zusammen und hütet es wie einen Schatz. Bei einer psychisch-experimentellen Untersuchung werden ihre Defekte besonders deutlich. Der letzte Krieg sei 1925/26 oder 1935/36 gewesen. Von Goethe habe sie früher mal Lieder gehört. Unterschiedsfragen werden zum größten Teil alogisch beantwortet. Manchmal treten auch Paralogien auf. Sprichwörter können nicht erklärt werden.

(Steter Tropfen höhlt den Stein?) „Weiß ich nicht.“ (Treppe-Leiter?) „Kann man beides gehen.“ (Bach-Teich?) „Bach ist klein und fließt nicht soviel Wasser, Teich ist breiter, kann man drin baden.“

Affektiv ist sie sehr verflacht. Auf die Frage, ob sie geisteskrank sei, antwortet sie: „Man hat mir hier gesagt, ich sähe danach aus“. Auch bei affektvollen Anlässen ist keine affektive Veränderung festzustellen.

Diese *depressive Hebephrenie* begann mit 22 Jahren und verlief anfangs remittierend, später fortschreitend. Kennzeichen der Krankheitsform sind die überwiegend depressive Stimmung, die hypochondrischen Beschwerden, die oft querulatorisch vorgebracht werden, das Drängen auf Entlassung. Die Erregungszustände waren zum Teil halluzinatorisch bedingt. Die Sammelsucht der Kranken ist eine der von LEONHARD beschriebenen Verschrobenheiten dieser Form. Es kommt zu affektiver Abstumpfung und intellektuellem Rückgang.

Eine reine *apathische* (flache) *Hebephrenie* war in meinem Krankengut nicht vorhanden. Dagegen kam ein Fall der *autistischen Hebephrenie* vor (LEONHARD<sup>12, 19, 21</sup>).

*Fall 3.* Ein Bruder von Helene G. leidet an Schizophrenie. Ihr Vater soll ein Sonderling gewesen sein, der zeitweise nicht sprach.

Die Pat. war eine gute Schülerin und ehrgeizig. Nach der Volksschule war sie 1 Jahr zu Hause, arbeitete nicht gern. Sie wollte etwas Besseres werden und ging auf ein Lehrerinnenseminar. Da die Aussichten schlecht waren, brach sie ihre Ausbildung ab und ging 1 Jahr zu einem Arzt in den Haushalt. Danach lernte sie 1 Jahr Säuglingspflege, um dann 2 Jahre auf eine Wohlfahrtsschule zu gehen. Ihr Examen als Fürsorgerin bestand sie mit „gut“. Die Stellen, die ihr als Fürsorgerin angeboten wurden, waren ihr alle zu schwer. Seit 1934 lebte sie wieder zu Hause, machte noch einen Kursus als Pfarrhelferin mit, ohne je in diesem Beruf tätig zu sein. Die Pat. besaß nie eine Freundin. Eine ihr zugefügte Kränkung konnte sie nicht vergessen. Sie grübelte viel und war übermäßig sauber. 4 Monate vor ihrer Anstaltseinweisung legte sie sich ins Bett und schloß sich ab, verweigerte das Essen, da es vergiftet sei.

Am 4. 7. 1938 wird sie in die P.H.A. *Marsberg/W.* eingeliefert. Sie äußert Beeinträchtigungs- und Beeinflussungsideen. „Ich habe plötzlich keine Kräfte mehr gehabt, das wurde von außen gemacht, ich wurde gehemmt. Ein heißer und kalter Strom ging durch meine Füße, Beine und Gesicht. Es waren Strahlen und fremde Gedanken, deshalb konnte ich nicht arbeiten. Ich mußte anders denken, als ich wollte. Die fremden Gedanken waren gegen meine Gedanken. Meine Gedanken waren verkleinert, sie wurden plötzlich abgerissen. Es war, als ob ich in einem tiefen Abgrund stände. Die Gedanken wurden mir durch den Strom aufsuggestiert. Der Strom und die Gedankenbeeinflussung kamen hier von der Anstalt.“ Sie hört Geräusche hinter der Tür, ein Knistern, und sieht Funken sprühen. Die Speisen sind jetzt anders als früher bereitet, es ist oft Medizin darin. Ein Grimassieren wird bemerkt. Den Verschluß des Morgenmantels hält sie nur mit 2 Fingern, die übrigen Finger sind abgespreizt. So hält sie auch die Kaffeetasse und das Butterbrot. Sie ist affektarm. Am 14. 4. 1939 wird sie entlassen und hält sich mehrere Jahre bei verschiedenen Verwandten auf.

Am 18. 1. 1942 kommt sie von selbst in die P.H.A. *Marsberg/W.* zurück, da sie so nervös und mit ihren Nerven vollkommen herunter sei. Sie ist sehr empfindlich und bricht leicht in Schimpfreden aus. Sie hält sich ganz für sich und kümmert sich um niemanden. Nach Hause will sie nicht gehen, da sie sich mit ihrer Schwägerin nicht verstehe.

Bei der *Nachuntersuchung* ist sie affektiv verflacht. Es ist ihr alles gleich, ob sie in einer Anstalt ist oder nicht. Einmal in der Woche geht sie nach Hause und besucht ihre Mutter. Auf der Abteilung hält sie sich für sich. Einen Konnex mit den Mitkranken hat sie nicht. Sie beschäftigt sich mit Handarbeiten und macht nur saubere Hausarbeiten. Während der Exploration sind in ihrem Gesicht dauernde Zuckungen um den Mund und an der Stirn zu sehen, sonst ist ihr Gesicht verschlossen und starr. Sie weiß nicht, wie lange sie in der Anstalt ist, auch nicht, wann die beiden Weltkriege gewesen sind. Rechenaufgaben werden richtig gelöst, die Merkfähigkeit zeigt keine Abschwächung. Unterschiedsfragen werden zum Teil alogisch beantwortet. (Kind-Zwerg?) „Zwerge sind aus der Fabel, beide klein.“ Sprichwörter werden annähernd richtig erklärt. (Keine Rose. . . ?) „Es ist nichts vollkommen auf der Welt.“ Bei schwereren kombinatorischen Denkaufgaben versagt sie. Das Bild „blinde Kuh“ wird richtig erklärt, dagegen nicht „die zerbrochene Fensterscheibe“. Fensterpromenade: „Das Kind ist hingefallen.“ (Warum?) „Das begreife ich nicht ganz.“ Über die augenblicklichen politischen Verhältnisse weiß sie nur sehr dürftig Bescheid.

Die *autistische Hebephrenie* begann in diesem Falle im 37. Lebensjahre mit Beeinflussungs- und Vergiftungsideen, Sensationen und Stimmen. Eine gewisse Abgeschlossenheit bestand schon seit früher Jugend. Die Kranke ist unsicher in ihren Zielen, fängt mehrere Ausbildungen an, führt keine zu Ende. Nach einer Teilremission schält sich bei der 2. Aufnahme das eigentliche Krankheitsbild deutlicher heraus. Sie zieht sich ganz zurück, ihr Gesicht ist undurchdringlich, sie stumpft affektiv ab, regt sich nur manchmal über Kleinigkeiten sehr auf. Die Stimmen und Beeinflussungserlebnisse treten zurück, eine alogische Demenz wird nachweisbar.

Bei einer zweiten Kranken mit der gleichen Diagnose traten Erregungszustände wie aus heiterem Himmel auf, sonst glich die Krankheit der eben beschriebenen.

b) *Kombinierte Formen.*

Aus Raumangel können dieselben nur in kurzen Zusammenfassungen wiedergegeben werden. Auf Wunsch stehen die ausführlichen Krankengeschichten zur Verfügung.

KLEIST, LEONHARD u. E. FAUST<sup>10, 10a</sup> beschreiben zwei läppisch-apatheische Hebephrenien, KNAUF<sup>11</sup> eine *läppisch-depressive*. Eine ebensolche Kranke ist:

*Fall 4. Clementine F.*, geb. 7. 9. 1913. Symptome der läppischen Hebephrenie sind bei ihr das Kichern, das unmotivierte Lächeln, die häufigen Erregungszustände triebhaft-sexueller Art. Zeichen der depressiven Hebephrenie sind hypochondrische Beschwerden und häufige Manieren. Für beide Formen charakteristisch ist die affektive Verflachung und die überwiegend alogische Denkstörung. Die Phoneme, die zu Beginn der Erkrankung bestanden, waren später nicht mehr nachweisbar. Die Krankheit begann mit 21 Jahren und verlief nur anfangs mit Teilremissionen.

Die nächste Kranke stellt eine Kombination zwischen einer *läppischen* und einer *autistischen Hebephrenie* dar.

*Fall 5. Maria N.*, geb. 13. 2. 1910. Schon von früher Kindheit an war Maria N. scheu und zurückgezogen. Dieser Autismus beherrscht auch das spätere Krankheitsbild. Dazu kommen Erregungszustände, Gereiztheit und kurze, einsilbige Antworten. Zeichen der läppischen Hebephrenie ist das unmotivierte Lächeln. Auffällig sind einzelne später aufgetretene Manieren, doch sind Symptome einer depressiven Hebephrenie sonst nicht vorhanden. Sowohl der läppischen wie auch der autistischen Form ist die Antriebsarmut und die affektive Verflachung eigen. Die Erkrankung begann schleichend, wohl schon einige Jahre vor der Anstaltseinweisung. Der Verlauf war progredient.

Erfolgte eine Kombination der *läppischen* mit der *apathischen Hebephrenie*.

*Fall 6. Hedwig S.*, geb. 8. 8. 1913. Die Krankheit begann schleichend mit 18 Jahren. Pat. fiel durch kindisch-albernes Wesen, unmotiviertes Lächeln und Erregungszustände auf. Zu diesen Zeichen einer *läppischen Hebephrenie* kommen als Symptome einer *apathischen Hebephrenie* die große Gleichgültigkeit, Interessenlosigkeit und Stumpfheit wie bei sonst keiner hebephrenen Erkrankung. Beide Formen gemeinsam ist die Antriebsarmut und die affektive Verflachung. Es besteht ferner eine auffallende Verarmung der Sprache mit Agrammatismen und eine Störung des tätigen Denkens mit Alogien. Die zu Beginn der Krankheit aufgetretenen Halluzinationen waren später nicht mehr nachweisbar. Ihre expansive Behauptung, sie sei Anny Ondra oder eine Märchenprinzessin, ist wohl aus ihrer albern-heiteren Stimmung zu verstehen. Der Verlauf war progredient.

Im hebephrenen Formenkreis sind bisher *keine extensiven Krankheitsformen* beobachtet worden, auch in meinem Krankengut fehlen sie.

## 2. Katatonien.

a) *Einfache Formen*

(KLEIST<sup>2, 4</sup>, KLEIST u. a.<sup>7, 8</sup>, LEONHARD<sup>12, 13</sup>, SCHWAB<sup>25</sup>).

Wir beginnen mit einer *sprachträgen Katatonie*, bei der *Antriebsarmut* vorherrscht.

*Fall 7. Gertrud W.*, geb. 6. 12. 1910 blieb zweimal in der Schule sitzen. Nach der Schulzeit war sie an 2 Stellen im Haushalt tätig. Danach blieb sie zu Hause. Mit

18 Jahren fiel bei ihr eine Änderung auf, sie wurde leicht gereizt, ließ sich nichts mehr sagen, war träge und stumpf. Sie wollte nicht mehr arbeiten, lächelte nur, wenn sie dazu aufgefordert wurde.

Mit 18 Jahren wird sie in die P.H.A. *Marsberg/W.* eingewiesen. Sie ist nicht orientiert, erkennt Personen, wird ausfällig, greift an und verweigert die Nahrung, ist mürrisch und ablehnend. Sie antwortet nach Warten widerstrebend, ist antriebslos. Bei der Arbeit sehr langsam und unlustig. Kümmert sich um niemanden, sitzt still auf ihrem Platz und schaut vor sich hin. Werden Fragen an sie gerichtet, so schaut sie den Fragenden mit ausdrucksloser Miene an und gibt durch halbgeschlossene Lippen leise Antwort. Später erzählt sie spontan, sie habe ihre Schwester in der Kirche gesehen. Berichtet dann weiter von optischen, akustischen und Geruchshalluzinationen. Sie habe lautes Schnarchen gehört. Auf dem Boden habe es geblitzt und dann nach Brand gerochen. Wenige Tage später wird sie erregt, da sie glaubt, man wolle ihr die Kehle zudrücken. Sie unternimmt einen Fluchtversuch. Sie wird mit Näharbeiten beschäftigt, leistet nicht viel, spricht spontan nie. In den halluzinatorisch bedingten Erregungszuständen zerschlägt sie alles und geht auf Mitkranke zu. 1942 wird von ihr gesagt, daß sie bei der Arbeit an der Nähmaschine dauernd spricht, gestikuliert und unglaubliche Grimassen schneidet. Sonst verkapselt sie sich immer mehr. Die Umwelt wird nicht beachtet, auf Fragen erfolgt keine Antwort. Ihre Arbeit verrichtet sie langsam. 1948 wird erwähnt, daß sie auf Fragen kurze Antworten gibt. Sie selbst überlassen wird sie von ihren Stimmen ganz in Anspruch genommen. Während der *eigenen Beobachtungszeit* ist sie recht antriebsarm. Sie geht wohl zur Nähstube, leistet dort aber nicht viel. Sobald sie sich unbeobachtet fühlt, unterhält sie sich mit ihren Stimmen. Dabei kann sie sehr erregt werden, laut rufen oder mit den Fäusten drohen. Um ihre Umgebung kümmert sie sich nicht. Bei der *Exploration* gibt sie häufig Antworten, die kurz und manchmal unverständlich sind. Ihre Mimik ist leblos, bei Ablenkung war ein Gegenhalten nachzuweisen. Das Ergebnis der psychisch-experimentellen Prüfung war folgendes: (Orientierung) + Bei Rechenaufgaben versagt sie. (Hitler?) „Weiß ich nicht“ (?) „Ist der Führer.“ (Geiz?) murmelt etwas vor sich hin, das unverständlich ist. (?) keine Antwort. (Mauer-Zaun?) „Arbeitsmenschen.“ (Bach-Teich?) „Wasser.“ (Es ist noch kein Meister...?) „Geht man tot.“ (Jäger-Hase-Feld?) „Der Jäger reitet durch das Feld. Er schießt den Hasen.“ (Kind-Blume-Wiese) „Das Kind pflückt Blumen.“ (?) Schweigen. (BINET-zerbrochene Fensterscheibe) „Kinder und Männer.“

Die Krankheit begann mit 18 Jahren. Von Anfang bestand *Antriebsarmut*, besonders auf sprachlichem Gebiet. Die Patientin saß immer still für sich, zur Arbeit angehalten, war sie langsam, leistete wenig. Sie wurde immer wieder von ihren Stimmen abgelenkt, ihre *Erregungszustände* waren *halluzinatorisch* bedingt. Der Verlauf war progredient.

Bei einer zweiten Kranken glich das Krankheitsbild dem oben beschriebenen weitgehend.

Eine einfache *sprachbereite Katatonie* ist in diesem Krankenmaterial nicht vorhanden.

Es folgen Krankheitsfälle mit vorwiegend *psychokinetischen Regungsstörungen*, zunächst eine *akinetische* (starre) *Katatonie*.

*Fall 8. Hedwig B.*, geb. 7. 5. 1912 kam in der Schule nur eben mit, vor allem fiel ihr das Rechnen schwer. Mit 18½ Jahren veränderte sich ihr Wesen, sie hatte Erregungszustände von maniformem Gepräge. Daneben traten Depressionszustände



auf, in denen sie verwirrt erschien. Im nächsten Jahr machte sie einen Fluchtversuch. Wieder ein Jahr später trat ein plötzlicher Erregungszustand ein, in dem sie ihre Mutter angriff. Sie kam deshalb vom 14. bis 18. 9. 1932 in das Amtskrankenhaus zu Weidenau/Sieg.

Am 26. 9. 1932 wird sie ganz verwirrt in die Heil- und Pflegeanstalt Waldbröl aufgenommen. Ihre Stimmung ist wechselnd, bald weint, bald lacht sie. Sie legt sich zu andern Pat. ins Bett, entwickelt einen Rededrang, singt laut, zitiert aus der Bibel, zeigt dabei ein läppisches Verhalten, das dann wieder ins Gegenteil umschlägt und sie deprimiert erscheinen läßt. Nahrung nimmt sie nur, wenn sie gefüttert wird. Während dieser Zeit onaniert sie stark und zeigt ein erotisches Benehmen, kleidet sich aus und küßt ihre Brust. Zeitweilig treten Erregungszustände auf, in denen sie aggressiv wird. Am 24. 5. 1933 wird sie mit der Diagnose *Schizophrenie* nach Hause entlassen. Dort hält sie sich 14 Jahre angeblich unauffällig.

Am 27. 7. 47 kommt sie in die P.H.A. *Eickelborn*. Hier ist sie zuerst mutistisch. Der Befund lautet: „Der Kopf wird steif gehalten. Den passiven Bewegungsversuchen wird Widerstand entgegengesetzt, Mimik ist starr, Salbengesicht angedeutet. Die Pat. hält die Glieder steif. Wenn man den Widerstand, bei dem man den Eindruck einer *flexibilitas cerea* hat, überwindet, ist eine Hypotonie vorherrschend. Während der Untersuchung sagt sie beziehungslos abgebrochene Sätze oder Worte. Sie nimmt stets eine unbewegliche, steife Haltung ein und steht so vornübergebeugt. Zu einer geordneten Unterhaltung ist sie nicht zu fixieren. Sie gibt nur vorübergehend mit ‚ja‘ oder ‚nein‘ Antwort. Sonst sitzt sie regungslos da, stiert auf einen Punkt. Im Gesicht steht ein feines Lächeln, der Affekt ist lahm, inadäquat. Wenn der Arm passiv hochgehalten wird, wird diese Stellung beibehalten (Katalepsie).“ Diagnose: *Katatones Zustandsbild*.

In der nächsten Zeit fallen Erregungszustände auf, die wie aus heiterm Himmel kommen. Ihr Gesicht ist zur Maske erstarrt, sie ist stumpf, ohne jeglichen Kontakt. Nach einer Schockbehandlung bessert sie sich kaum.

In die P.H.A. *Marsberg/W.* am 22. 4. 1948 verlegt bietet sie das gleiche Bild. Sie steht meistens vor sich hindösend, völlig mutistisch in gebundener Haltung in der Ecke. Gelegentlich wird sie erregt, rennt plötzlich los, wirft dabei alles ihr Entgegenstehende um, schlägt um sich, schreit laut auf. Diese Zustände halten bis zu 40 Std an.

Bei mehreren *Nachuntersuchungen* liegt die Pat. akinetisch zu Bett. Die Augen sind geschlossen, das Gesicht starr, ohne jegliche Mimik. Die Hände hat sie über der Brust zusammengelegt. Bei Anruf öffnet sie die Augen und schaut die Untersuchende an, fixiert die Umgebung. Ihr Kopf, der während der Untersuchung abgehoben ist, bleibt eine zeitlang in dieser Stellung. Wenn die Arme in eine bestimmte Stellung gebracht werden, verharren sie eine zeitlang, bis sie der eigenen Schwere zufolge herabsinken. Ebenfalls zeigt sich ein Gegenhalten im Unterkiefer, ein Steckenbleiben in angefangenen Bewegungen (Dyskinesie). Nach einer E-Schockbehandlung liegt sie nicht mehr so starr im Bett. Sie wendet sich jetzt der Untersuchenden zu, reicht auf Aufforderung die Hand, bleibt aber noch völlig mutistisch. Nur in ihrem Gesicht zeigt sich zeitweilig ein Lächeln, sonst ist sie vollkommen starr, amimisch. Das einzige, was in dem Gesicht der Pat. lebt, sind die Augen. Sie schauen lebhaft drein, sehr im Gegensatz zu der sonstigen Starre des Ausdrucks.

Die Erkrankung begann mit 18½ Jahren. Sie bot im Anfang ein anscheinend manisch-depressives Bild mit stark erotischem Einschlag. Doch schon zeigten sich leichte katatone Züge, denn sie verweigerte die Nahrung, gab keine Antwort und hatte ganz plötzliche Erregungs-

zustände. Es folgte eine 14 Jahre lange Remission. Mit 35 Jahren erkrankt sie wieder und bietet seitdem ein akinetisches Krankheitsbild, das nur zuerst noch von Erregungszuständen unterbrochen wurde. Mit der Akinese gehen Haltungsverharren, *flexibilitas cerea*, Gegenhalten, Dyskinese und Mutismus einher. Ungewöhnlich sind hier die lange Remission, die anfänglichen Erregungszustände und der Beginn mit scheinbar manisch-depressiven Zuständen. Das erinnert an eine extensive Katatonie, die aber bei der nun 9 Jahre anhaltenden Akinese nicht angenommen werden kann.

Es konnte noch bei einer anderen Kranken die Diagnose einer akinetischen Katatonie gestellt werden.

Im Gegensatz zur akinetischen steht die *parakinetische* (faxenhafte) *Katatonie*, die häufig remittierend verläuft.

*Fall 9.* Eine Tante der *Luise H.*, geb. 5. 11. 1909 war nervenkrank und ein Onkel schwachsinnig. Sie selbst war eine gute Schülerin, dann lernte sie Nähen. Darauf machte sie einen kaufmännischen Lehrgang mit und war ein Jahr als Kontoristin tätig. Februar 1931, mit 22 Jahren, während eines Kurses auf der Volkshochschule litt sie an Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Reizbarkeit. Ihre Reden machten einen verworrenen Eindruck. Dann wieder war sie ruhig, still, weinte viel. Anfang Juni trat eine große Erregung mit Bewußtseinsstörung auf, weshalb sie in die P. H. A. *Aplerbeck* eingewiesen wurde. Hier ist sie hochgradig erregt, schreit, bleibt nicht im Bett, zerbeißt Wäsche und bringt sich selbst durch Beißen Wunden bei. Daneben hört sie schießen und sieht den Teufel. Es komme ihr das Blut aus Mund und Nase, sie habe eine Kugel im Auge. Sie hat viele Manieren und grimassiert stark. Es besteht ein hochgradiger Rede- und Bewegungsdrang. Zeitweise lacht sie albern. Ihre Bewegungen laufen alle eckig ab. Am 8. 12. 1931 wird sie nach Hause entlassen mit der Diagnose: Schizophrenie, akuter Verwirrheitszustand.

Zu Hause arbeitete sie im Haushalt und war später eine geschätzte Arbeitskraft bei der Kreisleitung. Im Februar 1939 stellte sich abermals eine psychomotorische Unruhe ein, die zur Aufnahme in die P. H. A. *Warstein* führt.

Hier ist sie unruhig, springt heulend im Zimmer herum, beim Versuch sie festzuhalten, reißt sie sich los, stürzt auf eine Schwester zu und bleibt kerzengerade vor dieser stehen. Ein anderes Mal reißt sie sich die Kleider vom Leibe, rollt auf dem Boden, spricht in abgebrochenen Sätzen: „Meine Mutter ist . . . Heil Hitler . . . ich bin national . . . geben sie mir was zu trinken . . ., ich bin nicht verrückt . . .“ Manchmal springt sie plötzlich aus dem Bett und schlägt eine Mitkranke. Bei einer ärztlichen Visite springt sie ruckartig aus dem Bett, tänzelt im Zimmer umher, singt und lacht. Bei einer Exploration sagt sie, daß sich die Menschen alle so sehr geähnelt hätten und andere ihre Gedanken wüßten. Eine Frau habe ihr auch einmal zugerufen: „Du, Luise, kommst aus dem Süden.“ In ihrem Gedankengang sei plötzlich viel überflüssiges Zeug gewesen. Es ist jetzt ein leichter geistiger Defekt nachzuweisen. Nach einer Insulinkur bessert sich der Zustand, sie wird am 25. 5. 1939 nach Hause entlassen, geht zu Verwandten auf's Land und arbeitet hier. Am 1. 1. 1940 bekommt sie wieder eine Bürostelle. Am 10. 9. 1940 tritt ein erneuter Erregungszustand auf, der sie in die P. H. A. *Warstein* führt.

Hier wirft sie sich ruhelos im Bett herum, steht plötzlich auf, bespuckt die Umgebung, zerschlägt eine Blumenvase und redet in ideenflüchtiger Weise. Stimmen werden verneint, wohl habe sie Phantasien und Gedanken, die in die Zukunft

schaufen. Die psychomotorische Unruhe ist die gleiche wie früher. Sie erkennt Personen. Am 12. 12. 1940 wieder als gebessert entlassen. Am 8. 9. 1942 erneute Einweisung in die P.H.A. Warstein. In der Zwischenzeit arbeitete sie als Stenotypistin. Jetzt zeigt sie ein ablehnendes Verhalten. An die früheren Geschehnisse kann sie sich nicht erinnern. Während der Exploration steckt sie den Finger in den Mund und lacht. Auf der Abteilung legt sie sich unter das Bett, lacht dabei albern, redet in geschraubten Sätzen. Ihr Verhalten wechselt, einmal freundlich, zugänglich, arbeitsam, dann wieder mutistisch, verweigert die Nahrung. Dem Arzt gegenüber zeigt sie ein *geziertes manieriertes* Wesen. Ende des Jahres 1943 tritt wieder eine Remission ein. Im Juli 1946 wieder verändert, am 7. 3. 1947 Einweisung in die P.H.A. Eickelborn.

Hier ist sie ruhig, mutistisch, grimassiert heftig, sobald man sich mit ihr unterhält, stößt plötzlich hervor: „Was ich können möchte?“ oder „Ich will ins Pensionat.“ Eine Exploration ist nicht möglich, da sie nicht zu fixieren ist. Bei diesem Krankheitsschub werden *Parakinesen* beschrieben. In der Krankengeschichte heißt es: „Die Pat. führt eigentümlich geschraubte, gezielte Bewegungen aus, so daß ganz vertrackte Körperstellungen herauskommen.“ Es besteht ein lahmer, inadäquater Affekt. Am 16. 9. 1947 wird sie unverändert in die P.H.A. Marsberg/W. verlegt. Hier ist sie abgestumpft, desorientiert und zu keiner Arbeit zu gebrauchen. Im August 1948 wird sie hochgradig erregt. Eine E-Schockbehandlung steigert die Erregung, bei Arbeitstherapie beruhigt sie sich wieder.

Bei *Nachuntersuchungen* im März und April 1950 bietet Pat. folgendes Bild: Mit übergroßer Freundlichkeit erscheint sie im U.-Zimmer, schüttelt Ref. mit übertriebener Höflichkeit mehrmals die Hand. Dann setzt sie sich unaufgefordert auf einen Stuhl, schaut im U.-Zimmer umher, lächelt Ref. freundlich an, hält plötzlich die Hand vor den Mund, dann vor die Augen und schaut durch die nicht ganz geschlossenen Finger. Auf Fragen antwortet sie grimassierend nach langem Überlegen. Ihre Bewegungen laufen eckig ab, die Antworten erfolgen ruckweise. Beim Grimassieren schoß eine Grimasse ruckartig ein und blieb dann stehen. Nach der Exploration verabschiedet sie sich mit übertriebener Freundlichkeit, bleibt aber auf dem Stuhle sitzen. Zum Aufstehen aufgefordert, lächelt sie nur, ohne sich zu erheben. Erst nach mehrmaliger Aufforderung ist es, als wenn durch einen Ruck der Bann gelöst würde. Sie steht auf und verläßt das Zimmer.

Es ist ein deutlicher Defekt nachweisbar. Das kombinatorische Denken ist erschwert. Sprichwörter können nicht erklärt werden.

Patientin erkrankte mit 21 Jahren mit Bewegungsunruhe, Rededrang und Sinnestäuschungen. Schon damals fielen die Bewegungen als eckig und ruckweise, d. h. als parakinetisch, auf. Nach  $\frac{1}{2}$  Jahr trat eine gut 7 Jahre dauernde Remission ein, in der Patientin einen verantwortungsvollen Posten ausfüllen konnte. Der 2. Schub setzte wieder mit einer parakinetischen Unruhe, Stimmen, Sensationen und Beeinflussungserlebnissen ein. Rasche Besserung, Entlassung nach 3 Monaten. Erregte Schübe und Remissionen wiederholten sich noch mehrmals. In einem späteren Schub wechselte parakinetische Unruhe mit akinetischer Starre. Nach  $3\frac{1}{2}$  jähriger Remission wieder erkrankt, grimassiert sie viel und führt geschraubte Bewegungen aus, sonst ist sie bewegungsarm und stumm. Der Zustand ändert sich nun nicht mehr, auch nicht durch eine Schockbehandlung.

Es war noch 1 weiterer Fall von parakinetischer Katatonie vorhanden.

Bei den folgenden Erkrankungen beherrschen die *Strebungsstörungen* das Krankheitsbild. Eine typische *negativistische Katatonie* liegt vor bei:

*Fall 10. Maria M.* Sie machte eine normale Kindheit durch, 1931 heiratete sie. Nach dem Tode ihres Kindes 1940, mit 40 Jahren wurde sie auffällig. Februar 1941 traten Phoneme, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen auf. Sie machte 3 Suicidversuche. Deshalb war sie vom 7. bis 14. 10. und vom 10. 11. bis 1. 12. 1941 in der *Nervenklinik zu Dortmund*.

Am 4. 8. 1942 wird sie in die P. H. A. *Aplerbeck* eingeliefert. Bei der Aufnahme ist sie widerstrebend, man solle ihr ihre Kleider wiedergeben, damit sie nach Hause käme. Die Stimmen hätten ihr gesagt, sie solle sich die Pulsader aufschneiden. Sie sei angesteckt worden, bekäme immer so einen Wind und Kälte. Es würden ihr Apparate an den Kopf gesetzt, daraufhin sei sie laut geworden. Sie habe starke Kopfschmerzen gehabt, da habe sie mit dem Kopf hin- und hergeschwenkt, dadurch sei es besser gewesen, aber bald hätten die Stimmen und die Apparate wieder angefangen. Es seien fremde Menschen, die sie ansteckten. Sie habe solche Stiche in den Rippen und in der Brust. Bei der körperlichen Untersuchung läuft sie fort. Sie ist äußerst widerstrebend. Am 2. 9. 1942 entweicht sie. Einer Pflegerin, die sie besuchen will, schlägt sie die Türe zu und läßt sich nicht sprechen.

Am 14. 10. 1942 wird sie zurückgebracht, da sie in der Sprechstunde eines Arztes heftigen Lärm machte und sich bei Zuhilfenahme der Polizei aufs äußerste sträubte. Sie hat einen Absceß in der Ellenbeuge, läßt aber keinen Arzt nachsehen, wehrt sich heftig und läuft aus dem U.-Zimmer. Sie ist noch am nächsten Tage hochgradig erregt, läuft im Saal herum, schreit, reißt an den Türen. Nach einem Azomanschok ist sie ruhiger und läßt sich behandeln. Sie spricht dauernd von Wind und elektrischen Apparaten, die im Zimmer seien. Am 24. 10. entweicht sie, wird aber zurückgebracht. Am 8. 11. 1942 entweicht sie abermals und wird zurückgeholt. Einige Tage später muß sie an einem Panaritium geschnitten werden. Nach der Behandlung reißt sie den Verband sofort wieder ab. Sobald der Arzt in ihre Nähe kommt, bespuckt sie ihn, ist sehr widerstrebend. Bei Fragen antwortet sie: „Das ist doch alles gleich, das brauch' ich nicht zu wissen.“ Zum Schluß steht sie auf und sagt: „Das ist doch alles Quatsch.“ Auf der Abteilung wird sie mit Nähen beschäftigt.

Am 22. 6. 1943 in die Heilanstalt *Regensburg* verlegt, wird die Diagnose „Involutionspsychose“ gestellt. Sie ist auch hier widerstrebend, abweisend, drängt sinnlos nach Hause, arbeitet nicht. Bei Anrede wird sie heftig, läuft davon. Eine Unterhaltung ist nicht möglich. Am 23. 4. 1944 wird sie unverändert gegen ärztlichen Rat entlassen.

Zu Hause schaltet sie dauernd den Strom ab, da sie sich davon beeinflusst fühlt, und wird deshalb am 20. 11. 1945 in die P. H. A. *Aplerbeck* eingeliefert. Bei der Aufnahme hochgradig erregt, widerstrebend, muß von 2 Pflegepersonen auf die Station gebracht werden. Sie bringt ihre alten Ideen wieder vor, zeigt dabei aber wenig Affekt. Auch jetzt läßt sie sich nicht körperlich untersuchen. „Ich bin selbst Polizei, ich habe mit ihnen nichts zu schaffen.“ Sie drängt dauernd nach Hause, steht immer am gleichen Platz, verhält sich negativistisch. Am 2. 5. 1947 wird sie in die P. H. A. *Eickelborn* verlegt. Auch hier berichtet sie von ihren Beeinflussungsideen, wird ab und zu erregt.

Am 22. 4. 1948 wird sie in die P. H. A. *Marsberg/W.* verlegt. Hier bietet sie im wesentlichen das gleiche Bild. Zu einer Exploration ist sie nicht zu bewegen. Bei einer Visite greift sie Ref. an und beschimpft sie. Sobald einer an ihr Bett tritt, zieht sie die Bettdecke über den Kopf. Sitzt sie im Tagesraum auf einer Bank und Ref. richtet eine Frage an sie, wendet sie sich ab und rutscht ein Stückchen fort, lächelt

aber dabei. Kommt Ref. während der Visite in ihre Nähe, wendet sie sich lächelnd ab. Zu einer *Nachuntersuchung* kommt sie nicht ins U.-Zimmer. Sie schimpft, wendet der Untersuchenden den Rücken zu. Auch bei der psychisch-experimentellen Prüfung kommt ihr Negativismus neben Paralogien und sprachlichen Verfehlungen deutlich zum Ausdruck.

(Geiz?) „Was hab ich mit so was zu tun? Ich habe jedem Menschen die Gutheit gezeigt, wenn er geholfen worden ist.“ (Sparsamkeit?) „Ich beantworte ihnen gar nichts mehr.“ Weitere Fragen werden entweder nicht oder mit völlig abwegigen Sätzen beantwortet. (Treppe-Leiter?) „Ich bin im Kopf so dof. Wie sie da sitzen und meine Gescheitheiten aus meinem Kopfe holen.“ (Kind-Zwerg?) „Sind sie in Kirmesbude angestellt? Das gibt es doch nur auf dem Kirmesplatz, denn ich bin Deutscher.“

Weitere Krankheitszeichen ließen sich wegen des zu großen Widerstrebens der Pat. nicht nachweisen. Befaßte man sich längere Zeit mit ihr, geriet sie in einen negativistischen Erregungszustand.

Die Erkrankung der Patientin M. begann im 40. Lebensjahre mit Beeinflussungsideen, Phonemen und Suicidversuchen. Schon früh entwickeln sich *negativistische* Symptome. Auch ihre Erregungszustände sind durch Negativismus bedingt. Der Negativismus besteht, wie LEONHARD beschreibt, auch wenn die Kranke in eine gute Laune gebracht wird. Bei einer Begrüßung rutschte sie fort, lächelte aber dabei. Der Verlauf war progredient, denn auch zu Hause bestand ihre Erkrankung fort und führte bald wieder zur Anstaltseinweisung.

In unserem Krankengut befanden sich noch 2 Patientinnen, bei denen die gleiche Diagnose gestellt werden konnte.

Während bei der *negativistischen Katatonie* Verneinung und Widerstreben die Kennzeichen der Krankheit sind, so sind es bei der *proskinetischen Katatonie* die Strebungen der Bejahung, der Zuwendung und des Entgegenkommens.

*Fall 11. Katharine M.*, geb. 30. 3. 1890, lernte in der Schule gut. Später hatte sie als Köchin verschiedene Stellungen inne. 1913 heiratete sie und gebar 1914 einen Sohn. Seit 1925, mit 35 Jahren, ist sie besonders „nervös“, was sich bald verschlimmert. Sie wird mißtrauisch, glaubt, es geschähe ihr Unrecht, sie wisse nicht, wo ihre Gegner ständen. Dann glaubt sie sich verurteilt, ihren Sohn nicht mehr sehen zu dürfen. Ein anderes Mal haben Hausbewohner ihren Sohn versteckt. Sie hört ihn rufen, spricht wirr. 1927 kommt sie deshalb in ein Krankenhaus zu Witten (Ruhr). Wird nach 8 Wochen entlassen, bleibt einige Monate zu Hause, wo sie bald wieder unruhig wird. Als ihr Ehemann sie eines Tages am Fortlaufen hindern will, schlägt sie ihn blutig. Daraufhin Einweisung in die P. H. A. *Aplerbeck* am 11. 4. 1928. Ihre Stimmung ist depressiv mit Selbstvorwürfen. Aus einem Gespräch zweier Frauen habe sie entnommen, daß sie fort solle, man wolle sie wegbringen. Sie äußert Beziehungsideen. Der Pastor sei auch bei ihr gewesen, er würde mit den beiden Frauen unter einer Decke stecken. Es habe dann immer auf dem Flur gerufen: „Du bist dran, das Kind ist dran, das Kind wird erschossen.“ Die Stimmen hätten dauernd weiter gerufen, als wenn sie ein Opfer hätten haben wollen. Es müsse sicher einer von ihnen sterben. Auch habe sie auf Anrufen von Frau A. Schläge von ihrem Mann bekommen, sonst seien sie doch so glücklich gewesen. In der Anstalt hört sie ihr Kind im Keller schreien. Ihr Bruder sei auch in der Anstalt, denn sie habe ihn rufen gehört. Die Nahrung verweigert sie oder ißt nur wenig, da sie diese nicht runter

bekäme. Sie ist monatelang unruhig, springt dann plötzlich aus dem Bett, rennt ans Fenster, rappelt und klopft an den Türen. Dann wieder verhält sie sich tagelang ruhig. Diese Unruhe hält jahrelang an. Ende 1932 gibt sie keinerlei Antworten mehr.

Am 29. 12. 1932 wird sie ungeheilt in das *Krankenhaus Soest/W.* überführt. Hier läuft sie unruhig im Saale auf und ab oder sitzt stundenlang aufrecht im Bett und spricht dauernd vor sich hin. Am 5. 6. 1934 wird sie in die *P.H.A. Gütersloh* überwiesen.

Auch hier herrscht ihre Unruhe weiter. Sie gibt prompt Antwort, redet dann aber unverständlich weiter vor sich hin. Die Antworten sind selten richtig. Die Unruhe läßt 1939 etwas nach. Sie wird als stumpf und interessenlos beschrieben, redet an Fragen vorbei, spricht unverständlich vor sich hin. 1944 wird wieder berichtet, daß sie nachts unruhig werde, aufstehe und ihr Bett mache. Sonst ist sie eine fleißige Arbeiterin, zeitweilig mutistisch, hält sich für sich.

Bei der *Nachuntersuchung* am 4. 4. 1950 gab Pat. auf einige Fragen die richtige Antwort, auf die ein unverständliches Murmeln folgte. Bei den meisten Fragen antwortete sie nur mit einem Murmeln. Ihr Gesicht hatte sie der Untersuchenden zugewandt und war recht freundlich. Weiterhin fiel eine eigenartige Unruhe auf. Sie nestelte an ihrem Kleid, zupfte am Taschentuch, nahm ein Fädchen vom Tisch, rückte die Tischdecke zurecht usw. Gab man ihr die Hand, so reichte sie die ihrige unermüdlich entgegen, beim 5. oder 6. Mal dagegen wurde die Hand der Untersuchenden nur noch eben berührt. Wurde ihr gesagt, sie solle die Hand nicht mehr reichen, so unterließ sie es einmal, um sie nach einer Ablenkung wieder zu reichen. Beim leichten Druck gegen den Hinterkopf, beugt sie sich nach vorn. Faßt man an ihren Unterschenkel, so wird das Bein gehoben. Drückt man leicht gegen einen Arm, so weicht dieser so lange dem Druck aus, wie dieser besteht. Auf diese Weise können die oberen Extremitäten in die unbequemsten Stellungen gebracht werden, die aber sofort wieder in die normale Stellung zurückgehen, wenn der Druck nachläßt. Echopraxie war nicht nachweisbar. Ein gewisses Iterieren fiel bei den Antworten auf.

(Geizig?) „Geizig, daß man nicht gern gibt, daß man nicht gerne gibt, ist geizig.“ (Sparsamkeit?) „Wenn man nicht soviel braucht, wenn man nicht soviel ißt, wenn man nicht soviel ausgibt.“ (Jäger-Hase-Feld?) „Jäger, Hase, Feld jau, Feld, jau, das versteh ich nicht, jau“, murmelt dann weiter.

Die Erkrankung dieser Patientin gleicht weitgehend dem Bild, das LEONHARD<sup>12, 13</sup> als *proskinetische Katatonie* beschrieben hat. Das Zuwenden ist hier besonders ausgeprägt, unermüdlich reicht sie die dargebote Hand und folgt dem leisesten Druck. Sie murmelt vor sich hin und zeigt eine nestelnde Unruhe, die in taktilen Kurzschlußbewegungen besteht. Daneben liegt ein Antriebsmangel vor. Die Krankheit begann im 32. Jahre mit Phonemen, Eigenbeziehungen und Unruhe. Schon früh fiel auf, daß die Patientin „wirr“ sprach, d. h. sie dachte nicht nach, sondern sprach den ersten Einfall aus. Der Verlauf war progredient.

Das gleiche Krankheitsbild fand sich bei einer weiteren Patientin.

Die Krankheitsform einer *stereotypen Katatonie* befand sich nicht in diesem Krankengut.

#### b) *Kombinierte Formen* (LEONHARD<sup>14, 15</sup>).

Auch hier muß ich mich aus Raumgründen auf kurze Auszüge beschränken. Wir beobachteten 3 Kombinationsformen der *sprachträgen Katatonie*.

Einmal konnte die Kombination einer *sprachträgen* und einer *parakinetischen Katatonie* nachgewiesen werden.

*Fall 12. Johanna M.*, geb. 11. 2. 1894. Die Krankheit begann im 28. Jahre mit Verfolgungs- und Beeinflussungsideen. Später traten körperliche Sensationen auf, die sich ins Phantastische steigerten, optische und akustische Halluzinationen, Parakinesen wurden nur am Rande beschrieben. Während der eigenen Beobachtungszeit waren die Parakinesen sehr deutlich und ließen die sprachträge Komponente mit Sinnestäuschungen in den Hintergrund treten. Die phantastischen Züge, die LEONHARD bei der einfachen sprachträgen und auch bei ihrer Kombination mit der parakinetischen Katatonie beschrieben hat<sup>14</sup>, waren unverkennbar. An Denkstörungen waren Para- und Alogien nachweisbar. Der Verlauf war progredient.

Eine weitere, bisher noch nicht beschriebene Kombination ging die *sprachträge* mit der *stereotypen Katatonie* ein.

*Fall 13. Anna L.*, geb. 18. 3. 1888. Die Pat. bietet zunächst das Bild einer *sprachträgen Katatonie* mit dauerndem Halluzinieren und abgelenktem Reden und Flüstern. Sie ist kaum zu fixieren, Antworten haben selten Bezug auf die Frage, nur das Flüstern wird lauter. Es fielen weiter deutliche *Stereotypien* auf. Der Beginn der Erkrankung dürfte im 22. Lebensjahr gewesen sein. Der Verlauf war progredient.

Die *sprachträge Katatonie* kombinierte sich mit einer *sprachbereiten Katatonie* bei:

*Fall 14. Olga R.*, geb. 11. 9. 1904. Es liegt bei dieser Kombinationsform eine Erkrankung antagonistischer Systeme vor, wobei nicht nur ein Nebeneinander der Syndrome, sondern auch etwas Neues entsteht. Die Pat. gab zu Beginn der Exploration ihr Geburtsjahr vorbeiredend mit 1925 an (richtig 1904). Dieser Gedanke kehrte nun immer wieder, als nach ihrem Alter gefragt wurde. Das Vorbeireden hat auch eine Tendenz zur Wiederholung, was zur Verbigeration führt. Auch Echolalie besteht, die Fragen werden erst öfter wiederholt. Die paralogische Denkstörung ist erheblich. Der Sprachträgheit wirkt die Sprachbereithheit entgegen, die Antworten erfolgen daher bereitwillig. Andererseits wandte die Pat. während der Exploration den Kopf zur Seite und sprach mit ihren Stimmen, was charakteristisch für die sprachträge Katatonie ist. Dazu kommen konfabulatorische Wahnideen: sie sei als Kind vertauscht worden, ihre Eltern waren reich. Dies sind ebenfalls Zeichen einer sprachträgen Katatonie nach Beobachtungen von LEONHARD<sup>14</sup>. Die Erregungszustände der Pat. sind wohl halluzinatorisch bedingt. Die Erkrankung begann mit 32 Jahren, der Verlauf war progredient.

Es folgt die Kombination einer *sprachbereiten* mit einer *parakinetischen Katatonie*.

*Fall 15. Elisabeth F.*, geb. 11. 11. 1910. Die parakinetische Unruhe ist hier nicht wie sonst einförmig, sondern recht abwechslungsreich und zum Teil kurzschlüssig. Die parakinetische Komponente hat das sprachbereite Vorbeireden vermehrt und zum Rededrang gesteigert. Das kombinierte Krankheitsbild weicht also von den einfachen Formen, aus denen es sich zusammensetzt, in verschiedenen Richtungen ab. Die Krankheit begann mit 28 Jahren und verlief progredient.

Die Kombination einer *sprachbereiten* mit einer *proskinetischen Katatonie* bietet:

*Fall 16. Agnes L.* Sie erkrankte 1922 mit 31 Jahren. Die Kranke zeigt das Entgegenkommen, Nesteln und Murmeln der *Proskinetischen*, gibt oft die Hand, dreht sich auf Druck um ihre eigene Achse, läßt sich nach leichtem Druck in die

unbequemsten Stellungen bringen. Bei Fragen tritt Vorbeireden, ein Zeichen der *sprachbereiten Katatonie*, auf. Der Rededrang ist durch die prosinetische Komponente zu erklären, die den Sprachimpuls vermehrt. Die Erkrankung begann mit 37 Jahren und verlief progredient.

c) *Extensive Formen* (KLEIST<sup>4, 6</sup>, LEONHARD<sup>14, 15</sup>).

Zu den *katatonen* Erkrankungen gehört auch eine *unsystematische, extensive* Form, die *schubweise remittierende Katatonie*, deren erregte Schübe durch eine *iterative* Erregung gekennzeichnet sind (sogenannte *periodische Katatonie*).

*Fall 17. Hedwig O.*, geb. 24. 8. 1901. Ein Bruder leidet an Fallsucht. Sie war nie ernsthaft krank noch psychisch auffällig.

Anfang Oktober 1936, mit 35 Jahren, nimmt ihre Leistungsfähigkeit ab. Sie läuft öfter von Hause fort, fühlt sich müde und nimmt kaum Nahrung zu sich, leidet unter Kopfschmerzen. Dabei hört sie ein Sausen in der Luft, hat das Gefühl, als ob sich alles drehe, als ob sie auf dem Wasser führe.

Am 10. 2. 1937 in die P.H.A. *Warstein* eingewiesen, ist sie sehr widerstrebend und drängt gleich nach Hause. In den kommenden Tagen starrt sie zeitweise auf einen Punkt, beantwortet Fragen erst nach einer gewissen Zeit zögernd. Zur Nahrungsaufnahme muß sie angehalten werden. Zu ihrer Umgebung hat sie keinerlei Beziehung, noch ist sie zur Arbeit zu bewegen. Es wird ein leichtes *Grimassieren* beobachtet, sonst zeigt sie einen leeren Gesichtsausdruck. Ab und zu treten *Zuckungen in den Fingern* auf, besonders li., die als choreiform bezeichnet werden. Dieser Zustand bessert sich bald. Nach einer Insulinkur ist sie psychisch kaum noch auffallend.

Nach der Entlassung am 19. 1. 1938 arbeitet sie im Haushalt der Eltern, ist aber immer sehr müde und klagt über Schmerzen im Rücken. Am 14. 10. 1938 wird sie wieder in die P.H.A. *Warstein* aufgenommen. Hier reagiert sie langsam und gibt keine Antworten, muß vom Pflegepersonal geführt werden, da sie nicht alleine geht. Im Bett liegt sie bewegungslos, kümmert sich um nichts, ist unsauber. Später geht sie im Garten ihre eigenen Wege. Eine Arbeit nimmt sie wohl in die Hand, läßt aber die Hände im Schoß liegen. Anderen Aufforderungen kommt sie nur zögernd nach, bleibt oft im Beginn stecken, zeitweise grimassiert sie. Nach einer Azomankur bessert sich der Zustand, so daß sie am 17. 7. 1939 nach Hause entlassen wird. Zu Hause ist sie aufgeregt und schimpft, kann nicht gut schlafen und ißt wenig, wird deshalb am 30. 4. 1940 zum 3. Male in die P.H.A. *Warstein* aufgenommen. Jetzt ist sie läppisch, zeitweise erregt, muß zur Arbeit angehalten werden, sonst steht sie ruhig und steif auf ihrem Platz und ist mutistisch. In den Vordergrund treten wiederkehrende „choreiforme“ *Zuckungen im Gesicht und eine leichte Unruhe in den Händen*.

Am 10. 1. 1944 entlassen, um am 29. 4. 1946, nach dem Tode ihres Vaters, in die P.H.A. *Marsberg/W.* aufgenommen zu werden. Sie versteckte sich einige Tage, dann wurde sie böseartig und griff die Umgebung an. Ist jetzt affektarm, zeitweise ängstlich, zeigt ein ablehnendes Verhalten, antwortet dürrtig und beschäftigt sich wenig.

Bei einer *Nachuntersuchung* am 3. 4. 1950 beantwortet sie die Fragen sofort, ist zeitlich und örtlich orientiert und kennt die Vorkommnisse ihrer Umgebung. Denk- und Sprachstörungen sind nachweisbar in Form von Paralogien, Alogien und Agrammatismen. Es fallen weiter einige Iterationen auf, das Wörtchen „ne“ wird *stereotyp* hinter jede Antwort gesetzt.



(Geiz?) „Das sind keine guten Menschen, ne.“ (Treppe-Leiter?) „Ist ungefähr dasselbe, Treppe muß man steigen, Leiter auch.“ (Morgenstund' hat Gold im Mund?) „Ich stand immer früher um 4 Uhr auf. Vater sagte immer, früh nieder, früh auf, ne.“ (BINET-Fensterscheibe) „Fensterscheibe zertrümmert. Der Erwachsene zeigt darauf. Die Fensterscheibe ist zertrümmert.“

Während der Unterhaltung fällt eine *iterative Unruhe* auf, die sich vor allem im Gesicht bemerkbar macht. Ihr Lidschlag ist häufiger als normal. Es treten besonders in der li. Stirnseite Zuckungen auf, ferner spitzt sie von Zeit zu Zeit den Mund. Man sieht immer gleichbleibende und wiederkehrende Zuckungen in den Fingern, besonders an der li. Hand. Sie beginnen im kleinen Finger und setzen sich bis zum Zeigefinger fort.

Die Krankheit begann im 35. Lebensjahr mit unbestimmten Symptomen. Patientin wird stuporös, grimassiert und zeigt immer wiederkehrende Zuckungen der Finger der linken Hand. Die Erkrankung verlief jahrelang in Schüben gleicher Art, zwischen denen gute Remissionen auftraten. Seit 1946 aber besteht ein Dauerzustand von verminderter Regsamkeit wechselnden Grades. Dabei fallen iterativ wiederkehrende Bewegungen der Finger auf sowie sprachliche Iterationen und Stereotypien. Von KLEISTS Beschreibung der *iterativen Katatonie* unterscheidet sich diese Kranke dadurch, daß bei ihr eine mehr oder weniger ausgeprägte *Akinese* im Vordergrund steht. Es zeigt sich darin die Mannigfaltigkeit der extensiven Krankheitsform, zu der auch der milde Endzustand und der remittierende Verlauf passen.

Auch die folgende, nur auszugsweise beschriebene Kranke hat eine *schubweise remittierende Katatonie*.

Fall 18. Eine Tante der Christine H., geb. 23. 5. 1886, soll eine Depression gehabt haben. Sie selbst galt als eigentümlich. 1910 heiratete sie, nach der Geburt des 4. Kindes in ihrem 39. Lebensjahre wurde sie geschwätzig, erregt und aggressiv. In der Anstalt macht sie zuerst einen depressiven Eindruck, schlägt aber bald ins Gegenteil um. Später treten katatone Zeichen auf, sie wird negativistisch und akinetisch, doch bessert sich der Zustand zunächst. Die Krankheit verläuft weiterhin in *Schüben*, zwischen denen 6 mehr oder weniger weitgehende *Remissionen* liegen. In den Schüben wechseln kurze, nicht näher beschriebene Erregungen und Rededrang mit akinetischem und negativistischem Verhalten.

So liegt sie eines Morgens akinetisch zu Bett, die Augen geschlossen, die Hände über der Brust gefaltet, gibt keine Antwort, gibt nicht die Hand. Das Gesicht ist amimisch und starr.

Am nächsten Tag ist sie noch mutistisch, sitzt den ganzen Tag im Bett. Bei der Begrüßung rückt sie fort, lehnt sich zur anderen Seite aus dem Bett, zieht ihre Hand fort, wenn sie ergriffen wird, ißt kaum. Es erfolgte nun jeden Morgen ein E-Schock. Am 3. Tag spricht sie, reicht die Hand, beantwortet Fragen, entwickelt einen inkohärenten Rededrang.

(Wie alt?) „Och, das wissen Sie, ich bin kein Schüler. Was hab ich davon, wenn ich jedes Jahr in andere Klinen komme. Drogerie haben . . . Tannen haben und keine. Hab so schwere Operation durchgemacht. Kommunion . . . ich weiß nicht, was in der Tasse drin war.“ (Wie lange hier?) „Da muß ich mich erst mal schwach bedenken. Die hat noch nicht mal Droseimilch, die hat keine Kuh.“ (Bach-Teich?) „Ich bin so lange nicht mehr Schülerin.  $\frac{1}{4}$  Pfund-Klümppchen komm ich genau so weit. Ist auch so'n Denkungstag, so eine Firmung. Das muß man nicht tun,

40 Schüler plombieren. Jeden Tag ein Gläschen Wein, davon wird man nicht betrunken.“ In den kommenden Tagen legt sich der Rededrang. Sie spricht geordnet, wirkt jedoch leicht albern.

In den obigen Sprachäußerungen sind sprachliche Fehler (Klinen, Droseimilch, Denkungstag) und Wiederholungen enthalten.

Die Stimmung schwankt zwischen ängstlich-depressivem und albern-heiterem Gebaren. Dazwischen ist sie tage- und wochenlang kaum auffällig. Seit 1943 sind keine weitgehenden Remissionen mehr eingetreten. Psychisch-experimentell sind eindeutige Defekte nachzuweisen. Besonders das kombinatorische Denken ist gestört.

Außer dieser Kranken war noch eine Katatone mit einer periodischen Verlaufsweise vorhanden. Bei ihr konnte man mit Bestimmtheit den Tag eines neuen Schubes voraussagen. Es trat regelmäßig nach Ablauf der Menses ein *akinetischer Zustand* mit Mutismus, Nahrungsverweigerung und sonstigen negativistischen Zeichen auf. Nach einiger Zeit wurde sie gereizt, *unruhig* und entwickelte einen *inkohärenten Rededrang*. Mit E-Schocks konnte man diese Zustände auf 5 Tage abkürzen.

### 3. Paranoide Schizophrenien.

#### a) *Einfache Formen.*

Als erstes Beispiel sei eine *Phantasiophrenie* (KLEIST<sup>2, 5</sup>) beschrieben.

*Fall 19. Maria D.*, geb. 4. 2. 1892, war bis zum Ausbruch ihrer Krankheit nicht auffällig. In der Schule soll sie gut gelernt haben. Nach der Schulzeit arbeitete sie zu Hause in der Landwirtschaft. Mit 28 Jahren heiratete sie und hatte 3 Kinder. Nach dem Tode ihres Mannes, 1924, mit 32 Jahren, wurde sie übermäßig fromm, vernachlässigte ihre Kinder und den Haushalt, verschleuderte ihren Besitz und wurde 1934 entmündigt. Es traten damals schon Visionen und Stimmen mit phantastischem Anklang auf. Sie sah das Herz Jesu im Himmel sitzen, sah alle Toten und sprach mit ihnen.

Am 30. 3. 1935 wird sie in die P.H.A. *Warstein* aufgenommen. Hier berichtet sie von ihren Erscheinungen. Die Mutter Gottes sagt ihr im voraus, was demnächst geschehen wird. Ein Arzt unterhält sich in Gedanken mit ihr. Sie sei die erste Vinzenterin, nachts wird sie von ihren Großeltern besucht, erkennt sämtliche Personen ihrer Umgebung und gibt ihnen andere Namen. Sie ist aber eine tüchtige Arbeiterin. Im September 1938 wird sie auf Bitte einer Schwester entlassen.

Am 9. 9. 1940 wird sie in die P.H.A. *Marsberg/W.* eingewiesen, da sie dauernd im Dorf herumliefe, die Leute belästigte und mit Steinen warf. In der Anstalt berichtet sie, sie habe alle Leute in den Himmel versetzt, und der Pastor hole sie immer wieder raus. Ihre Kinder habe man ihr versteckt, eines habe sie in der Anstalt gesehen. In der Nacht höre sie schießen. Es würden ihr Mann und ihre Kinder erschossen. Ihr Mann sei schon gestorben, aber man habe ihn mit Scheinverfern aus dem Himmel geholt. Ein Arzt habe vor einigen Tagen eine Kugel im Nacken gehabt, die sie herausgeholt habe. Die Frauen machen nachts so Stimmen, als wenn sie Männer wären. Ihr Bruder sei in der Anstalt gewesen und dann in den Himmel aufgefahren. Ihre Wahnideen bringt sie affektiv an, bleibt aber völlig gleichgültig, wenn ihr widersprochen wird. Mit ihrer Umgebung hat sie wenig Beziehung, kümmert sich um nichts, lebt in ihrer Wahnwelt, arbeitet aber fleißig in der Gemüestube.

Bei mehreren *Nachuntersuchungen* treten noch massenhaft neue Wahnideen hinzu. Sie hat keine Knochen mehr, bekommt plötzlich Geburtswehen, schläft nachts auf dem Kreuzbalken, zeigt ihre Nagelungswunden (die nicht zu sehen sind). Dann hat sie ihr Gehör verloren, ihre Augen sind nicht mehr da, selbst ihren Verstand hat man ihr fortgenommen. Auf ihre Narbe von der Oberschenkelnagelung nach Schenkelhalsbruch hinweisend, berichtet sie, das war ein Säbelstich. Außerdem sei sie ganz zerschossen, wird am ganzen Körper eingekälkt, man habe ihr Kot aufs Butterbrot getan. Sie wird als hl. Walburga verehrt, war die erste Franziskanerin, ging schneeweiß gekleidet. Dann war sie eine kleine Oberärztin, die den Kindern alle Krankheiten wegschrie. Nachts macht sie einen großen Sack voll Gold, oder aus ihr wird Gold gemacht. Sie sei Engelmacherin gewesen und habe große Cherumflügel gehabt. Sie schreit die Toten vom Kirchhof herunter und verteilt sie in die Häuser. Wenn sie mit jemandem zusammen schlief, dann wüchse sie mit diesem Menschen zusammen. In einer Nacht lagen alle Kranken in Giftkrämpfen, da warf sie sich tot auf den Boden, und alle wurden gesund. Eine Schwester von ihr verkleidete sich in Männerkleidung und wurde ihr Schwager. Sie sieht Menschen mit mehreren Köpfen. Es wird gesagt, es sollten alle verspeist werden, sie aber könne kein Menschenfleisch essen.

Die Patientin bietet das Bild einer *Phantasiophrenie* mit einer Fülle von phantastischen und zum Teil konfabulatorischen Wahnideen auf auto-, somato- und allopsychischem Gebiet. Körpersensationen sowie Halluzinationen des Gehörs und Gesichtes sind vorhanden, aber nicht vorherrschend. Affektiv besteht eine Verflachung.

Ihre phantastischen Wahnideen zeigen einen Zerfall der Erfahrungszusammenhänge. Paralogische Störungen bleiben vereinzelt. Krankheitsbeginn mit 32 Jahren, der Verlauf war stetig progredient.

Es befanden sich in meinem Krankengut noch 2 Patientinnen mit der gleichen Diagnose. Das Krankheitsbild glich dem oben beschriebenen.

Bei der *progressiven Konfabulose* (KLEIST<sup>5</sup>) erzählen die Kranken Erinnerungstäuschungen in zusammenhängenden Erlebnisberichten.

*Fall 20.* In der Familie der Antonie R., geb. 13. 4. 1887, sollen keine Geisteskrankheiten vorgekommen sein. 1907 wurde sie in die P.H.A. *Münster* eingewiesen, da sie die Angehörigen beschimpft und bedroht hatte und sich ertränken wollte. In der Anstalt ist sie erregt, singt laut, ist ideenflüchtig. In den nächsten Jahren wechselt ihr Verhalten zwischen erregten Phasen, in denen sie angreift und unflätig schimpft, und ruhigen Zeiten, in denen sie geordnet erscheint und eine gute Arbeitskraft ist. 1911 wird zum erstenmal beschrieben, daß sie rechthaberisch ist und sich mehr als die andern Kranken dünkt. Sie zeigt ein überlegenes Wesen. 1919 werden Sinnestäuschungen festgestellt, auch äußert sie Größenideen: „Es sind lauter Hexen um mich herum, die sich mir auf die Augen setzen, damit ich nicht sehen kann. Auch tanzen sie um mich herum. Ich bin von Adel und stehe höher als Schwester N. Ich brauche mich nicht schikanieren zu lassen.“

Am 13. 11. 1921 in die P.H.A. *Marsberg* verlegt, wechselt ihr Verhalten zwischen ruhigen und erregten Zeiten. Sie will nur bessere Arbeiten machen. 1924 wird berichtet, daß sie ein Gedicht für ihre Angehörigen gemacht hat. Sie dichtet nun öfter für jede Feierlichkeit oder für Bekannte. 1926 wird kurz berichtet, daß sie angibt, sie habe mehrere Tonnen Gold im Ausland, sie stamme aus guten Verhältnissen. Sie wird als redselig bezeichnet, nennt sich Prinzessin, die in Württemberg

und Bayern große Besitzungen habe. Ihre Erregungszustände lassen später nach, sie ist eine gute Arbeitskraft, interessiert sich für alles, was in der Umgebung und der Weltgeschichte passiert und nimmt Stellung dazu. Nur ihrer Familie gegenüber ist sie teilnahmslos.

Bei *Nachuntersuchungen* 1950 weiß sie viel konfabulatorisch zu erzählen. In ihrer früheren Heimat sei eine Gräfin von ihrem Mann schlecht behandelt worden. Als sie dann gestorben war, kam sie jede Nacht zu ihrem Mann zurück. Dieser sei nachher so ängstlich gewesen, daß er sein Schloß verlassen habe. Sie selbst sei einmal sehr krank gewesen, der Eiter sei ihr nur so aus den Ohren, Mund und Nase gelaufen. Sie hätte schon sterben müssen, da sei ein Arzt gekommen, der sie gerettet habe. Dieser Arzt sei früher in Leipzig sehr berühmt gewesen. Da aber seine Patienten ihm nichts bezahlten, mußte er sein großes Krankenhaus und seine Praxis aufgeben. So kam er arm und ohne Habe in ihre Heimat. Hier habe es nicht lange gedauert, bis er wieder reich und berühmt wurde.

Ein Onkel sei vor vielen Jahren nach Holland gegangen und habe dort geheiratet, aber keine Kinder gehabt. Dann sei er ein tüchtiger Kaufmann geworden, der sehr reich war. Er habe ihrer Mutter immer Pakete geschickt. Alles, was sie früher anzuziehen gehabt hätten, sei von ihm gewesen. Er habe zu ihrer Mutter gesagt, daß sie sich nur melden sollte, wenn sie Geld brauchen würde, er habe ja genügend. Als dieser Onkel nun starb, hinterließ er 8 Tonnen reinen Goldes und eine ganze Straße Häuser. Ihre Mutter habe damals das Erbe nicht angetreten, weil der Staat soviel Prozente haben wollte. Deshalb stünde ihr jetzt das Erbe zu.

Ihre Geschichten trug sie sehr spannend vor. Ihre Stimme wurde während der Erzählung bald leiser, bald lauter, wie es paßte, z. B.:

„Ich liege eines Abends im Halbdunkeln auf meinem Zimmer im Bett. Da sehe ich auf einmal den Tod vor meinem Bett stehen mit Skelet und Sense. Dieser Tod schlug plötzlich eine Mitkranke, die auch im Bett lag, in den Nacken. Da sagte ich zu ihm: „Lassen Sie uns doch die Frau.“ Aber der Tod sagte da zu mir: „Es ist Zeit.“ Dann schlug er die Frau noch einmal in den Nacken, und diese Frau fing an zu sterben. Am nächsten Morgen, als sie aufstand, wusch sie sich mit kaltem Wasser, sonst nahm sie immer warmes. Als der Arzt dann kam, sagte sie zu ihm, sie müsse sterben, er möge sie ins Lazarett bringen. Im Lazarett mußte sie dann brechen, und das Gebrochene sah grün und gelb aus. Daraufhin starb sie bald ein paar Tage später. Diese Frau hatte braune Augen und schwarzes Haar, obwohl sie schon 80 Jahre alt war.“ Bei der psychisch-experimentellen Prüfung waren keine Ausfallserscheinungen nachzuweisen. Nur die Merkfähigkeit war etwas herabgesetzt.

Die Erkrankung der Patientin R. begann schon im 20. Lebensjahr und schritt stetig fort. Die Wahnvorstellungen fingen auf autopsychischem Gebiet mit Größenideen an (sie sei adelig und Prinzessin). Ihre Gedichte waren wohl schon konfabulatorisch. Das ganze Krankheitsbild wird beherrscht von zahlreichen Erinnerungstäuschungen, von denen sie fast unerschöpflich konfabulierend berichtet. Halluzinationen treten in den Hintergrund. Das äußere Verhalten ist geordnet, die Affektivität weitgehend erhalten. Sprachlich ist Patientin nicht gestört.

Es konnte noch bei 2 weiteren Patientinnen die gleiche Diagnose gestellt werden.

Diesen phantastisch-paranoiden Erkrankungen folgen die halluzinatorisch-paranoiden Formen.

Das Krankheitsbild der *progressiven Halluzinose* (KLEIST<sup>2</sup>) (*verbale Halluzinose* nach LEONHARD<sup>12</sup>) wird dargestellt durch:

*Fall 21.* Ein Vetter der Hilde N. beging Selbstmord. Sie wurde 1908 geboren, war in der Schule gut und erlernte das Nähen. Später war sie im Haushalt tätig, 1929 heiratete sie und hatte 4 Kinder.

Sie erkrankte zum ersten Male im Sommer 1946, mit 38 Jahren, mit Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen. Sie bekam Streit mit einer Untermieterin, die sie angezeigt haben sollte.

Am 18. 7. 1946 verläßt sie nachts auf Befehl einer Stimme durch ein Fenster das Haus. Nachdem sie am 23. 7. 1946 mit einem Brotmesser einen Suicidversuch gemacht hatte, wurde sie in die P.H.A. *Marsberg* in depressiver Stimmung eingewiesen. Sie hat massenhaft Phoneme von persekutorischem Charakter, sie wird als Hure bezeichnet, die mit Vater, Bruder und Tieren geschlechtlichen Verkehr habe. Sie habe Früchte vom Feld und Lebensmittel aus einem Geschäft gestohlen. Der Affekt hing von ihren Wahnideen ab. Sie konnte laut schimpfen oder auch weinen.

Am 2. 12. 1946 wird sie ihrem Mann als gebessert in Urlaub mitgegeben, muß jedoch am 1. 2. 1947 wieder zurückgebracht werden, da sie behauptete, alle Leute wollten von ihr Geld haben, würden sich hinter ihren Mann stecken und dann etwas erreichen. Stimmen sagen ihr, zu Hause werde eingebrochen, ihre Kleider würden gestohlen und alles ausgeräumt. Ihr Schwager sei an einer Blinddarmentzündung erkrankt, er sei schon operiert, es ginge ihm sehr schlecht. Eines Tages berichtet sie, sie habe gehört, ihr Mann sei gestorben. In einem Brief bezeichnet sie sich als Witwe. Es werden Verbrechen gegen sie geplant, sie soll getötet werden. Schwere spiritistische Racheakte werden an ihr durchgeführt. Man habe sie als „spiritiv“ erklärt und dann fortgebracht. Man habe „Hipertesia“ bei ihr angewandt. Sie gibt sofort zu, daß ihr dies Stimmen gesagt haben. Daneben hat sie einzelne Visionen. Sie sieht, wenn eingebrochen wird, und sagt der Polizei Bescheid. Man fragt sie aus, es gibt ganze Verbrecherbanden, die ihr nachstellen und sie beleidigen. Selbst die Ärzte wollen alles von ihr wissen. Pakete, die für sie ankommen, werden ihr nicht gegeben, ihre Briefe werden zerrissen. Sie wird mit den schlimmsten Schimpfwörtern tituiert: sie habe abgetrieben, gestohlen, gebettelt, habe ein uneheliches Kind, sei verlogen, würde Sachen verstecken usw. Da die Wahnrichtung ausgesprochen persekutorisch ist, ist sie bald gereizt, bald depressiv. Sie beklagt sich häufig, steckt Watte in die Ohren und glaubt so den Stimmen entgehen zu können. Jedes Stück Papier, das sie erreichen kann, beschreibt sie. Alle ihre Briefe sind an die Polizei gerichtet oder an die Regierung in Berlin. Sie steht mit allen Ländern in Gedankenverbindung. Sie kann alle Sender hören und unterhält sich auch mit ihnen. Vor allem aber läßt sie eine „Bande“ nicht in Ruhe, die aus ihren früheren Bekannten besteht. Diese verfolgen und beleidigen sie immer wieder und wollen alles aus ihrem Leben wissen. Auch wird sie dazu verpflichtet, dieser „Bande“ Zeichen zu machen.

Es besteht bei ihr ein ausgesprochener Rededrang. Sobald man sich ihr nähert, berichtet sie von ihren Erlebnissen. Paralogen, Paragrammatismen mit Wortneubildungen kommen vor. Sie ist eine geschätzte Arbeitskraft, leidet aber unter ihren Sinnestäuschungen und drängt auf ihre Entlassung.

Die Erkrankung begann mit 37 Jahren mit Eigenbeziehungen und *Phonemen* persekutorischen Charakters. Der Affekt war anfangs depressiv, später gereizt und ging manchmal in Zornausbrüche über. Die Wahnideen liegen besonders auf allopsychischem Gebiet. Neben massen-

haften Gehörstäuschungen kommen vereinzelt optische Täuschungen vor. Paralogien und Paragrammatismen erreichen keine stärkeren Grade. Die Erkrankung verlief progredient.

Es konnte noch 4mal die gleiche Diagnose gestellt werden.

Die nächste Krankheitsform ist die *progressive Somatopsychose* (KLEIST<sup>5</sup>) (*hypochondrische Halluzinose* LEONHARDS<sup>12</sup>).

*Fall 22.* Martha L., geb. 26. 2. 1904. Eine Schwester litt an Schizophrenie. Sie selbst war mehrere Jahre vor der Anstaltseinweisung reizbar, unlustig und klagte über Kopfschmerzen und Mattigkeit. Zu Hause versorgte sie ihrem Bruder den Haushalt, zog sich aber manchmal tagelang auf ihr Zimmer zurück, fühlte sich oft von Soldaten, ja selbst von ihrem Bruder sexuell belästigt. Eines Tages holte sie 1500 RM von der Kasse, da sie glaubte, der Staat wolle das Geld für Siedlungen an sich nehmen. Dann forderte sie Kinder auf, von ihrer Scheune aus auf den Hof zu springen. Auf Grund dieser Vorfälle wurde sie entmündigt und wegen Verdacht auf Suicid am 30. 10. 1936 in die Anstalt Warstein eingeliefert.

Hier gibt sie keine Antwort, da sie im 3. Reich nicht lügen dürfe. Lacht unmotiviert, ist sonst eine geschätzte Arbeiterin. Über ihre körperlichen Mißempfindungen spricht sie nur in ihren Erregungszuständen, die ab und zu auftreten. Es liegen Männer in ihrem Bett und belästigen sie. Sie habe sich schon einmal aufgehängt und sei nur noch ein Krüppel. Die ganze Anstalt sitze in ihrem Magen, ebenso der zoologische Garten, die Vogelstimmen sagen ihr was. Einen Arzt habe sie mit der Milchsuppe gegessen.

Am 20. 2. 1940 wird sie entlassen und am 28. 11. 1940 in die Anstalt Marsberg/W. gebracht, da sie sich genau wie vorher verhielt. Bei der Aufnahme ist sie ruhig, geht auch weiter ihrer Arbeit nach. In ihren Erregungszuständen berichtet sie, daß sie zu Tode gequält werde, mit Giftspritzen gestochen, ihre Schädeldecke wird eingeschlagen, die Finger werden jeden Tag mehr abgeschnitten. Sie wird „gemördert“, verbrenne sich dauernd und müssen den Märtyrer-Hurentod sterben. In der Anstalt sei eine scheußliche Läuse- und Wanzenplage, so daß sie sich am liebsten das Leben nehmen würde. Es sei ihr ein schweres Kreuz „aufgelästert“ worden. Sie würde unter einer „Gedankenplage und Geißelung“ leiden. In jeder Nacht wird sie in die Genitalgegend gestochen. Davon sei sie geschlechtskrank. Ihre beiden Nieren sind zerstoßen worden. „Meine ganzen Nerven sind kaputt, das hat der Adolf getan.“

Bei einer *Nachuntersuchung* berichtet sie, in der Kirche bekäme sie geistige Schläge. Die Mutter Gottes würde sie mit ihrem blauen Gewandenecken. Sie bekomme leicht einen Herzschlag. Wenn ihr Bruder einen Brief schreibt, bekommt sie einen Schlag vor den Bauch, der Atem wird ihr dabei „abgedämmt“. Zu Ostern bekommt sie einen Stich „am Hintern“, damit sie Eier legen soll. Wenn das Mittagessen ausgeteilt wird, wringt sie sich die Rippen aus. Zu Hause sei es ihr so komisch von der Luft gewesen. „Die ganze Luft sitzt voller Stimmen.“ Es traten bei ihr Para- und Alogien auf. Ebenfalls fielen Wortneubildungen und sprachliche Schiefheiten auf, wie z. B. „Radio auseinandergeschoben“.

(Kind-Zwerg?) „Zwerge sind Zwillinge.“ (?) „Zwerge haben Zipfelhütchen auf. Kind ist Kind.“ (Morgenstund hat Gold im Mund?) „Wenn man fleißig arbeitet, hat man Gold im Mund.“ (Kind-Blume-Wiese?) „Wenn das Kind ein buntes Kleid an hat, dann ist es eine Blume in der Wiese.“

Die Erkrankung begann allmählich mit 31 Jahren. Es bestanden von Anfang an körperliche Mißempfindungen und Wahnideen, besonders der Genitalsphäre, die einen phantastischen Anklang hatten. Die Erkrankung

verlief progredient, aber milde, da Patientin noch heute eine tüchtige Arbeitskraft ist und außer ihren Erregungszuständen kaum auffällt.

Als weitere Krankheitsform wird die *progressive Autopsychose* (KLEIST<sup>5</sup>) beschrieben (LEONHARDS<sup>12</sup> expansives Paranoid).

*Fall 23. Agnes v. R.*, geb. 7. 5. 1896, erkrankte um das Jahr 1934. Ein Jahr vorher wurde sie geschieden, danach erkrankte sie mit Beziehungsideen. Sie wurde anfangs als Psychopathin erkannt. 1942 wurde sie entmündigt, da sie in der Zwischenzeit durch Briefe und Telegramme ihre Verfolgungsideen preisgab. Sie glaubte sich verfolgt und in Todesgefahr und unternahm aus diesem Grunde weite Reisen. Ihre Verfolger will sie wegen versuchten Mordes verhaften lassen. Man wolle sie einfangen, in eine Irrenanstalt bringen und dort töten lassen.

Am 8. 10. 1942 wird sie in Berlin von der Polizei wegen Gefährdung der öffentlichen Sicherheit aufgegriffen und in die Wittenauer Heilanstalt eingeliefert. Von hier wird sie am 20. 10. 1942 nach Landsberg verlegt.

1943 kommt die Pat. nach Paderborn. Hier ist sie auffällig und wird am 13. 1. 1944 in die P.H.A. *Marsberg/W.* eingewiesen. Hier rückt sie mit ihren Größenideen heraus. Sie habe eine Mission zu erfüllen und habe wichtige Aufgaben zu erledigen. Sie sei schon 5 Jahre Mönch, Benediktinerin und Einsiedlerin. Abends sitzt sie länger am Tisch und liest. Als sie aufgefordert wird, ins Bett zu gehen, gibt sie an, sie sei Theologe und wolle in kurzer Zeit ihren Doktor machen, und zwar ohne Universität. Die Schriftstücke wolle sie dann dem Hl. Vater überreichen. Sie verlangt Papier, um Christusköpfe zu malen. Werden ihre Wünsche nicht berücksichtigt, so wird sie gereizt und schlägt zu. Am hellen Tag verdunkelt sie ihr Zimmer, kniet vor ihrem Bett, legt sich ein schwarzes Tuch über den Kopf und will in der „Innerlichkeit“ nicht gestört werden. Sie müsse Betrachtung halten und studieren. Das Pflegepersonal möge das Zimmer verlassen, da sie Mönch sei. Sie sei die einzige „benediktische“ Einsiedlerin. Es kommen auch vereinzelte Sinnestäuschungen auf akustischem Gebiet vor. Es wird ihr gesagt, es sei Gift im Essen, oder sie wird als Straßendirne bezeichnet. Sie sei das Adoptivkind des Papstes, will nach Rom, um für den Papst schöne Gärten und Hühnerställe anzulegen. Sie fühlt sich als etwas Besseres als die andern Kranken und sondert sich von diesen ab.

Bei mehreren *Nachuntersuchungen* 1950 befindet sie sich in einer *dauernd* gereizten Stimmungslage, sie sitzt gesondert von allen Kranken in einer Ecke des Aufenthaltsraumes und unterhält sich kaum mit ihnen. In ihrer Haltung will sie zum Ausdruck bringen, daß die etwas Besseres sei als all die andern. Zu einer Arbeit ist sie nicht zu bewegen, da sie dieses nicht nötig habe. Sie wähnt sich in Gefangenschaft, tritt immer wieder mit ihren Extrawünschen an den Stationsarzt heran.

Bei der Exploration treten einzelne Wortneubildungen, Paralogien und Paragrammatismen auf. Ihre Sprache ist geziert und zeigt eine besondere Ausdrucksweise. „Ich habe Reisen getätigt. Ich wäre krank, wenn Christus mich nicht gehalten hätte.“

(Geiz?) „Die Grenze zwischen Geiz und Verschwendung ist ganz verschieden.“ (Sparsamkeit?) „Geiz ist Untugend, Sparsamkeit ist Tugend.“ (Baum-Strauch?) „Ein Baum ist ein Gewächs, das besteht aus Stamm in verschiedener Höhe, mit Blüten, aus denen Früchte entstehen. Strauch hat keinen eigentlichen Hauptstamm, ist viel niedriger und sein Blattwerk ist dem Baum ähnlich angeordnet, aber in geringerer Höhe.“ (Keine Rose . . .) „Der Natur entsprechend und dem geistigen Begriff nach kann man sie erklären.“

Ihre Schrift zeigt große Buchstaben, die oft Verschnörkelungen aufweisen. Häufig sind Wörter unterstrichen.

Die Krankheit der v. R. begann mit unbestimmten, scheinbar psychopathischen Zeichen, bald aber traten Verfolgungs- und Beziehungsideen, später Größenideen auf, die zuerst noch im Bereiche des Möglichen blieben: sie sei Mönch und Benediktinerin. Sie ist anspruchsvoll und leicht gereizt. Dem von LEONHARD beschriebenen posenhaften Verhalten entsprach ihr „überhebliches“ und „erhabenes“ Wesen, sie gebrauchte gewählte Ausdrücke, es fielen sprachliche und gedankliche Verfehlungen mit Wortneubildungen, Paragrammatismen und Paralogien auf. Gehörstärkungen bestanden nur anfangs. Die Krankheit begann mit 38 Jahren und verlief stetig fortschreitend.

b) *Kombinierte Formen* (LEONHARD<sup>16</sup>).

Wegen Raummangel werden nur Zusammenfassungen gebracht.

In 2 Fällen verband sich eine *progressive Halluzinose* mit einer *progressiven Somatopsychose*. Als Beispiel diene:

*Fall 24. Antoni F.*, geb. 3. 7. 1889. Das Krankheitsbild gleicht weitgehend dem von LEONHARD beschriebenen. Es besteht eine erschwerte Fixierbarkeit, so daß man bei der Exploration wenig von den körperlichen Halluzinationen erfährt. Ihre somatopsychischen Erlebnisse waren aber bekannt, da sie oft erregt wurde, mit lauter Stimme schimpfte und von ihren Sensationen sprach. Außerdem litt sie dauernd unter Phonemen und redete oft mit ihren Stimmen. Später traten auch Personenverkennungen auf. Verfälschungen der Außenwelt kommen bei den einfachen paranoiden Formen nicht vor. Da aber die Stimmen hauptsächlich auf Personen oder Gegenstände in der Umwelt bezogen werden, ist es erklärlich, daß bei einem Zusammentreffen von *verbaler Halluzinose* und progressiver Somatopsychose, bei der ebenfalls Phoneme auftreten, es zu Umweltsverkennungen kommen kann. Damit tritt bei dieser Kombination ein neues Symptom auf. Die Erkrankung begann im 45. Lebensjahr und verlief progredient.

Bei einem zweiten Falle mit dem gleichen Krankheitsbilde war der Verlauf ebenfalls progredient.

Die Verbindung einer *progressiven Halluzinose* mit einer *progressiven Autopsychose* fand sich bei:

*Fall 25. Elisabeth H.*, geb. 5. 11. 1899. Bei der H. ist vor allem das Selbst-Ich gestört. Dem entspricht ihr gezieltes, posenhaftes Verhalten und ihr bewußtes Sichfernhalten von den anderen Pat. „Meine Seele ist besser.“ Sie fühlt sich von Gott zur Streiterin berufen. Außerdem leidet sie unter Phonemen von hauptsächlich persekutorischem Charakter, die auch ihre Erregungszustände erklären. Die Erkrankung begann mit 27 Jahren, der Verlauf war remittierend.

Außer dieser Patientin konnte noch bei 2 Kranken die gleiche Diagnose gestellt werden. Der Verlauf war einmal stetig progredient, im anderen Falle remittierend.

c) *Extensive Formen*.

Als solche beschreibt KLEIST<sup>5</sup> die *progressive Beziehungspsychose*, die *progressive Bedeutungspsychose* und die *progressive umschriebene Wahnpsychose*. Er unterscheidet *schwere* und *leichte Verlaufsfornen*. Bei einem



leichten Verlauf der Erkrankung bleibt das Symptomenbild dauernd das gleiche, während bei einem schweren Verlauf später phantastische, halluzinatorische und zuweilen auch katatone Symptome hinzutreten. Bei den extensiven Formen kommen häufiger tiefgreifende Remissionen vor, die lange dauern können, ferner cyclische Schwankungen der Stimmungslage. Der Affekt ist bei diesen Erkrankungen am besten erhalten. LEONHARD<sup>17, 18</sup> bezeichnet sie daher als *affektvolle Paraphrenie*.

Es kamen unter unseren Kranken nur 2 Fälle einer *leichten Verlaufsform* von *progressiver Beziehungspsychose* vor. Ein solcher Fall wird beschrieben.

*Fall 26. Maria W.*, geb. 16. 6. 1895, war als Kind schwer erziehbar. 1921 heiratete sie und hatte 2 Kinder. 1924 erkrankte sie zum erstenmal. Sie war damals 5 Monate im Rochus-Hospital in Telgte/W., 1925—28 in Waldbreitbach. Ihre Krankheitserscheinungen waren dieselben wie heute. 1937 war sie in der P.H.A. Aplerbeck.

1939 wurde sie in die P.H.A. Gütersloh/W. eingewiesen. Sie protestierte sofort gegen die Einweisung und trat mit mannigfaltigen Wahnideen hervor. Schon als Kind sei sie, als die Mutter krank war, in die ungerechte und brutale Familie des Vaters gestoßen worden. Ihr Vater habe sie nie leiden mögen, da sie rotes Haar gehabt habe. Ihr Mann sei durch seine Haushälterin gegen sie aufgehetzt. Sie sei zu Unrecht entmündigt worden.

Sie ist über Zeit und Ort orientiert, gibt prompt Antwort, verfällt aber in einen Redeschwall, indem sie pausenlos von ihren Wahnideen spricht. Sonst ist sie eine gute Arbeitskraft. 1942 wird sie ohne Besserung auf Drängen ihrer Schwester entlassen. Diagnose: „Schizophrenie“. Es folgt ein Auszug aus dem Lebenslauf, den sie 1940 geschrieben hat:

Die Mutter der Pat. starb ohne Testament, als diese 10 Jahre alt war. Nun sei sie die Erbin des Hofes gewesen. Aber da habe ihr Vater, den sie nur Herr N. nennt, die Richter bestochen und den Hof bekommen. Ihre Tante Anna sei 1914 gestorben und habe ihr ihr ganzes Erbe vermacht. Durch einen Kniff ihrer Stiefmutter sei ihr auch dieses Vermögen abgenommen worden. Ihr habe man auch die Schuld gegeben, daß die Stiefmutter ein totes Kind zur Welt gebracht habe. Dann hätten die Stiefmutter und eine Tante es fertiggebracht, sie an einen Diplomingenieur zu verschachern und hätten sie 1921 mit einer halben Aussteuer in eine Dreizimmerwohnung gezwungen. Zugleich hätten Schwiegereltern und Stiefmutter nach allen Noten gehetzt. Dann habe man ihr später ihre beiden Kinder vom Arm gerissen und ins Ausland geworfen und sie schlecht behandelt. (Zu Beginn ihrer Erkrankung wurden die Kinder zu Verwandten nach Holland gebracht.) Sie mußte operiert werden, da sie so mißhandelt worden sei. Zu Hause habe man sie 2½ Monate mit ihrer „verrückten“ Stiefmutter eingesperrt und ihr nur trockenes Brot und Wasser gegeben. — Der Lebenslauf ist ungeordnet geschrieben, häufig sind es keine richtigen Sätze, A- und Paragrammatismen finden sich.

1944 tritt ein Erregungszustand auf, der sie am 1. 2. 1944 in die P.H.A. Marsberg/W. führt. Sie redet und schimpft den ganzen Tag, glaubt, im Keller seien Ärzte, die ihr etwas antun wollen. Man wolle sie auch nur wegen der Erbschaftsangelegenheit fortbringen. In den kommenden Jahren ist sie leicht aufgeregt. Im Sommer 1948 bekommt sie 3 E-Schocks. Danach tritt Besserung ein.

Bei einer *Nachuntersuchung* im März 1950 berichtet sie in einem Redeschwall von ihrer Erbschaftsangelegenheit, in der sie sich benachteiligt glaubt. Es treten

Eigenbeziehungen und Bedeutungsideen auf. Man habe ihr neulich extra auf den Fuß getreten, damit sie nicht an einem Anstaltsfest teilnehmen sollte. Wenn eine andere Kranke etwas zerbricht, bekommt sie Schimpfe. Von andern Kranken wird sie nervös gemacht. Ihr Bruder habe einmal eine Pistole in der Hand gehabt, um auf sie zu schießen. Ihre Schwiegermutter habe ihr Äpfel aus ihrer Tasche gestohlen. Ihr Mann habe sie nach einigen Jahren fortgejagt, da sie kein Vermögen gehabt habe.

Bei der psychisch-experimentellen Prüfung fallen einige sprachliche Schiefheiten auf, z. B. „Das Bild hat in meinem Koffer gegessen“; das ganze „Aktenspiel“ habe ich noch im Koffer.

#### 4. Verworrene Schizophrenien.

Zu dieser Gruppe gehören als einfache Formen die *Schizophasie* (*Sprachverwirrtheit*, SCHWAB<sup>26</sup>) und die *denkverwirrten Schizophrenien*, die von KLEIST<sup>2, 9</sup> und SCHWAB in die *inkohärente* und die *paralogische Schizophrenie* eingeteilt werden. Ferner gibt es auch bei diesen Erkrankungen *kombinierte* und *extensive* Formen, letztere mit einem ausgesprochen remittierenden Verlauf.

Es wird zuerst eine einfache *inkohärente Schizophrenie* beschrieben.

*Fall 27. Auguste D.*, geb. 1903, machte eine normale Kindheit und Schulzeit durch. Nach der Schule besuchte sie die Handelsschule und war seit 1926 im städtischen Dienst. 1936 wurde sie politisch denunziert und war 23 Monate außer Dienst. Herbst 1938 erlitt sie einen Nervenzusammenbruch und setzte 6 Wochen mit ihrer Arbeit aus. Seit 1939 ist sie sehr vergeßlich und hat daher im Dienst häufig Schwierigkeiten. Außerdem schläft sie in dieser Zeit kaum. März 1939 macht sie einen Suicidversuch mit Schlaftabletten und wird bewußtlos in die Nerven-klinik nach D. gebracht. Leider wird nichts über ihren psychischen Zustand im Krankenblatt beschrieben. Nach der Entlassung bleibt sie noch einige Wochen in einem Krankenhaus und arbeitet dann wieder vorübergehend bei der Stadtverwaltung. Ende des Jahres tritt eine erhöhte Reizbarkeit mit Wahnideen auf. Sie legt sich ins Bett und behauptet, sie sei ganz steif, oder springt plötzlich aus ihrem Bett und läuft unruhig hin und her, schließt sich in der Wohnung ein. Eines Abends kommt sie gänzlich verwirrt und verstört zur Polizei.

Aus diesen Gründen wird sie am 11. I. 1941 in die Nervenklinik D. gebracht. Hier redet sie sehr laut und viel. Ihre Stimmung ist wechselnd, depressiv bis erregt. Sie hat optische Halluzinationen, ihre Urteilsfähigkeit sei aufgehoben.

Am 9. 2. 1941 wird sie in die P.H.A. *Warstein* überführt. Hier ist sie sehr abweisend. Eine geordnete Unterhaltung ist nicht mit ihr zu führen. Nach einer Cardiazol-Schock-Kur wird sie etwas freier, redet sehr viel, hat aber keinerlei Krankheitseinsicht und drängt dauernd nach Hause. Da sich ihr Zustand weiter bessert, wird sie am 18. 4. 1941 entlassen.

Sie fährt nach Ostpreußen und hilft dort im Haushalt. Bei Ausbruch des Krieges mit Rußland fährt sie am 2. 7. 1941 nach D. zurück, arbeitet einige Monate am Postschalter, hört aber aus unerklärlichen Gründen wieder auf. Zu Hause ist sie sehr unruhig, macht bis nachts Krach und hat oft Streit mit den Mietern, bedroht diese und wird tätlich.

Am 29. 8. 1942 wird sie in die Nervenklinik D. eingewiesen und von dort am 3. 9. in die P.H.A. *Warstein* überführt. Hier werden Beziehungsideen beobachtet. Wird etwas zwischen den Kranken gesprochen, so bezieht sie alles auf sich. Es se

alles so komisch, man gönne ihr keinen Platz, sie sei überflüssig und allen andern im Weg. Sie ist dauernd beschäftigt und gönnt sich keine Mittagspause. Februar 1943 redet sie durcheinander. Sie fühlt sich von der Polizei verfolgt. Der Herr Pastor „überzieht“ die Patienten, und dann sprechen andere Leute aus diesen. Eine Spritze, die eine Mitpatientin bekommen hat, fühlt sie auf der Zunge, das Essen anderer fühlt sie auf den Lippen. Ihre Augen haben jetzt eine braune Farbe, während sie früher blau waren. Sie habe einen Schlaganfall bekommen, eine Kranke habe kleine Kinder gefressen.

Am 26. 7. 1943 wird sie in die Heil- und Pflegeanstalt nach *Gießen* verlegt. Auch hier bezieht sie alles auf sich, fühlt sich verfolgt und verhetzt, redet zerfahren. Ihre Arbeit führt sie zu vollster Zufriedenheit aus. Später wird sie autistisch, spricht mit niemandem, kann aber zornig werden, wenn sie gereizt wird. 1946: „Bei Befragung löst sich in heftiger Erregung ein Schwall von zornig hervorgestoßenen Worten.“ Sie erkennt Personen, liegt entweder zu Bett oder schaut stundenlang zum Fenster hinaus. Zu einer Arbeit ist sie nicht mehr zu gebrauchen. Sie hört Stimmen, die sie nicht zugibt, unterhält sich aber mit ihnen.

Am 14. 4. 1948 wird sie unverändert in die P. H. A. *Marsberg/W.* verlegt. Sie fühlt sich abgehört, die Stimmen berichten, daß die Fräuleins aus dem Waldhaus abgehört würden. Bei *Nachuntersuchungen* erklärt sie 1949 auf die Frage: Wo sind Sie hier?: „Ich bin im Magistrat. Ich möchte mein Stimmband nicht verlieren.“ Sie sagt zu einer Kranken, sie möchte doch gehen, denn sie sei schon lange tot. 1949 treten expansive Ideen auf. Sie sei Ärztin, Frauenärztin, und habe den Professorinnen titel. Sie sei ein Burgfräulein von Lyck. Das hervorstechendste Symptom ist aber ihre *gedankliche Verworrenheit*. Wird sie angesprochen, so entwickelt sich ein Rededrang, an dessen Ende man genau so wenig weiß wie zu Beginn.

Aus einer Unterredung: „An der roten Kaserne, 2½ Std von uns, bin ich unter einen Apparat gelegt worden. Sowas Unfeines, mich aus dem Hause zu holen und ins Sauerland zu verschleppen. Der Herr Pastor arbeitet gegen mich, der ist katholisch. Was geht mich Hochflizen an, der hat einen Geleitzug gemacht. Sie haben nun gesagt, ich solle vom Berg springen. Ich bin ein Burgfräulein von Lyck. Ich kann das nicht abgeben an den Staat. Frank haben wir erledigt, Lyck, erst komme ich als Burgfräulein und dann die Polizei. Habe die Weisung, aber keine Hypnose. Eine lutherische Hypnose nehme ich nicht an. Ich gehöre nicht zu Hanussen, eiserne Kette ist in Essen erledigt worden.“

(Wurden Sie schon mal abgehört?) „Ich spiele mit Ihnen kein Theater, dafür habe ich keine Zeit, auf so eine Lodderbahn kann ich nicht kommen. Klopfer hat mir den Bericht vorgelesen.“ (Wie lange hier?) „Datum des Poststempels.“ (Gefällt es Ihnen?) „Die Gegend ist zu kathegologisch. So lange lutherische Leute festzuhalten. Die Ungarn, die kathegologisch sind, kann man nach Tirol schicken. Die Kathogelischen und Evangolischen kann man ruhig zusammentun.“ (Haben Sie Geschwister?) „Wollen Sie Geld von ihnen haben?“ (Teich-Bach?) „Beides gleich, fährt mit der Kiste in den Teich.“ (Kind-Zwerg?) „Zwerg ist 45 Jahre alt, hat einen Bart, geht man nach Feldmann hin. Heißen nämlich Norwegen-Schweden.“ (Es ist nicht alles Gold, was glänzt) „Das geht nach Greifswald hin, den Schluß können Sie in Greifswald erfahren.“ (Kind-Blume-Wiese?) „Das geht nach England hin. Ich habe genauso regiert wie eine Königin. Die Viktoria hat in Berlin regiert, ich bin in Dortmund. In New York waren soviele Arbeitslose, daß die Straßen voll waren. Die Meldung können Sie ruhig Krupp weitergeben. Friedrich Hayn sind geschlagen worden auf der Polizeiwache.“ (BINET-Fensterscheibe?) „Das macht dieser Herr, das macht Luther auch. Das Kind darf ruhig Fensterscheiben einschlagen. Unsere Neffen dürfen das auch, wir haben eigenes Geld, wollen von Berlinger nichts haben.“

Bei dieser Untersuchung spricht sie laut, paßt auf, ob auch alles mitgeschrieben wird. Sie wiederholt ab und zu oder spricht langsamer. Nachher liest sie den „Bericht“, sie nennt es so, durch und setzt ihren Namen darunter. Sie ist sehr leicht gereizt, sonst affektiv etwas verflacht und hält sich von den anderen Kranken gern fern.

Die D. erkrankt mit 35 Jahren, wird vergeßlich, kann ihren Beruf nicht mehr ausüben, macht einen Selbstmordversuch und bietet in einer Nervenklinik Verfolgungsideen, optische Sinnestäuschungen und eine verworrene Denkstörung. Nach einer Remission von 1½ Jahren erkrankt sie wieder mit Stimmen, Eigenbeziehungen, Verkennungen und einer mehr gedanklichen als sprachlichen Verwirrtheit. Ein Beispiel dieser Inkohärenz ist die Antwort auf die Aufgabe, einen Satz aus Kind-Blume-Wiese zu bilden: „Das geht nach England hin“. Dann kommt sie von England auf Königreich und sagt: „Ich habe genauso regiert wie eine Königin, die Viktoria hat in Berlin regiert, ich in Dortmund.“ Nun springt sie von Dortmund auf New York ab und sagt: „In New York waren so viele Arbeitslose, daß die Straßen voll waren . . . die Meldung können Sie ruhig Krupp weitergeben . . . Friedrich Hayn sind geschlagen worden auf der Polizeiwache.“ Es finden sich auch einige Paralogien und Wortneubildungen. Stimmen sind nicht so ausgeprägt wie bei anderen Fällen dieser Art.

Bei 2 weiteren Kranken konnte die gleiche Diagnose gestellt werden.

Es fanden sich ferner 3 Fälle von *Schizophasie*, die durch vorwiegend sprachliche Verfehlungen ausgezeichnet ist.

*Fall 28. Else D.*, geb. 13. 4. 1895, gibt an, sie sei in Leipzig als Kind aus dem 3. Stock gefallen. Sie wurde 2mal wegen Landstreicherei und Betteln bestraft und hat ein uneheliches Kind. 1940 wurden zuerst Anzeichen einer geistigen Erkrankung bemerkt. Sie redete verworren und schimpfte nachts in ordinären Ausdrücken.

Am 22. 4. 1941 wurde sie in die P.H.A. *Marsberg* eingewiesen. Sie war unruhig und halluzinierte, hörte Stimmen, die ihr Befehle gaben. Ihre Schwester ruft ihr ins Ohr: „Du Lausefee.“ Ihre Schwester habe ein Zeugnis, daß sie schwachsinnig sei. Alles, was ihr gefällt, sammelt sie und steckt es in ihre Bluse. Sie erkennt Personen und ihre Umgebung, greift aus diesem Grunde auch an.

In der Anstalt verhält sie sich in den ersten Tagen unauffällig, dann halluziniert sie wieder, schimpft laut mit ihren Stimmen, fühlt sich von Männern belästigt. Ihre Äußerungen sind verworren, sie ist aber eine geschätzte Arbeiterin.

Bei einer *Nachuntersuchung* gibt sie Stimmenhören zu. Es werde ihr vorgeworfen, daß sie Brötchen hole und nicht bezahle und Zitronen stehle. Ferner sagen die Stimmen, sie hätte nichts anzuziehen und würde nicht arbeiten. Es werden ihr Hiebe angeboten. Wenn sie putzt, spricht sie viel vor sich hin. Außerdem fallen sprachliche Verfehlungen auf, die ab und zu von Paralogien begleitet sind.

(Verheiratet?) „Ich bin nicht verheiratet sein, das kann man nicht erzählen.“ (Bismarck?) „Staatspersönlichkeit, der Renten hat ins Wohlstand gebracht.“ (Columbus?) „Ja, ist doch die Neuentdeckung im Ausland, Amerika, im Urwald Entdeckung gemacht.“ (Sparsamkeit?) „Heißt mit Geld Umgang nehmen.“ (Geiz?) „Ja, kein Geld ausgeben, in einfach leben.“ (Treppe-Leiter?) „Treppe feststehend, Leiter kann ich mitnehmen.“ (Wer andern eine Grube gräbt . . .) „Wenn man von andern möchte viel erfahren, wenn man eben alles genommen wird, wird man gefallen.“ (Soldat-Krieg-Vaterland?) „Soldat ist gemusterte Arbeit, die niemand

gerne macht im Krieg, muß alle schlechten Arbeiten, einen überfüllten Arbeitsstaat.“ (BINET-Fensterscheibe?) „Ist eine Häuslichkeit, wo ein Fenster eingefallen ist.“ (Es ist nicht alles Gold . . .) „Gold ist nicht alles Glanz, durch länger Liegen büßt es Glanz ein. Das ist Blech. Blech ist kein Gold und glänzt auch. Täglich leben ist Geld verdienst.“

Es folgt ein Abschnitt aus ihrem selbstgeschriebenen Lebenslauf: „Meine Schulzeit beginnt mit dem 6. Lebensjahr. Schulranzen, Kleid, Unterwäsche im Unterschied der Jahreszeit, und zwar 2 Jahr. Die 6 Jahre Volksschule sind Arbeiten im Haushalt der väterlichen Fürsorge und bestehen in Maßkleid und Beachtung. Das letzte Jahr der Volksschule war Aufwartung. Ich bekam 3 Monat Geld, 3 Mark, die wurden gespart, und zwar für Kleider und Wäsche in der Zeit der Jung-Mädchen-Arbeiten. Bankangestellter Klar gab mir 2 Schürzen zum Geschenk. Die gute Ordnung nähte mir Frau Klar . . .

Das Arbeitshaus, angebracht 1941 zur geregelten Arbeit und 1950 für unrechtlich erklärt. Auch in Arbeitshaus in ihre Zurechtstellung half ich noch in allen Kompletten. Die Brote sind verteilte Körbe, um Übersielchen nichts vorhanden.“

Bei näherer Untersuchung der sprachlichen Störungen ergibt sich: In der ersten Antwort ist das Wort „sein“ fehl am Platze: Paragrammatismus. Zu „Columbus“: „Ist doch die Neuentdeckung im Ausland, Amerika.“ Sie will damit sagen, daß er Amerika, welches im Ausland gelegen ist, entdeckt hat — ebenfalls eine Paragrammatismus. Desgleichen bei Sparsamkeit: „Heißt mit Geld Umgang nehmen“, statt mit Geld umgehen können. Agrammatismus tritt in ihrer Angabe des Unterschiedes von Treppe und Leiter zutage: „Treppe feststehend“. Bei der Beschreibung des BINET-Bildes „zerbrochene Fensterscheibe“ handelt es sich um eine verbale Paraphasie, denn statt „Häuslichkeit“ müßte es „Haus“ heißen. Wortneubildung, Paraphasien und Agrammatismen sind enthalten in der Antwort: „Soldat ist gemusterte Arbeit, die niemand gerne macht im Krieg, muß alle schlechten Arbeiten“. Sie will wohl damit sagen: „Ein Soldat wird gemustert, er muß im Krieg Arbeiten verrichten, die niemand gern tut.“ In ihrem Lebenslauf müßte es heißen: „Kleid und Unterwäsche wurden den Jahreszeiten entsprechend getragen.“ Sie sagt agrammatisch: „Kleid-Unterwäsche im Unterschied der Jahreszeit.“ Im nächsten Satz müßte an Stelle von „die“ „während der“ stehen und statt „sind Arbeiten“ gesetzt werden „arbeitete ich“. An Stelle „von der väterlichen Fürsorge“ müßte es heißen „unter der väterlichen Fürsorge“, so daß der Satz folgendermaßen lauten würde: „Während der 6 Volksschuljahre arbeitete ich im Haushalt unter der väterlichen Fürsorge.“ Es liegen also hauptsächlich sprachliche Verfehlungen vor — Para- und Agrammatismen, verbale Paraphasien und Neologismen —, dagegen treten Paralogien und Inkohärenz in den Hintergrund.

Die Krankheit begann im 45. Lebensjahre und verlief stetig fortschreitend. Sie ging mit Stimmen verfolgender Art einher. Die sprachliche Verworrenheit ging so weit, daß die Antworten zum Teil unverständlich wurden. Abgesehen davon fiel die Kranke in ihrem Verhalten kaum auf, sie war eine geschätzte Arbeiterin.

### Ergebnisse.

1. Von 61 weiblichen Kranken der Heilanstalt Marsberg i. W., bei denen die Diagnose Schizophrenie gestellt worden war und bei denen der Krankheitsbeginn 5 Jahre und länger zurücklag, stellten sich bei meinen Nachuntersuchungen 4 als *nichtschizophrene phasische Psychosen* heraus, und zwar 2mal als manisch-depressive Gemütskrankheiten,

1 mal als eine ängstlich-ekstatische Wahnpsychose und 1 mal als eine agitierte Angstpsychose. 57 Kranke wurden als *Schizophrenien* bestätigt und konnten in die von KLEIST und LEONHARD beschriebenen Formen eingeordnet werden.

2. 12 Kranke (21,1%) gehören zur *hebephrenen Gruppe*. Am häufigsten ist die läppische Hebephrenie vertreten (6 Fälle), die autistische Hebephrenie folgt mit 2 Fällen, die depressive Hebephrenie mit 1 Fall, zusammen 9 *einfache Formen*. Eine apathische Hebephrenie fehlte. Dazu kommen 3 *kombinierte Fälle*, und zwar eine läppisch-depressive, eine läppisch-autistische und eine läppisch-apathische Hebephrenie. Eine extensive Hebephrenie wurde nicht beobachtet. Das *Erkrankungsalter* liegt zwischen 17 und 38 Jahren, im Durchschnitt bei 24,8 Jahren. Der *Verlauf* war bei 8 Patientinnen stetig progredient, 4 Kranke wiesen zu Beginn Teilremissionen auf, im ganzen gesehen verlief die Krankheit fortschreitend. Bei 8 Fällen bestanden vor der Krankheit *schizoide Züge*, 4 waren unauffällig. Die *Schulleistungen* waren in je 4 Fällen gut, mittelmäßig und schlecht. *Körperbaulich* herrschten die Leptosomen mit 8 Fällen vor, dann folgten 2 leptosom-athletische Typen, 1 Dysplastischer und 1 Pykniker.

3. 19 Patientinnen gehören der *katatonen Gruppe* an (33,3%). 11 *einfache Formen* setzen sich zusammen aus 3 negativistischen, 2 sprachträgen, 2 akinetischen, 2 parakinetischen und 2 proskinetischen Katatonien. *Kombinationsformen* traten in 5 Fällen auf, und zwar 1 sprachträge-parakinetische, 1 sprachträge-stereotype, 1 sprachträge-sprachbereite, 1 sprachbereit-parakinetische und 1 sprachbereit-proskinetische Katatonie. 3 Fälle waren *extensive und schubweise remittierende Katatonien*, von denen eine Kranke deutliche Iterationen, die beiden anderen eine uncharakteristische Unruhe im Wechsel mit Akinese aufwiesen. Das *Erkrankungsalter* aller Katatoniker lag zwischen 18 und 40 Jahren, im Mittel bei 29,8 Jahren. Der *Verlauf* war bei 12 Fällen stetig fortschreitend, während 7 Kranke Remissionen aufwiesen. Solche traten bei den einfachen Formen in 4 von 11 Fällen auf, die 5 kombinierten Erkrankungen verliefen alle stetig fortschreitend, während alle 3 extensiven Fälle Schübe und Remissionen zeigten. Die Beobachtungen von LEONHARD werden dadurch bestätigt. *Präpsychotisch* waren 6 Kranke schizoid, 9 unauffällig, bei 4 Kranken war das präpsychotische Wesen unbekannt. Die *Schulleistungen* waren bei 6 Kranken gut, bei 10 durchschnittlich, bei 3 Fällen schlecht. *Körperbaulich* herrschten die Leptosomen mit 15 Fällen vor, es folgten 2 athletische Wuchsformen, 1 athletisch-leptosome und 1 dysplastische.

4. Unter den 20 *paranoiden Schizophrenien* (35,1%) waren 13 *einfache Formen* (22,8%), und zwar 2 Phantasiophrene, 3 progressive Konfabulosen, 5 progressive Halluzinosen, 2 progressive Somatopsychosen, 1 pro-

gressive Autopsychose. Progressive Eingebungs- und Beeinflussungspsychosen fehlten. Das mittlere Erkrankungsalter lag bei 35,5 Jahren. Der Verlauf war bei 11 Fällen stetig progredient, bei 2 remittierend. Im Körperbau herrschte mit 6 der leptosome Typ vor, dann folgten 4 athletische, 2 pyknische und 1 dysplastische Wuchsform. Die Intelligenz war bei 5 Kranken gut, bei 7 mittelmäßig und nur bei 1 schlecht. Präpsycho-tisch waren 8 Patienten unauffällig, 5 zeigten schizoide Züge. Es fanden sich 5 *kombinierte Formen*, darunter 2 Kombinationen von progressiver Halluzinose mit progressiver Somatopsychose und 3 mit progressiver Autopsychose. Das durchschnittliche Erkrankungsalter betrug 30,5 Jahre, der Verlauf war 3mal stetig progredient und 2mal remittierend. Die Schulleistungen waren 3mal gut, 1mal mittelmäßig und 1mal schlecht. Der Körperbau war bei allen 5 Kranken leptosom. Präpsycho-tisch zeigten 3 Fälle schizoide Züge, während 2 bis zum Krankheitsbeginn unauffällig waren. Bei den 2 *extensiven Formen* — progressiven Beziehungspsychosen milder Art — lag das Erkrankungsalter bei 29 und 30 Jahren, durchschnittlich bei 29,5 Jahren, d. h. niedriger als von KLEIST<sup>5</sup> angegeben (35,5%). Der Verlauf war bei beiden Fällen progredient, zeigte aber zu Beginn Teilremissionen. Präpsychotisch waren beide Kranke schizoid. Die Intelligenz war gut bzw. mittelmäßig, der Körperbau 1mal leptosom, 1mal dysplastisch.

5. Zur Gruppe der *verworrenen Schizophrenien* gehörten 6 Patientinnen (10,5%), sämtlich einfache Formen: 3 inkohärente Schizophrenien und 3 Schizophasien, eine paralogische Form fehlte. Das mittlere *Erkrankungsalter* lag bei 33,1 Jahren. Der *Verlauf* war 3mal stetig fortschreitend, 3mal remittierend. Präpsychotisch waren 4 Patientinnen unauffällig und 2 schizoid. Die *Schulleistungen* waren 3mal gut, 2mal mittelmäßig und 1mal schlecht. *Körperbaulich* herrschte der leptosome Körperbau mit 4 vor, dann folgte 1mal eine athletisch-leptosome und 1mal eine athletische Wuchsform.

6. Die *erbliche Belastung* derjenigen Schizophrenen, deren Erblichkeit bekannt war, mit endogenen Psychosen — vorwiegend Schizophrenien, zum Teil nicht näher bestimmbar Psychosen (Tab. 2) —, ist bei den

Tabelle 2.

	Systematische (einfache und kombinierte) Schizophrenien		Unsystematische (extensive) Schizophrenien	
	belastet	unbelastet	belastet	unbelastet
Hebephrenien . . . 8	5	3	—	—
Katatoni en . . . . 14	3	8	3	—
Paran. Schizophren. . 14	8	4	2	—
Verworr. Schizophr. . 3	1	2	—	—
39	17 (50%)	17 (50%)	5 (100%)	0 (0%)

systematischen (einfachen und kombinierten) Formen wesentlich geringer als bei unsystematischen (extensiven) Erkrankungen, was mit den erbstatistischen Berechnungen LEONHARDS übereinstimmt.

7. Im Vergleich mit den Frankfurter Vorkriegszahlen ist in der Anstalt Marsberg die relative Häufigkeit (Tab. 3) der Katatonien stark gesunken,

Tabelle 3.

	Frankfurt 1920—1925	Marsberg 1950
Hebephrenien . . . . .	24 (12,6%)	12 (21,1%)
Katatonien . . . . .	99 (52,4%)	19 (33,3%)
Paranoide Schizophrenien . . . . .	47 (24,9%)	20 (35,1%)
Verworrene Schizophrenien . . . . .	19 (10,1%)	6 (10,5%)
	<u>189</u>	<u>57</u>

da diese Formen den Arbeitswert der Kranken am stärksten herabsetzen und daher der „Euthanasie“ in erster Linie verfallen sind. Auch verworrene Schizophrene müssen in größerer Menge vernichtet worden sein, da ihre Zahl nicht relativ gestiegen ist, wie die der hebephrenen und

Tabelle 4.

Schizophrenien insgesamt 57	Systematische Arten von Schizophrenien 52		Unsystematische Arten von Schizophrenien 5
	Einfache Formen 39	Kombinierte Formen 13	Extensive Formen 5
Hebephrene Gruppe 12	Läppische Hebephre. . . 6	3	—
	Depressive „ . . 1		
	Apathische „ . . —		
	Autistische „ . . 2		
Katatone Gruppe 19	Sprachträge Katatonie. 2	5	3
	Sprachbereite „ . . —		
	Akinetische „ . . 2		
	Parakinet. „ . . 2		
	Negativist. „ . . 3		
	Proskinet. „ . . 2		
	Stereotype „ . . —		
Paranoide Gruppe 20	Phantasiophrenie . . . 2	5	2
	Progr. Konfabulose . . 3		
	„ Halluzinose. . . 5		
	„ Somatopsychose 2		
	„ Autopsychose. . 1		
	„ Eingebungspsych. —		
Verworrene Gruppe 6	„ Beeinfl.-Psych. . . —	—	—
	Inkohärente Schizophr. 3		
	Paralogische Schizophr. —		
	Schizophasie . . . . . 3		



paranoiden Formen. Die Verschiebung in den Zahlenverhältnissen der 4 Schizophreniegruppen erreicht aber nicht den Grad wie in der Anstalt Weilmünster i. T. (KNAUF<sup>11</sup>).

### Zusammenfassung.

Zur Nachprüfung der KLEIST-LEONHARDSchen Schizophrenielehre wurde die Hälfte der als Schizophrenie diagnostizierten weiblichen Kranken einer westfälischen Heilanstalt, deren Krankheitsbeginn mindestens 5 Jahre zurück lag, untersucht. Von diesen 61 Kranken stellten sich 4 als manisch-depressive oder verwandte phasische Psychosen heraus. Die 57 bestätigten Schizophrenien konnten in die von KLEIST und LEONHARD aufgestellten Arten, Gruppen und Formen eingeordnet werden, wie Tabelle 4 zeigt.

### Literatur.

- <sup>1</sup> EDELMANN, R.: Untersuchungen zur Unterteilung der Schizophrenien. Allg. Z. Psychiatr. **120**, 24 (1942). — <sup>2</sup> KLEIST, K.: Berichte über endogene Verblödungen. Klin. Teil. Ref. Norddt. Ver. Psychiatr. u. Neur. Rostock-Gehlsheim 1918. Allg. Z. Psychiatr. **75**, 242 (1919). — <sup>3</sup> KLEIST, K.: Die Auffassung der Schizophrenien als psychische Systemerkrankungen (Heredodegenerationen). Klin. Wschr. **1923** I, 962. — <sup>4</sup> KLEIST, K.: Die Katatonien. Nervenarzt **16**, 1 (1943). — <sup>5</sup> KLEIST, K.: Die paranoiden Schizophrenien. Nervenarzt **18**, 481 u. 544 (1947). — <sup>6</sup> KLEIST, K.: Fortschritte der Psychiatrie. Frankfurt a. M.: Waldemar Kramer 1947. — <sup>7</sup> KLEIST, K., u. W. DRIEST: Die Katatonie auf Grund katamnästischer Untersuchungen. T. 1: Die als Katatonien verkannten Degenerationspsychosen, Psychosen der Schwachsinnigen und symptomatischen Psychosen. Z. Neur. **157**, 479 (1937). — <sup>8</sup> KLEIST, K., K. LEONHARD u. H. SCHWAB: Die Katatonie auf Grund katamnästischer Untersuchungen. III. Formen und Verläufe der eigentlichen Katatonie. Z. Neur. **168**, 535 (1940). — <sup>9</sup> KLEIST, K., u. H. SCHWAB: Die verworrenen Schizophrenien auf Grund katamnästischer Untersuchungen. T. 2: Die denkverwirrten Schizophrenien. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **184**, 28 (1950). — <sup>10</sup> KLEIST, K., K. LEONHARD u. E. FAUST: Die Hebephrenien auf Grund von katamnästischen Untersuchungen. T. 1. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **185**, 773 (1950). — <sup>10a</sup> KLEIST, K., K. LEONHARD u. E. FAUST: Die Hebephrenien auf Grund katamnästischer Untersuchungen. T. 2. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **186**, 1 (1951). — <sup>11</sup> KNAUF, H. W.: Die Formen der Schizophrenien von KLEIST und LEONHARD, nachgeprüft in einer Anstalt für chronisch Kranke. Z. menschl. Vererbgs- u. Konstit.lehre **29**, 695 (1950). — <sup>12</sup> LEONHARD, K.: Die defektschizophrenen Krankheitsbilder, ihre Einteilung in zwei klinisch und erbbiologisch verschiedene Gruppen und in Unterformen vom Charakter der Systemkrankheiten. Leipzig: Thieme 1936. — <sup>13</sup> LEONHARD, K.: Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. Allg. Z. Psychiatr. **120**, 1 (1942). — <sup>14</sup> LEONHARD, K.: Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. 2. Mitt.: Kombiniert-systematische und periodische Katatonien. Allg. Z. Psychiatr. **121**, 1 (1942). — <sup>15</sup> LEONHARD, K.: Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. 3. Mitt.: Erbbiologie der Katatonien. Allg. Z. Psychiatr. **122**, 39 (1943). — <sup>16</sup> LEONHARD, K.: Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. 4. Mitt.: Die paranoiden und verworrenen Schizophrenien typischer und kombiniert-systematischer Art. Allg. Z. Psychiatr. **122**, 194 (1943). — <sup>17</sup> LEONHARD, K.: Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. 5. Mitt.: Die

periodischen und phantastisch fortschreitenden paranoiden Schizophrenien mit ihrem Sippenbild. *Allg. Z. Psychiatr.* **123**, 9 (1944). — <sup>18</sup> LEONHARD, K.: Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. 6. Mitt.: Erbbiologie der paranoiden und verworrenen Formen von Schizophrenie. *Allg. Z. Psychiatr.* **123**, 177 (1944). — <sup>19</sup> LEONHARD, K.: Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. 7. Mitt.: Die hebephrenen Krankheitsformen und ihr Erbbild. *Psychiatr.-neur. Wschr.* **1945**, 23. — <sup>20</sup> LEONHARD, K.: Grundlagen der Psychiatrie. Stuttgart: Enke 1948. — <sup>21</sup> LEONHARD, K.: Formen und Verläufe der Schizophrenien. *Mshr. Psychiatr.* **124**, 169 (1952). — <sup>22</sup> NEELE, E.: Die phasischen Psychosen nach ihrem Erscheinungs- und Erbbild. Leipzig: J. A. Barth 1949. — <sup>23</sup> SARRÓ BURBANO u. O'SHANNAHAN-BRAVO: Estados finales de la Esquizofrenia. Congr. de Valencia. Mayo-Junio 1950. Madrid 1950. — <sup>24</sup> SCHNEIDER, F. W.: Untersuchungen an Schizophrenen eines Reservelazarettes des zweiten Weltkriegs. (Nachprüfung der Formen von KLEIST und LEONHARD.) *Schweiz. Arch. Neur.* 1955 (im Druck). — <sup>25</sup> SCHWAB, H.: Die Katatonie auf Grund katamnestischer Untersuchungen. II. Die Erblichkeit der eigentlichen Katatonie. *Z. Neur.* **163**, 441 (1938). — <sup>26</sup> SCHWAB, H.: Die verworrenen Schizophrenien auf Grund katamnestischer Untersuchungen. T. I: Die Schizophasien. *Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur.* **182**, 333 (1949).

Dr. CLARA SCHULTE-VON DER STEIN, Elspe/Westf., Schützenstraße 121.