

610.5
Z5
Q3
NA

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie

Herausgegeben von

A. Alzheimer **R. Gaupp** **M. Lewandowsky** **K. Wilmanns**
Breslau Tübingen Berlin Heidelberg

Originalien

Redaktion

des psychiatrischen Teiles | des neurologischen Teiles
A. Alzheimer | **M. Lewandowsky**

Achtundzwanzigster Band

Mit 8 Textfiguren und 1 Schriftprobe



Berlin
Verlag von Julius Springer
1915

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Schabelitz, H. Experimente und Selbstbeobachtungen im Bromismus. (Mit 3 Textfiguren)	1
Dees. Timon von Athen. (Drama von Shakespeare)	50
Dees. Bekämpfung infektiöser Krankheiten in Anstalten	65
Strasser-Eppelbaum, V. Das autistische Denken in der Dementia praecox	68
Thumm, M. Beitrag zur Kasuistik und Bewertung der Heimwehdelikte	80
Schnelder, K. Über Erinnerungsfälschungen bei Zwangsgedanken	90
Schulhof, F. Psychologisches aus Kants Schriften	113
Pick, A. Zur Frage der Häufung epileptischer Anfälle zu bestimmten Nachtzeiten	128
Edler v. Wieg-Wickenthal, K. Psychologische Betrachtungen über Intellekt und Willen und deren Bedeutung in normalen und pathologischen Bewußtseinszuständen	129
Gruhle, H. W. Selbstschilderung und Einfühlung. Zugleich ein Versuch der Analyse des Falles Banting. (Mit 1 Schriftprobe)	148
Walter, R. und R. Krambach. Vegetatives Nervensystem und Schizophrenie. (Mit 4 Textfiguren)	232
Schulhof, F. Intelligenzprüfung	276
Gaupp, R. Die Klassifikation in der Psychopathologie	292
Thierauch, H. Großhirntumor unter dem Bilde der progressiven Paralyse	315
Engelhard, C. Fr. Eine Familie mit hereditärem Nystagmus. (Mit 1 Textfigur)	319
Zimmermann, R. Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Blutbildes	339
Pick, A. Beitrag zur Pathologie des Denkverlaufes beim Korsakow	344
Consiglio, P. Studien über Militärpsychiatrie und -kriminologie. Die soziale Medizin im Heere	384
Bloch, E. Über Wiederholung der Binet-Simonschen Intelligenzprüfung an denselben schwachsinnigen Kindern nach Ablauf eines Jahres	445
Krueger, H. Zur Frage nach der nosologischen Stellung der „Paraphrenien“	456
Autorenverzeichnis	504

286703

Experimente und Selbstbeobachtungen im Bromismus.

Von
Harry Schabelitz,
Sekundärarzt.

(Aus der schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich.)

Mit 3 Textfiguren.

(Eingegangen am 21. Juni 1914.)

Im Einvernehmen mit Herrn Prof. Bleuler, Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich, veranlaßte mich 1910 Herr Dr. Ulrich, leitender Arzt der schweiz. Anstalt für Epileptische in Zürich, mein Chef, die Experimente über die psychische Wirkung von Brom und Chlor, welche unter seiner Leitung von Fräulein Dr. Margarete Meier¹⁾ mit einigen Versuchspersonen bereits gemacht worden waren, weiter zu führen.

Wir stellten uns insbesondere die Aufgabe, die gröberen klinischen Erscheinungen des sog. Bromismus experimentell zu fassen und aus naheliegenden Gründen — wir hatten kein psychologisches Laboratorium zur Verfügung — mit möglichst einfachen Hilfsmitteln. Auch sollten bei dieser Serie von Experimenten an den betreffenden Versuchspersonen gleichzeitig Brom- und Chlorstoffwechseluntersuchungen ausgeführt werden, um Anhaltspunkte zu gewinnen, bei welcher Bromkonzentration im Organismus die uns interessierenden Erscheinungen aufzutreten pflegen.

Da sich unter den gesunden Insassen der Anstalt keine geeignete Versuchsperson vorfand, die als Kontrollobjekt neben der Brom-einnahme auch gewillt gewesen wäre, Stoffwechseluntersuchungen an sich vornehmen zu lassen, entschloß ich mich, die Versuche an mir selbst vorzunehmen.

Schon einleitend betone ich die Tatsache, daß ich stets schon auf kleine Gaben Gifte typisch reagiert habe (Alkohol, Kaffee, Tee). Es sei hier noch bemerkt, daß ich seit dem 15. Lebensjahr Alkoholabstinent bin, auch vorher nur selten, nie aber regelmäßig Alkoholica genossen habe. Auch spätere Versuche mit Atropin und Adrenalin ergaben bei mir die charakteristische Wirkung schon bei relativ geringen Dosen.

¹⁾ Meier, Dr. Margarete, Psychische Wirkungen von Brom und Chlor. *Epilepsia* 3.

Versuchsbedingungen.

In liebenswürdiger Weise anbot sich mein Chef, die zeitraubende Aufgabe eines Experimentators selbst zu übernehmen. Von Kontrollversuchen an anderen Personen mußten wir absehen. Dies hatte den Vorteil, daß ich nun die Versuchsbedingungen so einrichten konnte, wie ich wollte, ohne auf Geschmack, Ausdauer und Gesundheit anderer Rücksicht nehmen zu müssen.

Da die Erfahrung an Epileptikern gezeigt hatte, daß die therapeutische Wirkung des Broms bei kochsalzärmer Kost stärker hervortritt, und daß auch die Erscheinungen des sog. Bromismus rascher und intensiver aufzutreten pflegen, war es naheliegend, die Versuchsperson auch unter ein ähnliches Regime zu stellen.

Um einen im Bereiche der Möglichkeit liegenden Einfluß abwechslungsreicher Ernährungsweise auf die Psyche von vornherein auszuschalten, entschloß ich mich, das einmal festgesetzte salzarme Menu während der ganzen Versuchszeit beizubehalten und, um auch dem Chemiker die Arbeit zu erleichtern, stets die gleiche abgewogene Menge Nahrung zu mir zu nehmen. Im Bestreben, möglichst unvoreingenommen an die Experimente heranzutreten, habe ich die vorherige Einsicht in die Literatur vollständig vernachlässigt und auch die bereits vorhandenen Resultate der Kollegin Meier nicht nachgesehen. Das rächte sich dann bei den Experimenten insofern, als diese deswegen nicht rite durchgeführt worden sind, und dabei mehr tastend vorgegangen werden mußte, als in der Richtung erprobter Methoden.

Um von vornherein eine suggestive Wirkung der Medikamenteneinnahme soweit wie irgend möglich auszuschalten, überließ ich die Brom- und Kochsalzzufuhr nach Menge und Qualität ganz meinem Chef, der sie dann auch durch Geschmackskorrigenzen so vorzüglich zu maskieren verstand, daß ich tatsächlich bis zu Ende der Versuche nie wußte, welches Salz und wieviel davon ich geschluckt hatte.

Nicht auszuschalten waren selbstredend die mir geläufigen Bilder des objektiven Bromismus.

Während der ganzen Versuchsdauer, vom 18. VII. bis zum 10. IX. 1910 blieben die äußeren Lebensbedingungen bis auf die Kost und die Medikation dieselben wie sonst, nur mußte ich die Ausgänge etwas einschränken und als Plus kamen dann allerdings die psychologischen Experimente hinzu, welche täglich etwa 2 Stunden beanspruchten.

Technisches.

Nach einigen Vorversuchen konnte am 23. VII. 1910 folgender kochsalzarme Speisezettel festgelegt und von dort an unverändert bis zum Schlusse der Versuche beibehalten werden:

2000 g Milch	= 3,60 g NaCl
200 g Zwieback	= 0,76 g „
50 g Hafermehl	= 0,15 g „
200 g Aprikosenkompott	= 0,01 g „
200 g frisches Obst	= 0,02 g „
4 Eier (wachsweich)	= 0,46 g „
	5,00 g NaCl

Der Gehalt an NaCl ist hier nach der Analysentabelle von Strauss-Lewa berechnet, wobei ich überall die Maximalzahl einsetzte; infolgedessen beträgt die Kochsalzzufuhr etwas weniger als 5 g pro Tag, was nach Strauss als „mittelstrenge Form der chlorarmen Ernährung“ zu gelten hat. (Die genauen Zahlen der Brom- und Chlorstoffwechseluntersuchungen werden in einer späteren gemeinsamen Arbeit mit dem Chemiker publiziert werden.) Das Hafermehl wurde ohne Kochsalzzugabe zu einem Brei verkocht, der ca. 350 g wog, und mittags mit dem Kompott gemischt jeweils eingenommen, ein, nebenbei bemerkt, sehr zu empfehlendes salzarmes Gericht. Das erste Frühstück bestand aus 500 g Milch und 50 g Zwieback, das zweite Frühstück aus 100 g Obst, das Mittagessen aus Hafermehl, Kompott, 2 Eiern, 50 g Zwieback und 500 g Milch. Um 4 Uhr abends wurden nochmals 500 g Milch, dazu 50 g Zwieback verzehrt, abends 500 g Milch, 50 g Zwieback, 2 Eier und 100 g Obst. Selbstredend wurde jedes Gewürz gemieden, auch trank ich niemals Wasser zwischenhinein. Die Milch wurde von mir selbst in einem Meßzylinder abgemessen; die gekochte feste Nahrung (deren Rohprodukte in der Küche abgewogen wurden) wurde samt Geschirr jeweils vor dem Essen von mir gewogen, nach dem Essen dann wiederum das Geschirr allein, und die entstandene Differenz ins Protokoll eingetragen. Jeden Morgen um 7 Uhr wurde das Körpergewicht ohne Kleider festgestellt, dann wurde die 24stündige Urinmenge in Meßzylindern gemessen und eine tägliche Probe von ein paar hundert Kubikzentimeter zur chemischen quantitativen Analyse von NaCl und NaBr dem Chemiker zugeschickt. Da im Stuhl kein Brom ausgeschieden werden soll, das Kochsalz aber nur in minimaler Quantität ($0,2^{\circ}/_{\infty}$), kam es auf eine ganz genaue Messung desselben nicht an, und es genügte daher, die Körpergewichtsdifferenz vor und nach der Stuhlentleerung als Stuhlgewicht ins Protokoll einzutragen. Der tägliche Wasserverlust durch Atmung und Hautabsonderung konnte aus den vorhandenen Daten (Einfuhr, Ausfuhr und Körpergewicht) leicht berechnet werden. Ein nicht zu umgehender Fehler bei der Brom- und Kochsalzbestimmung war deren Verlust durch Schweiß und Atmung. Daß Brom durch den Schweiß ausgeschieden wird, ist durch qualitative chemische Analyse festgestellt worden; daß die Lungenschleimhaut ebenfalls aussondert,

kann durch den intensiven Bromgeruch der Atmungsluft von an schwererer Bromintoxikation leidenden Personen als erwiesen gelten.

Die Tageseinteilung wurde folgendermaßen festgesetzt:

7 Uhr morgens: Aufstehen und Körpergewicht bestimmen, Abmessen der 24stündigen Urinmenge, Frühstück.

8 Uhr: Einnahme des Medikamentes in Form einer Lösung von 100 ccm, gleich darauf Beginn der psychologischen Experimente in der Reihenfolge: Auffassung von Bildern, Farben, Buchstaben; Auswendiglernen von 4stelligen Zahlen; Auswendiglernen von sinnlosen Silben ohne Störung, dann mit Störung; dann das Assoziationsexperiment (nach der Züricher Schule).

$\frac{1}{2}$ 10 Uhr: Morgenvisite mit dem Chef. Besorgung der Apotheke usw.

12 Uhr 30 Min. Mittagessen, dann Ruhe (Lesen, Arbeiten usw.).

3 Uhr 30 Min. Abendbrot.

4 Uhr: Additionsexperiment nach Kraepelin, darauf Abendvisite allein.

7 Uhr: Nachtessen.

Die subjektiven Beobachtungen sollten tagebuchartig eingetragen werden. Mein Chef sorgte durch Ausfragen und nachheriges Diktieren während des Bromismus dafür, daß die Einträge auch wirklich gemacht wurden, weil ich sie damals vernachlässigt hätte.

Nachdem ich mich an die salzarme Kost gewöhnt hatte, wurde am 27. VII. mit den psychologischen Experimenten eingesetzt und nach weiteren 8 Tagen, die als Normalperiode zu gelten hatten, bekam ich zum erstenmal Brom. Erst nach Abschluß der Versuche erfuhr ich, daß mir während 22 Tagen täglich in einer Einzeldosis 5 g NaBr zugeführt worden waren, am 23. und 24. Tag wurden morgens und mittags je 5 g NaCl verabreicht, abends die obligaten 5 g NaBr. Dann kam eine medikamentfreie Zeit von 6 Tagen, darauf experimenti causa die 25. und letzte Dosis von 5 g NaBr (1. IX. 1910). NaBr anstatt KBr wurde gewählt, damit eine eventuelle Wirkung des K-Iones bei der Deutung der Resultate nicht komplizierend in Betracht gezogen werden müßte.

Am 7. IX. bekam ich zum erstenmal wieder gewöhnlichen Tisch, und am 10. IX. 1910 wurde auch mit den psychologischen Experimenten aufgehört.

Akuter Bromismus.

Nachdem ich mehr als 14 Tage chlorarm ernährt worden war und mich dabei ausgezeichnet wohl und frisch fühlte, subjektiv wie objektiv viel ruhiger als früher bei gewöhnlicher Kost — der Puls war dabei etwas langsamer als sonst, ca. 66, und weniger erregbar, dabei schön regelmäßig —, so daß ich aus Erfahrung an mir selbst den Versuch, die chlorarme Ernährungsweise zur Beruhigung von „Nervösen“ an-

zuwenden, empfehlen möchte, bekam ich am 3. VIII. 1910 morgens 8 Uhr zum erstenmal 5 g NaBr. Nach den Experimenten, deren Verlauf keine Beeinflussung zeigte, wurde ich gegen 9 Uhr wider alles Erwarten gereizter Stimmung, ich fühlte etwas Sturm im Kopf. Beim Herausgehen aus meinem Zimmer, wobei ich im Korridor nach rechts abbiegen mußte wie immer, taumelte ich plötzlich gegen die Wand, wie wenn ich die Kante zu scharf genommen hätte. Ich fühlte dann eine Art Benommenheit im Kopfe, es kam mir jede Bewegung beim Gehen erleichtert vor, der Gang schwebend, elastisch, dennoch stolperte ich ein paarmal. Um $\frac{1}{2}$ 10 Uhr mußte ich durch den Garten gehen, hier kam ich mir wie im Traume vor, ich hatte das Gefühl, wie wenn der Kopf vom Rumpfe getrennt für sich allein mitschwebte, ich paßte nicht recht in die Umgebung hinein, hatte das Gefühl des Schwankens. Dieser leichte Rauschzustand war schon nach 11 Uhr vorbei, und nachmittags fühlte ich mich völlig normal.

Affektivität und deren Veränderung im Laufe fortschreitender Bromisierung.

Nach jeder Bromeinnahme wiederholten sich anfänglich die schon beschriebenen akuten Erscheinungen von Bromismus; sie wurden aber subjektiv nicht mehr als etwas Abnormes empfunden, weil die erstmals dagewesene Erholung ausblieb, d. h. die Wirkung der nächsten Bromdosis schon eintrat, bevor noch die der vorhergehenden ganz abgeklungen war; so überdeckten sie sich und wurden ihrerseits bald von den chronischen Erscheinungen verdrängt, an welche sehr rasche Gewöhnung eintrat.

Schon nach der dritten Bromeinnahme wurde ich unternehmungslustiger, war in recht gehobener Stimmung, die vielleicht am besten dadurch gekennzeichnet ist, daß es damals mein größtes Vergnügen gewesen wäre, ins feinste Restaurant Zürichs zu einem exquisiten Souper zu gehen. Am Abend dieses Tages fand ich mich bis gegen 12 Uhr nachts im Schuhputzraum der Pensionärabteilung, um, ganz gegen meine sonstige Gewohnheit, mit den Wärtern über Militär und Religion zu diskutieren. Am folgenden Tage fühlte ich mich dann direkt faul (nicht müde!), die psychologischen Experimente schienen mir zum mindesten recht langweilig zu sein. Ich war gut gelaunt bis gegen Abend, wo ich dann durch die immer stärker auftretende Müdigkeit mißgestimmt wurde.

Nach der fünften Bromeinnahme „ärgerten“ mich die Experimente bereits, namentlich das Auswendiglernen sinnloser Wörter. Der Ärger hielt den ganzen Tag hindurch an. Wahrscheinlich aber spielte dabei auch das Gefühl starken Herzklopfens eine Rolle, welches mich direkt deprimierte (ich hatte zu dieser Zeit bereits über 100 Puls, nach Treppen-

steigen sogar 130, während ich vor Beginn der Bromeeinnahme einen durchschnittlichen Puls von 66—70 hatte). Am folgenden Morgen verspürte ich nicht die mindeste Lust aufzustehen, das Stimmungsbarometer blieb den ganzen Tag hindurch tief stehen. Von der 7. Bromeeinnahme ab hatten die Stimmungsschwankungen ihr Ende erreicht, ich war von nun an beständig in euphorischer Stimmung. Am meisten imponierte mir das „dolce far niente“; von Einträgen in Krankengeschichten und ähnlichen „langweiligen“ Dingen war keine Rede mehr, ich tat nur noch, was mich freute; hierbei hatte ich aber doch das Gefühl, wirklich großartige Leistungen zu vollbringen! Nach der 8. Bromeeinnahme war ich bereits so „demoralisiert“, daß ich mich über den Experimentator lustig machte, wenn er sich Mühe gab, mich bei der Sache zu halten; es war mir das alles höchst gleichgültig, ich war nur zu dummen Streichen aufgelegt, Sinn für anderes hatte ich nicht mehr. Sonderbarerweise interessierte mich aber das Kraepelinsche Additionsexperiment, und ich tat mein möglichstes, jeden Tag eine bessere Leistung im Zusammenzählen hervorzubringen. Zu der Nachlässigkeit, die wohl zum Teil durch große Vergeßlichkeit bedingt gewesen sein mag, gesellte sich nun eine unangenehme Witzelsucht, Kalauer recht billiger Art wurden gemacht, zuerst mit Patienten, später wurden auch die Respektspersonen nicht mehr damit verschont. Sonst kein Freund von Händeln, bekam ich nach der 11. Bromeeinnahme direkt Rauflust.

Eigentümlich zu dieser Zeit war das spontane Auftreten von Reimassoziationen, alten Schulreminiszenzen, die ich längst vergessen glaubte. An die 4stelligen Zahlen beim Zahlenlernen z. B. knüpfte ich Geschichtsdaten, die mir auf einmal wieder zur Verfügung standen, ich weiß nicht wie, es war überhaupt wie wenn ich ganz in meine Schulzeit zurückversetzt worden wäre, in die Flegeljahre; ich führte mich auch danach auf! Ich pfiff, tanzte und grimassierte ungeniert auf der Visite, obschon ich in Begleitung meines Chefs war. Unangenehm an der ganzen Situation war mir allein das „Bewußtsein“, einen schlechten Puls zu haben, subjektiv verspürte ich kein Herzklopfen mehr, obschon sich der Puls nun beständig zwischen 100—140 bewegte. Alle anderen Unannehmlichkeiten, die sich nach und nach eingestellt hatten, waren mir, wenn sie mich nicht direkt amüsierten, zum mindesten gleichgültig, so Sprech- und Sprachstörungen, Gleichgewichtsstörungen, fast absolute Vergeßlichkeit, beständiges Verlieren und Verlegen von Bleistiften, Schlüsseln, Stethoskop usw., Nachlässigkeit in Kleidung und Wäsche, Gehörstäuschungen. In diesem Zustand war aber das Auftreten von Lichterscheinungen ein wahrer Genuß. Ich möchte sogar jetzt noch mich dazu versteigen zu sagen, daß ich alle Schikanen einer nochmaligen „Bromkur“ auf mich nehmen möchte, nur um diesen

Genuß wieder zu haben. Ich betone, daß der Inhalt dieser Lichterscheinungen nie erotischer Natur war.

Ein Hang zum Blaguieren stellte sich von Tag zu Tag frecher ein; ich fühlte ganz gut, daß ich es am nötigen Taktgefühl meinen Vorgesetzten gegenüber mangeln ließ, doch konnte ich mich einfach nicht anders benehmen. Hemmungen traten allerdings auf, aber immer erst nach einem Rencontre, und das schon Geschehene tat mir dann nachträglich leid. Die Leute ein wenig zu reizen, war mir zum wahren Bedürfnis geworden. Auffallend war die steigende Gefühlsbetonung in meinen Urteilen, was sich namentlich im Auffassungsversuch schön zeigte: wie Epileptiker zu tun pflegen, konnte ich ein Bild nicht einfach benennen, sondern es mußte gleich ein Werturteil dazu kommen, z. B.: Eine schöne, rote Rose; ein schön blaulackierter Ball; ein niedliches Kinderchärreli usw. (aus dem Protokoll). Die Stimmung war überhaupt rosig, ich machte die schönsten Zukunftspläne und wurde gereizt, wenn man mir widersprach; es war mir überhaupt nicht möglich, die Kehrseite der Dinge zu sehen.

So ist es denn verständlich, daß ich mich in diesem Zustande von einem redegewandten Unternehmer leicht überreden ließ, eine Anzahl Gefälligkeitswechsel für ihn zu unterschreiben, und daß ich mich ganz kritiklos finanziell an einem recht unsichern Spekulationsunternehmen zu beteiligen im Begriffe stand, als glücklicherweise mein Chef hinter die Geschichte kam und mich vor größerem Unheil retten konnte. Ich muß wohl nicht extra betonen, daß ich die umlaufenden Wechsel schließlich selber einlösen mußte, doch hat die Tatsache dadurch einiges Interesse, daß ich erst durch einen Rechtsanwalt feststellen lassen mußte, wie viele Wechsel und welche Beträge ich im Laufe der Zeit unterschrieben hatte, da ich selbst gar nichts notiert hatte und die unterschriebenen Beträge vorweg wieder vergessen hatte. Es stellte sich dann heraus, daß ich mich weit über meine Verhältnisse hinaus engagiert hatte!

Am 20. Bromtage war ich motorisch auffallend erregt, ich mußte immer umherlaufen, nachts nahm ich eine im Hofe verloren gegangene Katze mit auf mein Zimmer aus Mitleid, weil sie so jämmerlich miaute. Vorsichtshalber ließ ich die ganze Nacht hindurch die Fenster offen stehen. Ich wurde jeden Augenblick durch das Tier aus dem Schlafe aufgeweckt und erwachte darauf morgens mit starken Kopfschmerzen und Brechreiz, was beides den ganzen Tag durch anhielt und auch noch am 21. Bromtag vorhanden war. Am Morgen des folgenden Tages mußte ich fortwährend niesen, es lief mir nur so durch die Nase herunter, ähnlich wie bei Jodschnupfen. Ich bekam nun zum erstenmal Kochsalz, das wir als Gegengift bei Bromismus kannten und mit Erfolg angewendet hatten, denn die Erscheinungen schienen meinem Chef doch eine Folge

der Bromintoxikation und nur zufällig mit dem Katzenabenteuer verbunden zu sein. Nach Einnahme von 10 g Kochsalz in 2 Einzeldosen hatte ich erst das Gefühl von Kälte am ganzen Körper, das Gefühl eines Regentages in den Bergen, obschon es schönes Wetter und gar nicht kalt war. Der Humor blieb gut, jedoch fiel mir die Sprechstörung da zum erstenmal als lästig auf. Abends bekam ich wiederum 5 g NaBr, am folgenden Morgen 5 g Kochsalz. Plötzlich, während der Experimente, wurde ich ganz trauriger Stimmung, an die Assoziationen im Assoziationsexperiment wurden lauter traurige Gedanken angeknüpft. Abends erhielt ich dann das letztmal 5 g NaBr. Am Tage darauf, am 27. VIII. 1910 kam mir dann alles heillos nüchtern vor, so ohne jede Poesie, ich war wie aus einem langen Traume erwacht.

Zusammenfassung.

1. Zu Beginn der Bromisierung traten Stimmungsschwankungen auf, Euphorie wechselte mit schlechter Laune ab.

2. Vom 7. Bromtage ab blieb die Stimmung konstant euphorisch bis zum Aussetzen des Broms: zum erstenmal in meinem Leben befand ich mich während Wochen beständig in einem submanischen Zustand mit motorischer Unruhe (Rededrang usw.).

3. Ganz allmählich fühlte ich mich in meine Jugendzeit zurückversetzt, alte Reminiszenzen wurden neu belebt, während die wenigsten frischen Eindrücke haften blieben (analog den Verhältnissen bei einigen organischen und Fieberpsychosen).

4. Mit Aussetzen der Bromzufuhr und Zusatz von Kochsalz wechselte die Stimmung wie mit einem Schlage: der Euphorie folgte eine Depression.

Vegetative Funktionen.

Bei Beginn der Versuche mit salzarmer Kost (am 18. VII. 1910) wurde zuerst der Magen etwas in Mitleidenschaft gezogen, bis der für ihn passende Speisezettel gefunden war; ich hatte ursprünglich zuviel Milch darin eingesetzt. Auch der Schlaf litt unter der ungewohnten Magenvölle, dazu trat nachts noch die diuretische Wirkung der Milch störend hinzu. Die erst im Sinne völliger Obstipation daniederliegende Darmfunktion mußte mit Zulage frischen Obstes geregelt werden, und so kam dann am 23. VII. der oben beschriebene Speisezettel zustande, bei welchem ich so gut gedieh, daß ich am Morgen des 3. VIII., bei der erstmaligen Bromeinnahme, bereits 400 g an Körpergewicht zugenommen hatte. Nachdem der akute Bromrausch abgeklungen war, überfiel mich nach dem Mittagessen dieses ersten Tages plötzlich große Müdigkeit, es stellten sich dazu stechende Leibscherzen ein, die aber bald wieder nachließen. Trotz wiederholten Aufwachens in der folgenden Nacht, wegen wahrscheinlich durch das Bromsalz er-

neut auftretenden Harndranges, hatte ich das Gefühl, tiefer als sonst geschlafen zu haben; auch das Erwachen trat nicht so plötzlich ein, wie es bei mir sonst der Fall ist. Nach der 2. Bromeinnahme fiel der raschere motorische Ablauf der Sprache, der auch objektiv zu konstatieren war, auf. Große Müdigkeit stellte sich schon während der Experimente ein; auf der Visite hatte ich dann beim Hinausschauen durch ein Fenster geradezu einen Müdigkeitsanfall, ich fühlte, wie sich mir die Augen in den Höhlen verdrehten, ein momentanes Schwindelgefühl zwang mich zum Absitzen. Auffallend war, daß eine jede nach längerem Ruhen ausgeführte Bewegung sozusagen erst wieder gegen eine allgemeine Trägheit in Gang gesetzt werden mußte, wie etwa ein verharztes Uhrwerk. Es wollten mir z. B. nach einer Fahrt mit der Straßenbahn in die Stadt die Beine zuerst nicht recht gehorchen, und erst etwa nach 25 m Weges konnte ich wieder einigermaßen anständig gehen. Nach dem Mittagessen bekam ich wieder die stechenden Schmerzen in der Magengegend, dann im Leib, wie plötzliche Nadelstiche; dazu hatte ich eine unangenehm verpappte Zunge. Wie schon am ersten Bromtage, trat wiederum bei der Kraepelinschen Additionsarbeit Schreibkrampf auf. Am gleichen Abend verlor ich auf dem Wege zur Wage ein Ei, das ich in der Hand getragen hatte. Der Schlaf in der Nacht darauf war so tief, daß ich zum erstenmal sowohl die grelle Hausglocke, wie auch meinen eigenen Wecker überhörte. Hier wirkte das Brom schon nach zweimaliger Dosis als sicheres Schlafmittel! Nun hatte ich auch schon Mühe, die ersten paar Worte bei den Experimenten sagen zu können, es kam mir vor, wie wenn die zum Sprechen gebrauchten Muskeln noch für sich allein weiter schlafen würden; auch hier brauchte es bis zur richtigen Funktion wiederum ein Einarbeiten! Nachmittags, vor Beginn der Additionsarbeit, schlief ich plötzlich ein, darauf folgte wieder Schreibkrampf. Da sich die Müdigkeit mit steigender Bromisierung immer stärker einstellen zu wollen schien, so mußte fortan im Interesse der Experimente nachmittags ein offizielles Schlafstündchen eingeschaltet werden. Nach der 5. Bromeinnahme erwachte ich spontan vom Mittagsschlaf mit unangenehm starkem Herzklopfen. Der Puls, der seit der Brommedikation von Tag zu Tag um ein paar Schläge rascher geworden war, an jenem Morgen noch 76 zählte, stieg plötzlich auf 115 und blieb stundenlang auf dieser Höhe. Abends sollte ich in der Stadt in einem 3. Stockwerk einen Besuch abstaten; ich mußte beim Treppensteigen wegen des Herzklopfens jeden Augenblick stillestehen, endlich oben angekommen, zählte ich 130 Pulsschläge. Beim Nachhausegehen zog ich nun vor, einen weiten Umweg zu machen, nur um nicht die steile Straße vom Sec zur Anstalt hinaufgehen zu müssen, die ich sonst täglich mühelos machte. Nachts schlief ich dann wieder ausgezeichnet, schlief dann am Morgen beim

Pulszählen wieder ein und erwachte erst, als mir die Taschenuhr aus der Hand auf den Boden geglitten war. Von da an wurden sowohl Wecker wie Hausglocke sehr oft verschlafen, und ich mußte einen Wärter beauftragen mich zu wecken, im Falle ich nicht zur gewöhnlichen Zeit aus meinem Zimmer heraustreten würde. Mit Eintreten der konstant euphorischen Stimmung verlor sich auch das lästige Gefühl des Herzklopfens, obschon der Puls selten mehr unter 100 zurückging; auch an die nach jedem Mittagessen neu auftretenden Magen- und Leibschmerzen hatte ich mich schon gewöhnt, lästig aber war mir der Schreibkrampf beim Kraepelinschen Additionsexperiment, denn der Arm schmerzte mich dabei. Mein Aussehen war, trotz subjektiven Wohlbefindens, nach Aussage meiner Umgebung ein schlechtes geworden.

Am Abend des 12. Bromtages trat zum erstenmal lästiges Sodbrennen auf; ich fürchtete, mich erbrechen zu müssen. Von da an trat das Sodbrennen regelmäßig jeden Abend auf.

Am 14. Bromtag wurde ich von einem Patienten aus tiefem Nachmittagschlaf aufgeweckt und konnte da gar nichts Verständliches reden; ich hatte das Gefühl, die Sprechmuskulatur wolle nicht mehr gehorchen. Gleich darauf setzte ich mich zur Rechenarbeit nieder, und zu meinem Erstaunen sah ich alle Zahlen doppelt, so daß ich gut 10 Minuten lang abwechselnd das eine oder das andere Auge mit der Hand verdecken mußte, um überhaupt weiterarbeiten zu können. Ich hatte dabei das deutliche Gefühl eines Gegenzuges der Recti externi beim Versuche zu konvergieren.

Plötzliches Fallenlassen von Gegenständen aus den Händen war inzwischen chronisch geworden. Am Morgen des 18. Bromtages erwachte ich zum erstenmal mit einem bitteren Geschmack auf der Zunge, der sich von nun an regelmäßig einstellte; dafür aber blieb das Sodbrennen aus! Inzwischen zählte der Puls ganz beständig über 100. Am 21. Bromtag trat zum erstenmal heftiger Stirnkopfschmerz auf, ähnlich wie bei einer Magenverstimmung, dazu Brechreiz bei stark kongestioniertem Kopfe; da sich dieser Zustand auch am folgenden Tage nicht bessern wollte, bekam ich am Morgen des 23. Bromtages anstatt Bromnatrium 5 g NaCl (als Gegengift) und nachmittags 1 Uhr nochmals dieselbe Dosis. Gegen 5 Uhr erbrach ich einen Mundvoll ganz bitterer Flüssigkeit, worauf am Abend sich zum erstenmal seit 6 Tagen wieder das alte Sodbrennen einstellte. Es wird sich da wohl um einen quantitativen Umschlag im Chemismus des Magens gehandelt haben. Die üblichen 5 g NaBr bekam ich nun nachts, und es stellte sich wiederum intensiver Harndrang ein, wohl durch die ungewohnt große Salzmenge (zusammen 20 g anstatt 10) hervorgerufen. Vor- und nachmittags darauf wurden wiederum je 5 g Kochsalz eingenommen, worauf ich zum erstenmal während der ganzen bisherigen Dauer der

Experimentierzeit Durst empfand. Bisher hatte ich nie das Bedürfnis gehabt, zu trinken, jetzt aber durfte ich wegen des Régimes natürlich den Durst nicht stillen! Ich schwitzte wie noch nie zuvor, der Puls stieg auf 110—115, und es trat Stechen im Kopf hinzu. Abends bekam ich dann zum letztenmal die vorschriftsmäßigen 5 g NaBr.

Obschon ich von da an keine Salze außer den in der Nahrung enthaltenen mehr zugeführt bekam, blieb doch noch während einiger Tage heftiger Harndrang zurück. Der Puls verlangsamte sich wieder merklich und betrug am Morgen des zweiten bromfreien Tages nur noch 90. Die Haut wurde jetzt trocken und runzelig, namentlich an den Händen. Am 3. Morgen war der Puls noch 74, der Schlaf blieb gut, aber merklich weniger tief, bei bereits erschwertem Einschlafen.

Am 20. Bromtag wog ich 63,750 kg, das Maximum während der Dauer der Experimente; mit 61,7 kg hatte ich begonnen; ich hatte also bis dahin 2kg und 50 g zugenommen, davon 1600 g während der reinen Bromperiode. Vom 20. Bromtag an ging das Gewicht mit größeren und kleineren Schwankungen täglich abwärts. Die Euphorie hatte bald nach Aufhören der Bromzufuhr abgeflaut und einer zunehmenden Depression Platz gemacht, und auch der Schlaf wurde schlechter. Der Appetit lag darnieder, ich aß mit Widerwillen, und nur weil ich essen mußte. Experimenti causa bekam ich nach 5 tägiger Bromabstinz am 1. September wieder 5 g NaBr, und wenige Stunden darauf aß ich wieder mit großem Vergnügen mein Mittagbrot. Um 10 Uhr abends, wie ich mich anschickte vom Diwan aufzustehen, wo ich liegend gelesen hatte, überfielen mich plötzlich höchst peinliche Gefühle, ich mußte zwangsmäßig Sachen denken, von denen ich das deutliche Gefühl hatte, sie schon einmal gedacht zu haben, ohne jedoch zu wissen, wo und wann. Um 10 Uhr 30 Min. trieb es mich aus Angst zum Bett hinaus, weil ich fühlte, daß mein Puls äußerst langsam und ganz unregelmäßig ging, was ich mit den Fingern selbst kontrollieren konnte; dabei hörte ich mit den Pulsschlägen synchron ein rhythmisches Sausen in den Ohren, ich glaubte allen Ernstes, daß es jetzt aus sei mit mir, daß mein Herz bald ganz stille stehen würde. Nach dreiviertel Stunden war der äußerst peinliche Zustand wieder vorüber. Die folgenden Nächte wurden, was Schlaf anbelangt, immer schlechter, ich konnte beinahe nicht einschlafen, wachte nach kurzer Zeit wieder auf, hatte dann schlaflose Pausen bis zu 3 Stunden und mehr. Tagsüber fror es mich. Der Appetit war ganz verschwunden, ich mußte mich noch abends abquälen, um mein Mittagessen fertig zu bringen, da doch einmal das bestimmte Quantum gegessen werden mußte! Erst in der Nacht auf den 6. September schlief ich wieder einmal ohne Unterbruch bis am Morgen. Ich bekam am 6. September nachmittags experimenti causa 5 g Kochsalz in Lösung, worauf gleich etwas Magenschmerzen auftraten. Am

Abend war ich dann tüchtig müde. Am folgenden Morgen wog ich 63,450 kg, 450 g mehr wie am Tage vorher! Daß der Gewichtszuwachs durch Wasserretention infolge der 5 g NaCl entstanden ist, kann durch die verminderte Urinmenge am folgenden Tage schön bewiesen werden.

Am 7. September wurde wieder die übliche salzhaltige Nahrung eingenommen, die mir aber erst gar nicht schmecken wollte. Die Kartoffeln z. B. brachte ich kaum hinunter, und gegen das Fleisch hatte ich Widerwillen; dagegen vermißte ich schmerzlich die Milch. Mit Schlaflosigkeit hatte ich in der Folge noch lange zu kämpfen. Am 12. September nahm ich nochmals 1,2 g Brom zu mir, worauf ich dann ordentlich schlafen konnte. Trotz des starken cerebros spinalen Bromismus trat während der ganzen Dauer der Experimente nicht eine einzige Aknepustel an meiner Körperoberfläche auf.

Zusammenfassung.

Auf die vegetativen Funktionen äußerte sich bei mir die Bromwirkung wie folgt:

1. Schlaf, Erwachen, willkürliche Bewegungen. Der Schlaf war tiefer, anfallsweise große Müdigkeit tagsüber. Das Erwachen erfolgte allmählich, nicht plötzlich, wie sonst bei mir. Aussetzen des Broms bewirkte länger dauernde Schlafstörung. Nach dem Erwachen — seltener nach längerem Ruhigsitzen — trat zunächst bei jeder willkürlichen Bewegung eine Koordinationsstörung auf: ich war außerstande verständlich zu sprechen, außerstande zu konvergieren (Doppelbilder), Schreibkrampf, Störungen beim Gehen.

2. Zirkulation. Puls: Mit fortschreitender Bromisierung stieg die Pulsfrequenz von 66 in der Minute auf 110 am Ende der Bromperiode, dabei traten plötzliche Pulssteigerungen auf bis gegen 130 Schläge auch in völliger Ruhelage; diese plötzlich eintretenden Steigerungen konnten stundenlang anhalten. — Herz: Auffällige Reaktion auf bruske Salzschwankungen, Arythmien, Anfälle von Herzangst. — Aussehen: Schlechtes, fahles Aussehen, abwechselnd mit temporären Kongestionen des Kopfes.

3. Verdauung und Diuresc. Gleich nach der ersten Bromgabe stellten sich nach den Hauptmahlzeiten stechende Schmerzen in der Magenregion ein, gefolgt von Nadelstichen im Leib. Die Zunge war weiß belegt und pappig. Am Abend des 12. Bromtages trat erstmals Sodbrennen auf, das nun ständig jeden Abend bis zum 18. Bromtage aufzutreten pflegte. An diesem Tage muß ein quantitativer Umschlag im Chemismus eingetreten sein, denn von nun an blieb das Sodbrennen temporär aus, und an seine Stelle trat ein bitterer Geschmack im Munde bis zum Abend des 23. Bromtages, an welchem 10 g Kochsalz eingenommen worden waren; von da an trat wieder regelmäßig Sodbrennen auf.

Bei Angewöhnung an die neue Kost trat anfänglich Obstipation auf. Die Diurese paßte sich jeweils rasch den neuen Umständen an, reagierte prompt auf Änderungen in der Salzzufuhr (die genauen Zahlen des jeweiligen Brom-Kochsalzstoffwechsels werden an anderem Orte publiziert werden). Durst stellte sich während der Dauer der Versuche ein einziges Mal ein, am 24. Bromtage, als 2 Tage hintereinander insgesamt je 20 g Salze eingenommen worden waren anstatt der üblichen 5—10 (5 in der Kost, 5 NaBr).

4. Haut: Trotz des schweren cerebrosinalen Bromismus traten während der ganzen Bromperiode keine Hautefflorescenzen auf. (Keine einzige Acnepustel!) Am zweiten bromfreien Tag fiel auf, daß die Haut äußerst trocken und runzelig wurde (gefältelt).

5. Das Körpergewicht nahm bis zum 20. Bromtag langsam zu, von da an wieder ab. Es reagierte prompt auf Schwankungen in der Zufuhr von Salzen (Wasserretention).

Störungen des Gleichgewichts und der Sinnesorgane.

Nach Einnahme der ersten 5 g Bromnatrium trat, wie oben beschrieben, ein Bromrausch auf. Nach Ablauf des Bromrausches fühlte ich mich noch am nämlichen Tage wieder ganz normal; dagegen machte sich wider alles Erwarten die Wirkung der einmaligen Bromgabe noch am folgenden Morgen deutlich bemerkbar: ich hörte nämlich beim Aufwachen verschiedene Patienten im Zimmer unter mir lebhaft miteinander reden; ich erkannte aus dem Stimmengewirr genau den Baß eines bestimmten Herrn heraus, konnte jedoch nicht verstehen, was sie miteinander besprachen. Ich war an diesem Morgen nicht so plötzlich aus dem Schlafe erwacht wie gewöhnlich, und erst als ich ganz munter war und mir überlegte, daß im Zimmer unter mir diese Herren gar nicht sein konnten (Archiv der Anstalt), merkte ich, daß ich von einem Geräusch in den eigenen Ohren getäuscht worden war.

Zirka 1 Stunde nach der zweiten Bromeinnahme überraschte mich beim Treppensteigen ein ganz eigenartiges Gefühl der Behendigkeit, der Leichtigkeit des Steigens. Ich hatte das Gefühl, als ob meine Beine losgelöst von meinem Willen, von sich aus, ganz automatisch arbeiten würden und ich dabei bloß Zuschauer wäre. Ganz merkwürdig für mich war das Gefühl, als ob die treibende Kraft in den Unterschenkeln säße, daß von diesen aus meine Kniee in die Höhe geschnellt würden, während die Oberschenkel fast gelähmt, bleischwer, nur passiv sich mitbewegten. Kleine, momentane Gleichgewichtsstörungen beim Gehen, namentlich bei Wendungen, kamen den ganzen Tag hindurch vor; dagegen war ein Gefühl des Schwankens wie nach der ersten Bromeinnahme nicht vorhanden, es trat dies Gefühl erst später, mit fortschreitender Bromisierung, wieder auf, und zwar glaubte ich dann

beim Gehen Schlangenlinien zu beschreiben. Dieses Gefühl hatte nichts Unangenehmes für mich.

Das An-die-Wand-Taumeln beim Umgehen von Kanten wurde von Tag zu Tag häufiger, ich stieß nun auch unfehlbar an vorübergehende Personen an, denen ich ausweichen wollte (10. Bromtag). Die „treibende Kraft“ beim Treppensteigen war inzwischen in die Knie verlegt worden; diese wurden, meinem Gefühl nach, nicht mehr passiv von den Unterschenkeln in die Höhe gehoben, sondern sie rissen jetzt ihrerseits letztere mit in die Höhe. Nach der 10. Bromeinnahme traten spontan Schmerzen in den Beugern der Oberschenkel auf, namentlich links; ich hatte das Gefühl, als ob ich Prügel bekommen hätte; sie verschwanden nach 2 Tagen wieder.

Zum Sausen in den Ohren, das nur zeitweilig auftrat und dann meistens beim Erwachen, gesellte sich am 10. Bromtag Flimmerskotom, auch wieder beim Aufstehen. Dies empfand ich trotz der wurstigen Euphorie eher als unangenehm, denn das Gesichtsfeld war gleichzeitig peripher eingeschränkt; nur ein kleiner zentraler Teil war in Ruhe, ringsherum bewegte sich alles wurmartig, so daß ich meine Füße z. B. nicht sehen konnte, wenn ich nicht direkt darauf guckte. Nach Schließen der Augen und Ruhigsitzen ging die Sache bald vorüber. Zum Stolpern wegen momentanen Gleichgewichtsstörungen kam nun das Stolpern über kleine Unebenheiten, weil die Füße nicht mehr recht vom Boden gehoben und schließlich fast nachgezogen wurden. Gleichgewichtsstörungen kamen vom 14. Bromtage an auch beim Stillestehen vor; so flog ich plötzlich einige Stufen hinunter während eines Gespräches auf der Treppe. Ich hatte nun auch das Gefühl, ich sinke während des Gehens in die Kniee, der Körper falle vornüber, und erst im letzten Augenblick folgten die Beine nach, damit ich nicht hinstürze. Am 15. Bromtage traten spontan Wadenschmerzen auf, das gleiche Gefühl wie vorher in den Oberschenkeln, nun aber weiter nach unten lokalisiert. Das Legen der Beine über eine Kante war recht schmerzhaft. Auch diese Schmerzen verschwanden nach 3 Tagen, um ihrerseits einem Gefühl spezieller Müdigkeit (Abgeschlagenheit) Platz zu machen, das nun in der Gegend unterhalb der Waden seinen Sitz hatte. In dieser Zeit schien alles Farbige für mich an Schönheit zugenommen zu haben, ich konnte weit mehr Freude an Blumen und Farbkombinationen haben wie früher, die Farben empfand ich entschieden viel leuchtender wie vorher. Während des Assoziations-experiments hielt ich die Augen von Beginn der Experimente an geschlossen, um weniger abgelenkt zu werden; ich verdeckte sie aus Bequemlichkeit noch mit der Hohlhand. Dabei fiel mir auf, daß mit fortschreitender Bromisierung immer schönere und lebhaftere Farbenscheinungen auftraten, zuerst in Form von sich bewegenden, größer

und kleiner werdender Flecken. Gegen die Zeit des 15. Bromtages hin aber wurden die Farbenercheinungen belebt, ich sah Bilder. Am 18. Bromtag z. B. erschien mir, in ihren Umrissen sehr deutlich, die Klosterkirche von Einsiedeln; ich erkannte sie sofort, die Umrisse der Kirche waren von einer leuchtenden roten Linie eingefasst (es erinnerte mich dies an ein Plakat der Pilatusbahn, das an allen Bahnhöfen zu sehen war). Dann sah ich wieder die Türme der Tonhalle von Zürich usw. Richtete ich meinen Blick (bei geschlossenen Augen) gegen den Boden, dann war der Grundton der Bilder schön blau. Eine Stunde, nachdem ich am 25. VIII. zum erstenmal anstatt der üblichen 5 g Bromnatrium ebensoviel Kochsalz bekommen hatte, wurden die erscheinenden Bilder so schön wie nie zuvor, ein wunderbarer Genuß, der wohl mit schuld daran war, daß damals die Assoziationen so überaus oberflächlich ausfielen, bei verhältnismäßig doch langer Reaktionszeit. (Wahrscheinliches Mittel $\frac{1}{8}$ Sekunden und 26% Fehlreproduktionen!) Ich sah den Mailänder Dom, direkt vor mir das schöne Mittelportal, schöner als in Wirklichkeit. Plötzlich fingen die Marmorsteine an sich zu bewegen, und das Ganze verwandelte sich in einen riesengroßen Pierrot, der auf mich zukam. Ich konnte nur das Brustbild sehen, den Kopf mit der großen weißen Spitzmütze, die breite, gefältelte Halskrause, den weißen Kittel mit den großen, runden Knöpfen, in der Hand die Pritsche. Beine und Füße konnte ich nicht sehen, weil die kolossale Gestalt zu nahe vor meinen Augen war. Dann wieder erschien eine wunderbare Treppe aus hellgrünlichem Alabaster, die mit den untersten Stufen in einen See, auf welchem weiße Schwäne einherschwammen, tauchte. Das Ganze war von hellvioletterm Licht überflutet, das wunderbar zu den anderen Farben kontrastierte. Es ist mir nicht möglich, die Farben- und Formenpracht nur annähernd zu beschreiben. Die Bilder waren in steter Umwandlung begriffen. Am Abend des gleichen Tages, nachdem ich mittags nochmals 5 g Kochsalz eingenommen hatte, traten beim Verdunkeln der geschlossenen Augen mit einem vorgehaltenen Heft wiederum sehr schöne Farbenempfindungen auf; deren Inhalt bestand aber aus lauter banalem Zeug, aus recht bunten Geflechten, Strohmattenmustern usw., oder dann wieder plastisch aus einer Ebene hervorstehenden farbigen Zäpfchen. Dann erschien wieder ein Gewebe, durch dessen Maschen hindurch abwechselungsweise kleine rote und grüne Kugeln in der Richtung auf mich zu hindurchschlüpfen. Nachts bekam ich wiederum 5 g NaBr. Am darauffolgenden Morgen, am 26. VIII., nochmals 5 g Kochsalz. Nachdem ich mich wirklich sehr wohl gefühlt hatte, trat ca. eine halbe Stunde nach der Einnahme des NaCl während der Experimente ein plötzlicher Stimmungsumschlag ein. Im Auffassungsexperiment waren auf einen Schlag alle Nachbilder weg, und mich packte eine traurige Stimmung. Beim darauf-

folgenden Assoziationsexperiment traten Gedanken traurigen Inhalts auf. Bei geschlossenen Augen sah ich wunderbare Feuersalamander, die mit häßlichen Fledermäusen abwechselten, ich sah das Innere eines Kerkers, zusammengestürzte Mauern u. dgl. unheimliche Dinge mehr. Aber auch bei den Auffassungsexperimenten schienen mir in der Bromperiode die exponierten Bildchen in viel lebhafteren Farben wie früher. Wenn ich jeweils nach der Vorweisung einer Serie die Augen schloß, so gewährte ich noch eine Zeitlang recht deutliche Nachbilder, ich konnte mit Hilfe dieser die Reihe wieder hersagen. Mit fortschreitender Bromisierung aber verschwanden jeweils alle Bildchen wie mit einem Schlage (22. Bromtag), und es blieb an deren Stelle eine schwarze Leere zurück, bis plötzlich wieder blässere Bildchen darin auftauchten, die nun aber unter Umständen einer früher gesehenen Serie angehören konnten.

Nachdem ich am Nachmittag des 25. VIII., wie schon erwähnt, nochmals 5 g Kochsalz eingenommen hatte, kam das Stolpern auffällig weniger oft vor; auch wurde der Gang objektiv strammer. Nach dem Telephonieren empfand ich noch ca. 20 Minuten lang lästiges Nachtönen im Ohr, synchron mit dem Pulsschlag an Stärke zu- und wieder abnehmend, nicht mehr aber am folgenden Nachmittag, wo die gleiche Therapie angewandt worden war; hier stellte sich dann zu den weiter oben beschriebenen optischen und affektiven Erscheinungen eine unangenehme Schwere in den Beinen ein; diese waren wie mit Sandsäcken belastet. Ich erhielt nun an diesem Abend die letzten 5 g Bromnatrium.

In der darauffolgenden bromfreien Zeit empfand ich die im Anfang immer noch vorhandenen Gleichgewichtsstörungen gleich am ersten Tag als lästig, während sie mir unter Bromwirkung ganz gleichgültig gewesen waren. Das Summen in den Ohren verschwand auch nicht sofort; am ersten bromfreien Tag passierte es mir noch, daß ich wirklichen Gesang von illusionärem nicht unterscheiden konnte und erst andere Personen fragen mußte, ob jetzt wirklich gesungen werde. Am Tag darauf hatte ich noch beständig Summen in den Ohren. Von Lichterscheinungen zeigten sich am ersten Bromabstinentztag alle als mehr dekorative Muster, die mich nicht mehr ablenkten. Am zweiten Tag wurden sie wieder viel farbenfreudiger, doch inhaltslos; es waren ineinander übergehende farbige Flächen und Räume. In der Nacht vom 3. zum 4. Abstinentztag lag ich 3 Stunden lang völlig schlaflos da, wilde Gedanken jagten sich, mit offenen Augen sah ich in der Dunkelheit massenhafte, immer sich ineinander umwandelnde Figuren, meistens ganz kleines Zeug, eine Art einfarbiger Bonbons, wie man sie an Weihnachtsbäumen hängen sieht, blau, grün, gelb, rot; dann wieder zwischendurch wagrechte Girlanden von rosafarbenen Rosen usw. Mit fortschreitender Entbromisierung nahmen diese Erscheinungen rasch ab. Das Gefühl

der Schwere in den Beinen und des In-die-Kniesinken-Müssens trat 1 Stunde, nachdem am 1. September 1910 (experimenti causa) wieder 5 g NaBr gereicht wurden, von neuem sehr heftig auf, auch Sausen in den Ohren, das aber sofort als solches erkannt wurde. Diese Erscheinungen dauerten aber nur kurze Zeit an und machten einem Gefühl erleichterter Beweglichkeit Platz. Am Tage darauf war alles wieder verschwunden.

Zusammenfassung.

I. Unter Bromgebrauch traten sehr rasch Sinnesreizungen auf in Form von Gehörsillusionen, später traten Lichterscheinungen bei geschlossenen Augen am Tage und nachts bei geöffneten auf. Sodann Täuschungen im Gebiete der Bewegungsempfindung.

II. Die Lichterscheinungen wurden inhaltlich durch die Affektlage beeinflusst.

III. Gleichgewichtsstörungen traten schon nach der ersten Brom-einnahme auf, zuerst beim Gehen, dann auch in der Ruhe.

Sprache.

Am 2. Bromtage zeigte sich eine auffallende Erleichterung des Aussprechens von Wörtern. Während es mir bei den Normalversuchen gelang, ein 2 Sekunden lang vorgehaltenes Kärtchen mit 6 Buchstaben $1\frac{1}{2}$ mal durchzulesen bei gleichzeitigem halblauten Vor-mich-Hinsagen der Buchstaben, konnte ich jetzt in derselben Zeit die Kärtchen 2 mal durchlesen und hersagen. Beim Auswendiglernen sinnloser Silben hatte ich mir in den Normalversuchen angewöhnt, die Wörter in einzelne Silben zu zerlegen und mir beim Aufsagen visuell vorzustellen; ich konnte sie dann sozusagen ein zweites Mal ablesen. Nun brauchte ich das bei geläufigen Zusammenstellungen von im gewöhnlichen Sprachgebrauche vorkommenden Silben nicht mehr zu tun; die Wörter kamen mir gewissermaßen aus dem Munde ohne eigenes Zutun. Kamen dagegen ungewohnte Formen vor, so kam mir „der Mund in die Quere“; ich stieß an und konnte die Wörter nicht so hersagen, wie ich wollte. Die Erleichterung der motorischen Lernweise steigerte sich am folgenden Tage (3. Bromtag), so daß ich beim Auswendiglernen „Sinnloser“ ohne Störung die kürzeste Durchschnittszeit dreier Serien von je 3 Wörtern zu je 3 Silben der ganzen Experimentierzeit erzielte mit 0,56 Minuten für die Serie. Mit 0,36 Minuten war am 2. Bromtage das Minimum der Zeit zum Auswendiglernen einer Reihe von 3 Wörtern zu 3 Silben erreicht (Reihe: zustenfip, zerhaszül, felnelkad). Bei Beginn der Experimente am Morgen des 3. Bromtages hatte ich Mühe zu reden; aber einmal angefangen, ging es ganz leicht, nicht aber ohne häufiges Anstoßen. Hingegen fiel mir auf, daß ich einzelne Wörter

gar nicht zur Verfügung hatte; dies zeigte sich namentlich im Auffassungsexperimente. Die Bilder wurden dann in anderen Sprachen bezeichnet, z. B. für Wage *balance*, für Maikäfer *hanneton*, für Sichel *falx*. Ich sagte auch andere Worte, als ich sagen wollte, z. B. für Zucker *Salz*. Bei Vorweisung von Bildern in 2 Sekunden zeigte sich Kontamination, und zwar nicht in Form der Perseveration, sondern als ein Vorgreifen von Buchstaben, die dem folgenden Worte entstammen. Beispiele (2 aufeinanderfolgende Bilder): I. Scheer (*e*), II. Stiefel; für Scheere wird *Steer* gesagt, wobei das *t* dem Worte *Stiefel* entnommen ist. (Aufeinanderfolgende Farben): I. braun (*brun*), II. blau; für braun (schweizerdeutsch *brun*) wird *blun* gesagt. Die nächste Stufe der Sprachstörung bildeten Buchstabenumstellungen im gleichen Worte, z. B. *Urlich* statt *Ulrich* (9. Bromtag), *Hirschkäfer* (Dialekt: *Chäfer*) = *Hirschfächer*. Die Wortbereitschaft wurde immer schwerer, und so begannen teilweise Wortneubildungen aufzutreten, zuerst in zusammengesetzten Wörtern, von denen nur noch ein Teilwort richtig zur Verfügung stand; z. B. für *Stall-laterne* wurde *Nacht-laterne* gesagt (10. Bromtag), für *Stiefel-knecht* *Schuh-knecht*, für *Bienenkorb* *Bienen-trog*. Es stellten sich auch klangähnliche Worte für solche ein, die wissentlich gesagt werden sollten: *Traube* (Dialekt: *Trübel*) wird zur *Fliege* (Dialekt: *Flüge*), *Schemel* zu *Schädel*. Die Fehler kamen aber immer schon während des Aussprechens zum Bewußtsein; es wollte sozusagen der Mund dem Willen nicht gehorchen. Eine weitere Stufe der Sprachstörung kam zum Vorschein, als auch die Wortbereitschaft in anderen Sprachen mich im Stiche ließ; nun wurden direkt Wortneubildungen angewendet, um die Bilder im Auffassungsexperimente zu bezeichnen; im gewöhnlichen Verkehr wußte ich mir mit Umschreibungen zu helfen (11. Bromtag). *Sitzmaschine* = *Fauteuil*; *Staubauffänger* = *Schaufel*. Es kam auch vor, daß für eine bestimmte Bezeichnung diejenige einer eng damit assoziierten Vorstellung gesagt wurde, z. B. für *Waschbecken*: *Schwämme*. Am 14. Bromtage wurde ich nachmittags zufällig von einem Patienten aus dem Schlafe geweckt; ich konnte da überhaupt nicht verständlich sprechen; es verstellten sich alle Silben im Munde. Vom 16. Bromtage an wußte ich nicht mehr, daß ich Fehler machte. Ich sah z. B. grün und sagte: rot, ohne zu merken, daß ich etwas Falsches sagte; namentlich schwierig wurde das richtige Angeben von Zahlen. Die Kontaminationen wurden komplizierter, z. B. I. *Schmetterling* (Dialekt: *Summervogel*), II. *Käfer* (Dialekt: *Chäfer*) gab *Summerhofel* für I. Sie traten nun auch häufiger im gewöhnlichen Gespräch auf, wo es nicht mehr darauf ankam, Dinge, die ich gesehen hatte, möglichst rasch zu benennen. Für „letzte Nacht“ wurde „netzte Nacht“ gesagt. Bei längeren Wörtern wurden Buchstaben umgestellt, so wurde Probe-

frühstück zu Prübevorstück. Später kamen auch Kontaminationen von im Satze weit auseinanderliegenden Wörtern vor, auch hier wiederum nicht in Form einer Perseveration, sondern als ein Vorgeifen (22. Bromtag). Beispiel: Ich wollte zu einer kleinen lesenden Patientin sagen: „Liestest du vom Fuchs in der Höhle?“, sagte aber: „Liestest du vom Huchs . . .“ oder „Ich habe Kopfschmerzen, aber es ist zum Aushalten (Dialekt: ushalte), es ist eine verteufelte (Dialekt: vertüfleti) Geschichte“ . . . „Kopfschmerzen, aber es ist zum Ufhalte . . .“, oder es wurden direkt Wörter im Satze versetzt: „Ich höre die Stimme von einer Schwester“ = Schwester von einer Stimme.“ „Ein brauner Käfer auf grünem Blatte“ wird zum „grünen Käfer auf dem Blatte“. Die grammatikalische Form wird hier noch gewahrt; sie verwischt sich aber da, wo Prädikate versetzt werden. Z. B. „Es ist mir aufgefallen, daß ich das und das gemacht habe (Dialekt: han) = das han' i ufgefalle. Aus diesem Grunde wurden auch die Wortspiele nicht mehr verstanden, die ich in meiner Bromeuphorie fast zwangsmäßig produzierte; die Leute konnten die Witze nicht verstehen, bis ich den Satz korrigierte!

Eine andere Art von Sprachstörung zeigte sich im Gespräch, indem dem Satze fremde Wörter eingefügt wurden, die sich jedesmal als zunächstliegende Assoziationen erwiesen, z. B.: „Du mußt mit dem roten, grünen Mundwasser spülen.“ In diese Kategorie werden auch diejenigen zusammengesetzten Wörter gehören, in welche eine naheliegende Assoziation hineingeschoben wurde. Beispiel: Photographieapparat wurde zum Photographieständerapparat. Aber auch beim lauten Vorlesen zeigten sich gleichartige Kontaminationen; für: „. . . traten in den gelähmten Gliedmaßen Zuckungen auf . . .“ . . . gelähnzten . . . , wobei das z vom β aus Gliedmaßen oder vom Z aus Zuckungen herkommen mußte. Am schwersten gestaltete sich das Lesen mehrstelliger Zahlen und mußte jedesmal ein paarmal angesetzt werden, bevor die Zahl richtig ausgesprochen werden konnte, auch hier wegen des Verstellens der einzelnen Ziffern. 5616 wurde zuerst wie 161, dann wie 6000; 2,6 wie 2,60 (sechz'g, Dialekt für 60), 9390 = 3000 gesprochen usw.

Durch die allgemeine Wurstigkeit und Euphorie empfand ich die Sprachstörung gar nicht als lästig; unangenehm empfunden wurde sie erst am 23. Bromtage, nach Einnahme von 10 g NaCl. Es hörten sofort die ganz groben Kontaminationen auf, und zwar zuerst in der gewöhnlichen Unterhaltung; im Auffassungsexperiment zeigten sich noch Kontaminationen des Typus „Schnüssel“ aus I. Schlüssel und II. Schnecke. Die Bezeichnungen kamen am 24. Bromtage, nach Einnahme weiterer 5 g NaCl, viel spontaner, „der Mund läuft besser“ (Notiz im Tagebuche!). Trotzdem kamen immer noch Wortneubildungen vor, wie Luegmaschine für Spiegel.

2*

Am ersten bromfreien Tage, nachdem jedoch am 23. und 24. neben den 5 g NaBr noch je 10 g NaCl eingenommen worden waren, hörte jede im Endorgane liegende Sprachstörung, sowohl subjektiv wie objektiv, auf. Erst am 25. Bromtage, der nach 5 bromfreien Tagen experimenti causa eingeschaltet worden war, bemerkte ich wieder eine Kontamination, die allerdings auch zufällig gerade an diesem Tage aufgetreten sein konnte. „... kein Bauchweh mehr... (Dialekt: Buchweh meh) = Buuchmehweh.“ Am zweiten bromfreien Tage notierte der Experimentator, daß ich „mit weicher, eher leiser Stimme, nicht laut und stramm“ gesprochen habe. Die Wortbereitschaft blieb aber noch einige Zeit erschwert; im Protokoll der Auffassungsexperimente finde ich die umgekehrte Reihenfolge des Wortneubildungsmodus wie am Anfang der Bromzeit, zuerst noch den groben, z. B. für Malkasten: „Photographiemaschine, wo Farben drin sind“ (am zweiten bromfreien Tag), dann über den fremdsprachigen: römische Kolonne (für Säule), concombre (Gurke), falx (Sichel), zu dem feinsten Modus: Touristenblechgeschirr für Feldflasche, Spritzer für Gießkanne, Sitzgelegenheit für Fauteuil (8. bromfreier Tag); daneben aber auch noch Umschreibungen wie „Viecher (Tiere) am Boden, Forelsche“¹⁾ für Ameisen (1. bromfreier Tag).

Zusammenfassung.

Zu Beginn der Bromisierung zeigte sich eine nicht nur subjektiv empfundene Erleichterung im Ablauf des motorischen Sprechaktes, zu der sich bald eine Herabsetzung der Herrschaft über die motorische Sprechfunktion gesellte, welche gleich nach dem Erwachen maximal war, so daß dann überhaupt nichts Verständliches gesprochen werden konnte. Nach einigem Einüben stellte sich die Funktion jeweils wieder besser ein. Bald kam eine rein zentrale Störung dazu, die Störung der Wortbereitschaft, mit allen Konsequenzen: Einsetzen fremdsprachiger Bezeichnungen, Wortneubildungen. Sodann stellten sich Verdichtungen ein in Form von Vorgreifen, was vielleicht so zu deuten sein wird, daß die psychomotorischen Umsetzungen verlangsamt waren und dadurch die Sprechwerkzeuge dem Gedankengang nicht mehr nachkommen konnten. Auf Mangel an Beherrschung der psychomotorischen Sprechfunktion wird wohl auch das Einschieben nicht zum Satze gehörender Wörter zu führen sein, und zwar weil diese gewöhnlich eine nächstliegende Assoziation zum unmittelbar vorausgehenden Worte war. Die Erscheinungen gingen nach Aussetzen der Brommedikation innerhalb 14 Tagen vollständig zurück.

¹⁾ August Forel ist auch Ameisenforscher.

Auffassung und Merkfähigkeit.

(Experimentelle Resultate an Bildern, Farben und Buchstaben.)

Zu diesen Versuchen wurden Figuren aus Lottospielen verwendet und anfänglich in wagrechten Reihen von 5—6 Bildern auf Kartonsstreifen aufgeklebt. Später wurden Spieltafeln benutzt, auf denen 8—9 farbige Bilder in Reihen 2 mal 4 und 3 mal 3 angeordnet waren. Streifen und Tafeln wurden in einer Entfernung von ca. 50—60 cm gut belichtet von Hand dem Versuchsobjekt (Ref.) vorgehalten und zwar so, daß sie mit einem ersten Schläge des Sekundenmetronomes vorgehalten, mit dem dritten darauffolgenden Schläge wieder entfernt wurden. Wir erhielten so eine Expositionszeit von ziemlich genau 2 Sekunden. Ebenso wurde mit 10 kleinen Tafeln verfahren, auf denen 6 Streifen farbigen Papiers in 2 senkrecht nebeneinanderstehenden Kolonnen zu je 3 Farben geklebt waren. Ebenso auch mit 12 Tafeln von je 6 Buchstaben in 2 übereinanderliegenden 3er Reihen. Um das „lange Gedächtnis“¹⁾ auszuschalten, wurden im Laufe des Experimentes einzelne willkürlich zusammengestellte Bildertäfelchen frei nebeneinander in eine Mappe gestellt. Hier wurde die Expositionszeit durch Auf- und Zuklappen des Deckels eingehalten; ebenso verfahren wir dann auch mit einzelnen Farbtäfelchen und losen Buchstaben.

Mit den Normalversuchen wurde 8 Tage vor der ersten Brom-einnahme begonnen, und es zeigte sich da ein ziemlich konstanter Übungszuwachs, der bei den 12 Streifen zu je 5 Figuren von anfänglich 67% richtig erkannten Bildern nebst 2% falsch bezeichneten (absol. 1) zu 100% bei der gleichen Serie am 6. Tage führte. Am 7. Tage ging die Zahl der Treffer allerdings wieder auf 97% zurück (nebst 3% Fehlern, absol. 2). Am 1. und 2. Bromtage zeigte diese Serie 100% Treffer, am 3. Bromtage 98%. Wir legten diese Serie am 4. Bromtage mit 100% auf die Seite und begannen am 5. mit der Vorweisung einer neuen. Im Protokoll finde ich die Bemerkung, daß am 3. Bromtag die „Auffassung“ bereits schlechter geworden sei, indem in 2 Sekunden nur die 3 ersten Bilder des Streifens wirklich aufgefaßt (gemerkt?), die übrigen aber aus dem Gedächtnis ergänzt worden seien. Daß letzteres für solche Serien, die im Beginn der Experimentierzeit eingeübt wurden, ganz vorzüglich funktionierte, zeigt die Tatsache, daß die am 9., am 19. und am 23. Bromtag wieder hervorgeholte gleiche Serie von 72 Bildern, am 9. Bromtag zwar nur 95% richtige Reproduktionen neben 2% falschen (absol. 1)²⁾, aber am 19. und 23. je 100% Treffer ergab,

¹⁾ Ich bezeichne damit Erinnerungen, die wenigstens 24 Stunden haften bleiben.

²⁾ An diesem Tage wurden die Versuche vor dem Nachtessen gemacht, anstatt wie gewohnt morgens; es geben sämtliche Experimente an diesem Tage (wohl aus diesem Grunde!) relativ schlechtere Resultate.

also in einer Zeit, wo das „lange Gedächtnis“, wie sich ergeben wird, bereits stark herabgesetzt war.

Eine Serie von 8 Bilderstreifen, auf denen mit Tusche je 6 Bilder gezeichnet waren, darunter auch geometrische Figuren, wurde 5 Tage vor Beginn der Bromzeit zum erstenmal vorgezeigt und wies da 75% Treffer auf. Nachdem 96% am 4. Tage erreicht wurden, sank die Zahl am 5. Tage auf 88%, dazu 2 Fehlreproduktionen (absol. 1), herunter. Sie blieb am 1. Bromtag auf 88% ohne Fehler stehen und stieg am 2. Bromtag auf 98%. Sie sank dann wieder etwas, aber nicht mehr unter 92%, um dann am 6. Bromtag auf 100% Treffer zu steigen. Am 8. Bromtage wurde diese Serie zum letztenmal vorgezeigt, wieder mit 100% Treffern. Hier wurde das Maximum erst in der Bromzeit erreicht, und zwar am 6. Bromtag, nachdem die Serie an 11 aufeinanderfolgenden Tagen vorgezeigt worden war. Trotzdem die obengenannte I. Serie mit einer niedrigeren Zahl von Treffern angefangen hatte erreichte sie das Maximum der Treffer schon am 6. Tage. Es ist aber in Betracht zu ziehen, daß nun 6 Figuren in der gleichen Zeit wie vorher 5, zu behalten waren; sodann stehen hier nur 5 Normalversuche den 7 der I. Serie gegenüber.

Bei den Farbentafeln (10 mal 6 Farben), die mit 70% Treffern begannen, wurde das Maximum mit 100% am 7. oder letzten Normaltage erreicht. Am 1. Bromtage fiel die Zahl der Treffer auf 93% nebst 2% Fehlern (1 absol.), um am 2. wieder auf 100% zu steigen. Diese Serie wurde am 3. Bromtage mit 98% Treffern neben 2% Fehlern auf die Seite gelegt. Die Schwankung ist so minimal, daß man ihr keine Bedeutung beimessen kann.

12 Tafeln zu je 6 Buchstaben wurden mit 96% Treffern und 4% Fehlern (absol. 2) am 1. Normaltag begonnen; schon am 2. Tage wurden 100% Treffer erreicht. Mit einer einzigen Schwankung auf 97% Treffer neben 4% Fehlern (absol. 2) am 5. Normaltag blieb diese Serie auf 100% Treffern bis zum Abbruch am 3. Bromtage. Diese Serie wurde noch einmal am 10. Bromtage vorgezeigt mit 100% Treffern. Auch hier ist wiederum das Gedächtnis für in der Normalzeit Eingübtes ausgezeichnet.

Am 4. Bromtage wurde eine neue Serie von Farbentafeln vorgewiesen, ebenso eine neue Serie Buchstaben. Letztere waren allerdings, weil in gotischer Druckschrift, schwerer zu lesen als die einfachen lateinischen der ersten Serie. Die Auffassung und Merkfähigkeit für Farben zeigte sich tadellos; sie begann mit 100% Treffern, die Buchstaben mit 97% Treffern und 3% Fehlern (absol. 2).

Am 5. Bromtag wurde mit einer III. Serie von 12 Streifen zu je 6 Bildern begonnen, und zwar mit 88% Treffern. Diese Zahl ist relativ sehr hoch und spricht zusammen mit dem Ergebnis der neuen Farben-

und Buchstabenserie für eine recht gute Auffassungs-(Merk-?)Fähigkeit zu dieser Zeit. Darin bestärkt mich die Protokollnotiz, daß am 7. Bromtage, wo die Wortbereitschaft schon stark herabgesetzt war, alle Bilder gesehen worden waren, die Gedächtnisbilder aber nicht so lange hafteten, bis deren Bezeichnung gefunden worden war. Nun kann die Zeitdauer des Haftenbleibens der Erinnerungsbilder absolut herabgesetzt gewesen sein, oder aber, was wahrscheinlicher ist, nur relativ, indem eben früher die Bezeichnungen rascher gefunden wurden und so das Verblässen der Erinnerungsbilder nicht aufzufallen brauchte. Das Maximum dieser III. Serie wurde nach 6 Tagen am 10. Bromtage erreicht mit 96% Treffern, daneben aber 4% Fehler (absol. 3). Leider wurde diese Serie weggelegt, und so wissen wir nicht, ob überhaupt und wann auch hier 100% erreicht worden wären. Eine Wiederholung dieser Serie am 19. Bromtage (mit 10 mal 6 Bildern statt 12 mal 6) ergab noch 90% Treffer neben 2% Fehlern (1 absol.). Das Gedächtnis für diese Serie, die von Beginn an in der Bromzeit eingeübt worden war, scheint etwas schlechter zu sein; man hätte nach Analogie zu der ersten Serie und zu den Buchstaben zum mindesten 96% Treffer erwarten dürfen; dagegen einzuwenden ist allerdings, daß die Figuren dieser III. Serie nur an 6 aufeinanderfolgenden Tagen eingeübt worden waren, anstatt an 11 und 10 wie die zum Vergleich herbeigezogenen Serien. Aber auch die Farbenserie, welche mit 100% Treffern am 4. Bromtage angefangen hatte und diese 100% 5 Tage lang festhielt, um dann am 6. und letzten Tag (wohl zufällig) auf 97% zu sinken (der 9. Bromtag ist bereits oben als ein relativ schlechter Tag für die Versuche erwähnt worden), zeigt bei der Wiederholung am 14. Bromtage 97%, am zweitfolgenden oder 16. Bromtage nur noch 90% Treffer. Das scheint nun doch für eine verminderte Funktion des Gedächtnisses zu sprechen. Auch die am 4. Bromtage mit 97% Treffern neueingeführten Buchstabentafeln überschreiten diese Zahl nicht mehr. Sie geht sogar auf 95% herunter und hört am (allerdings kritischen) 9. Bromtage mit der Anfangszahl 97% auf. Ebensovienig wie über die oben besprochene Serie läßt sich über die neue kleine Serie von 3 mal 6 Figuren, die am (kritischen) 9. Bromtage zum ersten und einzigen Male gezeigt wurde und die 83% Treffer zeigte, sagen. Am gleichen Tage finde ich die Protokollnotiz: „Wenn ich mich auf die Bezeichnung einzelner Bilder längere Zeit besinnen muß, dann verwischen sich die Gedächtnisbilder der übrigen Bilder.“ Am 11. Bromtage wurden neue Bilder gezeigt, und zwar Lottospieltafeln mit 8 Bildern (Schachtel I) und mit 9 Bildern (Schachtel II). Die Expositionszeit blieb 2 Sekunden pro Tafel. Es ist beim Sprunge von 6 zu 8 Bildern als selbstverständlich zu erwarten, daß die Prozentzahl der Treffer sinkt, und so zeigen auch die 12 8er Tafeln eine Trefferzahl von nur 59% bei 2% Fehlern (2 absol.), die 8 9er Tafeln

wieder etwas weniger, 56% Treffer bei 3% Fehlern (2 absol.). Hier zeigen sich nun experimentell zum erstenmal Auffassungsdefekte, indem Bilder als gesehen reproduziert wurden, die überhaupt nicht auf den Tafeln existierten, allerdings unter 166 vorhandenen und 107 benannten Bildern wird im Protokoll nur eines als erfunden bezeichnet (an Stelle eines Schlittens 2 Pilze!). Von da an häufen sich aber solche Störungen und verschwinden aus dem Protokoll erst am 23. Bromtage, wo die üblichen 5 g NaBr erst nachts, vor dem Experimente aber 10 g NaCl eingenommen wurden. Als reine Phantasiegebilde müssen z. B. die am 14., 17. und 21. Bromtage im Protokoll als gesehen notierten Bilder gelten: Pferd mit Brücke und Landstraße, Krebs (für Heuschrecke), Kanarienvogel (für Löwe), grüner Reisekoffer (für blau eingefaßte braune Truhe); während „Segelschiffszug mit Hintergrund“ (für ein Segelboot ohne Hintergrund), Seil (für Schlange), Handwerksbursche (für Packträger) als gröbere Verwechslungen gelten können. Feinere, naheliegendere Verwechslungen wurden leider nicht protokolliert.

Verfolgt man die Ergebnisse obenerwähnter Schachtel I weiter, die beim ersten Vorweisen am 11. Bromtage 59% Treffer ergab, so sieht man beim 2. Vorweisen am 13. Bromtag nach einer Zwischenpause von 1 Tag ein Ansteigen auf 64% Treffer bei 2% Fehlern (abs. 1), dann ein Gleichbleiben, dann geht die Kurve über 65% am 15. Bromtage, auf das Maximum während der reinen Bromzeit (1.—22. Bromtag) am 16. Bromtage mit 69% Treffern bei 4% Fehlern (2 absol.). Nach einer weiteren Pause geht dann die Zahl der Treffer am 18. Bromtage auf 63% zurück neben 8% Fehlern (4 absol.). Nach wiederum einer Pause von 2 Tagen sehen wir am 21. Bromtage 64% Treffer bei 6% Fehlern und am letzten reinen Bromtage, am 22., 67% bei 10% Fehlern (5 absol.); es ist also die prozentuelle Steigerung oder der Übungszuwachs ein sehr minimaler, das Maximum wird beim 6. Vorweisen der Bilder erreicht und geht dann wieder verloren. Was aber stark zunimmt, das sind die Fehler, die am 22. Bromtage bei der achten Vorweisung der Bilder volle 10% der gezeigten Bilder ausmachen, 16% der Treffer oder 14% der Antworten. Ganz analog verhält sich das Ergebnis der Tafelserie zu 9 Bildern, die ich Schachtel II nennen will, und deren Vorweisung am gleichen (11.) Bromtag angefangen wurde wie diejenige der Schachtel I. Auch hier haben wir ein erstes Maximum mit 65% Treffern (die Serie wurde mit 56% Treffern begonnen), am 5. Vorweisungstag (18. Bromtag), dann ein Wiederabsinken mit 59% am 20. Das Maximum der reinen Bromzeit aber wird am 21. Bromtag (7. Vorweisung) erreicht mit 78% Treffern bei 9% Fehlern (5 absol.). Es nehmen auch hier die Fehler stark an Zahl zu, sind aber am größten am 3. Vorweisungstage (16. Bromtag) mit 11% der vor-

gezeigten Bilder, 17% der Treffer oder 15% der Antworten. Am 23. und 24. Bromtage, als neben den erst nachts eingenommenen 5 g BaBr noch je 10 g NaCl eingenommen wurden, stieg die Trefferzahl bei Schachtel I auf 69% und 78%; die Fehler fielen an beiden Tagen auf je 8% (5 absol.) bei 64 vorgezeigten Bildern. Schachtel II zeigte am 23. Bromtage (1. NaCl-Tag) einen Rückgang auf 74% Treffer bei einem Fehlermaximum von 13% der gezeigten Bilder, oder 17% der Treffer = 15% der Antworten. Das wäre ein auffälliges Resultat.

Nun wurde aber dieses Experiment mit Schachtel II um 8 Uhr 42 Min. abends gemacht, nach dem Nachtessen, und es hatte sich schon am 9. Bromtage, bei Verlegung des Experimentes vom Morgen auf den Abend, eine Verschlechterung sämtlicher Resultate von 3—5% gezeigt, so daß es hier gewiß erlaubt erscheint, dieses Resultat zum mindesten nicht als Verschlechterung anzusehen. Würden wir 4% darauf schlagen, so bekämen wir rechnerisch ca. 80% Treffer, was mit den Erfahrungen an anderen, z. T. noch zu besprechenden Serien, an diesem Tage übereinstimmen würde.

Während der nun folgenden medikamentfreien Zeit vom 27. August bis zum 10. September 1910 zeigt sich bei den Bildern der Schachtel I ein regelmäßiger, rascher Anstieg der Treffer. Von 78% am 2. Brom-Kochsalz-Tage springt die Zahl der Treffer nach einer eintägigen Pause auf 84% am 28. VIII., auf 95% am 30. VIII., nach wieder eintägiger Pause; sie sinkt dann am folgenden Tag auf 92%, um nach dreitägiger Pause am 4. IX. nochmals 92% zu zeigen und nach letztmaliger fünftägiger Pause am 10. IX. mit 98% Treffern aufzuhören. Die Fehler nehmen ab und betragen nie mehr als absolut 2 (unerklärlicherweise gerade am 4. IX.) Bei den Bildern der Schachtel II verhält es sich wieder ähnlich: 85% Treffer am 27. VIII., 78% am 29. VIII. nach eintägiger Pause, 94% am 4. IX. nach 5 tägiger Pause, 98% am 5. IX. und nach letztmaliger 4 tägiger Pause am Schlusse 98% Treffer. Hier nehmen die Fehler bis auf 0 ab; ihr Maximum in der medikamentfreien Zeit war am 3. Abstinenztag mit absolut 5 Fehlern. Am 12. Bromtage wurden die Versuche mit Bildern einer III. Schachtel von 8 Figurentafeln begonnen. Diese waren anscheinend leichter zu behalten als diejenigen der Schachtel I; der Anfang zeigte daher auch 70% Treffer bei 0 Fehlern. Die Resultate verlaufen ganz analog denjenigen der beiden einen Tag früher eingesetzten Schachteln I und II. Über 71%, 75%, 73%, 75% fällt am 20. Bromtage die Trefferzahl auf 65% zum erstenmal bei den Bildern unter das Anfangsminimum, steigt dann aber nach eintägiger Pause zum Maximum in der reinen Bromzeit am 22. Bromtage mit 83% Treffern. Das Fehlermaximum ist am 5. Vorweisungstage (19. Bromtag) mit 13%. Am 1. Kochsalz-Brom-Tag stieg der Prozentsatz der Treffer auf 96%, am 2. auf 97%, bei je 1 (absol.) Fehler.

Die 3 nachfolgenden Tage zeigen 94%, 97%, 95% mit keinem Fehler. Dann folgt nach einer 2tägigen Pause ein Rückschlag auf 88% mit 5 Fehlern (3 absol.) am 25. Bromtage, der nach einer Pause von 5 bromfreien Tagen *experimenti causa* eingeschoben wurde. Dann, am darauffolgenden letzten Tage, schließt diese Serie mit 97% Treffern ohne jeden Fehler.

Aus diesen 3 Serien ist ersichtlich, daß während der Bromzeit eine Zunahme der Treffer nur sehr langsam und auf Kosten einer starken Zunahme der Fehler vor sich geht. Ersteres würde für ein Schlechterwerden des „langen“ Gedächtnisses unter Bromwirkung sprechen, und als Beweis dafür wäre die Tatsache anzuführen, daß mit Abbruch der Bromaufnahme die Resultate sofort in die Höhe gehen. Schachtel III zeigt am 1. IX., am Tage, da wieder 5 g NaBr eingenommen wurden, nach einer Pause von 5 Tagen, einen Abfall der Treffer und starke Zunahme der Fehler, am folgenden Tage dann wieder ein Maximum der Treffer ohne Fehler. Interessant ist die Tatsache, daß am 23. und 24. Bromtage, an denen das NaBr erst abends 10 Uhr (23.) resp. 9 Uhr (24.) eingenommen wurde, die Leistung emporschießt; an diesem Tage wurden unmittelbar vor dem Experiment je 5 g NaCl eingenommen.

Am 30. VIII. 1910, am 4. Tage nach der letzten Bromaufnahme, wurde eine neue Serie von 6 Tafeln zu je 8 Bildern zum erstenmal vorgewiesen mit einem erstmaligen Resultat von 60% Treffern bei 2% Fehlern (absol. 1). Am folgenden Tag zeigt sich eine Zunahme um 13% Treffer bei 4% Fehlern (absol. 2). Am 3. Tag, am 1. September wurden *experimenti causa*, wie oben erwähnt, wiederum 5 g NaBr eingenommen. Die Zahl der Treffer hat an diesem Tag nicht zugenommen, es bleibt die Kurve bei 73% nebst 4% Fehlern, um dann die folgenden Tage 89%, 92%, 96% und am letzten nochmals 96% Treffer bei keinem Fehler zu betragen. Hier haben wir die gleichen Anstiegsverhältnisse wie bei den Normalversuchen vor der Bromisierung.

Um die „Auffassung“ möglichst unabhängig vom „langen Gedächtnis“ untersuchen zu können, wurden zum erstenmal am 12. Bromtage Reihen von 8 ad hoc willkürlich zusammengestellten, einzelnen Buchstaben gezeigt. 12. Bromtag 90% Treffer, 4% Fehler (absol. 3); 15. Bromtag 92% Treffer, 2% Fehler (absol. 1); 18. Bromtag 85%, 6% Fehler (absol. 4); 22. Bromtag 92% ohne Fehler. Diese Versuchsreihe kann aber nicht zur Beurteilung der Auffassung verwertet werden, denn ich bildete zum Teil Wörter aus den Buchstaben und reproduzierte dann daraus mnemotechnisch die einzelnen Buchstaben, z. B.: G. S. T. F. = Gasthof. Eindeutiger wurden die Resultate mit Bilderreihen, die ad hoc willkürlich zusammengestellt und am 16. Bromtag zum erstenmal vorgezeigt wurden. Es wurden an diesem Tage dreimal je 6 Bilder aus Schachtel II vorgewiesen mit 72 % Treffern neben 11%

Fehlern (absol. 2). Am 18. Bromtage wieder dreimal 6 mit 66% Treffern, 6% Fehlern (absol. 1). Nach viertägiger Pause wurde am 23. Bromtage (1. NaCl-Tag) eine größere Anzahl vorgezeigt und zwar achtmal Reihen von je 7 Bildern. Diese ergaben 61% Treffer neben nur 4% Fehlern (absol. 2). Am 1. medikamentfreien Tage wurden wiederum nur dreimal 6 Bilder gezeigt mit 72% Treffern und 6% Fehlern (absol. 1). 2 Tage später wieder achtmal 7 Bilder, mit 59% Treffern und 7% Fehlern (absol. 4). Zum letztenmal wurden Bilder dieser Serie am 5. September gezeigt nach sechstägiger Pause und hier zweimal 9 Bilder mit einem Resultate von 78% Treffern. Aus dieser Serie allein sichere Schlüsse ziehen zu wollen, ist nicht angängig; leider sind die Zahlen teilweise viel zu klein; dann sind einmal Reihen von 6 Bildern, dann wieder von 8 und sogar 9 Bildern miteinander zu vergleichen. Leider verhält es sich mit den folgenden 2 zu besprechenden Reihen, wenn man jede für sich allein betrachtet, ebenso. Nimmt man aber diese Versuche als einheitliches Ganzes unter Verwertung der Protokollnotizen, so wird das Resultat dennoch verwertbar.

Am 17. Bromtage wurden freie Figuren aus Schachtel III verwendet und zweimal 8 Bilder zusammengestellt mit einem ersten Resultate von 75% Treffern ohne Fehler. Zwei Tage später sinkt die Zahl der Treffer auf 37%. Beim drittenmal, am 23. Bromtage (1. ClBr-Tag) wurden siebenmal 8 Figuren gezeigt mit 69% Treffern und 7% Fehlern (abs. 4). Am 24. Bromtage (2. ClBr-Tag) wurden achtmal 8 Bilder gezeigt mit 58% Treffern, 5% Fehlern (absol. 3), dann am 1. medikamentfreien Tage 89% Treffer, 5% Fehler (absol. 3) bei achtmal 8 Bildern.

Bei der sechsten Vorweisung dieser Serie am 2. medikamentfreien Tage wurden im ganzen nur 8 Bilder gezeigt; davon 7 Treffer = 88%; am folgenden Tage wieder nur 8, davon 6 Treffer = 75%; dann nach zweitägiger Pause nochmals 8, davon 5 Treffer = 63% und 2 Fehler = 25%. (An diesem Tage wurden 5 g NaBr eingenommen!) Am darauffolgenden letzten Vorweisungstage für diese Serie wurden wiederum nur 8 Bilder gezeigt, davon 5 Treffer = 63%, 1 Fehler = 13%. Die Bilder aus Schachtel I wurden wie die der Schachtel II nur an 6 Tagen gezeigt und zwar zehnmal 6 am 19. Bromtage mit 77% Treffern, ohne Fehler. Dann nur noch je einmal 8 Bilder mit 63% am 21., 75% am 23. Bromtage (1. Cl-Tag), dann nach viertägiger Pause am 4. medikamentfreien Tage 50%, am folgenden 63% = 5 Treffer, mit 2 Fehlern = 25%. Das viertemal nach zweitägiger Pause am 4. September mit 75% Treffern. Das Maximum mit 75% Treffern zeigte sich zuerst am 1. BrCl-Tag, dann nochmals am Schlusse der Serie. Wie gesagt, sind aber auch hier die Zahlen zu klein, um allein daraus Schlüsse ziehen zu dürfen. Nehmen wir bei den 3 Serien den Tagesdurchschnitt der Trefferprozentuale allein von denjenigen Tagen, an welchen mit relativ

hohen Zahlen von Bildern operiert wurde, so bekommen wir für Schachtel I bei zehnmal 6 Bildern 77% (19. Bromtag), Schachtel II bei sechzehnmal 7 Bildern 60% (25. und 29. VIII. 1910), Schachtel III bei dreiundzwanzigmal 8 Bildern 62% (25. bis 27. VIII. 1910). Um eher vergleichbare Werte zu erhalten, kann man alles auf die Einheit von 8 Bildern umrechnen; die absolute Trefferzahl bleibt sich dabei gleich. Ein Fehler entsteht dadurch, daß, wie die Erfahrung zeigt, die absolute Zahl der Treffer in der gleichen Expositionszeit um einiges steigt, wenn die Anzahl der auf einmal gezeigten Bilder größer ist. Auf 8 reduziert, wird die Standardzahl für Schachtel I 58%, für Schachtel II 55% und bleibt für die Schachtel III (8 Bilder) 62%. Das Gesamttreffermittel der jeweiligen Serie ist: für I. 60%, für II. 56%, für III. 63%.

	Durchschnitt der Br-Zeit allein	BrNaCl-Zeit allein	medikamentfreie Zeit allein
Schachtel I	58%	75%	62%
„ II	52%	55%	58% (52%)
„ III	56%	61%	64%

Es scheint hier ein kleiner Unterschied zugunsten der medikamentfreien Zeit vorhanden zu sein; doch er ist minimal und könnte als durch die kleinen Zahlen bedingt betrachtet werden; denn eine 4. Serie, die außerhalb der Bromzeit und zwar am 5. Tage nach der letzten Bromeinnahme begonnen wurde, leider aber auch nur kleine Bilderzahl aufweist (an 6 aufeinanderfolgenden Tagen je zweimal 8 Bilder) zeigt eine ähnliche Durchschnittszahl, 63%, und berechnet man die Serie in zwei Hälften, so zeigt die zweite keine Steigerung gegenüber der ersten. Interessant ist die Tatsache, daß auch alle Tafelserien und Bilderreihen der gesamten Experimentierzeit, das erstemal vorgewiesen, eine Prozentuale von ca. 60% Treffern aufweist.

In meinen Notizen finde ich folgende subjektiven Eindrücke während dieser Experimente notiert: Am 15. Bromtage: „Während ich früher die gesehenen Bilder längere Zeit vor Augen hatte und an diesen Erinnerungsbildern ablesend die Namen hersagen konnte, kann ich das nun nicht mehr. Die Bilder hafteten früher länger, jetzt sind sie mit einem Schlage aus dem Gedächtnis verschwunden. Auch bei den Farben hafteten die Nachbilder länger.“ 22. Bromtag: „Ich versuche, mir die Figuren der Reihe nach zu merken; am Schlusse der Expositionszeit versuche ich noch einige letzte Figuren recht fest zu fassen, und ich sage dann diese zuerst auf. Während ich früher durch dieses Hilfsmittel noch die eine oder andere Figur mehr reproduzieren konnte, kommt mir jetzt dadurch die ganze Reihe in Unordnung, ich kann die ersten Bilder nicht mehr der Reihe nach aufzählen.“ Ferner, bei geschlossenen Augen: „Ich sehe das Nachbild sehr schön, die Farben

desselben vielleicht etwas leuchtender als früher; mit einem Schlage ist die ganze Reihe weg und alles ist schwarz. Zuweilen erscheint nach einiger Zeit in dieser Leere eine Serie sehr schöner, plastischer, allerdings etwas abgebläster Bilder, die aber unter Umständen einer früheren Tafel angehören können.“ Am 24. Bromtag fiel mir wieder das plötzliche Verschwinden der Bilder auf.

Zusammenfassung:

Als Ergebnis vorstehender Versuchsanordnung stellen wir folgendes fest:

I. Die Merkfähigkeit für Bilder hat unter Bromgebrauch nicht gelitten.

II. Neue Eindrücke (Bilder) bleiben unter Bromgebrauch weniger lang als 24 Stunden im Gedächtnis haften.

III. Das Gedächtnis für frühere Eindrücke (Bilder) bleibt unter Bromgebrauch intakt.

IV. Die Auffassung verschlechtert sich in dem Sinne, daß unter Bromgebrauch die Zahl der Fehler stark zunimmt.

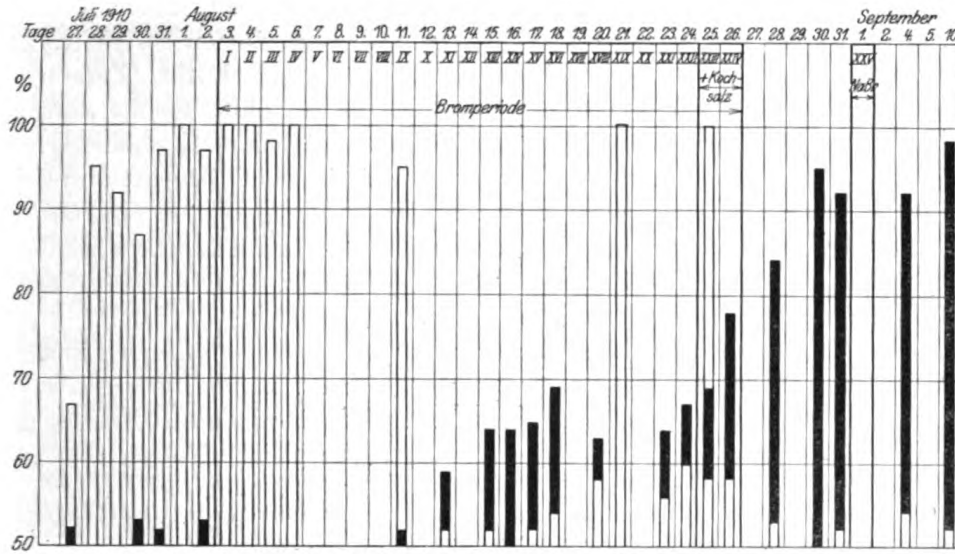
V. Die unter Bromgebrauch entstandenen Gedächtnis- und Auffassungsstörungen werden durch Kochsalz restlos aufgehoben.

Ad I. 2 Sekunden exponierte Serien von auswechselbar zusammengestellten Einzelbildern weisen während und nach der Bromperiode die gleiche Anzahl richtig gemerkter Bilder auf. Diese Zahl stimmt auch überein mit derjenigen der richtig erkannten Bilder von nicht auswechselbaren Bildertafeln und Streifen bei deren erstmaliger Vorweisung, vor, während und nach der Bromperiode.

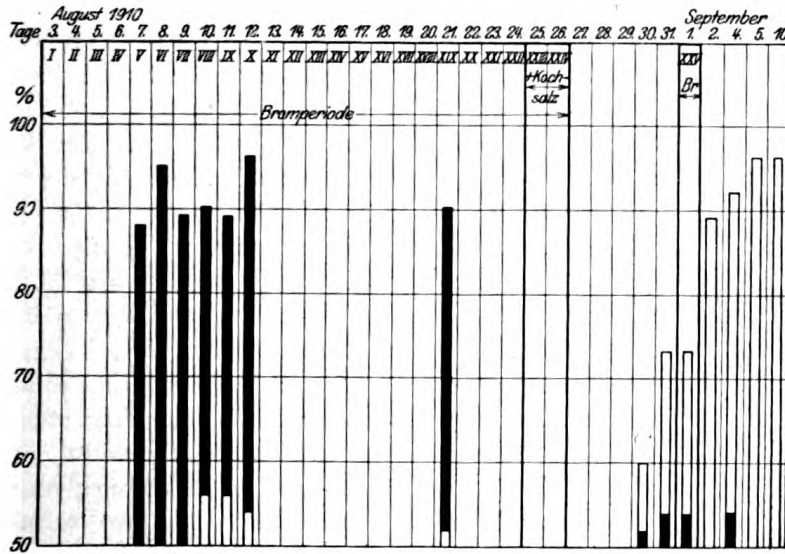
Ad II. Nicht auswechselbare Bilder, Serien und Tafeln, mit deren erstmaliger Exposition entweder vor oder nach Ablauf der Bromperiode begonnen worden war, zeigen von Mal zu Mal einen starken Anstieg der richtig erkannten Bilder. (Übungszuwachs durch Erinnerung an vorhergehende Vorweisungen.) Der Kurvenanstieg nimmt von da an, wo die Vorweisung der Serie in die Bromperiode hineinreicht, ein deutlich langsames Anstiegstempo an; die Kurve ist fast wagrecht da, wo mit der Vorweisung während der Bromperiode begonnen wurde. (Vergleiche Tabellen.)

Ad III. Serien von fixen (= nicht auswechselbaren) Bildern, die vor der Bromperiode eingeübt worden waren, zeigen bei der Repetition mitten in der Bromperiode, nach einer Pause von bis zu 14 Tagen, eine Maximalleistung von 100% richtig erkannten Bildern im Gegensatz zu solchen Serien, mit deren Vorweisung in der Bromperiode begonnen worden war; diese zeigen bei der Repetition, auch schon nach Zeit (bis zu 9 Tagen), eine schlechtere Leistung als die beim Abbruch der Serie bereits erreichte.

(Fortsetzung siehe S. 32.)



Auffassungsversuche. Graphische Darstellung der Anzahl gemerkter Bilder einer vor der Bromperiode begonnenen, in derselben aufgehenden Serie von Bildern (weiß). Starker Anstieg (Übungszuwachs) in der Normalperiode, sonst wagerechtes Verlaufen in der Bromperiode (kein Übungszuwachs). Am 13. August begonnene Serie (schwarz) zeigt in der Bromperiode nur minimalen Anstieg der jedesmal gemerkten Bilder (minimaler Übungszuwachs), steilen Anstieg dagegen da, wo die Serie in die Bromabstinenzperiode übergeht. Die Kontrastfarben an der Basis der Bänder bedeuten den Prozentsatz der Fehler, wobei man für 50 in der Skala 0 einsetze.



Auffassungsversuche. Graphische Darstellung der Anzahl gemerkter Bilder einer in der Bromperiode vorgewiesenen Serie (schwarze Bänder; das Weiß an deren Basis bedeutet die Anzahl der Fehler, wobei man für 50 in der Skala 0 einsetze). Diese verläuft fast wagerecht (keinen Übungszuwachs) im Gegensatz zu der am 30. August in der Abstinenzperiode begonnenen Serie (weiße Bänder), welche starken Anstieg (Übungszuwachs) erkennen läßt.

Ad IV. Mit fortschreitender Bromisierung zeigt sich eine starke Zunahme der Fehler, eigentümlicherweise nicht auf Kosten der richtig reproduzierten Bilder, deren absolute Zahl sich gleich bleibt, sondern auf Kosten der Gesamtzahl der Antworten, die (absolut) um die Zahl der Fehler vermehrt wird. Dieses Ergebnis ist natürlich nicht eindeutig, es kann einmal eine Verschlechterung der Auffassung bedeuten und ist dies auch sicher da, wo Bilder als gesehen angegeben werden, die nicht existieren; dann kann es andererseits einfach auf Nachlässigkeit und Mangel an Kritik beruhen, für welche Auffassung die absolute Zunahme der Antworten sprechen kann.

Ad V. Serien, deren Vorweisung in der Bromperiode begonnen hat, und deren Kurve einen fast wagrechten Verlauf nimmt, zeigen da, wo neben Brom noch Kochsalz dargereicht wird, einen starken Anstieg, die Fehlerkurve dagegen nimmt wieder ab. (Vergleiche Tabellen.)

Anwendiglernen vierstelliger Zahlen.

Die Aufgabe bestand darin, innerhalb fünf Minuten möglichst viele vierstellige Zahlen zu merken und sie dann nach Ablauf der Zeit zu reproduzieren. Die gemerkten Zahlen wurden von der Versuchsperson auf dem die Zahlen tragenden Blatte angezeichnet, die Reihenfolge, in der sie gemerkt werden mußten, war nicht vorgeschrieben. Beim Reproduzieren wurden richtige und falsche Reproduktionen getrennt notiert.

Es zeigte sich, daß während der ganzen Dauer des Experimentes niemals mehr als sieben und nie weniger als vier Zahlen behalten worden waren. In die Vorbromzeit fällt ein Minimum von vier gemerkten Zahlen, darunter nur eine richtig gemerkte. Ein zweites Minimum in der Depressionszeit (vier Tage nach Aussetzen der Bromzufuhr) zeigte unter vier gemerkten Zahlen nur zwei richtige. In der Bromzeit selbst kam das Minimum viermal vor, die Zahlen wurden aber sämtlich richtig reproduziert; es kam nur einmal, am 18. Bromtag vor, daß unter fünf gemerkten Zahlen nur eine davon richtig reproduziert werden konnte. Mit dem Maximum von sieben gemerkten Zahlen steht es ähnlich. In der Vorbromzeit wurde es einmal, am dritten Tag, erreicht, allerdings mit einer falsch reproduzierten Zahl. Während der Bromzeit wurde das Maximum dreimal erreicht, zweimal ganz am Ende der Periode (am 21. und am 22. Bromtag), immerhin auch hier mit Fehlreproduktionen. Das Maximum an richtig reproduzierten Zahlen wurde in der Nachbromzeit erreicht mit zweimal sieben.

Würde man aus diesem Resultate einen Schluß über die Wirkung des Broms auf das Merken von vierstelligen Zahlen ziehen wollen, so

müßte man sagen, daß eine Einwirkung nicht vorhanden ist oder sich zum mindesten in Zahlen nicht ausdrücken läßt.

Man muß eben auch hier scharf trennen zwischen der Merkfähigkeit, dem „kurzen Gedächtnis“ und der Dauerfunktion desselben, welche letztere entschieden unter Bromgebrauch gelitten hatte, was auch experimentell an den Bilderserien einwandfrei nachgewiesen werden konnte. Wir sehen aber auch hier eine Funktion ausfallen; es ließ sich nämlich ein Übungszuwachs erst dann feststellen, als die Bromzufuhr aufgehört hatte; erst hier kommen zwei Maxima von sieben richtig reproduzierten Zahlen vor. Dieses Ergebnis darf als Übungszuwachs gedeutet werden. Das Material ist aber entschieden zu klein, um endgültige Schlüsse daraus ziehen zu können.

Ich möchte hier auf einen Mißstand aufmerksam machen, auf den man m. E. zu wenig Gewicht zu legen scheint bei Anordnung ähnlicher Experimente. Es scheint mir zur bessern Verwertung der Resultate äußerst wichtig zu sein, nicht nur im Protokoll zu notieren, ob und was behalten wird, sondern wie behalten wird. Es hat sich gezeigt, daß bei gleichbleibenden Resultaten die Art und Weise des Merkens unter Bromwirkung sich allmählich der Normalzeit gegenüber änderte. Einige Beispiele mögen dies illustrieren:

Zu Beginn der Experimente merkte ich mir die Zahlen als solche oder zerlegte sie in Zweiergruppen und memorierte sie in Form von Telephonnummern z. B. 1320 als 13.20. Mit beginnender Bromisierung wurde mir das Merken unter akustischer Beihilfe leichter, indem eine Zahl zugleich mit gewissem Tonfall (Melodie) oder einem bestimmten Rhythmus gelernt und so erinnert wurde, z. B. 1.5.4.2. als f.a.g.c. in Achtelnoten oder 5723 als 5.723 wobei die 5 als Viertelsnote bewertet wurde, 723 als Sechzehntel mit der nötigen Pause.

Dann kam eine Zeit, wo sich mir als bestes mnemotechnisches Mittel die rechnerische Verarbeitung der Zahlen erwies, damals war es mir bereits unmöglich, eine ganze vierstellige Zahl als solche zu behalten.

Beispiele: 2652, 26.52, 25 ist die Hälfte von 50, zur ersten Zahl habe ich bei der Reproduktion 1 hinzuzuzählen, zur zweiten 2.

8627: 86.27 = 9 mal 9 plus 5 erste Hälfte, 3 mal 9 = zweite Hälfte.

4206: 42.06 = 6 mal 7 und an vierter Stelle den kleinen Faktor(6).

4936: 49.36 = 7 mal 7 und 6 mal 6.

Ein anderer Typus:

9765 = 9.765 = absteigende Ziffernreihe mit fehlender 8.

3467 = aufsteigende Reihe mit in der Mitte fehlender 5.

3597 = vier Ungerade, die erste Hälfte (3.5) aufsteigend, die zweite Hälfte (9.7) absteigend.

5243 = absteigende Reihe 5.43.2, von welcher die beiden mittleren Ziffern (43) ans Ende der vierstelligen kommen müssen.

Mit fortschreitender Bromisierung ließ mich dieses Hilfsmittel im Stiche, dafür stellten sich nun aber ganz spontan Schulreminiszenzen assoziativ zur Verfügung aus dem Material plötzlich wieder lebhaft gewordener früherer Lebensperioden. Zuerst wurden die Zahlen wieder zerlegt und dann rechnerisch kombiniert: z. B. 5496 gibt die Gruppen 54.96, 54 plus 96 = 150, von 150 ist abzuziehen und an erster Stelle zu nennen 54, 54 (1854) = ital. Kriegsjahr.

8359 gibt 83.59, 83 ist = meinem Geburtsjahr (1882) und 1, darauf folgt als zweite Gruppe 59, das ital. Kriegsjahr 1859.

Schließlich folgten reine Datenerinnerungen ohne rechnerische Kombination: 6612 wird zu 66.12 = Lissa (1866), Rußland (1812).

9745 = 97.45, Todesjahr meines Vaters (1897) und dessen Alter beim Ableben. (45 Jahre.)

4951 = 49.51 = Novara (1849) und Novara plus 2.

Diese Beispiele mögen genügen. Beifügen muß ich noch, daß, ähnlich wie bei „Sprache“ schon bemerkt, auch hier wieder nach Aussetzen des Broms die Reihenfolge der Merkarten in umgekehrter Folge wieder normal wurde, wobei ich unter normal natürlich meine Lerndisposition unter gewöhnlichen Umständen verstehe.

Zusammenfassung.

Es leidet die Lernfähigkeit von vierstelligen Zahlen unter Bromwirkung nicht quantitativ, es bleibt aber Übungszuwachs aus. Die Lernart ändert sich im Sinne der durch das Brom beeinflussten allgemeinen Einstellung, d. h. es stellen sich der Merkfähigkeit assoziativ andere mnemotechnische Mittel zur Verfügung als in der Norm.

Auswendiglernen sinnloser dreisilbiger Wörter.

Zu diesem Zwecke wurden nach dem Vorschlage von Oehrn durch willkürliches Vermischen von Buchstabentäfelchen Silben gebildet aus drei Buchstaben, deren mittlerer ein Vokal sein mußte. Aus diesen Silben wurden dreisilbige Wörter zusammengestellt, wie es der Zufall wollte, und diese wiederum in Reihen von je drei in ein Heft geschrieben. Beim Experimente wurde die Zeit notiert, die verging, bis drei Wörter hintereinander fehlerlos hergesagt werden konnten. So wurden jeden Tag dreimal drei Wörter nacheinander gelernt und das Experiment „mit Störung“ wiederholt, indem dreimal drei weitere Wörter gelernt werden mußten, während der Experimentator laut vorlas und das Metronom tickte.

Einige Beispiele von solchen Wörtern mögen hier angeführt werden: dun-schop-jam, jür-den-phol, jaun-schüp-lis, gor-schöch-lech, jek-dup-göf, fösch-chas-git.

Leider kann aus dem erhaltenen Material recht wenig geschlossen

werden: Die Lernzeiten (ohne Störung) schwankten zwischen einem Minimum von 34 Sekunden für drei Wörter am 13. Bromtage und einem Maximum von 6 Minuten 17 Sekunden am 20. Bromtage. Das Lernen unter Störung zeigte ebenfalls ein Minimum von 34 Sekunden am 3. Bromtage (während das Minimum für Lernen ohne Störung an diesem Tage 50 Sekunden betrug), und ein Maximum von 9 Minuten am 14. Bromtage. Das Durchschnittsminimum für Lernen ohne Störung fiel mit 51 Sekunden auf den 13. Bromtag, das Durchschnittsmaximum mit 4 Minuten und 37 Sekunden auf den 4. Bromabstinenztag.

Das Durchschnittsminimum für Lernen unter Störung fiel mit 54 Sekunden auf den 16. Bromtag. Das Durchschnittsmaximum mit 5 Minuten 10 Sekunden auf den 14. Bromtag. Beinahe erreicht wird das letztere Resultat in der Abstinenzperiode, wo das Lernen direkt als Qual empfunden wurde! Es sind die Maximal- und Minimalzahlen merkwürdig nahe beisammen in Rücksicht auf die Tage, auf welche sie fallen, differieren unter sich aber um maximal ca. das Fünfzehnfache der Zeitdauer. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß die Zeiten zu Anfang der Bromisierung, in den ersten 3 Tagen am kürzesten sind (rascherer Ablauf der motorischen Komponente, sprachlich motorisches Auswendiglernen); relativ am längsten sind die Zeiten in der Abstinenzperiode (Depression). Im allgemeinen wurde rascher ohne Störung gelernt, doch kommt es unter 32 Tagen zehnmal vor, daß die Durchschnittszeit des Lernens unter Störung kürzer ist als diejenige ohne Störung; eine Regel, wann das eintritt, kann aber aus meinem Material nicht abgeleitet werden, denn diese Tage sind regelmäßig verteilt auf die Vorbromzeit, die Brom- und die Bromabstinenzzeit.

Aufgefallen ist mir dabei folgendes, was zur Erklärung der Unbrauchbarkeit dieser Resultate beitragen wird:

Wie bei dem Auswendiglernen von vierstelligen Zahlen, so änderte sich auch hier die Art des Lernens der sinnlosen Wörter mit der jeweiligen psychischen Einstellung. Zu Beginn wurde sprachlich-motorisch gelernt, wobei leicht auszusprechende Worte rasch, die schwer auszusprechenden aber nur schwer behalten wurden; dann stellten sich Klangassoziationen zur Verfügung, die eine mnemotechnische Hilfe abgaben: je nachdem sich die Wörter mehr oder weniger dazu eigneten, variierte auch die Lernzeit! So ist es erklärlich, daß neben einem Zeitminimum ein Maximum zu stehen kommt. So wurde z. B. das zweite der obigen Beispiele: jür-den-phol als „würdevoll“ behalten, aus: jaun-schüp-lis machte ich „Jauner-schüblig“ (Schüblig ist eine Wurstart) usw.

Zeitweilig wurde sogar die Störung als Lernhilfsmittel verwendet, indem z. B. mit dem Takt des Metronoms gelernt wurde.

3*

Zusammenfassung.

Die Experimente sind kaum brauchbar, weil die Lernschnelligkeit der sinnlosen Wörter allzusehr vom Bereitliegen von Klangassoziationen abhing. Im allgemeinen zeigten sich die kürzesten Lernzeiten bei Beginn der Bromisierung, die längsten in der Bromabstinenzperiode. In ca. 30% der Fälle war die Lernzeit unter Störung kürzer als ohne Störung.

Additionsarbeit nach Kraepelin.

In den „Rechenheften zum Gebrauch in psychiatrischen Kliniken“ wurde eine halbe Stunde lang ohne Pause addiert und zwar immer nur 2 Zahlen, wobei dann die Einerstelle des Resultates auf die rechte Seite zwischen die beiden addierten Ziffern hingeschrieben wurde. Die Aufsichtsperson (ein Wärter) machte nach je 5 Minuten ein Zeichen, damit die 5 Minuten Arbeitsleistung kontrolliert werden konnten. Addiert wurde gewöhnlich nachmittags zwischen halb 4 und 5 Uhr, also mindestens 7 Stunden nach der jeweiligen Bromeinnahme. Mit einer Halbstundenleistung von 900 addierten Zahlen in der bromfreien Zeit begonnen, zeigte sich ein täglicher Übungszuwachs von 264, 260, 169, 115 Zahlen, so daß am fünften Tage 1708 Zahlen addiert wurden. Der erste Bromtag brachte einen weiteren Übungszuwachs von 140 Zahlen, es wurden 1848 Zahlen addiert, am folgenden zweiten Bromtage zeigte sich eine erste Einbuße von 49 Zahlen, die aber am 3. Bromtage überkompensiert wurde mit einem Zuwachs von 132 Zahlen. Der 4. und 5. Bromtag brachten wieder Einbußen von 80 und 38 Zahlen: nun stieg aber die Leistung merkwürdigerweise in den folgenden vier Tagen beständig an mit Zuwachs von 75, 39, 119, 106 bis auf die Maximalleistung während der Experimentierzeit von 2152 addierten Zahlen am 9. Bromtage. Der 10. Bromtag brachte eine Einbuße von 251, der folgende von 35, dann trat wieder eine Zunahme auf von 88, gefolgt von einem Rückschlag von 345 am 13. Tage, dem größten Rückschlag in der ganzen Zeit. Nach einer erneuten Zunahme von 55 und 77 Zahlen folgten wieder Rückschläge von 82, 221, die zur Minimalleistung während der reinen Bromzeit, 1438 Zahlen am 17. Bromtage führten, 10 weniger als zu Beginn derselben. Über einer Zunahme von 123, einer Abnahme von 50 und darauffolgender Zunahme von 22 Zahlen wurde leider am 20. Bromtage mit 1508 Zahlen mit dem Experimente aufgehört. Es fehlte die Stimulierung meines Chefs zum Weiterfahren, die Zählarbeit war mir in der Bromeuphorie zu unbequem geworden und ich ließ sie einfach beiseite, unbekümmert um den ideellen Schaden, den ich dadurch den Experimenten an sich zufügte. Experimenti causa wurde am 31. August, am fünften Tage der Bromabstinenz noch einmal eine halbe Stunde lang addiert mit einem Erfolg von

1605 Zahlen, also einem Übungszuwachs von 97 Zahlen nach einer Pause von 9 Tagen seit dem Abbrechen der Experimente. Auffallenderweise blieben die Additionsfehler auch während der starken Bromisierung auf der geringen Höhe von ca. 2,5 auf 1000 Additionen. Ich hatte das Gefühl, als ob ich überhaupt nicht rechnen müsse, sondern die Resultate nur so hinschreiben könne; bei der Maximalleistung kam ich mit Schreiben kaum nach, die Ziffern zeigten deutlich manischen Charakter, wie übrigens auch die Schrift in dieser Periode.

Das Assoziationsexperiment.

Es wurden insgesamt 2100 Assoziationen aufgenommen und dazu 6 verschiedene Formulare zu je 50 Reizwörtern verwendet; auf jeden Tag fallen 50 Assoziationen. Leider wurden die einzelnen Bogen nicht nach einem im voraus festgesetzten Plan gebraucht, und so gebricht es uns an direkt vergleichbaren Werten in den einzelnen Phasen der Bromisierung. Da wir das in künftigen Experimenten nachzuholen gedenken, so unterließ ich die mühevollen Arbeit des Klassifizierens der Reaktionswörter und führe hier vorläufig nur folgende Ergebnisse an:

I. Das arithmetische Mittel der Reaktionszeiten bei ein und demselben Bogen verhält sich folgendermaßen (Bogen 1, der vierzehnmal verwendet worden ist).

- a) Vorbromwoche (der Bogen wurde jeden zweiten Tag gebraucht). Zeiten in Fünftelsekunden: 13,3; 10,4; 8,7; 7,5.
- b) Bromperiode (Vorweisungen am 2., 5., 7., dann am 18. und am 21. Bromtag): 6,1; 6,4; 6,9; 9,5; 9,9.
- c) Brom-Kochsalz-Periode (am 23. und 24. Bromtage wurden noch je 10 g Kochsalz neben den 5 g NaBr verabreicht): 9,7; 8,6.
- d) Abstinenzperiode (4., 9. und 15. Abstinenztag): 7,3; 6,4; 7,2.

Wir sehen ein rasches Absteigen des arithmetischen Mittels der Reaktionszeit in der Vorbromperiode, dann ein langsames aber stetiges Ansteigen in der Bromzeit, ein plötzliches Abfallen bei Kochsalzdareichung und in der darauffolgenden Abstinenzperiode, nur die letzte Zahl ist wieder höher und nähert sich der Normalzeit vor der Brom-einnahme. Die verhältnismäßig hohen arithmetischen Mittel der Vorbromzeit sind durch Komplexreaktionen bei den ersten Vorweisungen bedingt; so kamen das erstemal Zeiten von 100 und 43 Fünftelsekunden vor, das zweitemal noch eine von 49. Diese abnorm langen Zeiten verschwanden aber völlig in der Bromperiode. Letzterer Umstand gestattete mir, zur Illustration das arithmetische Mittel zu verwenden, ohne größeren Fehler zu begehen; es bietet dies den Vorteil, durch Verwendung der Dezimalen, die beim wahrscheinlichen Mittel in Wegfall kommen, eine feinere Abstufung des An- und Abstiegs zur Dar-

stellung bringen zu können. Das wahrscheinliche Mittel der Vorbromperiode ergibt folgende Werte: 11; 9; 8; 7.

II. Verhalten der Fehler. (Bei der Wiederholung nicht oder falsch reproduzierte Reaktionswörter des Bogens Nr. 1.)

- a) Vorbromperiode (Prozentzahlen) 20; 4; 24; 4.
- b) Bromperiode 8; 12; 22; 8; 20.
- c) Brom-Kochsalz-Periode 26; 32.
- d) Abstinenzperiode 10; 4; 0.

Was für ein Zufall in der Vorbromperiode mitgespielt hat, daß beim drittenmal 24% Fehlreproduktionen auftraten, ist mir unerklärlich. Bogen 2 z. B. gibt folgenden Abstieg in der gleichen Periode (Zwischentage): 16%, 12%, 8%, 0%. Wir sehen dann wieder ein langsames Ansteigen in der Bromperiode, die höchsten Zahlen werden unerwarteterweise in der Brom-Kochsalz-Periode erreicht, darauf folgt in der Abstinenzperiode ein rascher Abfall bis auf 0.

III. Über die Qualität der Reaktionen läßt sich sagen, daß mit fortschreitender Bromisierung die Assoziationen immer oberflächlicher wurden, daß immer mehr Klangassoziationen auftraten, es entspricht dies den Erfahrungen bei manischen Patienten.

Zusammenfassung.

- I. Unter der Bromwirkung verlängerten sich die Reaktionszeiten.
- II. Kochsalzgaben neben Brom übten einen verkürzenden Einfluß auf die Reaktionszeiten aus.
- III. Das Fehlermaximum für die Reproduktionsfähigkeit fiel auffallenderweise auf die Brom-Kochsalz-Periode; dies ist dadurch zu erklären, daß in dieser Zeit beim Experimente die schönsten Lichterscheinungen aufgetreten waren, welche die Aufmerksamkeit vom Experimente abgelenkt haben werden.

Bromabstänzerscheinungen.

Am 23. Bromtage erhielt ich statt der üblichen 5 g Bromnatrium 5 g Kochsalz und es erschienen mir die Lichterscheinungen so schön wie nie zuvor. Am Nachmittag dieses Tages erhielt ich nochmals 5 g Kochsalz und abends dann 5 g Bromnatrium. Die Stimmung war gehoben wie früher, doch hatte ich das Gefühl von Kälte oder von Schauern „wie an einem Regentag in den Bergen“. Während der Auffassungsexperimente des darauffolgenden (24.) Bromtages, nachdem ich kurz vorher 5 g Kochsalz eingenommen hatte und mir bei geschlossenen Augen Mühe gab, die Bildchen einer eben vorgezeigten Serie zum Zwecke der Reproduktion vorzustellen, trat folgendes ein: mit einem Male waren die Nachbilder wie weggewischt, ich sah nur dunkeln Raum vor mir, und damit schlug auch die Stimmung plötz-

lich um. Nachdem ich volle drei Wochen ungetrübt euphorisch gewesen war, trat nun zum erstenmal, wie ein Blitz aus heiterm Himmel, ein Stimmungsumschlag auf, vorerst aber nur für die Dauer von einigen Minuten. Am nämlichen Tage wiederholte sich der plötzliche Stimmungswechsel noch mehrmals. Eine halbe Stunde nach dem Auffassungsexperimente, während der Assoziationen, assoziierte ich plötzlich nur noch Vorstellungen traurigen Inhalts. Am Morgen des darauffolgenden bromfreien Tages stand ich gereizter Stimmung auf, ich ärgerte mich über die bisher gemachten Dummheiten; an diesem Vormittag kam mir alles heillos nüchtern vor. Bei Vornahme der Experimente fiel mir auf, daß mein Chef müde und abgearbeitet aussehe. Ich selbst war zu keinem übermütigen Streiche aufgelegt, fühlte mich aber gar nicht etwa harmlos, ich war, wie man sagt „geladen“, jeden mit mir vorgenommenen Scherz hätte ich ganz energisch zurückgewiesen. Nachmittags auf der Visite trat plötzlich wieder ein Stimmungsumschlag ein, ich war wieder ganz fidel, es war mir „ums Tanzen und Springen, Pfeifen und Singen“, aber ebenso plötzlich darauf wurde ich wieder traurig. Abends war ich zu meinem Chef geladen, bei dem noch mehrere Gäste zum Abendbrot waren; anfänglich fühlte ich mich in der anregenden Gesellschaft recht vergnügt, bis plötzlich ein Umschlag der Stimmung mit Traurigkeit erfolgte, der mich zwang, die Gesellschaft zu verlassen. Am folgenden Morgen (2. bromfreier Tag) fühlte ich mich nicht besonders rosiger Laune, eher verstimmt (moralischer Katzenjammer). Es fiel mir auf, daß ich mich nach jeder Mahlzeit, und wenn es sich auch bloß um Milcheinnahme handelte, recht behaglich fühlte, daß das Umschlagen der Stimmung immer erst einige Zeit nachher erfolgte. Diesen Nachmittag war ich beständig guter Laune, ich hatte Besuch und konnte recht hübsche Fälle auf der Abteilung zeigen. Dafür aber dauerte das Einschlafen nachts überaus lange, es überfielen mich förmlich hypochondrische Gedanken, ich mußte an den baldigen Abschluß einer Lebensversicherung denken und fragte mich, ob ich wohl noch ein Jahr zu leben hätte. Am folgenden Morgen trieb es mich schon um 6 Uhr zum Bett hinaus, zum erstenmal seit verschiedenen Jahren auscultierte ich mich selbst und konstatierte durch mein Phonendoskop schwer pathologische Herzgeräusche, dazu fand ich meinen Puls auffallend hart und anderes Pathologische mehr, ich war ein schwer kranker Mann. Die Überlegung, daß die vermeintlichen Herzgeräusche nichts anderes als die durch die Aufmerksamkeit noch besser hervorgehobenen, synchron mit dem Puls auftretenden Ohrgeräusche seien, machte ich nicht; es hätte mich diese Überlegung in meiner damaligen Stimmung wohl auch nicht überzeugen können, daß wirklich nichts Pathologisches vorhanden sei. Plötzlich kam mir nun auch die Einsicht, daß die Lustig-

keit des vorigen Tages eigentlich nur eine „Pseudolustigkeit“ gewesen sei, einfach durch die anregende Gesellschaft vorgetäuscht. Ich empfand nun direkt ein Bedürfnis unter die Leute zu gehen, damit die traurige Stimmung nicht ganz über mich Herr werde. An jenem Nachmittag war ich zu einer kurzen Unterredung nach Basel bestellt worden. Ich richtete mich so ein, daß ich mein Quantum abgewogener Milch und Zwieback mitnahm, damit an meinem Menü nichts geändert werden müsse, und daß ich mit dem nächsten Schnellzug wieder nach Zürich zurückfahren konnte, so daß ich, alles in allem, kaum mehr als 4 Stunden von der Anstalt weg war. Auf der Rückreise kam mir plötzlich wie angeworfen die Idee: die Person, die du eben gesprochen hast, hält dich für einen Narren, sie hat beim Abschiednehmen noch rasch einen Blick auf dich geworfen, einen solchen Blick, der nur das bedeuten konnte. Unterwegs (in Baden) stiegen zwei Frauen in mein Abteil ein, eine ältere und eine hübsche jüngere: Die Ältere schaute mich an, gab der Jüngeren einen kleinen Rippenstoß und sagte etwas zu ihr, worauf mich auch diese ansah. Die Geschichte kam mir höchst sonderbar vor, es war mir sehr peinlich, angeschaut zu werden, da ich keinen Grund finden konnte, gerade von diesen beiden fixiert zu werden.

Um nun zu verhindern, daß mich die Jüngere weiterhin beobachten könne, fixierte ich sie nun meinerseits beständig bis wir in Zürich eintrafen; dabei bemühte ich mich, ganz unbeweglich an meinem Platz sitzen zu bleiben. Als ich in die Anstalt zurückkam, wurde ich zu meinem Chef gerufen; hier in seiner Wohnung sagte ich im Laufe der Unterhaltung etwas von meinen kommenden Ferien, daß ich sie gerne im Oktober genommen hätte. Bald darauf bemerkte die Frau meines Chefs zu ihm, er solle doch im Oktober nach Norddeutschland zu Besuch fahren, wo er eingeladen sei. Diese an und für sich harmlose Bemerkung faßte ich sofort als gegen mich gerichtet auf. In der darauffolgenden Nacht wachte ich schon um 1 Uhr auf, obschon ich müde zu Bett gegangen war, und konnte keinen Schlaf mehr finden; ich wälzte mich im Bette hin und her, und wilde Gedanken quälten mich. Unter anderm wurde auch die Bemerkung von Frau Doktor wegen der Ferien bis in die kleinsten Details ausgesponnen und zwar in folgendem Sinne: offenbar war das eine Anspielung auf meine Stellung meinem Chef gegenüber, es sollte mir damit angedeutet werden, daß ich mir ihm gegenüber zu viel herausnehme; ich hätte anständigerweise nicht von Ferien zu sprechen, solange mein Chef noch keine gehabt habe. Durch diese Bemerkung sollte ich zurechtgewiesen, an meinen richtigen Platz gestellt werden. Da ich mir aber bewußt war, daß es mir niemals eingefallen wäre, mir etwas Ungehöriges herauszunehmen, und man mir offenbar solches zutraute, fühlte ich mich tief gekränkt, ich lehnte mich gegen jede Weiberwirtschaft auf. Am

folgenden Morgen (4. bromfreier Tag) stand ich früh auf, ich war wütend über zwei Wärter, weil sie gelacht hatten, als ich ihnen bei der Rückkehr aus dem Hause meines Chefs begegnet war; die konnten nur meinerwegen gelacht haben! Als ich dem einen davon begegnete und er mich freundlich lächelnd grüßen wollte, kam mir dies Lächeln äußerst geringschätzig, ja geradezu hinterlistig vor; ich warf ihm einen bösen Blick zu und brummte etwas ganz Dummes, von einer Türe, die ich einfach geschlossen haben wollte, dazu, daß der arme, nichts Böses ahnende Mensch ganz rot wurde vor Verlegenheit (es war mir zugleich die Idee aufgetaucht, die Wärter würden in meiner Abwesenheit meine Habseligkeiten durchstöbern und sich über allerlei Gefundenes lustig machen). $\frac{3}{4}$ 8 Uhr frühstückte ich, und als ich eben damit fertig war, kam ein Wärter und meldete mir, daß mein Chef die Visite begonnen habe und das „Zeugs“ (gemeint waren die Experimente) später mit mir machen werde. Zuerst belustigte mich der Ausdruck „Zeugs“, dann aber kam mir plötzlich der Gedanke, mein Chef wolle mir damit zeigen lassen, was sich gehöre; ich würde ihn stets mit dem Experimentieren warten lassen, weil ich das Frühstück noch einnehme, wenn er schon da sei. Er wolle mir nun zeigen, wie man arbeiten solle. Sofort stand ich vom Tisch auf, um die Visite mit ihm zu machen; ich konnte ihm aber nicht in die Augen sehen, weil er so gekränkt aussah; ich hatte ihn ja gekränkt! Diese Idee wurde nun weiter gesponnen und Belege dafür gesucht und auch gefunden. Mein Chef behandelte mich zwar ausgesucht höflich, aber viel förmlicher als früher; aus dem Ton seiner Stimme hörte ich eine gewisse Bitterkeit heraus, die Leuten eigen ist, welche gekränkt worden sind. Unzweifelhaft hatte ich ihn, ohne zu wollen natürlich, durch irgend etwas beleidigt, vielleicht durch mein allzu selbstbewußtes Auftreten; vielleicht hatte er Gespräche von mir mißverstanden. Auf alle Fälle war das richtige Verhältnis von Chef zu Assistent durch mich verdorben worden. Der Zustand dünkte mich unhaltbar, und so schwer es mir ankam, ich faßte ein Herz und führte eine Aussprache herbei; es war mir höchst peinlich, nicht in einem offenen Verhältnis mit Personen zu stehen, die ich achtete. Nach Überwindung großer Widerstände frug ich nachmittags meinen Chef, was er gegen mich habe. Helles Auflachen war die Antwort; er dachte, ich mache einen Witz. Ich gestand ihm nun nach und nach, daß ich darauf und daran sei, davonzulaufen, alles im Stiche zu lassen, um auf einer weltfernen Insel, verlassen und allein weiter zu leben; bewußte Selbstmordideen hatte ich keine. Die Aussprache wirkte befreiend auf mich, dennoch ging es bis zum Abend, bis das Gefühl meinem Chef gegenüber ganz verschwunden war. Immer und immer wieder mußte ich mir sagen, daß sich die Vernunft dagegen auflehne, Dr. Ulrich nicht zu glauben, gefühlsmäßig traten die Zweifel immer

wieder von neuem auf. Ich hatte eben auch das Gefühl, man wolle mir nur mein Schicksal erleichtern, mich schonen und gerade das demütigte mich am meisten; ich wollte nicht geschont sein, ich hätte am liebsten eine harte Strafpredigt hingenommen. Bei der Abendvisite fing ich im Frauenhause wegen einer Kleinigkeit Streit an; ich fühlte, daß ich das tun mußte, um mir den nötigen Rückhalt zu geben; bei den Männern und bei den Kindern hatte ich ihn. Auch mit unserem Herrn Direktor konnte ich kaum reden, auch er hatte mich anders angeschaut wie sonst, ich meinte, er müsse sehen, daß ich dem Weinen nahe sei, oder daß ihm doch meine zitternde Stimme mein Inneres verraten müsse. Ich durfte nicht mehr allein sein, denn dann war die weinerliche Stimmung, die mir doch wiederum so lächerlich vorkam, gleich wieder da. Das wußte nun auch mein Chef, und er telephonierte mir, abends in seine Wohnung zu kommen. Es war mir nun äußerst peinlich, zu ihm gehen zu müssen, nicht so sehr um seinetwillen, als wegen seiner Frau. Ich schützte vor, noch nicht zu Abend gegessen zu haben, was auch tatsächlich der Fall war; es wurde mir aber die Antwort: ich möchte später herüberkommen. Wie ich nun beim Abendbrot saß, fiel mir plötzlich ein: eben jetzt bist du wiederum sehr unhöflich gewesen! Ich ließ sofort mein Essen stehen und rannte in die Wohnung des Chefs hinüber und es war mir sehr angenehm, ihn allein zu treffen. Als er nun seine Frau herbeirief, hörte ich schon aus dem Klang ihrer Stimme beim Antworten etwas Hostiles gegen mich heraus. Während der nun folgenden Unterhaltung, die mir sehr gezwungen erschien, hörte ich von seiten der Frau Doktor immer gegen mich gerichtete Pointen heraus. Trotz jeder Versicherung, daß sie wirklich nichts gegen mich habe, hatte ich doch das unausrottbare Gefühl, ihr zum mindesten recht antipathisch zu sein. Das Lachen des Dienstmädchens, das zu irgendeiner Besorgung im Zimmer erschien, bezog ich sofort auf mich: ich war eine zum Lachen reizende Gestalt. Meinem Chef gegenüber hatte ich nach der vorausgegangenen Aussprache die Fassung wieder einigermaßen gefunden; dennoch hatte ich das Gefühl, daß er zum mindesten glauben müsse, ich mache ihm da etwas vor, während es mir bitterer Ernst war mit meinen Gefühlen, über welche ich dennoch zuweilen selbst lachen mußte. Die fortwährende zwangsmäßige Kritik meiner selbst im Gespräche mit Drittpersonen war äußerst peinlich. Schon am folgenden Morgen, am 31. VIII. fühlte ich mich meinem Chef gegenüber wieder viel verlegener. Ich bemühte mich an diesem Morgen, fest und sicher aufzutreten, hatte aber doch das Gefühl, daß das nur darum geschehe, um die gedrückte Stimmung zu überkompensieren. Ich machte Witze mit den Patienten, bloß um selbst mitlachen zu können; ich arbeitete hastig darauf los, bloß um Herr über meine weinerliche Stimmung zu

werden. Es schien mir so leidlich gut zu gehen, bis mich wiederum eine Person, zu der ich im gemütlichen Rapport stand, anredete, dann war wieder jeder Halt weg. Ich hatte das Bedürfnis, mich unter Menschen zu bewegen, nicht allein zu sein, befürchtete aber doch, daß sie mich anreden könnten. Wegen des Angeredetwerdens und des unangenehmen Gefühls, darauf antworten zu müssen, war es mir auch sehr peinlich, an diesem Abend wieder zum Chef gehen zu müssen. Mit ihm selbst konnte ich ja ziemlich unbefangen reden, überhaupt war immer das „Eisbrechen“ das Schwerste; ich kam dann in die Unterhaltung hinein, es verfolgte mich zwar immer das widerwärtige Gefühl, plötzlich weinen zu müssen. Ich durfte gar nichts Trauriges denken, sonst übermannte es mich, ich hatte das Gefühl, geradezu brutal sein zu müssen, um diese Gefühle zu überkompensieren. Ich kam mir nun im umgekehrten Sinne „bübelig“ vor als in der Gassenjungenstimmung während der euphorischen Periode. Es zeigte sich dieses Minderwertigkeitsgefühl auch in allen Handlungen, die ich ausführen mußte; so getraute ich mich nicht mehr zu telefonieren, es mußte das jemand für mich besorgen. Ich hatte eine Unterredung vor auf einem Advokatenbureau der Stadt, da mußte ich erst meinen Chef fragen, was ich da sagen solle, und wie ich mich zu verhalten habe! Um einen vierseitigen Brief zu schreiben, brauchte ich volle 2 Stunden! Bei jedem Wort stutzte ich, weil ich nicht wußte, ob man es mit einem großen Anfangsbuchstaben zu schreiben habe oder nicht, so ging es mit dem Dehnungs-H, ja, ich wußte nicht mehr, wie man die Majuskeln richtig schreibt. Am Morgen des 1. September erhielt ich *experimenti causa* 5 g Bromnatrium. Eine halbe Stunde später kam ein Gefühl von Schwere in die Beine, namentlich in die Oberschenkel, ich glaubte in die Knie sinken zu müssen; die Stimmung war tiefer als beim Erwachen, ich fühlte mich müde. Schon eine weitere halbe Stunde danach aber fühlte ich mich recht vergnügt und elastisch, nur zwischendurch kamen kleine, momentane Verstimmungen vor, in denen ich glaubte, die Tränen würden mir zu äußerst stehen. Frei von Beziehungsideen war ich noch nicht, denn ich bezog das Lachen des kleinen Töchterchens unseres Direktors, das spielend mit einer älteren Schwester durch den Hauseingang, in welchem ich wartete, hereinstürmte, sofort auf mich. Ich aß nun wieder einmal mit gutem Appetit zu Mittag, die Welt kam mir auf einmal gar nicht mehr so „streng“ vor. Trotzdem ich eigentlich recht viel Arbeit vorhatte, so legte ich mich im Schlafrock aufs Kanapee, um etwas Schönes zu lesen; Stimmung: komme ich nicht heute, so komm ich eben morgen. Über die Beziehungsideen nachdenkend, kamen sie mir plötzlich unsinnig vor, während ich einen Tag früher noch geschworen hätte, daß eben doch etwas Reelles dabei sei, zum mindesten bei Frau Doktor. Heute fand

ich letztere wieder viel natürlicher. Nach dem Mittagschlaf, bei welchem ich wieder einmald den Wecker überhört hatte, war jede Spur von Beziehungsideen verschwunden. Über so deutbare Vorkommnisse mußte ich lachen, ich war in deutlich gehobener Stimmung. Nach einem spontanen Besuch bei meinem Chef nach dem Abendessen legte ich mich auf mein Sofa, um den Simplizissimus zu lesen, als plötzlich die beschriebenen Herzsymptome auftraten im Gefolge von Todesangst. Am folgenden Morgen verschief ich wieder den Wecker, stand dann in grimmiger Stimmung auf, es fror mich den ganzen Tag hindurch. Auch die folgenden Tage fror es mich beständig, ich konnte nachts nur wenige Stunden schlafen, ich war recht schlechter Stimmung; zu ausgeprägten Beziehungsideen kam es aber nicht mehr, doch dauerte es noch recht lange, bis ich die falschen Ideen völlig korrigieren konnte. Dem schlechten Schläfe wurde mit kleineren Bromdosen abgeholfen, erst nach 14 Tagen konnte ich wieder spontan gut schlafen; auch die Stimmung wurde erst nach und nach wieder normal, ich sah noch häufig schwarz in die Zukunft und war mürrisch.

Zusammenfassung.

I. Nach einer durch fortgesetzten Bromgebrauch hervorgerufenen submanischen Verstimmung trat auf größere Kochsalzgaben hin ein plötzlicher Stimmungsumschlag ein.

II. Nach Aussetzen der Bromzufuhr trat zuerst ein Pendelzustand zwischen manischen und depressiven Phasen auf; die beiden Stimmungslagen wechselten aus inneren Ursachen miteinander ab, bis die reine depressive Stimmung allein herrschte.

III. Am zweiten Abstinenztage traten plötzlich Wahnideen im Sinne des Beziehungswahnes auf Basis eines starken Minderwertigkeitsgefühles auf.

IV. Hartnäckige Schlaf- und Appetitlosigkeit begleitete obige Erscheinungen.

V. Eine einzige größere Bromgabe coupierte vorübergehend sämtliche Abstinenzerscheinungen.

VI. Es dauerte monatelang, bis hernach sämtliche produzierten Wahnideen restlos korrigiert waren.

Verschiedene Beobachtungen.

Die Schrift zeigte während der Dauer unserer Experimente verschiedentlich Änderungen. Im Laufe der Bromisierung wurden die Schriftzüge größer, deren Richtung war schräger als zuvor, die Endstriche gingen fast ins Ungemessene, ebenso die Schleifen und die Oberstriche z. B. beim großen „T“ und „F“; die Schriftzüge wurden „manisch“. Bald stellten sich Auslassungen von einzelnen Buch-

staben, sogar von ganzen Silben ein, dann Kontaminationen ähnlich wie beim Reden, es wurde dabei nicht perseveriert, sondern Buchstaben von folgenden Silben des gleichen Wortes oder des nächstfolgenden vorweggenommen. Perseverationen traten zwar auch auf, aber in dem Sinne, daß z. B. das „m“ vier Striche bekam usw. Namentlich aber im Schreiben der Zahlen kam richtige Perseveration zustande. Es wurden z. B. zu meinem größten Ärger vom Apotheker im Laufe einer Woche ein paar Hundert abgewogene Zinkpulver geschickt, und ich hatte doch nur ein Hundert davon bestellt! Wie man im Bestellsbuch nachguckte, da stand deutlich 1000 drin, ich hatte im Nullens Schreiben perseveriert. Namentlich beim Diktieren von Tabellen, die Dezimalzahlen enthielten, zeigte sich gänzliche Unfähigkeit, eine längere Zahl richtig zu schreiben: die einzelnen Ziffern wurden versetzt, das Komma selten an den richtigen Ort gesetzt. Die stenographischen Notizen jener Zeit zu entziffern kostet ziemliche Mühe, weil hier oft ganz andere Buchstabenverbindungen als die gewollten hingeschrieben wurden; auch hierin wiederum zeigte sich Übereinstimmung mit dem Sprechen. In der Abstinenzperiode wurde sehr wenig geschrieben, nur das Nötigste, und dies fiel mir lächerlich schwer. Die Schriftzüge wurden klein, bescheiden, es kamen viele Korrekturen vor, darunter sogenannte Verschlimmbesserungen, weil ich mich sehr unsicher fühlte in der Orthographie, ja, ich mußte mich des öfteren fragen, wie der und jener Buchstabe zu schreiben sei. Während der Bromperiode konnte ich kompliziertere Handlungen kaum fehlerlos ausführen, sobald diese eine bestimmte Aufeinanderfolge von einzelnen Teilhandlungen erheischten. Es wurden dabei meistens Teilhandlungen übersprungen oder doch in der Aufeinanderfolge verschoben. Als Beispiele will ich folgende Handlungen anführen, die ich jeden Tag auszuführen hatte, und bei denen ich mir während des Bromismus kolossal Mühe geben mußte, damit sie richtig ausfielen. Einmal kommt hier das Abmessen der 24stündigen Urinmenge in Betracht, was jeden Morgen meine erste Aufgabe war, sowie das Abfüllen einer Probeflasche und Bezeichnen derselben für den Chemiker. Zum Messen diente mir ein 1000-ccm-Zylinder. Eingießen in den Zylinder, Ablesen, Notieren, Probeentnahmen, Etiketteschreiben, Weggießen, Neueinfüllen mußten in einer bestimmten Reihenfolge bewerkstelligt werden (meistens waren mehr als zwei Zylinder zu füllen); nur so war es möglich, ein richtiges Resultat zu bekommen. In der Normalzeit ging das natürlich ganz glatt, im Bromismus aber war die Vergeßlichkeit so groß, daß entweder das Notieren vergessen wurde, oder der Meßzylinder geleert wurde, bevor abgelesen worden war, oder dessen Inhalt in das falsche Gefäß zurückgeleert, oder aber die zu messende Flüssigkeitsmenge direkt in das Ausgußgefäß anstatt in den Meßzylinder gegossen wurde. Wenn

in der Apotheke verschiedene Flaschen nebeneinander zu füllen und zu etikettieren waren, so mußte ich mir stets von neuem laut hersagen, was in die einzelnen hineinkomme, und wenn ich vor der Flasche stand, dann war ich wieder ratlos, und wußte nicht mehr, was ich zu machen hatte. Die Pfropfen und die Etiketten wurden dann auch beständig verwechselt. So war ich gezwungen, nur immer eines ums andere zu machen und mich dabei fortwährend zu kontrollieren. So nahm natürlich jede Arbeit recht viel Zeit in Anspruch. Als diese Erscheinungen auftraten, sorgte man selbstredend dafür, daß ich nichts mit dem Giftschrank zu tun hatte. Hier sei noch bemerkt, daß das Brom auch bei mir einen starken Einfluß in hemmendem Sinne auf die Libido ausübte, es traten auch nie unverhüllt sinnliche Träume auf. Das Träumen selbst schien mir ganz anders zu sein wie sonst, leider aber habe ich nur wenige Träume notiert während der Bromperiode, weil da aus Bequemlichkeit und Wurstigkeit überhaupt nichts ausgeführt wurde, zu dem ich nicht extra stimuliert worden war. Ich erinnere mich nur, des öftern im Traum wunderbare Reisen gemacht zu haben, wobei landschaftliche Schönheiten und Farbeneffekte (z. B. Spiegelungen des Sonnenunterganges auf einer Seefläche) mich am meisten ergötzen.

Erwähnenswert erscheint mir die Tatsache, daß ich selbst unter schwerem Bromismus noch verhältnismäßig gut Schach spielte, wahrscheinlich weil ich viel ruhiger spielte als sonst und mich psychisch dabei nicht aufregte. So machte ich auch in dieser Zeit meine erste Sehnennaht bei einer schweren Verletzung des Unterschenkels durch einen Axthieb; die Wunde heilte per primam! Wäre ich nicht bromisiert gewesen, so hätte mich die Geschichte sicherlich so weit aufgeregt, daß ich vorgezogen hätte, den Patienten mit einem Notverband in die Klinik zu schicken. Ich hätte mich kaum getraut, in Anbetracht der geringen mir zu Gebote stehenden Hilfsmittel und der zweifelhaften Asepsis, den Eingriff selbst vorzunehmen.

Zum Schluß möchte ich noch lebhaft betonen, daß ich mich in der Vorbromperiode äußerst wohl fühlte, so wohl wie nie zuvor, ich war sehr ruhig, gar nicht „nervös“; die Pulsfrequenz betrug ca. 66, der Puls schien mir weniger labil zu sein als sonst, d. h. weniger intensiv auf psychische Reize anzusprechen. Ich weiß nun nicht, muß ich diese Veränderung auf das Konto der lacto-ovo-vegetabilischen Kost setzen oder, was mir nach späterer Erfahrung bei andern näher liegt, auf die weitgehende Reduktion des Kochsalzes?

Schluß.

Wenn wir die Frage stellen, ob wir die uns gestellte Aufgabe, die größeren klinischen Erscheinungen des sogenannten Bromismus mit

möglichst einfachen Hilfsmitteln experimentell zu fassen, auch erreicht haben, so müssen wir gestehen, daß die für uns interessantesten und zum Teil unerwarteten Ergebnisse vorliegenden Selbstversuches gar nicht von den methodischen Laboratoriums-Experimenten geliefert worden sind, sondern von der Selbstbeobachtung in Verbindung mit den klinischen Resultaten. Von den bekannten Erscheinungen des Bromismus — Verlangsamung des Denkens und der willkürlichen Bewegungen, wachsende Unbesinnlichkeit, Interesselosigkeit, Sprach-, Sprech- und Schreibstörungen, Ataxie namentlich der unteren Extremitäten, Störungen des Gleichgewichts, vasomotorische Störungen, Sinnestäuschungen —, ließen sich in einigermaßen einwandfreier Art durch das psychologische Laboratoriumsexperiment nur folgende fassen:

I. Die Gedächtnisstörung für im Bromismus gemerkte Bilder, Farben und Buchstaben (Ausbleiben eines Übungszuwachses). Dabei ergab sich als Nebenbefund das Erhaltensein des Gedächtnisses für vor der Bromisierung gemerkte Bilder, Farben und Buchstaben.

II. Die Verlangsamung der psychischen Arbeitsleistung (Verlängerung der Reaktionszeiten im Assoziationsexperiment, langsames Zusammenzählen von Zahlen in den Kraepelinschen Heften).

Sehr schön zeigten diese Experimente, daß Kochsalzgaben diese Erscheinungen restlos zum Verschwinden bringen.

Nach den erhaltenen Resultaten scheint es, daß sowohl Auffassung wie Merkfähigkeit intakt geblieben waren, daß nur eine weitere Komponente des Gedächtnisses, die Fähigkeit, Eindrücke längere Zeit aufzubewahren, unter der Bromisierung leidet (die Zunahme der Fehler konnte mit der Abnahme der Kritik genügend erklärt werden). Es scheint uns dieses Ergebnis von so prinzipieller Wichtigkeit zu sein, daß wir mit feinem psychologischen Laboratoriumsmethoden der Frage noch einmal näher treten wollen, um zu sehen, ob sowohl Auffassung wie Merkfähigkeit wirklich nicht und eventuell inwiefern sie verändert werden. Unsere allzu einfache Methode mußte uns ja in dieser Frage im Stiche lassen und selbstredend ist von der Selbstbeobachtung hier kein Aufschluß zu bekommen.

Vielleicht ist die eigentümliche Erscheinung, in frühere Zeiten meiner Jugend zurückversetzt worden zu sein und das Wiederbewußtwerden alter, längst vergessen geglaubter Erinnerungen, ähnlich dem Verhalten bei andern Störungen des Haftens im Gedächtnisse (gewisse Fieberpsychosen, organische Psychosen) auf diese Gedächtnisstörung zurückzuführen.

Vielleicht werden auch die apraxieähnlichen Erscheinungen z. B. bei Ausführung komplizierterer Handlungen dadurch mitbedingt, sowie auch die Störungen im Schreiben von längeren Zahlenreihen.

Die Selbstbeobachtung hinwiederum verhinderte uns, aus dem Ausfall der übrigen methodischen Experimente falsche Schlüsse zu ziehen. So zeigte sie uns z. B. warum man sich aus den nackten Resultaten der Lernversuche von vierstelligen Zahlen und von sinnlosen Wörtern mit und ohne Störung kein Bild von den wirklichen Lernverhältnissen im Bromismus machen kann, und wir werden daher in kommenden Versuchen es nicht unterlassen, die Versuchspersonen immer wieder zu fragen, wie und mit was für Hilfsmitteln sie auswendig gelernt haben.

Unerwartet trat im Laufe der Bromisierung eine submanische Verstimmung der Versuchsperson auf. Nach Aussetzen der Bromzufuhr traten deutliche Abstinenzerscheinungen auf, die nur als Bromabstinenzerscheinungen gedeutet werden konnten. Seitdem wir auf die Bromabstinenzerscheinungen aufmerksam geworden sind, ist es uns in verschiedenen Fällen gelungen, solche Zustände da zu erkennen, wo wir früher unbedenklich an eine Verschlimmerung des psychischen Bildes auf Grund der Epilepsie (epileptische Verstimmungen) gedacht hätten; darunter auch Zustände mit Halluzinationen der Körperempfindungen, verbunden mit abenteuerlichen Wahnideen, ganz ähnlich wie bei Schizophrenie. Auf Erhöhung der Bromdosis um nur ein Gramm pro die, verschwanden diese Erscheinungen überraschend schnell. Wir werden später zusammenhängend über diese Fälle berichten, sobald es uns gelungen sein wird, die Differentialdiagnose zwischen den psychischen Verschlimmerungen epileptischer Natur und den wirklichen Bromabstinenzerscheinungen klar zu fassen.

Nach unseren Versuchen will uns dünken, daß die Wirkung des Broms auf das Gefäßsystem darin bestehe, den Tonus der Vasomotoren herabzusetzen (erhöhte Pulszahl, Kongestionen) im Gegensatz zum Kochsalz, das die Ansprechbarkeit der Gefäßinnervation schon auf geringe psychische und mechanische Reize erhöht (Sinken der Pulszahl, tagelanges Frieren nach Kochsalzgaben — Kontraktion der Hautgefäße?). Die Epileptiker haben ein sehr labiles, erregbares Vasomotorensystem; für sie ist Kochsalz erwiesenermaßen ein Gift, und will man annehmen, daß der epileptische Insult eine Folge von lokalem Gefäßkrampf im Gehirne ist, so würde sich durch die gegensätzliche Wirkung des Broms auch dessen antiparoxysmale Wirkung erklären. Auf alle Fälle haben wir erfahren, daß schon quantitative und namentlich quantitativ-qualitative Schwankungen in der Salzzufuhr recht unangenehme Wirkungen hervorrufen können, und diese hängen scheinbar nicht sowohl von der absoluten Menge des mehr zugeführten Salzes als vielmehr von dessen relativem Verhältnis zur gewöhnlichen Menge ab. Ist der Körper auf kleine Mengen Salz angewiesen, wie z. B. 5 g in unserem Falle, so bringt die Verdoppelung schon starke Störungen

hervor, viel stärkere als z. B. wenn zu 20 g täglicher Zufuhr noch 5 g hinzukommen würden; dies wird kaum zu merken sein, wohl aber, wenn im erwähnten Falle noch 20 g dazukommen würden. Die Erfahrung hat bereits in der Therapie der Epileptiker gezeigt, wie sorgfältig man dort Salzschwankungen verhüten muß, wenn man Anfälle vermeiden will, und auch das Gegenstück ist bekannt, daß man direkt Anfälle provozieren kann, indem man bruske Salzschwankungen hervorruft. Künftige experimentelle Versuche sollten auf diese Tatsache Rücksicht nehmen und bei der Substituierung von Kochsalz durch Bromnatrium sollte z. B. der Versuch so eingerichtet werden, daß nur äquimolekulare Mengen einander substituieren. Dann wird auch das Ergebnis eindeutiger auf die spezielle Ionenwirkung hindeuten, die man prüfen will.

Ich muß an dieser Stelle betonen, daß der Bromismus mir keinerlei dauernde Gesundheitsschädigung verursacht hat, im Gegenteil fühle ich mich seither fast wohler als früher.

Nachtrag.

Da diese Arbeit bei einseitiger Betrachtung den therapeutischen Wert des Broms in Frage stellen könnte, möchten wir gestützt auf unsere experimentellen und klinischen Erfahrungen ausdrücklich folgendes feststellen:

I. Niemals darf die Kochsalzentziehung eine so weitgehende sein, wie dies in unseren Experimenten geschehen ist, d. h. so weit, daß sowohl Brom wie Chlorsalz in annähernd gleichen Mengen dem Körper zugeführt werden, wegen der Gefahr eines deletären Bromismus.

II. Akuter Bromismus kann vermieden werden, wenn man mit kleinen Dosen Brom beginnt und „einschleichend“ vorgeht, wodurch die Angewöhnung an Brom erleichtert wird.

III. Tritt Bromismus mit manischen Zügen auf, so ist der Patient wie ein Manischer zu überwachen.

IV. Kochsalz ist das souveräne Heilmittel des Bromismus.

V. Bruske Schwankungen in der Salzzufuhr sind in der Therapie zu vermeiden.

VI. Das Abbrechen einer Bromkur soll nicht plötzlich geschehen; es soll mit dem Mittel langsam „ausgeschlichen“ werden, wenn nicht Abstinenzerscheinungen auftreten sollen.

VII. Sind Bromabstinenzerscheinungen aufgetreten, so können sie durch Einverleibung neuer Bromdosen leicht coupiert werden.

Timon von Athen,
Drama von Shakespeare,
nach psychopathologischen Gesichtspunkten erklärt von
Medizinalrat Dr. Dees (Gabersee).

(Eingegangen am 13. Juli 1914.)

I. Vorbesprechungen.

Über keines der Shakespeare-Dramen sind von den Kommendatoren so verschiedenartige Ansichten geäußert worden wie über Timon von Athen.

In der von Bodenstedt besorgten und 1869 durch Brockhaus-Leipzig herausgegebenen Shakespeare-Ausgabe sagt der Übersetzer in der Einleitung zu diesem Drama: „Timon von Athen hat den Freunden und Kennern Shakespeares schon seit lange zu raten aufgegeben. Zunächst muß . . . die Ungleichheit des Stils auffallen. Nicht minder befremdlich ist der Zustand des Stückes in bezug auf die Komposition und ihre künstlerische Durchbildung. Die Wahl des Themas und seine Behandlung in einzelnen Partien scheint auf den ersten Blick die Annahme zu bestätigen, daß hier ein Werk aus des Dichters höherem Alter vorliege, wo er sich dem Reiz psychologischer Probleme sogar auf Kosten der dramatischen Gesamtwirkung hingab . . . Unser Befremden wächst, wenn wir den ganzen Wurf und Zuschnitt des Stoffes ins Auge fassen. Soll wirklich dieselbe Hand, die in der größten Tragödie des Undankes, dem König Lear, mit sicherer Meisterschaft das Thema kontrapunktlich durcharbeitete, hier eine analoge Aufgabe bloß auf die populäre Wirkung eines einfachen Gegensatzes von gut und böse, von überfließender Menschenliebe und überschwenglichem Menschenhaß berechnet haben? Denn in zwei große, monotone Hälften klafft die Tragödie von Timon auseinander. Auf das Schauspiel seines maßlosen Vertrauens, seiner an Wahnsinn grenzenden Schenksucht folgt das Trauerspiel seiner ebenso maßlosen Abkehr von allem Menschlichen, seiner bis zur Tobsucht gesteigerten Wut gegen die undankbare Welt. Aus einem fast knabenhaft gutherzigen Toren, der die Menschen nicht kennt, wird plötzlich ein fast greisenhaft verbitterter Einsiedler, der sie nicht besser kennt, da er ein Recht zu haben glaubt, alle Menschen zu hassen, weil diejenigen, an die er mit vollen Händen sein Hab und Gut verschleudert hat, ihm ihre Hilfe weigern, da er ihre Gegendienste in Anspruch

nimmt. Er hat Schmeichler für Freunde, Schmarotzer für Biedermänner gehalten. Keiner von ihnen ist so gezeichnet, daß der Zuschauer es begriffe, wie Timon an der Menschheit verzweifeln kann, wenn er an diesen Menschen verzweifeln muß. Und so entsteht der peinliche Verdacht, daß Timons Natur in der Wurzel krank sein müsse, um aus verblendeter Hingabe so unheilbar in blinden Haß umzuschlagen. Auch Lears Raserei hat ihre tiefste Wurzel in der grillenhaften Schwäche, mit der er seine eigenen Töchter verkennt. Aber selbst wenn seine (Timons) Handlungsweise noch gewagter motiviert wäre als durch das jähe Temperament eines verwöhnten Herrschers und die Wunderlichkeiten des hohen Alters, so hätte der Dichter dafür gesorgt, alles etwa Unzulängliche der Prämissen durch die meisterhafte Konsequenz der psychologischen Entwicklung vergessen zu machen. Im Timon keine Spur dieser Kunst. Nach den Fehlversuchen, von seinen Scheinfreunden Hilfe in der Not zu erhalten, tritt er plötzlich auf in a rage, in einem Wutanfall, der ohne lichte Intervalle, außer der Szene mit dem treuen Hausverwalter fort dauert bis ans Ende und unseren Gemütsanteil mehr und mehr ermatten läßt, so sehr wir in den geistreichen Variationen seiner Haßpredigten die dichterische Kraft des Ausdrucks bewundern müssen.“

Diese geistreiche Erklärung des Übersetzers kommt dem wirklichen Sachverhalt ziemlich nahe, aber er vermag aus Unkenntnis spezieller psychopathologischer Vorgänge den Kern der Sache nicht zu erfassen.

Laehr macht folgende, hier nur im allgemeinen wichtige Angabe: „Der englischen Bühne waren zur Zeit Shakespeares Vorführungen krankhafter Geisteszustände nichts Ungewöhnliches, dienten sie auch zum Teil der Lachlust des Publikums, so sind sie doch ganz überwiegend darauf berechnet, Grausen und Rührung zu erregen.“ Trifft diese Angabe im speziellen für Shakespeare und Timon in dieser primitiven Beziehung auch nicht zu, so gibt sie uns doch einen Fingerzeig, der richtigen Erklärung des dramatischen Vorganges näher zu kommen.

Von einigen Shakespeare-Forschern wird Timon für ein Werk aus Shakespeares höherem Alter angesehen, von anderen für ein Jugendwerk; wieder andere erklären es als ein von einem älteren Dichter herührendes, durch Shakespeare jedoch durch- und umgearbeitetes Drama. Mag nun die eine oder die andere dieser Ansichten auf Grund stilistischer oder psychologischer Forschungen ihre Berechtigung haben, vom psychopathologischen Gesichtspunkte aus ist das Drama einheitlich, wie aus einem Guß geformt und bietet bei dieser Betrachtung auch den Vorteil reinsten und größten Genusses.

Weigand hat in seinem Buche: „Abnorme Charaktere in der dramatischen Literatur“ — Shakespeare, Goethe, Ibsen, Hauptmann — den Timon nicht erwähnt, sagt aber folgendes: „Shakespeare bringt

4*

nicht nur ab und zu einen geistig abnormen Menschen auf die Bühne. Die Anzahl seiner eigenartigen, krankhaften Persönlichkeiten ist un-
gemein groß, so daß ich mich hier darauf beschränken will, nur noch
eine Reihe von Namen zu nennen: Titus Andronikus, der Titelheld des
Jugenddramas, in dem bei der Häufung aller Schrecken auch der Wahn-
sinn nicht fehlen durfte; im zweiten Teil König Heinrichs IV. Kardinal
Beaufort, der vor seinem Tode Fieberphantasien erleidet; Konstanze
im König Johann, die aus ihrem leidenschaftlichen, ehrgeizigen Charakter
heraus in Irrsinn verfällt. Dann Königin Cymbelin, weiter die Geistes-
störungen im Sturm, schließlich auch Perikles in dem gleichnamigen
umstrittenen Jugenddrama.“ Ferner: „Ganz besonders ist zu betonen,
daß es Shakespeare liebt, Parallell- und Kontrastfiguren mit psychisch
abnormen Zügen auf die Bühne zu bringen und durch die sich von
einander abhebenden Gegensätze gerade feinere seelische Differenzen
um so plastischer ans Licht zu rücken.“ Mit Recht betont Weigand
diese Eigenart Shakespeares und ich mache auf diesen Satz besonders
aufmerksam, weil diese Gegensätze bei Timon in einer Person ver-
einigt sind.

Vor drei Jahren, im September 1910, wurde Shakespeares Timon
von Athen einigmal nacheinander im Hoftheater zu München unter
der Regie des Herrn Kilian, mit Herrn Steinrück in der Titelrolle auf-
geführt. Es ist nun sehr lehrreich, zu erfahren, was die Praktiker und
Kritiker mit dem Drama anzufangen wußten. Die Münchener Tages-
blätter schrieben darüber:

Münchener Zeitung.

Ankündigung.

Shakespeares „Timon von Athen“ wird am Montag im Hoftheater aufgeführt.
Das Stück gehört zu den Werken des Dichters, die schon in den letzten Jahrzehnten
des 18. Jahrhunderts zu einer Zeit, wo man erst anfang, die Riesenwelt des Briten
für das deutsche Theater zu erobern, die Blicke der Bühnenfachleute auf sich
zogen. In freien Prosabearbeitungen von Franz Fischer und Heribert v. Dalberg
wurde das Stück in Prag und Mannheim gespielt. Entsprechend dem Geschmack
der Zeit wurde der hohe Flug der Dichtung in hausbackene Nüchternheit und biedere
Sentimentalität herabgezogen. Der Plan des jungen Schiller, den „Timon“, den
man in seinen besten, sicher von Shakespeare herrührenden Teilen den höchsten
tragischen Meisterwerken des Dichters an die Seite stellte, für die deutsche Bühne
zu bearbeiten, blieb unausgeführt. Kühler standen die Bühnen im 19. Jahrhundert
dem Werke gegenüber. Es blieb vom deutschen Theater so gut wie ausgeschlossen.

In neuerer Zeit haben sich u. a. Feodor Wehl, Albert Lindner, August Fre-
senius mit Bühnenbearbeitungen des Stückes beschäftigt. In der Einrichtung
von Lindner kam es 1871 am Berliner Schauspielhause zur Aufführung. Diese
und andere Bearbeitungen gingen mehr oder minder frei mit dem Originale um
und suchten den unleugbaren Gebrechen des Originals durch zahlreiche Neu-
dichtungen, namentlich durch eine völlige Umschmelzung der letzten Akte, ab-
zuhelfen. Nach dem Vorbild älterer englischer Bearbeitungen von Shadwell (1678)
und Cumberland (1770) gab man Timon wohl da und dort eine Tochter, fügte

eine Liebeshandlung in das Stück ein usw., ohne zu ermessen, daß der eigentümliche Charakter des Helden damit entwurzelt wurde.

Die meiste Verbreitung auf den deutschen Bühnen fand die Bearbeitung des Bremer Dramaturgen Heinrich Bulthaupt, die in den 90er Jahren auf zahlreichen Theatern mit Erfolg gespielt wurde. Allein Bulthaupts Werk war eine völlige Neudichtung, die mit neu erfundenen Motiven arbeitete und von Shakespeares Dichtung nur den Namen und einige wenige Szenen entlieh. Bei der bevorstehenden Münchener Aufführung wird das vielumstrittene Werk zum erstenmal in Deutschland — und wenn man auf die englischen Aufführungen blickt, wohl zum erstenmal seit Shakespeares Tagen — nach dem unveränderten Originale gespielt werden. Dem Texte ist die treffliche Übersetzung Paul Heyses aus der Bodenschedtschen Shakespeare-Ausgabe zugrunde gelegt.

Kritik.

Timon von Athen. Trauerspiel in 3 Akten von Shakespeare.
Erste Aufführung im Hoftheater, am 19. September 1910.

Nichts kann klarer, nichts einfacher in Form und Ausbau sein, als dieses Stück von Shakespeare, das man gestern abend in Paul Heyses Übersetzung zum erstenmal nach dem Original zur Darstellung brachte. Die Handlung begibt sich zu Athen und gliedert sich in zwei Teile, die wie die gleichen Hälften einer Frucht vor dem Zuschauer liegen: Timon ist reich und hat Freunde; Timon verarmt und wird gemieden. Und zwei Gastmähler finden statt. Das erste, in Üppigkeit und blauer Nacht mit Tanz und Flötenklang gefeiert, leitet die Tage des Überflusses und der Verschwendung ein; das andere, da Timon den als falsch erkannten Freunden als einzige Nahrung warmes Wasser reichen läßt und ihnen flucht, ist hellem Mittag ausgesetzt, und mit ihm hebt die Zeit des Hasses und der Ernüchterung an. Der Zusammenbruch seines Hauses treibt den Unglücklichen fort aus Athen, und er beschließt, in einer Höhle hausend, seine Tage als ein Feind der Menschheit. Der Dichter läßt ihn zwar beim Wurzelgraben einen Goldschatz finden, der Timon die Rückkehr unter Paukenschall ermöglichen würde, doch macht er besseren Gebrauch davon und vergräbt den Reichtum wieder. Das vielerlei Getier in Menschenhaut, das auf die Kunde von seinem Fund sich neuerdings mit Schmeichelei und Bitten einstellt, Hetären, Krieger, gute alte Freunde, speist er mit bitterer Weisheit und ein wenig Münze ab. Und wie der Senat von Alcibiades, der Timon rächen will, mit Truppenmacht bedrängt, sich eines Besseren besinnt und den Verbannten heimzukehren bittet, kommt die Kunde von Timons Tod. Nur seine Grabschrift wird gefunden, die er noch selbst verfaßte. Man hat annehmen zu müssen geglaubt, diese Dichtung stamme nicht in allen Teilen von Shakespeare; sie habe große Mängel, die der Verbreitung des Werkes im Wege gestanden, Kompositionsfehler, wie den, daß Alcibiades, der Gift mit Gift bekämpft und Unrecht mit Gewalt, am Schlusse recht behält, was Shakespeares anderweitig offenbarten ethischen Anschauungen widerspreche. Den Helden hat man überspannt genannt, der, gleich maßlos in Haß und Liebe, höchstens ein psychologisches Interesse beanspruchen könne. Und in der Tat, Timon ist kein Bretterheld, und der große Zug seines Wesens empfiehlt ihn der Menge keineswegs. Ja, wenn er Gutes täte, um wieder Wohltat zu empfangen. Worin aber soll so die Tragik dieses scheinbar sinnlosen Verschwenders bestehen? Die Gevattern werdern sagen, er hätte beizeiten sein Geld sollen zusammenhalten. Dann würde er nicht nötig haben, bei seinen Freunden Schutz zu suchen. In Wahrheit handelt es sich aber bei diesem Stück nicht so sehr um den mehr oder minder glücklichen Timon aus Athen, sondern um die Idee der allgemeinen Menschenliebe, die liebt und gibt aus Naturnotwendigkeit und dem Gefühl heraus, daß jeder andere im gleichen

Falle Gleiches täte. Diese Idee wird also ad absurdum geführt. Und mit welcher Kraft geschieht dies!

Wie die Sonne im Scheiden noch ihre Glut niederschickt, so ist dieses letzte Werk des großen Meisters, dieser Epilog von Bitterkeit und Klage ohnegleichen, noch einmal übersprüht von der Gedankenfülle des ungeheuren Mannes.

Herr Steinrück stand naturgemäß im Mittelpunkt des Interesses. Sein Timon, aus einem loyalen Gastfreund sich zu einem zornigen Herrscher entwickelnd, erreichte in dem zweiten Symposion, da er den Fluch ausspricht, eine Kraft und Größe der Gebärde, daß Timon in diesem Augenblick als etwas Lebendiges in die Phantasie des Zuschauers einging und der Erfolg des Stückes gesichert war . . . Der Timon vor der Höhle wirkte in Steinrücks nunmehr ganz schlichter Darstellung wie eine Persönlichkeit, die, über Nacht gereift, nur noch Verachtung hat und Lächeln für Welt und Menschenplunder.

Richard Elchinger.

Bayrischer Kurier.

. . . Doch aus einem von Grund aus undramatischen Werk kann auch der beste Regisseur kein zugkräftiges Drama machen. Und daß „Timon von Athen“ das unerfreulichste, undramatischste Werk Shakespeares ist — wenn es überhaupt von ihm ist, wogegen alles spricht, — darüber ist man sich schon lange im reinen. Ob das Stück im Original oder in Bearbeitungen aufgeführt wurde, von einem Erfolge hat man kaum je etwas gehört. Die Gestalt des Menschenhassers ist wohl überhaupt nicht bühnenlebensfähig, tragisch kann sie sicher auf keinen Fall genommen werden, das hat Molière ganz richtig erkannt, weshalb er seinen „Misanthrope“ nicht tragisch, sondern komisch auffaßte. Interessieren kann uns an diesem schon in der Anlage verfehlten Trauerspiel, das nur an wenigen Stellen Shakespeares klaren, energischen Stil zeigt, im übrigen aber von Unklarheiten, Widersprüchen, nicht einheitlich durchgeführten Charakteren und epischen, ohne Bedeutung für den Verlauf der Handlung bleibenden Breiten strotzt, nur die Inszenierungskunst des Regisseurs.

Steinrück spielte den Timon. Er holte aus dem, man möchte sagen in zwei Teile zerfallenden Helden, dem Menschenfreund und dem Menschenhasser heraus, was aus dieser Figur herauszuholen ist. Sein heiseres, kreischendes Organ eignete sich allerdings besser für den pfauchenden, lebensüberdrüssigen Pessimisten, den „zweiten Teil“ des Timon als für den noblen Athener und freigebigen Mäzen.

Ed. Haas.

Münchener Neueste Nachrichten.

Trauerspiel von Shakespeare.

(Erstaufführung im Hoftheater am 19. September).

. . . Freilich: daß die Wahl auf Shakespeare fiel, billige ich ohne weiteres. Aber mußte es gerade „Timon von Athen“ sein, mit dem man anfang? Ich sage ja nicht, daß man dieses klassische Gegenstück zum romantischen „Verschwender“ überhaupt nicht geben soll. O nein! Im Laufe der Saison, zwischen zwei anderen, vielleicht stärkeren Werken, wäre man auch ihm gewiß einmal begegnet. Aber so an den Anfang, in das grelle Licht des Saisonbeginns gestellt, müssen seine Schwächen und Mängel doch weit fühlbarer und muß der Gesamteindruck flauer werden, als wünschenswert und nötig ist. Eines ist jedoch auf alle Fälle zu begrüßen! Daß man wenigstens keine der willkürlichen und grausamen Bearbeitungen des Trauerspiels gewählt hat, auch die höchst radikale von Bulthaupt nicht, die der hiesigen Aufführung von 1892 zugrunde lag, sondern das Original und zwar nicht in der Übersetzung der Schlegel-Tieck-Ausgabe, sondern in der weit besseren, ja vortrefflichen von Paul Heyse in der Bodenstedtschen Ausgabe. Die einzige größere Änderung besteht darin, daß aus den früheren fünf Akten drei

geworden sind. Da dies aber ohne irgendwelche Gewaltsamkeit, nur durch Zusammenziehen geschehen ist und die Übersichtlichkeit des Ganzen dadurch wesentlich gewonnen hat, so wird man sich gern damit einverstanden erklären.

Ich sprach von Schwächen dieses Stückes: es hat, wenn man von dem etwas lockeren Bau gewisser Partien absehen will, eigentlich nur eine einzige, und die ist der Charakter Timons. Wie kann ein kluger Mann so über alle Begriffe gütig, so gedankenlos verschwenderisch und blindvertrauend sein? Und wie soll man es verstehen und sich zusammenreimen, daß dieser selbe Mann, nachdem er die ganz selbstverständlichen unausbleiblichen Enttäuschungen erlebt hat, die gesamte Menschheit nun ebenso maßlos haßt, als er früher jeden einzelnen geliebt hat? Der Philosoph Apemantus sagt zwar von Timon, er habe den Mittelweg der Menschheit nie gekannt, sondern nur die beiden äußersten Enden. Aber das ist nicht viel mehr als eine Feststellung, bestenfalls eine Entschuldigung, jedoch keine hinreichende Erklärung. Und man muß deshalb nach pathologischen Gründen suchen. Damit verliert aber die Figur einen großen Teil ihres tragischen Charakters und Wertes; es bleibt lediglich die mehr äußere Teilnahme für einen wunderlichen Spezialfall, und das ist denn doch zu wenig. — Um diese Klippe wird auch der tüchtigste und mutigste Darsteller des Timon nicht vollkommen heil herkommen. Herr Steinrück, der ihn gestern spielte, war, wie sich voraussehen ließ, von dem Moment an in seinem Element, da der Menschenhaß in Timon schrecklich zum Ausbruch kommt. Aus zahlreichen, geistvollen Details baute er in diesem Teil des Stückes eine in steigendem Maße fesselnde, bedeutende Charakterstudie auf.

Richard Braumgart.

München - Augsburgener Abendzeitung.

Das Experiment, dieses etwas schwächliche Shakespeare-Stück, das sicherlich in vielen Partien ganz pseudo-shakespearisch ist, wider zu verlebendigen, war gut gemeint und ist aller Ehren wert, aber es mißlang. Man ging nicht gehoben und erschüttert, wie es sonst bei einem Shakespeare-Trauerspiel zu sein pflegt, aus dem Theater. Diese Tragödie eines edlen Verschwenders, eines allzu großzügigen Menschen, der sich allein sieht im Augenblick der Not, hat eben doch eine Spur von Hausbackenheit und aufdringlicher Lehrhaftigkeit, die ganz unshakespearisch ist und uns verstimmt. Dazu sind Licht und Schatten im Charakter Timons allzu kontrastierend verteilt; dieser Gestalt fehlt alle psychologische Entwicklung und der Schauspieler, der den sonderbaren Helden gestalten will, müßte eigentlich ein Hell-Dunkel-Gemälde in Rembrandts Manier malen. — Da ist es aber fraglich, ob er den tiefen Goldton trifft.

II. Gang der Handlung.

1. Akt: Hypomanisches Stadium (manische oder gemüthlich heitere Erregung).

Im Personalverzeichnis ist Timon als edler Athener angegeben. Er ist zu Beginn des Dramas ein Mann in den besten Jahren, unbeweibt, vom Glücke begünstigt, offenbar sehr reich. Im Vorsaal seines Hauses versammeln sich verschiedene Künstler und Edelleute: ein Maler, ein Dichter, ein Juwelier, ein Kaufmann, Senatoren, die einander kennen, sich über Timon unterhalten und ihm Geschenke anbieten wollen. Der Dichter schildert Timon nach dem Bilde des Malers als einen Mann von anmutsvoller Haltung, Geist und Phantasie sprühend, von lebhaftem

Mienenspiel. Er ist von kindlich naiver Vertrauensseligkeit, gutherzig und voll Vertrauen auf seine schmeichlerischen Freunde.

Der Kaufmann: Das Muster eines Mannes, so recht geschult
Zu unermüdlich wandelloser Güte;
Ganz unvergleichlich.

Der Dichter: Wunderbar! Wie seine Haltung
So anmutsvoll sich ausspricht! Welch ein Geist
Aus diesem Auge blitzt! Wie Phantasie
In dieser Lippe zuckt! Wer deutet nicht
Dies stumm beredte Mienenspiel?

Für sich und von seinem Gedichte, das einen Prolog bedeutet, sagt ebenfalls der Dichter:

Ihr seht, wie alle Ständ' und Charaktere —
.....Lord Timon
Zu dienen sich bemühen. Sein großer Reichtum,
Mit seinem gütig edlen Sinn gepaart,
Verbindet ihm und zwingt zu Lieb' und Huld'gung
Die Herzen jedes Schlags.

Auf einem hohen heitren Hügel stell ich
Fortuna thronend dar. Des Berges Fuß
Umdrängen Menschen jeglichen Verdienstes,
So viel auf dieser rundgewölbten Sphäre
Sich mühen, ihr Glück zu fördern; unter diesen,
Die alle fest auf ihre Königin schau'n,
Schild'r ich dann einen in Lord Timons Bildung.
Ihm winkt Fortunas elfenbeinerne Hand,
Und rasch macht ihre Gunst aus Nebenbuhlern
Sklassen und Diener.

Unter Trompetentönen tritt Timon mit Begleitung auf und gesellt sich zu den Vorigen. Sogleich schenkt er einem in Schuldhaft befindlichen Freunde auf kurze Vorstellung seines Dieners hin fünf Talente, einem Diener drei Talente, damit er die gleiche Mitgift hat, wie seine Geliebte, die ihm deren Vater seiner Armut wegen vorenthalten will.

Die beiden Lords sprechen sich folgendermaßen über Timon aus:

Wollen wir gehn
Und Timons Großmut kosten? Seine Güte
Ist völlig ohnegleichen. —
Er strömt sie aus, Plutus, der Gott des Goldes,
Ist sein Verwalter nur; wer je ihm dient,
Wird siebenfach belohnt; wer ihn beschenkt,
Erhält als Gegengabe mehr, als Brauch ist,
Um Schulden wettzumachen.

Unter liebenswürdigen und boshaften Zwiegesprächen der Edelleute mit Apomantus wird im Prunksaal von Timons Hause ein großes Bankett angerichtet, wobei Oben laute Musik spielen. Bei diesem Bankett, auf dem es hoch hergeht, weigert sich Timon, von Ventidius, der inzwischen seinen reichen Vater beerbt hat, die früher zu seiner Befreiung

geliehenen fünf Talente zurückzunehmen, die ihm Ventidius in seiner Freude doppelt zurückerstatten will. Er preist die Freunde und die Freundschaft, weint darüber auch vor Rührung; man huldigt Bacchus und Venus; Cupido erscheint mit Amazonen, welche Laute spielen und Tänze aufführen, an denen sich schließlich auch Timon und die Gäste beteiligen. Timon ist von dieser Aufmerksamkeit hoch erfreut, belobt und bewirtet die Damen. Zum Schlusse schenkt Timon einem Lord ein kostbares Kleinod, einem andern ein Reitpferd, erwirbt vier edle Schimmel und zwei Koppeln Windhunde, ohne nach dem Preise zu fragen, durch reiche Geschenke. Trotz leiser Warnungen seines treuen Dieners Flavius, der stets sorgen und jeden reich beschenken soll, merkt Timon nicht, daß er vor dem Ruin steht.

2. Akt: Ruhiges Intervall.

Auf diesen (ersten) Akt verschwenderischer Lustbarkeit folgt im zweiten Akt die Ernüchterung: die Gläubiger rechnen Timons Schulden zusammen, ziehen ein großes Defizit und schicken deshalb ihre Diener zu Timon, um ihre Kapitalien zu kündigen. Endlich gelingt es dem treuen, ehrlichen Hausverwalter Flavius, seinem verblendeten Herrn die Augen zu öffnen, aber zu einer richtigen Einsicht kommt Timon nicht. Er will sich an seine „Freunde“ wenden und schickt seine Diener zu denselben, um sie um Geld anzugehen.

3. Akt: Stadium der Gereiztheit.

In feinsinniger Weise wird dieses eingeleitet durch den Unmut der Dienerschaft, welche zu den „Freunden“ geschickt wird, um Geld zu borgen. Der Diener Flaminius wird von dem reichen Lukullus mit schönen Worten und mit Trinkgeld abgespeist, das dieser dem Lukullus beleidigt vor die Füße wirft.

Timon selbst ist, wie Servilius berichtet, außerordentlich verstimmt. Seine behagliche Laune hat ihn verlassen, er ist unwohl und hütet sein Zimmer. Aber als die Diener mit leeren Händen zurückkommen und die Diener der Gläubiger mit deren Wechseln bei ihm einzudringen suchen, gerät er in einen Wutanfall, in dem er sich mit heftigen Worten Luft macht. Rasch geht der erste Anfall vorüber und Timon gewinnt wieder seine Besinnung, auf Rache zu denken. Er läßt wieder ein Mahl richten und die früheren Freunde finden sich unter Entschuldigungen ein. Das „Mahl“ wird gedeckt aufgetragen. Nachdem Timon den „Segen“ gesprochen, werden die Schüsseln, welche alle mit warmem Wasser gefüllt sind, aufgedeckt. Indem Timon ausruft: „Deckt auf ihr Hunde und leckt“, bricht wieder seine Raserei aus; unter einem Schwall von Schimpfworten gießt er den Gästen das warme Wasser ins Gesicht und wirft.

ihnen die Schüsseln nach, so daß niemand mehr zweifelt: „Timon ist toll, Timon ist wahnsinnig.“

4. und 5. Akt: Stadium der Raserei und der Depression.

Nachdem Timon noch den Hausrat in Trümmer und Scherben geschlagen, entweicht er, ohne etwas zur Fristung seines Lebens mitzunehmen, aus Athen. Vor der Stadtmauer hält er einen ideenflüchtigen, von Fluch und Verwünschung triefenden Monolog über die Bewohner seiner Vaterstadt, ruft zum Schlusse, indem er sein Gewand abwirft, aus:

„Nichts trag ich aus dir fort
Als meine Nacktheit, du verruchte Stadt.
Nimm auch noch das, mit tausendfachen Flüchen!“

Auf dem Höhepunkt der Manie zeigen sich bald auch die ersten Zeichen der Depression: im Walde nach Wurzeln grabend, setzt Timon seinen Monolog fort:

„O Sonne, Segenspenderin, nun sauge
Giftdünste, die den Luftkreis deiner Schwester
Verpesten!.....
.....
Nichts geht gradeaus in dieser Welt des Fluchs,
Als offen Bosheit. Darum seid verabscheut
Gelage, Feste, wo's von Menschen wimmelt!
Den Nächsten, ja sich selbst, verachtet Timon.
Fort mit der Menschheit! Erde, gib mir Wurzeln!“

Timon gräbt im Walde nach Wurzeln und findet einen Schatz von Gold im Boden. Man sollte meinen, daß er gelernt habe, nun richtig mit Geld umzugehen, aber nichts von dem; er hat nur Pläne der Rache. Eine Handvoll Gold nimmt er an sich.

„Komm du verfluchter Staub,
Der Menschheit Gassenhure, die du Volk
Mit Volk verfeindest; nun sollst du mir tun
Nach deiner wahren Art.“

Den ganzen übrigen Schatz gräbt er wieder ein. Vor den ihn dann in seiner Klause besuchenden Freunden und Bekannten zieht Timon nun alle Register seiner Schmähsucht auf. Zunächst kommt Alcibiades mit seinen Hetären, Phrynia und Timandra zu ihm.

Alcibiades:

„Du da, wer bist du“, sprich?

Timon:

Ein Tier, wie du. Dein Herz zerfresse Fäulnis,
Weil du mir wieder Menschengenossen zeigst.

Alcibiades:

Wie heißt du? Bist du nicht selbst ein Mensch
Und hassest so die Menschen?

Timon:

Ich bin Misanthropos und hasse Menschheit.
Was dich betrifft, wünscht ich, du wärst ein Hund,
Dann liebt' ich dich ein wenig.

Alcibiades:

Ich kenne dich sehr wohl;
Allein dein Schicksal ist mir neu und fremd.

Timon:

Ich weiß auch, wer du bist und mehr als das
Will ich nicht wissen. Folge deiner Trommel,
Färbe mit Menschenblut den Grund rot, rot.
Grausam sind Gotteswort und Menschensatzung;
Sollt es der Krieg nicht sein? Hier deine Hure
Trägt mehr Zerstörung in sich, als dein Schwert,
Trotz ihrem Cherusblick.

Phrynia:

Daß dir die Lippen faulen!

Timon:

Komm, laß dich küssen, daß die Fäulnis wieder
Zu deinem Mund zurückkehrt.

.....

Timon zu Timandra:

Bleib Hure! Wer dich braucht, der liebt dich nicht.
Gib jedem Krankheit, der dir Wollust bringt.
Nutz deine Brunstzeit, mach die Wichte reif
Für Bad und Schwitzfaß, rosenwangige Jugend
Für strenge Fastenkur.

Timandra:

Häng dich, du Scheusal!

Alcibiades:

Süße Timandra, zürn' ihm nicht. Sein Geist
Ertrank und ging in seinem Unglück unter. —

Timon zu Phrynia und Timandra:

Sä't die Schwindsucht
In hohles Mannesgebein; lähmt straffe Schenkel
Und schwächt die Spannkraft! Macht den Anwalt heiser,
Daß er kein Unrecht mehr verteid'gen kann
Mit kreischender Sophistik; macht den Priester
Aussätzig, der auf Fleischessünden schilt
Und selbst nichts davon glaubt. Fort mit der Nase,
Glatt weg damit; wer nur den eignen Vorteil
Erschnüffeln will, fremd dem gemeinen Wohl,
Dem nehmt das Nasenbein! Krausköpf'ge Raufier
Macht kahl; Prahlhänsen, die sich narbenlos
Heimschleichen aus dem Krieg, bringt Wunden bei.
Seid rührig, bis ihr aller Wollust Quelle
Zerstört und ausgetrocknet! — Hier mehr Gold noch.
Bringt andern Fluch und euer Fluch sei dies,
Und eine Pfütze euer aller Grab!

Selbst für den armen Teufel Apemantus, einen chronischen Choleriker und Menschenfeind, hat Timon nur Worte der hämischen Verachtung. Sie führen ein köstliches Zwiegespräch, welches schließt:

Apemantus:

Vieh!

Timon:

Sklave!

Apemantus:

Kröte!

Timon:

Schuft und dreimal Schuft!

Nach diesem Zwiegespräch wird Timons Schwermut und Lebensüberdruß immer deutlicher:

Krank macht mich diese falsche Welt, ich will
Auf ihr nichts lieben als die bare Notdurft.
Drum, Timon, grabe dir alsbald ein Grab,
Lieg, wo die See dir täglich deinen Grabstein
Weiß überschäumt; zur Grabschrift wähle dir:
Des Menschenlebens lacht der Tod in mir.

Auch die körperlichen Erscheinungen der Depression machen sich erkenntlich. Als Flavius seinen Herrn wiedersieht, ruft er aus:

Ist dort der Mann in Schmach und Not mein Herr?
So dürftig und verfallen?

Im übrigen empfing Timon auch den einzigen, der es redlich mit ihm meinte, nicht gut.

„Doch sag mir offen —

Denn stets noch zweifel' ich, wenn auch ohne Grund
Ist deine Freundschaft nicht schlaue Habgier,
Wenn nicht gar wucherisch, wie Reiche schenken,
Damit man zwanzig wieder schenkt für eins?

.....

Meide die Menschen; mir begegne nie!“

Auch den in uneigennütziger Absicht kommenden Dichter und den Maler vertreibt der tobsüchtige Timon mit Schlägen aus seiner Einöde und selbst die Senatoren weist er ab, welche erscheinen, um ihn zur Heimkehr nach Athen zu bewegen, ihm erlesene Ehrenstellen anbieten und um Verzeihung bitten. Alle Bemühungen, Timon umzustimmen, sind umsonst. —

Timon, der zur Selbstvernichtung entschlossene Melancholiker, will nun einmal seinem Leben ein Ende machen, und er führt alsbald seinen Vorsatz aus. Er geht ab mit den Worten:

Timon hat sich für immer angebaut
Auf dem umspülten Strand der salzigen Flut,
Wo einmal täglich ihn die stürmische Brandung
Mit hohem Schaum bedeckt. Kommt nur hierher,
Daß euch mein Grabstein zum Orakel diene.

.....

Sonne, verbirg dich! Timon steigt vom Thron.

Den Grabstein hat sich Timon selbst vor seiner Höhle aufgerichtet, und die Grabschrift zeugt von seinem das Leben überdauernden Haß.

„Hier ruht ein armer Leib, der armen Seel' beraubt.
 Fragt nach dem Namen nicht. Fluch auf eu'r schnödes Haupt!
 Hier lieg' ich, Timon, der, was lebte, stets gehaßt.
 Geh, fluch' nach Herzenslust, doch halt' hier keine Rast.“

Der Schmerz und die Depression steigern sich natürlich nicht bis zur Hemmung. Dem Drama genügt es, mit dem Leben des „Helden“ zu enden.

III. Erklärung.

Man darf annehmen, daß Shakespeare die Hauptfigur dieses Dramas dem Leben entnommen hat, und wahrscheinlich entspricht Timon einem vornehmen Zeitgenossen aus dem Bekanntenkreise Shakespeares.

„Was veranlaßte Shakespeare zur Darstellung krankhafter Geisteszustände?“ fragt H. Laehr, der beste Kenner der Shakespeareschen Psychopathologie und gibt hierzu die Aufklärung, daß die Gründe dazu verschiedenartig, meist durch die Neigung zur Kontrastwirkung, auf welche auch Weigand besonders hinweist, bedingt ist. Diese Neigung zur Kontrastwirkung tritt nun auch im „Timon von Athen“ deutlich hervor, nur ist dieselbe hier in einer Person, „welche die Mittelstraße der Menschheit nie gekannt, nur ihre beiden äußersten Enden“, veranschaulicht. Man möchte glauben, daß es für Shakespeare, den genialen Kenner des menschlichen Seelenlebens, von besonderem Reiz war, dieses Kontrastbild in einer Person markant darzustellen, dabei aber das Denken und Handeln des Helden derart zu motivieren, daß der dramatische Vorgang nur dem Kenner psychopathischer Vorgänge ersichtlich ist. Nur vom psychopathologischen Gesichtspunkte aus gewinnt „Timon“ die richtige Sympathie, erscheint die Handlung richtig motiviert. An Stelle eines unverständlichen Trauerspiels mit der Personifikation von Gut und Böses, mit dem Menschenfreund und Menschenfeind, entsteht ein Drama, das mehr den Charakter eines Schauspiels mit Szenen des köstlichsten Humors hat und das zur Quelle ergötzlichen Genusses werden kann.

Krank ist Timon, aber nur sein Gemütsleben; die dramatischen Vorgänge sind jedoch auf das feinste motiviert, so daß dem harmlosen Zuschauer alles verständlich wird und der bedenkliche Verdacht, einen Geisteskranken als Helden vor sich zu haben, bei ihm gar nicht aufkommen kann.

Für den Darsteller der Hauptrolle ist es deshalb wichtig, zu erkennen, daß das wütige Gebärden des Helden nicht die ephemere Folge einer bitteren Kränkung, sondern die krankhafte, zwangsmäßige Eigenart eines unaufhaltsam der Selbstvernichtung entgegenrasenden Temperamentes ist. Nicht ein zufällig gefundener Schatz von Gold, nicht die Vorstellungen seines mächtigen Freundes Alcibiades

oder seines treuen Hausverwalters Flavius, nicht die Abbitte der Athener Senatoren, die gekommen sind, Timon zurückzuholen und erlesene Ehrenstellen anzubieten, vermögen seinen Geist umzustimmen und seinen selbstverzehrenden Gram zu mildern. Unaufhaltsam erfüllt sich das Geschick einer selbstmörderischen Krankheit.

Als „Melancholie“ bezeichnet der Dichter durch Apemantus' Mund Timons Zustand selbst, ganz im Einklang mit der heutigen Psychiatrie, welche Timons Krankheit als manisch-depressives Irresein kennzeichnen muß, das in der Regel in Zyklen von Manie und Melancholie verläuft. Der Dichter hat nur eine Phase von Exaltation und Depression dargestellt. Eine andere Art der Darstellung ist ihm auch gar nicht möglich, wenn sie tragisch bleiben soll.

Mit der manisch-depressiven Krankheit laufen in der Regel auch körperliche Störungen einher, und auch diese sind im Drama ganz naturgemäß und folgerichtig gekennzeichnet.

Zu Beginn des Dramas befindet sich Timon im Zustande der Hypermanie; das Krankheitsbild ist nach Kraepelin¹⁾:

„Die Besonnenheit, Auffassungsfähigkeit und das Gedächtnis der Kranken erscheinen ungestört. Die geistige Regsamkeit ist nicht selten gesteigert. Die Stimmung des Kranken ist vorwiegend gehoben, heiter, durch das Gefühl der erhöhten Leistungsfähigkeit beeinflusst. Er ist in unverwundlich guter Laune, fühlt sich glücklich und froh, nicht selten in überschwenglicher Weise, sieht sich von lieben, edlen Menschen umgeben, findet volle Befriedigung in den Genüssen der Freundschaft, der Kunst, der Humanität, macht großartige Geschenke und dementsprechende unsinnige Schulden. Krankheitsgefühl fehlt dabei vollkommen; im Gegenteil fühlen sich die Kranken immer so wohl und gesund ,wie noch nie im Leben‘.

In der Exaltation steigt das Körpergewicht an, die Miene belebt sich, die Haut gewinnt frischere Farbe und Spannung, die Bewegungen werden elastisch und kräftig. Das spärlicher gewordene Haar wächst nach und dunkelt an — kurz, die Persönlichkeit erscheint verjüngt.“

Bei Steigerung der gemüthlichen Heiterkeit beginnen die zahlreichen Krankheitsbilder der Tobsucht, die jedoch hier nicht interessieren, da sie nur höchst selten eine dichterische oder künstlerische Verwendung finden.

„Die Übergänge zwischen der manischen Erregung und der Depression sind mannigfaltig. Sie können plötzlich oder ganz allmählich oft unter Einschiebung eines ruhigen Intervalls vor sich gehen. Ihr gesetzmäßiger Verlauf ist oft in hohem Grade schlagend. Bis in die kleinsten Einzelheiten der Lebensführung, Kleidung und Haartracht;

¹⁾ E. Kraepelin, Psychiatrie, 7. Aufl., Das manisch-depressive Irresein, S. 496—589. Das Bild ist jedoch für den vorliegenden Fall schematisiert.

in alle Neigungen und Abneigungen hinein pflegt sich der durchgreifende Gegensatz der Zustände zu erstrecken, so daß man glauben möchte, zwei vollständig verschiedenartige Menschen vor sich zu haben.“

„Tritt an die Stelle der heiteren eine traurige Verstimmung, so entsteht jenes Krankheitsbild, das wir als zornige Manie bezeichnen. Die Kranken sind zeitweise oder andauernd überaus reizbar, überschütten ihre Umgebung mit Schmähungen, geraten bei den geringsten Anlässen in heftige Zornausbrüche und werden sinnlos gewalttätig.“

Diese Zustände sind bei Timon deutlich ausgeprägt: er gießt seinen Gästen Wasser ins Gesicht, wirft ihnen die Schüsseln nach, reißt sich „mit tausendfachen Flüchen“ das Gewand vom Leibe, jagt den Maler und den Dichter mit Schlägen weg, ergeht sich in maßlosen Beschimpfungen, Flüchen und Verwünschungen.

„Mit der Vertiefung der Depression wird die Stimmung des Kranken trüb und hoffnungslos. Er ist unzufrieden mit sich selbst, nichts macht ihm Freude. Er sieht überall nur Schattenseiten; die Menschen um ihn herum sind nicht so gut und uneigennützig wie er gedacht hatte; eine Enttäuschung und Ernüchterung folgt der anderen; schwere Gedanken steigen in ihm auf, seine Vergangenheit wie seine Zukunft erscheinen ihm in gleichmäßig trübem Lichte, er fühlt sich vereinsamt und unglücklich. Alles ist ihm verleidet, er wird menschen scheu und düster und mag nicht mehr leben.“

Auch Timon, allmählich scheu und traurig geworden, genießt in seiner Einsamkeit nur mehr Wasser und Wurzeln, obwohl er einen Schatz von Gold in seiner Höhle verborgen hat; er trägt ein „Sklavenkleid“, Lumpen; er hat ein „eisig herbes Wesen“ angenommen, zeigt eine „Kummermiene“, fühlt sich selber krank, „ist dürftig und verfallen“.

Die Verstimmung Timons verdichtet sich schließlich, wie bei einem echten Melancholiker, zum ernstesten Lebensüberdruß und zum Selbstmordtrieb, gegen den aller Rat, alle Liebe, aller Zuspruch machtlos ist.

„Sein Groll und Gram sind eins
Mit seinem Wesen.“

Timon stirbt an Gram und Schwermut, er, der vor kurzem noch ein genußfreudiger Lebemann gewesen war . . .

Aber trotz aller Tragik mutet das Drama eigentlich nicht als Tragödie an, da der Schalk und der Humor bei allem Traurigen immer wieder durchbricht.

In Wirklichkeit ist Timon von Athen auch nichts anderes, als der Ausdruck der seelischen Empfindungsextreme von Exaltation und Depression — der dramatische und darum großartigste Ausdruck des lyrisch unendlich oft variirten Themas „himmelhoch jauchzend — zum Tode betrübt.“

Nur in dieser psychopathologischen Auffassung gewinnt das Drama, das einzige seiner Art in der dramatischen Literatur, Einheit und Klarheit und hoffentlich auch — neues Leben.

Literaturverzeichnis.

- Laehr, H., Die Darstellung krankhafter Geisteszustände in Shakespeares Dramen. Mit ausführlichem Verzeichnis der einschlägigen Literatur. Stuttgart bei Paul Neff 1898, seit 1906 bei Reimer, Berlin.
- Weigandt, W., Abnorme Charaktere in der dramatischen Literatur. Shakespeare, Goethe, Ibsen, G. Hauptmann. Bei Voß, Hamburg und Leipzig 1910.
-

Bekämpfung infektiöser Krankheiten in Anstalten.

Von
Medizinalrat Dr. Dees (Gabersee).

(Eingegangen am 13. Juli 1914.)

Nachstehend erlaube ich mir, eine von hier ausgegangene Korrespondenz zu veröffentlichen, welche sich aus der Prophylaxe beim Auftreten mehrerer Typhusfälle im Laufe des Jahres 1913 hier ergeben hat, da ich glaube, daß dieselbe für weitere Kreise von Bedeutung ist.

Schreiben an den

Herrn Vorstand des hygienischen Institutes der kgl. Universität zu München.

In den hiesigen, 1909 und 1910 erbauten Pflegepavillons bezeichnet H, Männer und Frauen, sind voriges Jahr und heuer einige Ruhr- und Typhusfälle vorgekommen, während solche in den übrigen älteren Krankenhäusern fast nicht zu verzeichnen waren. Die Provenienz war nicht festzustellen. Die Abteilungen H sind modern ausgestattet und haben Zentralheizung. Was ich besonders betone, ist, daß sie keine Vorrichtung haben zum Auskochen der Eß- und Trinkgeschirre. In den Vorschriften für die Typhusbekämpfung wird verlangt, daß die Eß- und Trinkgeschirre ausgekocht werden. Dies ist aber mit den jetzigen Einrichtungen nicht möglich, da das zugeleitete Wasser nur eine Temperatur von ca. 75—80° erreicht. Eine separate Kochvorrichtung anzubringen, ist schwierig, weil in den Gebäuden kein Kamin vorhanden, Spiritus- oder Petroleumheizung in einer Irrenanstalt zu gefährlich und die elektrische Heizvorrichtung zum Auskochen nicht zureichend ist.

Bevor ich nun zu möglicherweise weitgehenden Anträgen schreite, erlaube ich mir die ergebenste Anfrage, ob (und wie) mit unseren Einrichtungen eine wirksame Ruhr- und Typhusbekämpfung — soweit sie sich auf die Desinfektion der Eß- und Trinkgeschirre bezieht — möglich ist, oder ob unbedingt auf Auskochung bestanden werden muß, indem ich beifüge, daß fast alle modernen Irrenanstalten Zentralheizung und keine separate Feuerung zum Auskochen infizierter Eß- und Trinkgeschirre haben.

Gabersee, den 13. September 1913.

gez. Dr. Dees.

Malcesine, den 28. September 1913.

Hygienisches Institut¹⁾ der kgl. Ludwig-Maximilian-Universität München
an die kgl. Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee
Betreff: Typhus- und Ruhrerkrankungen.

Ihre Zuschrift vom 13. lf. Monats ist mir hierher nachgesandt worden. Die Typhus- und Ruhrerkrankungen in den beiden Pflegepavillons H sind fast mit

¹⁾ Die Veröffentlichung des Gutachtens erfolgt mit ausdrücklich erteilter Genehmigung des Herrn Professor Gruber (München).

Gewißheit auf Bacillenträger zurückzuführen. Es ist daher eine wiederholte bakteriologische Durchuntersuchung der ganzen Belegschaft einschließlich der Wärter dringend zu empfehlen.

Nach Ihren Mitteilungen vermute ich, daß die Pavillons mit Warmwasserheizung versehen sind. Sollte Niederdruckdampfheizung vorhanden sein, so würde die Anbringung von doppelwandigen Dampfkochkesseln keine Schwierigkeiten machen. Übrigens ist auch mit Wasser von 75—80° eine ausreichende Desinfektion der Eß- und Trinkgeschirre zu erreichen, wenn diese Temperatur nur mindestens eine Stunde lang aufrechterhalten wird. Dies würde am besten so zu machen sein, daß man genügend große doppelwandige Kochkessel in die Zentralwarmwasserleitung einschaltet, die Kessel, in welche die Eß- und Trinkgeschirre eingelegt werden, selbst mit dem heißen Wasser der Heizleitung füllt und dann durch den Mantel 1—1½ Stunden lang das Warmwasser zirkulieren läßt. Der Kessel wird mit einem Deckel bedeckt gehalten. Die Geschirre müssen im Wasser völlig untergetaucht sein.

Die Typhus- und Ruhrbacillen überleben diese Behandlung nicht.
gez. Prof. M. Gruber.

Kgl. Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee.

An den kgl. Betriebsleiter

in Egling.

Unter Übersendung einer Korrespondenz zwischen der kgl. Direktion und dem Herrn Vorstand des hygienischen Instituts der kgl. Universität München ersuche ich, gefälligst einen Kostenvoranschlag zur Anbringung je eines doppelwandigen Kochkessels der empfohlenen Art in den 4 Spülküchen der zwei Pavillons H, im ganzen vier Stück anfertigen und übersenden zu wollen.

Die Größe des Kessels richtet sich nach der Größe der zu behandelnden Geschirre, welche hier eingesehen werden können.

Egling, den 13. November 1913.

An die

Kgl. Direktion der Heil- und Pflegeanstalt

Gabersee.

Betreff: Typhus- und Ruhrerkrankungen.

Zum Schreiben vom 5. X. lf. Jahres.

Die fraglichen Spül- und Desinfektionsbecken können an Stelle der jetzt vorhandenen Spültröge in den Spülküchen der einzelnen Abteilungen unter teilweiser Verwendung der Ab- und Zuläufe montiert werden.

Die Spülbecken sollen als lichte Maße 700 mm Länge, 600 mm Breite und 500 mm Höhe erhalten.

Das Becken erhält einen Heizmantel, durch den das Zulaufwasser strömt.

Nach außen ist das Becken gegen Wärmeverluste durch einen soliden Isoliermantel geschützt.

Ein gut schließender Deckel verhindert das Entweichen von Wasser.

Nach erfolgter Füllung mittels eines normalen Auslaufhahnes werden die Deckel geschlossen.

Um die Abkühlungsverluste wieder zu ersetzen, wird durch einen kleinen Durchlaufhahn eine geringe Wasserzirkulation aufrechterhalten, so daß die vorgeschriebene Temperatur von ca. 80° C. während der ganzen Desinfektionsdauer beibehalten werden kann.

Der Bottich steht auf gußeisernen Füßen.

Die Kosten eines Bottichs sind auf 300 Mark zu veranschlagen, wozu noch für Montage und Abänderungen der vorhandenen Leistungen mit Armaturen ein Betrag von 700 Mark hinzukommt, so daß der Gesamtbetrag für die 4 Bottiche auf ca. 1900 Mark zu veranschlagen ist.

Im Kesselhaus selbst ist ein Apparat anzubringen, der anzeigt, wann die Temperatur des Warmwassers unter 70° C sinkt.

Hierfür ist ein Betrag von ca. 250 Mark erforderlich.

gez. Förster.

Die geschilderte Einrichtung, die von der Aufsichtsbehörde genehmigt wurde, ist natürlich nur ein Notbehelf, wie er aber nach Lage der Sache nicht besser ausgedacht werden kann und wohl auch seinen Zweck erfüllen wird. Bei Neubauten und Neueinrichtungen wird man auf die Forderungen der strengen Hygiene, wie sie in Irrenanstalten verlangt werden muß, selbstverständlich gleich von vornherein Rücksicht nehmen.

Das autistische Denken in der Dementia praecox.

Von

Dr. med. Vera Strasser-Eppelbaum (Zürich).

(Eingegangen am 1. August 1914.)

Das Seelenleben des Schizophrenen ist so wenig einfühlbar, so un-natürlich und im Sinne der beiden vorhergehenden Bezeichnungen so unverständlich, daß jede wissenschaftliche Disziplin sich verdient macht, sei es nun Psychiatrie, Psychologie, Physiologie oder Philosophie, wenn sie dem ungelösten Probleme neues Licht abzugewinnen sucht, immer neue Angriffswege durch Experimente, Methoden, Theorien und Konstruktionen bahnt. Neben normalen Funktionen bietet die Dementia praecox unverständliche Zusammenhänge, dabei aber wiederum die größte Ähnlichkeit mit dem Gesunden, so daß es fast unmöglich erscheint, Grenzen zu ziehen. Daneben treten organische Veränderungen auf, mit denen die psychischen Veränderungen durchaus nicht Hand in Hand gehen müssen, und umgekehrt.

Die neuen Bahnen auf dem Gebiete der somatischen Forschung, die Abderhalden für die gesamte Physiologie angewandt hat, führten bei der Dementia praecox zur Feststellung von Abwehrfermenten gegen die Geschlechtsdrüsen und gegen die Hirnrinde. Und dies bedeutet nach Abderhalden eine Dysfunktion der genannten Organe. Sollten wir auch dahin gelangen, nach dieser serologischen Diagnostik Krankheitsbilder in Gruppen, übereinstimmend mit deren klinischem Verlauf, trennen zu können, so bleibt uns doch die Psychologie der so eingeteilten Kranken immer noch Geheimnis. Diagnostik bleibt eben Diagnostik; der Wert des Psychischen liegt in einer Diagnose nie enthalten. Ein Vorgang ist noch nicht erkannt, wenn wir ihn klassifizieren, oder, nicht einmal, wenn wir sogar seinen Ursprung kennen. Und hätten wir auch ausgiebigere Kenntnisse über das Organische besessen, so wäre damit für die Geisteskranken noch keineswegs bestimmt, welche Symptome primär oder sekundär sind, ob die organischen Veränderungen psychische Symptome erzeugen, oder ob die psychischen Abnormitäten eine Rückwirkung auf die organischen haben. Es gibt selbstverständlich Symptome, die auf körperliche Vorgänge bezogen werden müssen, aber es gibt Symptome, die, wenn sie auch körperliche Vorgänge zur Grundlage haben, ihre rein seelische Komponente aufweisen.

Leider folgen wir in der reinen psychologischen Forschung stets materialistischen Gewohnheiten. Es scheint eine Art Bedürfnis, nach Ausfalls- und Zerfallserscheinungen zu suchen, analog zu den entsprechenden Experimenten der Gehirnforscher. Die Versuchung, sich materialistisch auszudrücken, ist in der Tat sehr groß, allein deswegen schon, weil nur diese Betrachtungsweise uns objektiv wissenschaftlich erscheint. Ich meine damit nicht nur diejenigen Autoren, die alles auf das Anatomische, Somatische zurückführen wollen (beispielsweise: Rindenzelle = Erinnerungsbild; Hirnfaser = Assoziation), sondern gerade diejenigen, die nicht materialistisch sein wollen, wie z. B. Freud und seine Schüler und die sozusagen als erste uns gelehrt haben, alle psychischen Phänomene zu berücksichtigen (wie beispielsweise Traum, Mimik, Symptomhandlungen, Psychopathologie des Alltagslebens usw.). Genannte Forscher, wie Freud, Bleuler u. a. vertieften sich in Symptomenkomplexe, hauptsächlich in den Sexualkomplex, wobei ich den Fehler, den sie dabei machten, nicht diskutieren will, daß sie aus einem Symptombilde, aus einer menschlichen Triebrichtung, Libido, das ganze Seelenleben beleuchteten und zu beleuchten vermeinten, und gaben den ursprünglich zur wissenschaftlichen Verständigung erfundenen, bildhaften Termini technici, wie Affektivität, Komplex, einen ihnen nicht zukommenden, materiellen Inhalt. Sie benutzten Bilder, als ob sie in konkreter Form tatsächlich vorhanden gewesen wären. So schufen sie für ihre sog. nicht materialistischen Begriffe, körperlich faßbare Gegenstände, mit denen spekuliert wurde, und man merkte dabei gar nicht, wie man die Seele zergliedert hatte, und mit bloßen Konstruktionen hantierte. Durch eine materialistische Betrachtungsweise, wie die eben geschilderte (Psychoanalyse), verlieren wir uns an die nebensächlichsten Kleinigkeiten, die zusammenzustellen (Psychosynthese) dem Forschen nach einem Gesamtbild, nach einer einheitlichen Richtungslinie eines Charakters direkt zuwiderläuft.

Das ganze Bestreben, das menschliche Seelenleben in Komplexe zu schachteIn, stammt außer aus der schon oben genannten materialistisch-mechanistischen Tendenz, aus dem Wunsche, unter allen Umständen zu deuten (wobei Deuten bedeutet: Einmal kausal nachgewiesene Zusammenhänge auf andere Fälle gleichgeartet zu übertragen).

Dieses materialistische Deuten und Suchen ist eigentlich auch die Ursache der sich widersprechenden Fragestellungen der Autoren, beispielsweise, ob bei der Dementia praecox die Affekte oder die Assoziationen primär erkrankt seien. Schon die Feststellung, daß sogar in fortgeschrittenen, schwierigen Fällen von Dementia praecox unzählige Assoziationen ihren normalen Weg gehen, und daß Assoziationen, die anormal gingen, auf einmal eine normale Bahn einschlagen können, sollte uns Anlaß dazu geben, die Assoziationsstörung nicht als etwas Pri-

märes anzunehmen, sondern eine anderweitige psychologische Ursache zu solchen Assoziationsstörungen zu suchen. Was den Beobachter dahin bringt, die Assoziationsstörungen als etwas Primäres anzunehmen, ist eigentlich das Fehlen logischer Operationen bei der *Dementia praecox*. Wenn man berücksichtigt, daß, um logisch zu operieren, man als Voraussetzung nicht nur das eigene Innenleben des Operierenden, sondern auch alle möglichen Kombinationen und Wechselwirkungen mit der Außenwelt in Betracht ziehen muß, so ist uns damit schon eine Andeutung gegeben, warum die *Dementia praecox* nicht logisch operieren kann.

Gehen wir übrigens von einer als primär aufgefaßten Assoziationsstörung aus, so sind uns erstens nicht alle sekundären Symptome erklärlich, und zweitens nehmen wir ein Phänomen zum Ausgangspunkt, das selbst nur ein mechanisiertes, stabiles Ausdrucksmittel für die immer in Bewegung sich befindliche menschliche Seele geworden ist. Die bewegliche Seele ist erkrankt. Wir aber betrachten als primäre Krankheitsursache etwas, dessen sich die bewegliche Seele, um sich in Bewegung zu setzen, um mit der Außenwelt in Kontakt zu kommen, gleichsam als wie einer zu symbolischer, starrer Form herabgesunkenen, gangbaren Münze bedient¹⁾.

Was andererseits die Auffassung betrifft, daß die Affektivität primär gestört sei, so möchte ich nur auf die eine Erscheinung hinweisen, daß in Fällen, in denen sogar eine komplizierende Hirnatrophie vorliegt (wie z. B. bei Kombination von *Dementia praecox* und *Dementia senilis*), eine fehlende Funktion der Affektivität unter Umständen wiederhergestellt werden kann. Es muß also hinter der Affektstörung auch noch eine psychische Störung gesucht werden. Soll zudem wirklich der Affektivität eine abgesonderte Lebensweise, eine abgesonderte Erkrankungsöglichkeit zugeschrieben werden? Muß nicht ein Ineinanderwirken der Affektivität und der gesamten seelischen Aktion berücksichtigt werden? Ohne weiter dabei zu verweilen, glaube ich doch Anhaltspunkte dafür gegeben zu haben, daß weder die Assoziationen, noch die Affektivität für die Erklärung der schizophrenen Mechanismen genügend und verwendbar sind, geschweige denn für deren Verständnis. Die durch die Fragestellung der Autoren erfolgte Zergliederung gibt uns also kausale Zusammenhänge und ein statisches Verstehen der Symptome, aber um die *Dementia praecox* als Ganzes intuitiv zu verstehen, dürfen wir uns die Untersuchung nicht durch Zergliederung derart vereinfachen, sondern, was erfaßt sein will, muß in seinen Gesamtzusammenhängen von innen aus mit seiner Entwicklungsbewegung verfolgt und so genetisch verstanden werden.

¹⁾ S. Dr. Vera Strasser-Eppelbaum, Zur Psychologie des Alkoholismus. Ernst Reinhardt, München 1914.

In dieser Richtung erschließt uns die Charakterlehre Alfred Adlers neues Gebiet. Er weist uns die Reaktion des Gesamtbegriffes Mensch auf die gesamte Weltwirklichkeit. Er bleibt nicht an einem einzelnen Triebe des Menschen hängen. Für Adler kann ein Individuum nicht erkranken z. B. einer primären Assoziationsstörung wegen, sondern das Individuum ist zunächst Mensch in der Welt und aus diesem seinem Verhältnis zur Welt ergibt sich erst die Krankheit. Die einzelnen, peripher liegenden Handlungskomplexe haben ihre Wurzeln im Ganzen. Die menschliche Aktion ist ein schöpferisches Werden. „Die wichtigste Aufgabe des Denkens ist vor allem, der Handlung oder Geschehnissen vorauszuweilen, Weg und Ziel zu erfassen und so weit als möglich zu beeinflussen¹⁾“. Wie das Kind selbständige, zielsichere Handlungen vollbringt, die nicht bloß auf die Triebbefriedigung gerichtet sind, so richtet es sich auch in seiner Umgebung ein und man sieht es auf dem Wege, sich in der Welt einen Platz zu erobern. Sein ganzes Handeln erscheint derart einheitlich, daß es aussieht, als ob es einen fixen Punkt außerhalb seiner selbst gefunden hätte, auf den es hinzielt. Dieser Kunstgriff des Denkens ist bei der Dementia praecox so groß, daß er die Realität entwertet und das Leitbild konkretisiert und dogmatisiert.

Welche Mittel stehen uns nun zur Verfügung, um nicht nach einer mechanistisch-materialistischen Richtung der Dementia praecox entgegenzutreten und um sie aus ihrem ganzen Auseinanderhervorgehen heraus zu verstehen? Wir brauchen uns dazu nicht nur im Abstrakten zu bewegen, sondern wir besitzen konkrete Hilfsmittel. Zu den letzteren rechnen wir: Ziele, Interessen, Befürchtungen, Sorgen, Hoffnungen des Patienten, an die wir uns halten müssen, um den Versuch zu machen, die krankhaften Vorgänge der Dementia praecox in ihrer Gesamtheit als Einheit herauszukrystallisieren.

Ferner bilden Selbstschilderungen, literarische und künstlerische Produkte, Erfindungen, Weltsysteme, neue Religionen (gleichgültig, ob sie zu einem brauchbaren Resultate gekommen sind, oder nicht, ob sie nur eine Geste, eine Gebärde der sich bewegenden Seele sind) für den Einblick in die Seele, für das Miterleben eine Eingangsmöglichkeit.

Die Mimik an sich spielt eine sehr große Rolle. Das Mißtrauische, Prüfende, Überlegene, Verbissene, manchmal Gravitätische im Gesichtsausdruck, ja sogar der physiognomische Dauerzustand, ist eine notwendige Reflexäußerung des inneren Lebens.

Was wir hier zum Verstehen der Dementia praecox im Gegensatz zu konkreten Hilfsmitteln uns unter den abstrakten gedacht haben, die *Intuition*, ist eigentlich eine Fähigkeit, deren Wesen sich nicht

¹⁾ Alfred Adler, Über den nervösen Charakter. I. F. Bergmann, Wiesbaden 1912.

in Worte fassen läßt, so wenig, wie sich Regeln dafür aufstellen lassen, wie ein guter Erzieher eines Kindes dessen Spiele mitmachen solle. Das Kind liebt es auch nicht, daß man ihm in die Bewegungen und Ziele seiner Spiele hineinredet; es erträgt eigentlich nur den stillschweigend mitfolgenden Spielpartner. Mit dem Bilde Erzieher und Kind wollte ich nun nicht behaupten, daß man einem Schizophrenen intuitiv so leicht zu folgen vermöchte, wie einem Kinde, dem man aus innerer Selbstverständlichkeit, sich in die eigene Kindheit zurückversetzend, nachgeht. Immer vorausgesetzt, man könne sich unter Intuition etwas vorstellen, das man einer Methode gleichsetzen möchte.

Um aber an die *Dementia praecox* heranzukommen, müßte als Voraussetzung zum intuitiven Vorgehen eine besondere Konstruktion genommen werden. In diesem Spezialfalle ist Intuition nur dann möglich, wenn wir versuchen, uns dem zu Untersuchenden unter Abwendung von der Realität, von der Außenwelt, zu nähern. So stoßen wir uns nicht an dem Unnatürlichen, an dem, was uns Normalen oft so bizar und unlogisch erscheint, wenn wir die Verhältnisse auf uns selbst beziehen. Wir verstehen doch einen anderen nur dann, wenn wir uns selbst in die nämliche Lage versetzen können.

Um die psychische Konstitution der *Dementia praecox* zu verstehen, muß man sich in eine besondere Art des logischen Denkens hinein fühlen. Man muß ein logisches Denken absolut subjektiver Qualität, eine sozusagen subjektive Logik zu bauen versuchen. Man sollte ein Individuum konstruieren können, das für sich eine Vielheit und eine Einheit, außerhalb von Raum und Zeit ist, und als solches vielleicht seinem konstitutionell vorgebauten Lebensplan mit subjektiver Zweckmäßigkeit folgt.

Um uns das Gesagte an einem Beispiele zu vergegenwärtigen, will ich folgenden typischen Fall von *Dementia praecox* anführen. Sechzehn weitere Fälle, die ich demnächst in extenso zu publizieren gedenke, habe ich in gleicher Richtung untersucht.

Männlicher Patient, geb. 1888. Erbliche Belastung: Großvater väterlicherseits zeitweise aufgeregt. Vater Potator, der fremde Weiber ins Haus nahm, so daß das Familienleben sich sehr traurig gestaltete, worunter Patient, der seine Mutter sehr liebte, schon frühzeitig litt. Als Vierjähriger sei er eine Zeitlang nervös gewesen, habe schlecht geschlafen, entwickelte sich aber weiterhin gut und wurde ein tüchtiger, intelligenter Schüler. Kam nach Schulentlassung als Arbeiter in eine chemische Fabrik, hielt es aber nur ein Jahr lang aus. Er beschäftigte sich nun als Bäcker, ging dann wieder in die Fabrik, dann zu einem Buchbinder, weiter zu einem Landwirt, wurde in der Folge Reisender einer Velo- und Nähmaschinenfabrik, und endlich Gießer. Es fiel auf, daß er nirgends lange aushielt. Unter anderem wollte er auch Trommlerinstrukteur werden, machte die Rekrutenschule als Trommler durch, wobei er sich wegen ungebührlichen Auftretens gegen einen Vorgesetzten acht Tage Arrest zuzog. Nach Rückkehr aus dem Dienst fiel zu Hause sein verändertes, grobes und rücksichtsloses Wesen, besonders der Mutter

gegenüber auf, trotzdem er ihr früher energisch zur Seite gestanden war wider den verhaßten Vater, dessen er sich geschämt hatte. Patient führte zu dieser Zeit unflätige Redensarten im Munde, war großsprecherisch, flunkerte von bedeutenden Einkäufen, brauchte viel Geld und trank gelegentlich. 1908 traten während eines Erysipels, das er überstand, allarmierende Erscheinungen auf, zunächst Anfälle von Starre, in denen Patient nach hinten gekrümmt, steif, unbeweglich, wort- und reaktionslos mit offenen Augen dalag. Im Anschluß daran plötzlich heftige Erregungszustände. Nach Ablauf der Gesichtsrose schwere psychische und nervöse Störungen, tonische Krämpfe mit nachfolgender, schnell vorübergehender, halbseitiger Lähmung. Dann Dämmerzustand, in dem Patient herumliefe, ohne zu wissen, wohin. Gehörshalluzinationen. Patient schimpfte mit den Stimmen, glaubte sich verfolgt. Kam Anfang 1909 in eine Irrenanstalt. Hier wurden Gehörshalluzinationen konstatiert. Er hörte, man wolle ihn töten, sah Blut an seinen Händen und roch Gift in der Milch. In besseren Zeiten arbeitete er. Auf indifferente Fragen gab er prompt Bescheid, während er Fragen intimeren Charakters gegenüber — z. B. über seine Stimmen, seine Angst — sich ablehnend, stockend oder ganz gesperrt verhielt. Wurde nach sechs Monaten entlassen. Kurze Zeit darauf fand Patient eine Stellung als Laboratoriumsdiener an einer großen Klinik. Dort erfand er eine „hygienische Urinieranlage“, die von einem Sachverständigen günstig beurteilt wurde, nur, daß die Herstellungskosten, um welchen Punkt sich Patient nicht gekümmert hatte, sich zu hoch belaufen hätten. Gleichwohl ließ Patient seine Erfindung patentieren, gab seine Stellung als Laboratoriumsdiener ohne Angabe eines Grundes auf und machte, um das Patent zu verkaufen, eine erfolglose Reise nach Brüssel, mit Unterstützung der Eltern, die unterdessen geschieden worden waren. Er kehrte dann zum Vater, den er früher bitter gehaßt hatte, zurück, Mutter und Schwester ignorierend. Nahm eine Stellung in einem chemischen Laboratorium an, wo er einen künstlichen Dünger erfand. An weiteren Plätzen in anderen Städten blieb er jeweilen nur einige Tage. Er dachte nur noch an die Vertreibung seines Guanos. Mittellos und notgedrungen kehrte er aber im Sommer 1912, diesmal zur Mutter, zurück. Hier bekam er wieder Anfälle von Starre. Im Herbst 1912 trat er als Zeichner in ein Architekturbureau, das er nach einigen Wochen, in seiner Arbeit immer nachlässiger geworden, wieder verließ. Sein Leben wurde stets ungeordneter, wiederum dachte er an nichts, als an seinen Kunstdünger, den er zum zweiten Male hatte patentieren lassen und für dessen Ausbeutung er Interessenten mit Kapital suchte. Mit den Seinigen sprach er nicht über seine Projekte, wohl aber im allgemeinen über Fabrikgründungen, die er vorhabe. Seit seiner ersten Anstaltsentlassung nahm Pat. habituell Opium zu sich, wie er sagte, wegen der angenehmen Wirkung. Behufs Ausbeutung seiner Guanoerfindung erließ er ein Inserat, um Interessenten zur Gründung einer Aktiengesellschaft zu suchen, worauf eine hochgestellte Persönlichkeit mit ihm in Verbindung trat. Die Sache kam nicht über allgemeine Verhandlungen hinaus, gleichwohl aber fand sich jemand, mit dem Pat. zusammen Land erwarb. Den Kauf konnte er dadurch möglich machen, daß er ein Papier vorwies, auf dem stand, man habe ihm für sein Patent 40 000 Franken bezahlt. Dem Pat., der natürlich Verfertiger des Papieres war, gelang es außerdem, den Erwerber des fraglichen Landes um 300 Franken zu erleichtern unter dem Vorwand, er sei mit des Fabrikanten Tochter, der ihm das Geld für seine Erfindung bezahlt habe, verlobt und müsse ihr ein Geburtstagsgeschenk machen, wofür ihm augenblicklich das nötige Kleingeld fehle. Dabei wußte Pat. nicht einmal, ob der Fabrikant eine Tochter besaß. Nach seiner Verhaftung und Wiederinternierung im Januar 1913 aber war eine seiner Wahnideen, nachdem die Psychose wieder manifest geworden war, er habe die fragliche Tochter geschwängert und müsse sie heiraten.

Eigene Untersuchungen. Wie ich mich in ein freundschaftliches und meine eigene Persönlichkeit negierendes Verhältnis, ganz in der Persönlichkeit meiner Pat. aufgehend, zu diesen versetzte, will ich hier selbstverständlich nicht näher beschreiben. Ich stellte ihnen das Ziel meiner Untersuchung als ein rein menschliches dar, einfach, sie näher kennen zu lernen. Natürlich war mir auch die Aufgabe dadurch erleichtert, daß ich mich ihnen gegenüber in keiner amtlich vorgesetzten Stellung befand. Ich möchte nur die Hauptfragen, die ich im allgemeinen, aber unter der Vermeidung der Form eines Experimentes an die Pat. stellte, und die mir am schnellsten zu den Leitgedanken ihres Ichs zu führen schienen, kurz zusammenfassen:

1. Ob sie sich mit Gedanken beschäftigt hätten, etwas, und, wenn ja, was, zu werden?
2. Was sie als ihre erste Kindheitserinnerung anführen könnten?
3. Was ihre Lieblingsspiele gewesen seien?
4. Welche wiederkehrenden Träume (im Wachen oder im Schlaf) sie gehabt hätten?

Unser Pat. antwortete auf die erste Frage, was er habe werden wollen: „Ich wollte Chemiker werden, das heißt, Chemie studieren. Mit 15 Jahren kam ich auf diesen Gedanken, als ich in der chemischen Fabrik als Gehilfe arbeitete.“ „Warum haben Sie dann nicht studiert?“ „Mein Vater hätte mir kein Geld dazu gegeben.“ „Hatte der Vater das Geld dazu?“ „Damals gingen seine Geschäfte sehr gut.“ „Haben Sie dem Vater erzählt, daß Sie studieren möchten und baten Sie ihn darum?“ „Nein — ich wußte, daß er es nicht zugeben würde. Ich habe ihm nie ein Wort darüber gesagt. Er brauchte sein Geld für sich.“ „Aber das ist doch eine Ausrede!“ „Ja, möglich — ich wußte, daß mein Kopf zu schwach dazu ist.“

Zur zweiten Frage nach der ersten Kindheitserinnerung antwortete er: „In der Primarschule, mit sieben Jahren, haben wir Patronenhülsen mit Pulver gefüllt und es wollte nicht losgehen. Da ging ich und zündete es mit einem Zündholz an. Es explodierte sofort und ich verbrannte meine Hand.“

Zur dritten Frage nach den Lieblingsspielen führte Pat. aus: „Als Kind war ich zurückgezogen und ich erinnere mich an keine Lieblingsspiele. Beschäftigte mich meist, wenn ich aus der Schule kam, mit Rechnen.“

Als wiederkehrenden Traum gab Pat. an: „Ich bin hinausgelaufen und wurde mir ein Punkt sichtbar — weit weg. So ein Schimmer nur. Kein Boden. Nichts. Eine Leere. Wie ein Wolkenmeer. Der Punkt ist immer weiter weg gegangen und hat mich nachgezogen. Der Punkt wurde allmählich größer und dann fiel ich und erwachte mit Angst und Herzklopfen. Dieser Traum kam vor dem zwanzigsten Lebensjahr sehr oft vor. In der Anstalt träumte ich ihn schon zweimal. Gewöhnlich kam der Traum, wenn mir etwas widerfahren ist, aber ich kann dies nicht für jedesmal behaupten.“ „Was denken Sie sich zu diesem Traum?“ „Die Leere erinnert mich an die jetzige Krankheit. Ich wollte einfach etwas erreichen und konnte es nicht. Und deswegen stürzte ich. So denke ich mir den Punkt und den Traum: Ich habe mir zu große Pläne geschmiedet, bevor ich aus der Schule kam. Eigentlich — mit den Patenten wollte ich auch einfach nur reich werden.“

Ich gebe nun einiges aus der weiteren Konversation mit dem Pat., außerhalb der vier Hauptfragen, wie es speziell auf seine Krankengeschichte Bezug hat, wieder.

„Ist der Vater reich?“ „Nein, aber sehr verschwenderisch. In dieser Hinsicht wollte ich wie der Vater sein.“ „In welchem Verhältnis standen Sie zum Vater?“ „Ich fürchtete mich vor dem Vater. Und dabei hatte ich keine Achtung vor ihm. Eine ähnliche Furcht habe ich vor dem Anstaltsdirektor. Bei beiden war es eigent-

lich die Macht, welche mich einschüchterte.“ „Warum blieben Sie nie lange in Ihren Stellungen?“ „Die Arbeit konnte mich nie zufriedenstellen. Ich strebte nach reiner Laboratoriumsarbeit.“ „Warum gingen Sie dann aus der Klinik weg?“ „Weil ich mich damals mit Patenten beschäftigte. Der Patentanwalt sagte, ich könne bis 100 000 Franken verdienen. Ich wollte sehr reich werden. Die anderen Stellungen verließ ich darum, weil ich mich verfolgt glaubte. Man will mich nicht schnell genug emporkommen lassen — und ich dachte doch immer daran.“ „Warum dann plötzlich der Wunsch, Trommlerinstrukteur zu werden?“ „Ich beteiligte mich als Rekrut an einem eidgenössischen Tambourenfest und erhielt einen Preis im siebzehnten Rang.“ „Warum traten Sie dann gegen Ihren militärischen Vorgesetzten diszipliniert auf?“ „Ich habe Ihnen noch etwas zu erzählen über meine Tambourenzeit. Ich hatte immer so Größenwahn. Im Bataillon zum Beispiel habe ich vor allen eine Rede gehalten. Es waren einige Schützenfeste und einige Soldaten wurden in einer Ansprache gelobt. Ich fühlte, daß man uns Trommler übersah. Ich versuchte, unsere Ehre zu retten. Der Vorgesetzte, so wie ich ihn damals ansah, war nicht mehr als wir. Ich ließ mir nichts sagen von anderen. So war es mit dem Vorgesetzten, so war es mit der Mutter. Ich habe sogar das ganze Tambourenfest eingerichtet, um mich bei den Militärbehörden emporzuarbeiten. Ich weiß, daß ich sehr oft grob war. Ich habe so viel von mir gehalten, daß ich mich durch nichts stören ließ, besonders aber nicht, wenn ich über meine Pläne nachdachte.“ „Was ist Ihnen von Ihren Anfällen während der Gesichtsrose noch erinnerlich?“ „Ich erinnere mich, während der Gesichtsrose den Trieb gehabt zu haben, hinauszugehen, wegzulaufen. Ich glaube, damals Stimmen gehört zu haben. Die Krämpfe und Anfälle hatte ich, weil ich mich schon damals mit Selbstmordgedanken beschäftigte. Mit den Krämpfen fühlte ich, daß es mit den Selbstmordgedanken losging. Ich war fest entschlossen zum Suicid, konnte es nur nicht durchführen. Die Selbstmordgedanken kamen mir nur deshalb in den Sinn, weil ich versuchen wollte, wie es ist.“ „Wie kommen Sie zu dieser Idee?“ „Ich habe viel über die Möglichkeiten des Lebens nachgedacht. Wovon man existiere? Einfach über die Schöpfung. Ich wollte sehen, was nachher, nach dem Tode ist. Schon als Knabe beschäftigte ich mich mit der Bibel und dachte, daß alles dort Lüge sei. Als ich Gesichtsrose hatte, und Selbstmordgedanken dazu, holte ich die Bibel wieder hervor.“ „Was war das für Blut, das Sie an den Händen sahen?“ „Mir scheint, ich sah das Blut nicht, aber ich roch es, und dies zwar, als ich mich mit den Selbstmordgedanken beschäftigte. Ich wusch mir damals häufig die Hände.“ „Was sind für Sie die Stimmen?“ „Mir scheint, die Stimmen sind eigene Gedanken, die laut werden.“ „Wie erklären Sie, daß die Frauen sich Ihre wegen fürchteten?“ Pat. lacht und fügt bei, daß er vielmehr die Frau meist gefürchtet habe. „Wo immer ich mit Frauen verkehrte, spielte eher die Frau die führende Rolle.“ „Warum griffen Sie manchmal zum Alkohol?“ „Alkohol habe ich immer dann getrunken, wenn ich Unannehmlichkeiten hatte.“ „Warum zum Opium?“ „Als ich zum erstenmal zum Opium griff, geschah es auf Anregung eines anderen hin. Ich bekam sogar ein Ekelgefühl davor, wollte mich aber nicht bloßstellen und griff darum zum zweiten und dritten Male danach. Nachher gewöhnte ich mich.“

Ich glaube, daß die in Dialogform vorgebrachten, eigenen Untersuchungen gezeigt haben, was zu der früher vorgetragenen, üblichen und ausführlichen Anstaltsanamnese und Untersuchung vielleicht ergänzt werden mußte.

Der wiederkehrende Traum unseres Patienten ist eigentlich der wiederkehrende, symbolische Ausdruck für seine Lebensrichtung,

für seine Lebensaktion, sein Lebensziel, wie gleichzeitig eine abstrakte Darstellung seiner Lebenskonflikte. Dabei will ich selbstverständlich nicht behaupten, daß alle Träume derartige Gleichnisse sind. Wiederkehrende Träume zeigten mir jedoch, wie bei ihm, so bei vielen anderen Patienten, konzentriert gegebene Gleichnisse. So erzählte mir ein Patient, der in die kaufmännische Laufbahn gezwungen worden war, aber gern Instruktionsoffizier geworden wäre, bei Manifestwerden seiner Krankheit sich eine Offiziersuniform gekauft und in einer kleinen Stadt Kantonnemente bestellt hatte, daß er sich zu dieser Zeit in einem nächtlich wiederkehrenden Traume stets als Offizier gesehen habe. Es dürfte nicht genügen, das Traumbild kurzweg als Wunscherfüllung zu erklären. „Im Traum erfolgt die Darstellung aller Durchgangspunkte des Vorausdenkens mit den Mitteln der persönlichen Erfahrung“¹⁾. In den beiden angeführten Beispielen sehen wir das nämliche Vorausdenken, wie es Adler im allgemeinen in den Träumen als treibend erkennt.

Das heimliche Ziel, das unser Patient mit fünfzehn Jahren hatte, Chemie zu studieren, ist vielleicht der erste, geformte Konflikt seiner Persönlichkeit mit der umgebenden Welt. Aber es handelt sich dabei nicht um einen einfachen Konflikt zwischen seinem „Wollen“, seinem Nachdemzielstreben und dem Nichtgewinnen, Nichthaben, Nichterfüllenkönnen, sondern sein Wollen und Nachdemzielstreben ist kompliziert durch ein ambivalentes „Ja-Nein“. Dabei ist das Nein nicht nur eine einfache Negation, sondern, wie Patient zugibt, ein erworbenes Schwächegefühl, das er vor sich selbst verstecken wollte. (Er fühlte sich zu schwach zum Chemiestudium.)

Es folgen nun als sichtlich hervortretende Symptome im Lebenslauf des Patienten die zahlreichen Stellungswechsel. Er sucht nach etwas anderem und strebt so noch danach, sich mit der Welt auszusöhnen. Aber er kehrt dennoch immer zurück zu seinem ersten geheimen Ziel, Chemiker zu werden. Nur, daß er zu seinem Ziele nicht stufenweise emporklettern will, wie jeder Normale, sondern durch Überspringen aller Schwierigkeiten auf einmal. Er will sein Leitbild überkompensieren. Er wird Erfinder.

Mit der Zeit denkt er nicht mehr allein ans Emporarbeiten, sondern die eigene Person wird in ihren Wechselbeziehungen zur Umgebung geheiligt. „Man hält sehr viel von sich,“ sagte Patient, „man benimmt sich geradezu unnahbar. Zu diesem Ziele wird man nach außen grob. Man tritt gehörig auf.“ So beginnt Patient, sein Ich von der Außenwelt abzugrenzen.

Die besondere Rolle, die sich Patient beimißt, bildet auch die Grund-

¹⁾ Alfred Adler, Traum und Traumdeutung. Österreichische Ärztezeitung, Nr. 7 und 8, 1913.

linie der Entwicklung zu den Selbstmordgedanken. In der Kindheit reizte ihn die Bibel zur Widerlegung, damit er sich in der Folge als Erfinder dessen, was nach dem Tode sein könnte, hinzustellen vermöchte. Während der Gesichtsrose aber, die zeitlich zusammenfiel, mit dem ersten, psychischen Ohnmachtsanfall (Mißlingen der Tamboureninstruktorenkarriere), verwandelte er das, womit er sich zunächst aus Forschungs- und Erfindungstrieb beschäftigt hatte, in wirkliche Selbstmordgedanken; der Versuch einer absoluten Entfernung von der Außenwelt. Objektiv äußern sich diese Gedanken in Form von Anfällen und zwar ein zweites Mal dann, als er mit seiner Guanoerfindung Fiasko machte. Patient erzählte selbst während der Exploration, es sei ihm jetzt bewußt, daß die Starre jeweilen aufgetreten sei, wenn er sich ganz schutz-, hilf- und machtlos gefühlt habe. Die Anfälle waren also bei ihm nach seiner eigenen Meinung aufs Äußerste getriebene Konflikte zwischen Welt und Ich. Ref. scheint, daß die Anfälle von Starre außerdem Kampfmittel gegen die Ausführung des Selbstmordes, Hilfsmittel des Selbsterhaltungstriebes waren.

Der nämliche Selbstmordkomplex erzeugte Gehörs- und Gesichtshalluzinationen. Er roch Blut, was ihn zum Selbstmord habe zwingen wollen. Er wusch sich häufig die Hände, um davon abzukommen. Und in Erinnerung an diese seine Zustände assoziiert er: „Stimmen sind eigene Gedanken, die laut werden.“ Die Entwicklung, wie wir sie hier vor uns sahen, vom Wollen über das Handeln bis zu den in Begleitung von Stimmen ausgeführten Zwangshandlungen muten uns wie eine Analogie zur Entwicklungsbewegung eines Normalen oder Neurotikers an: Triebregung, Triebhandlung, Zwangshandlung.

Ich möchte noch einiges aus dieser Krankengeschichte erwähnen, das vielleicht von der Freudschen Schule, im Sinne der von ihr kausal nachgewiesenen Zusammenhänge, als Sexualkomplex gedeutet worden wäre. Patient hatte die Wahnidee, eine Fabrikantentochter geschwängert zu haben. Aber, Patient sagt selbst, daß er vor Ausbruch der Psychose, also in einer Zeit, da er sich an der Realität noch maß, die Frau immer als die stärkere empfunden habe. In der Psychose jedoch, bei der extremen Abwendung von der Realität, schafft er sich eine imaginäre Frau. Die Neigung zu solchen Abstraktionen (dazu gehören auch Verallgemeinerungen und Verdichtungen) ist ein Produkt des Abgehens vom realen Leben. Wenn man im Imaginären lebt, hat man nicht einen bestimmten Geliebten, sondern nur die Komponente, „das Geliebte“, spielt eine Rolle. Die psychotische Schwängerungsidee erscheint uns als peripher liegendes Symptom, dessen Entwicklung aber aus dem Hauptzug des Patienten, sich immer zu messen, hervorging und rückwirkend, in der Psychose kompensatorisch sich in der Schwächung, der Schwängerung der Frau äußert. Ich will nicht ver-

schweigen, daß diese Wahnidee überdeterminiert sein kann. Es verlieh der kriminellen Handlung des Patienten, der, um seine angebliche Braut zu beschenken, Geld erschwindelt hatte, einen imaginären, moralischen Rückhalt, wenn er deren Existenz mit dem Detail der Gravidität konkretisierte. Eine weitere Überdeterminante ist, daß er als anständiger Mann die Konsequenz zog, die Geschwängerte auch zu heiraten.

Gelegentlicher Alkoholismus und Opiumsucht, als peripher erscheinende Symptome des Patienten, sind, wie alle bis jetzt gesehenen Symptome, Ausläufer der einen und nämlichen Lebensleitlinie.

Mit dem einen Falle wollte ich natürlich nicht zeigen, daß jede Dementia praecox so hartnäckig nach einem sichtlichen Ziele strebe, wie der vorliegende. Unser Patient sah sein Persönlichkeitsideal im Sichemporarbeiten, im Strebertum nach Macht. Es ließe sich als ihm gegenüberliegendes Extrem ein Fall anführen, dessen Ziel geradezu die Ziellosigkeit war.

Im einen, wie im anderen Falle können wir von einer psychischen Grundkonstruktion ausgehen, die zu den verschiedenartigsten, psychischen Hilfskonstruktionen, Bauten und Überbauten geführt hat. Dieser Grundkonstruktion folgend, konnte ich an unsrem Patienten nur diejenigen Symptome der Dementia praecox besprechen, die er uns bot.

Wenn man von der Grundkonstruktion ausgeht, kann man sich auch die Hyperfunktion der Affektivität erklären. Sie wird uns als Folgeerscheinung verständlich, wenn man versucht, sich in eine Seele hineinzufühlen, die dem Imaginären lebt und das Reale vorfindet.

Der Wandertrieb, wie das häufige Wechseln der Stellungen, ist nicht nur, wie man es sich sonst in der Dementia praecox erklärt, eine Folge der Verfolgungsideen der Schizophrenen. Es ist oft eine Suche nach der besseren Wirklichkeit, die mit dem subjektiven, imaginären, idealen Leben übereinstimmen könnte. Ein Notbehelf zur Versöhnung des inneren mit dem äußeren Leben.

Der Raum erlaubt mir nun nicht, allen Symptomen, die wir an der Dementia praecox kennen, gerecht zu werden. Ich will nur auf eines zum Schlusse hinweisen, das sich mir mit dem, was ich unter der Grundkonstruktion der Dementia praecox verstehe, zu decken scheint, ich meine den Begriff des autistischen Denkens, des Autismus.

Bleuler betrachtete ihn als eine von den sekundären Erscheinungen, wie man die Störung der Intelligenz, des Strebens, der Synthese der Person als sekundäre Erscheinungen bezeichnete. Wie ich schon zu Anfang sagte, halte ich es nicht für richtig, von sekundär und primär zu sprechen. Wenn ich den Autismus doch als etwas Primäres bezeichne,

so geschieht es deswegen, weil ich ihn nicht als eine Symptomerscheinung betrachte, sondern als das veränderte gesamte Ich bei der Dementia praecox, als ihre manifest gewordene, psychische Grundkonstruktion, die uns auch den Eindruck macht, eine Störung der Synthese der Person, wie der Assoziationsrichtung, wie der Intelligenz und des Strebens zu bilden. Versuchen wir aber, uns in den Schizophrenen hinein und nach ihm, subjektiv zu denken, wird es vielleicht sogar keine Störung der Synthese der Person, sondern eine Reduktion der Person durch Fehlen von Wechselwirkungen mit der Außenwelt sein.

Aus dem nämlichen Grunde ist auch die Assoziationsstörung nicht primär zu nennen, sondern sie ist eine Folgeerscheinung reduzierten Seins, das uns dazu, da es keine Rücksicht auf die Kongruenz mit der Außenwelt nimmt, als Bruchstück, als etwas Zerrissenes, Zielloses erscheint. Denkt man aber vom autistischen Standpunkte des Patienten aus, so sind sogar seine Assoziationen mit höchster Spannung auf sein Ziel gerichtet. Die für die Dementia praecox so charakteristische Sperrung (Autismus bedeutet an sich schon eine Sperrung) ist eine momentane Verabsolutierung einer gesperrten autistischen Attitüde.

Die Dementia praecox ist psychologisch das Resultat der vollen, ausgiebigen Reaktion eines Menschen auf das ganze Weltempfinden, das aber zu keiner Harmonie der beiden Weltkomponenten geführt hat, sondern zu einem Abschluß von der Außenwelt. Sie ist eine Rückkehr zum eigenen Ich. Dieses eigene Ich braucht nicht unbedingt egoistisch zu sein. Als sozialer Wert ist der Schizophrene egoistisch, aber im Verhältnis zu seinem eigenen, inneren Weltbild kann er sogar demütig, hingebend, aufopferungsfähig sein. Der Neurotiker ist der echte Streber nach Behauptung seines Ichs. Der Schizophrene ist nur bestrebt, sein Ich abzugrenzen. Die Dementia praecox mißt sich nicht, wie die Neurose mit der Realität, sondern, wenn der Schizophrene schon in seine Krankheit eingegangen ist, wenn sie uns manifest wird, zeigt er sich der Realität gegenüber ohnmächtig.

Mit vorliegender Arbeit wollte ich nur den Versuch, uns den psychischen Mechanismus der Dementia praecox zu vergegenwärtigen, machen. Wenn ich das autistische Denken zum Thema genommen habe, wollte ich mich nicht an das Wort halten, sondern den ganzen Inhalt, der in diesem Worte liegen kann, für die Psychologie der Dementia praecox schildern: Die Abwendung vom Realen.

(Aus der Fürstlich Lippischen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus bei Lemgo
[Direktor Medizinalrat Dr. Alter].)

Beitrag zur Kasuistik und Bewertung der Heimwehdelikte.

Von

Dr. M. Thumm,

Assistenzarzt an der Kgl. Psychiatrischen Klinik München.

(Eingegangen am 2. August 1914.)

Zurückgreifend auf Jaspers eingehende Monographie der Heimwehverbrechen¹⁾ hat vor kurzem Roesen²⁾ über einen eigenen derartigen Fall berichtet. Ich möchte nun der Kasuistik dieser interessanten forensischen Fälle einen weiteren anreihen, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte. Seitdem in dem historisch ältesten der 21 von Jaspers gesammelten und ausführlich wiedergegebenen kriminellen Heimwehfälle im Jahr 1790 ein 10jähriges Kind wegen Brandstiftung zu 6 Jahren Zuchthaus und Rutenzüchtigung verurteilt ward, haben sich Zeiten und Anschauungen gewandelt: wir kennen die prämenstruelle Heimwehverstimmung als pathologischen Grund jener so auffallenden schweren Verbrechen — meist handelt es sich um Brandstiftung oder um Kindsmord —, welche von jungen weiblichen Individuen kurz vor oder im Beginn der Pubertätsentwicklung nicht allzu selten begangen werden.

Und doch sind diese Vergehen in ihrer psychologischen Motivierung vielfach noch so rätselvoll und dunkel, daß eine möglichst erweiterte Kasuistik nichts weniger als überflüssig erscheint, um einer Klärung dieser Materie näher zu kommen. Ich lasse hier die Geschichte meines Falles folgen:

Minna B., geboren am 21. November 1899, ist die Tochter eines Ziegelmeisters — also achtbarer und wohlhabender Leute Kind. Unmittelbar nach ihrer Schulentlassung wurde sie — noch nicht 14jährig — am 1. Oktober 1913 nach dem Lippischen Städtchen L. zu dem Gärtner J. in Dienst gegeben.

Am 24. Oktober 1913 gegen 3 Uhr nachmittags brach nun im Wohnhause des J. ein Schadenfeuer aus, durch welches der Dachstuhl vollständig eingäschert und J. gezwungen wurde, in ein gegenüberliegendes Wohnhaus umzuziehen. 5 Tage später — am 29. Oktober — ist auch in diesem Hause wiederum im Dachgeschoß und um dieselbe Tageszeit ein Schadenfeuer ausgebrochen: es wurde aber sofort bemerkt und konnte durch hinzueilende Personen rasch gelöscht werden.

¹⁾ Archiv f. krimin. Anthropol. **35**.

²⁾ Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. **70**, Heft 6, 1913.

Der Verdacht der Brandstiftung richtete sich bei diesem zweiten Schadenfeuer sehr bald gegen Minna, die durch ihr Verhalten bei und nach dem Brande die Aufmerksamkeit auf sich gezogen hatte. Sie hatte während des Löschens in auffälliger Weise umhergestanden; sie hatte sich durch Befragen einer Hausbewohnerin K. vorher versichert, ob sie ungesehen und ungestört auf den Hausboden gelangen könnte, und sie hat schließlich am Abend des 29. Oktober gegenüber einem Hausgenossen die Äußerung getan: man dürfe nicht bange sein vor dem Gericht, es falle sonst auf, und es würde geglaubt, man hätte das Feuer angesteckt.

Bei der danach sofort erfolgten Befragung durch den Gensdarm hat Minna zunächst die Täterschaft für beide Brandfälle abzustreiten versucht — u. a. mit der leicht als falsch erweisbaren Behauptung, daß ihr Streichhölzer nicht zugänglich gewesen seien. Sie hat dann aber zugegeben, das Feuer am 29. vorsätzlich angelegt zu haben: sie habe es getan um von den J. fortzukommen; sie habe da nachts auf einem Zimmer allein schlafen müssen und sich vor Einbrechern gefürchtet. Die Brandstiftung am 24. Oktober hat sie bei dieser Befragung beständig geleugnet: bei der ersten gerichtlichen Vernehmung hat sie aber auch diese Tat zugestanden und in der gleichen Weise begründet. Dieses zweite Geständnis hat sie allerdings später wieder zurückgenommen.

Von mehreren Seiten wurden vor Gericht Aussagen über die Persönlichkeit der Beschuldigten gemacht:

Der Lehrer, der sie unterrichtet hatte, hat bekundet, daß Minna etwas flatterhaft, anscheinend nervös und nicht besonders wahrheitsliebend gewesen sei. — Die Mutter hat ausgesagt: „Meine Tochter ist von Jugend auf etwas nervös gewesen; ich habe bisweilen an ihrer geistigen Gesundheit gezweifelt; sie kann zum Beispiel stillsitzend eine Zeitlang vor sich hinbrüten, dann plötzlich aufspringen und sehr aufgeregt tun. Ich bin auch schon oft von andern Personen auf das eigentümliche Benehmen meiner Tochter aufmerksam gemacht worden.“ — Dagegen hat der Vater, der jährlich etwa 3 Monate bei seiner Familie weilt, nach seinen Angaben im Vorverfahren die Angeschuldigte stets für ein normal veranlagtes Mädchen gehalten. Auch haben ihm weder seine Frau noch sonst jemand etwas von ihrer Nervosität gesagt. — Frau J. will bei Minna einmal einen „simulierten Ohnmachtsanfall“ gesehen haben; als sie diese dann ausschimpfte, habe ihr plötzlich nichts mehr gefehlt.

Nachträglich ist noch Anzeige an die Staatsanwaltschaft wegen verschiedener kleinerer Diebstähle erfolgt: bei dem ersten Brande hat Minna einigen Christbaumschmuck, der den J.s gehörte, beiseite geschafft; auf Befragen hat sie angegeben, daß sie ihn im Garten gefunden habe. — Ferner waren den J.s beim Brande eine rot- und eine weißseidene Kranzschleife abhanden gekommen: einige Tage später wurde die jüngere Schwester Minnas mit einem ebensolchen Bande im Haar gesehen und gab auf Befragen an, daß sie es von dieser geschenkt bekommen habe. — Einem Zeugen soll sie in der Zeit zwischen den beiden Bränden Äpfel aus seiner Wohnung entwendet haben. Am gleichen Tage sah man sie auch in einem Zimmer zwischen geretteten Gegenständen kramen.

In der Hauptverhandlung wurde die Beobachtung in unsrer Anstalt nach § 81 StPO. beschlossen. Nach Beschluß des Gerichts hat diese Beobachtung in der Zeit vom 4. Februar bis 17. März d. J. stattgefunden.

Hier wurde Minna am 4. Februar 1914 aufgenommen. Sie war bei der Aufnahme völlig klar und besonnen und erschien nur etwas scheu und bedrückt. Der Gesichtsausdruck war verschlossen und mürrisch, sie saß mit gesenktem Kopf und antwortete nur auf Drängen und mit leiser Stimme. Als Zweck ihres Hierseins gab sie auf Befragen sogleich mit voller Klarheit an: „Ich soll hier beobachtet werden, ob ich geisteskrank bin.“

In den ersten Tagen wurde jede stärkere Inanspruchnahme vermieden; Minna sollte zunächst Gelegenheit haben, ihre Umgebung ohne äußere Beeinflussung zu begreifen und sich in die ihr neuen Verhältnisse hineinzufinden. Beides gelang ihr mit überraschender Schnelligkeit und Sicherheit. Nachdem einmal die anfängliche scheue Zurückhaltung gegenüber den Pflegerinnen und den Kranken überwunden war, war sie auf der Krankenabteilung ganz zu Hause. Nach wenigen Tagen kannte sie nicht nur die Namen aller Pfleglinge, sondern verstand auch, jeden nach seiner besonderen Eigenart zu nehmen und richtig einzuschätzen; sie wußte auch sehr bald, an wen sie sich im einzelnen Falle zu wenden hatte, um das und jenes zu erfragen oder sich kleine Vorteile zu verschaffen. Sie gab sich natürlich und unbefangen, unterhielt sich gern und war auch zum Lachen und Scherzen geneigt. Im Laufe der Beobachtungswochen steigerte sich ihre Lebhaftigkeit nicht selten zu einem Übermut und einer Ungebärdigkeit, die ihr verwiesen werden mußten. An allen Vorgängen in ihrer Umgebung nahm Minna sehr lebhaft Anteil; sie legte auch gerne bei häuslichen Arbeiten mit Hand an, war dabei anständig und zeigte im allgemeinen ein gutmütiges und hilfsberechtigtes Wesen.

Ganz anders war ihr Verhalten gegenüber den Ärzten: hier gab sie sich von vornherein und bis zum Schluß der Beobachtung niemals frei und unbefangen, sondern behielt jenes gebundene, mürrisch verschlossene Wesen, das sie schon bei der Aufnahme gezeigt hatte. Niemals sprach sie die Ärzte von sich aus an; jedes Wort mußte mühsam aus ihr herausgeholt werden: sie war ganz offenbar bemüht, zurückzuhalten und lieber nichts zu sagen als ein Wort zuviel, durch das sie sich hätte verraten können. Fast auf jede Frage erfolgte — wenn überhaupt etwas — zunächst die Antwort „ich weiß nicht“: bei weiterem Fragen und Drängen hatte sie dann aber meist eine ganz sinngemäße und zutreffende Antwort zur Hand. Durch dieses Verhalten suchte sie auch — in sehr durchsichtiger Weise — die Prüfung ihrer Intelligenz und ihres Wissensbesitzes zu erschweren. Energische Vorhaltungen, die ihr ihr Verfahren als Täuschungsversuche verwiesen, lösten wohl einmal einen Tränenerguß aus, bewirkten aber nie eine nachhaltige Änderung dieses Verhaltens, das sie den Ärzten gegenüber bis zum letzten Tag mit Konsequenz gewahrt hat.

Nur ein Thema vermochte mit großer Regelmäßigkeit von Anfang an eine prompte und stark stimmungsmäßig unterlegte Reaktion hervorzurufen eine: Inanspruchnahme der Erlebnisse, die ihre gerichtliche Verfolgung und den Anstaltsaufenthalt veranlaßt hatten. Minna verbarg dann jedesmal ihr Gesicht in den Händen, begann zu schluchzen und zeigte echte, von Traurigkeit und Furcht gleichmäßig bestimmte Gefühlsäußerungen. — Daß dieser ganze Erinnerungskomplex der Straftat und die von ihr gebundenen Gefühle bei der B. die Vorstellungs- und Gemütswelt dauernd und völlig — auch im Unbewußten — beherrschte, haben zahlreiche Beobachtungen sehr deutlich gezeigt: Es bestand dauernd eine sehr kennzeichnende Schlafunruhe. Fast allnächtlich fuhr Minna plötzlich im Schlafe auf; einmal schlug sie dabei ein gefülltes Wasserglas vom Nachttische, ein anderes Mal rief sie laut „Feuer! Feuer! es brennt im Giebel“ und sah dabei angstvoll nach der Decke; oder sie rief den Namen ihrer besten Freundin: „Martha, Martha — sie kommen schon — mach schnell!“ ein andermal: „Leise mußt du gehen, Martha, siehst du nicht den roten Schein? Still, es kommt jemand“; oder: „Er kommt, er kommt und holt mich — hilf mir, rette mich!“ — Auch die häufig ausgeführten Assoziationsversuche ließen ausnahmslos die Herrschaft jener gefühlsstarken Vorstellungen bis hinein ins Unbewußte verfolgen. Sie ergaben jedesmal dasselbe Bild: erhielt Minna unter zahlreichen indifferenten Reizworten — die stets kurzfristig und korrekt beantwortet wurden — unvermittelt auch solche zugerufen, die eine Beziehung zur Straftat hatten (wie „Feuer“, „Brand“, „Dachstuhl“.

„Gärtner“, „Erinnerung“, „Furcht“, „Verbrechen“), so reagierte sie jedesmal in spezifischer Weise: die Reaktionszeiten verlängerten sich dann bis ins Vielfache der sonst benötigten Fristen; und den Inhalt der Reaktionen bildeten entweder gefühlbetonte Vorstellungen, die in irgendeiner assoziativen Beziehung zur Straftat standen, oder aber es waren sinn- und zusammenhangslose Antworten, die nur als typisches stimmungsbedingtes Vorbeireagieren aufgefaßt werden konnten.

Sonst aber — bei allen direkten Befragungen — hat Minna mit gespanntester Wachsamkeit und unleugbarem Geschick eine Bloßstellung immer vermieden. Die erste Brandlegung vom 24. Oktober hat sie auch in der Anstalt zunächst aufs entschiedenste bestritten; sie räumte nur die zweite vom 29. ein. Auf die Frage, wie sie denn dazu gekommen sei, das Haus anzustecken, antwortete sie anfangs: „Das weiß ich nicht“, dann versuchte sie als Begründung geltend zu machen, es sei ihr so schwindelig gewesen. Nachdem ihr alle diese Behauptungen immer wieder als unhaltbar zurückgewiesen waren, hat sie sich dann schließlich — aber erst nach mehrwöchiger Beobachtung und auf eindringlichstes Befragen — zu der folgenden Darstellung bequemt.

Sie sei an dem fraglichen Tage bald nach 5 Uhr morgens aufgestanden, um zunächst den Kaffee zu bereiten für ihren Dienstherrn J., der ihr als erster unten in der Wohnung entgegengetreten sei, während die andern noch schliefen. Er ging danach in die Gärtnerei und arbeitete da den Vormittag, während sie — Minna — sich im Hause mit Reinemachen beschäftigt habe. Sie habe an diesem Vormittag nichts erlebt, was ihr irgendwie Aufregung verursacht hätte, auch Schelte habe sie nicht bekommen, wie denn überhaupt die J.s stets gut zu ihr gewesen seien. Sie sei trotzdem nicht gerne bei ihnen im Dienst gewesen, weil sie immer so allein gewesen sei und deshalb ständig Angst gehabt habe. Zu J. selbst habe sie das nie gesagt — auch ihren Wunsch, nach Hause zu kommen, nicht — sie hätte „sich gefürchtet, das zu sagen“. Sie habe aber sehr an Heimweh gelitten und oft, wenn sie allein gewesen sei, geweint; J.s hätten das nie gesehen. Mittags nach Tisch habe sie sich in der Küche mit Aufnehmen beschäftigt — Feuer sei nicht mehr im Herd gewesen. Da sei es „plötzlich so über sie gekommen“, daß sie auf den Boden gelaufen sei — Streichhölzchen hätte sie aus der Küche mitgenommen — und da einen Haufen alte Tapeten in Brand gesteckt habe. Sie sei dann sogleich wieder heruntergekommen und hinter's Haus gelaufen, um da auf dem Felde einige Runkeln auszuziehen. Dann sei sie wieder nach oben gelaufen, um den Gesellen, die inzwischen herbeigeeilt waren, beim Löschen des Feuers zu helfen. — Bei der Brandlegung selbst habe sie nur das eine gedacht, daß sie nach Hause wollte: auch die dringlichste Befragung vermochte ihr keine andere Motivierung zu entlocken.

Jede vorherige Planung der Straftat bestritt Minna sehr entschieden: erst beim Aufnehmen der Küche sei ihr plötzlich der Gedanke gekommen. Die Unterredung mit der Zeugin K. habe nicht am 29. selbst, sondern schon am Tage vorher stattgefunden; sie versichert sehr bestimmt, dabei noch keinen Gedanken an die Tat gehabt zu haben.

Die Veranlassung des Schadenfeuers vom 24. lehnte sie bei dieser Unterredung aufs bestimmteste ab: sie versicherte immer wieder, daß ihr das Geständnis dieser Straftat nur durch die Angst abgenötigt worden sei: als der Wachtmeister vor sie getreten sei, habe sie vor Angst nicht gewußt, was sagen — und da habe sie eben zu allem ja gesagt.

Erst 10 Tage später hat dann Minna in einer neuen Unterredung unter 4 Augen — nachdem ihr das Unkluge ihres Leugnens nachdrücklich vorgehalten war — auch die erste Brandstiftung vom 24. Oktober v. J. zugegeben: auch an diesem Tage sei ihr beim Aufnehmen in der Küche plötzlich aus Angst und Heimweh der Ge-

danke gekommen: „Ich will das Haus anstecken, da komme ich vielleicht nach Hause.“ — Sie habe da gleich die Streichhölzer genommen — die in einem Kasten hinter der Maschine gelegen hätten — und habe einen Haufen Tannenholz und Papier angesteckt, der auf dem Boden lag. Sie habe sich gar keine Gedanken dazu gemacht: „Es ist wirklich wahr, daß ich nicht gewußt habe, was ich tat.“ Sie habe nachher auch gar nicht darüber nachgedacht. Erst als nach dem 2. Brande „der Gendarm kam, ist es mir klar geworden, was ich getan hatte, und von da an habe ich immer Angst“.

Auch nach den ihr zur Last gelegten Diebstählen gefragt, blieb sie zunächst noch beim Leugnen, wengleich sie sich mit einzelnen ihrer Äußerungen in Widersprüche verwickelte. Schließlich gab sie aber doch zu, am Nachmittage des 29. nach dem zweiten Brande, das rote Band auf der Bühne gefunden zu haben, es sei aber nur ein ganz kleines Ende gewesen; sie habe es ihrer jüngeren Schwester, die am gleichen Nachmittage sie besuchte, mitgegeben. Von dem weißen Bande und den übrigen ihr zur Last gelegten Entwendungen wollte sie nach wie vor nichts wissen — sie wies auch die Unterstellung, daß sie vielleicht noch andere Diebstähle begangen und — um sie zu verdecken — Feuer angelegt haben könne, in tränenreicher Erregung mit der größten Bestimmtheit zurück.

Auch in ihrem allgemeinen Verhalten während der Beobachtungszeit erschien die Wahrheitsliebe Minnas immer sehr fragwürdig. Es ist wiederholt vorgekommen, daß sie mit der größten Bestimmtheit Handlungen bestritten hat, die aus irgendeinem Grunde bemerkenswert waren und bemerkt wurden: sie leugnete aber immer nur, solange es eben anging. Sobald sie sich durch unwiderlegliche Tatsachen überführt sah, hat sie stets unter Tränen um Entschuldigung gebeten. — Als sie gelegentlich von einer Kranken beauftragt wurde, deren seidene Bänder zu ordnen, entwendete sie ein ganzes Knäuel; sie hatte dazu die längsten, die sich zu Haarbändern eigneten, ausgesucht. Als die aufsichtsführende Pflegerin, die sah, daß Minna irgend etwas in ihrem Nachttisch verbarg, das bemerkte und nachfragte, wurde Minna sehr patzig, behauptete, es seien nur Wäschestücke, und verweigerte die Herausgabe; als dann doch nachgesehen wurde und die Bänder sich vorfanden, bat sie unter strömenden Tränen alle um Verzeihung und gelobte Besserung.

Auch zu ihrer Vorgeschichte hat sie vielfach unwahre oder entstellte Angaben gemacht, aber auch da log sie nie länger als bis zum Beweis der Unrichtigkeit ihrer Behauptungen.

Diese Neigung zur Lüge soll Minna nach Angaben, die ihr Vater gelegentlich hier gemacht hat, von jeher gezeigt haben; sie soll aber auch seit jeher eigensinnig, schwer lenksam, vergeßlich und leicht aufgereggt gewesen sein und viel „simuliert“ haben. Angeblich hat sie auch von frühester Jugend an unbegründet Stimmungsschwankungen unterstanden. Die Mutter dagegen hat diese Angaben ihres Ehemannes wieder bestritten: sie will an ihrer Tochter nie eine Neigung zum Lügen bemerkt haben — es sei immer „so ein fleißiges, gutes Kind gewesen“. Beide Eltern haben sich also nicht nur gegeneinander, sondern auch gegenüber ihren eigenen früheren Aussagen in Widerspruch gesetzt. Übereinstimmend dagegen berichteten beide, daß die körperliche Entwicklung Minnas, die ein Zwillingsskind und das 8. von 10 lebenden Geschwistern ist — sich normal vollzogen habe. Erhebliche Krankheiten hat sie nicht durchgemacht, sie hat auch nie an Krämpfen gelitten. Nachdem sie im letzten Herbst aus der Schule gekommen war, ist sie sogleich am 1. Oktober bei den J.s in Dienst getreten: hier soll sie schon in der ersten Woche kränklich gewesen sein und „Schwindelanfälle“ erlitten haben. Der Arzt habe den Beginn einer ernsteren Erkrankung für möglich gehalten und geraten, das Mädchen nach Hause zu nehmen. Nach 8 Tagen sei sie aber wieder in den Dienst zurückgekehrt.

In der Zeit, die zwischen den Straftaten und der Anstaltsaufnahme lag, sind nach Angaben der Eltern keine weiteren Ohnmachtsanfälle vorgekommen.

In der Beobachtung ergab die körperliche Untersuchung der Minna an den inneren Organen einen ganz normalen Befund. In ihrem Äußeren erschien die Minna kräftig gebaut und nach ihrem Alter entwickelt, gut genährt, aber etwas blutarm und bleichsüchtig. Der Schädel zeigte eine mäßige Verbildung: leichte Vortreibungen seitlich an den beiden Scheitelbeinen und hinten in der Gegend des Hinterhauptbeines. Die Stirn war verhältnismäßig schmal und niedrig, das Gesicht breit und etwas asymmetrisch. An der Zunge waren Bißnarben nicht vorhanden. Am Nervensystem fanden sich einige Abweichungen von der Norm: der Conjunctivalreflex fehlte an beiden Augen; der rechte Mundwinkel stand tiefer als der linke, das Gaumenzäpfchen wick etwas nach rechts ab; die Haut zeigte nach mechanischer Reizung ein vermehrtes Nachröten. Die Pupillen waren nicht vollkommen kreisrund, aber gleich weit; sie reagierten prompt auf Lichteinfall, auf Schmerzreize und auf Konvergenz. Die Sehnenreflexe waren durchweg gleichmäßig und in gehöriger Stärke auslösbar. In der Körpermuskulatur fehlte jede Art von Spannungszuständen, alle Leistungen der Bewegungsorgane erfolgten ohne jede Störung und in vollkommener Beherrschung.

Die Sensibilität war gleichmäßig und ungestört, nur der linke Infraorbitalpunkt leicht druckempfindlich. Links war auch Ovarie angedeutet. Niemals hat sich während der Beobachtungszeit ein Ohnmachts-, Schwindel- oder Krampfanfall ereignet. Am Aufnahmetag trat die angeblich erste Menstruation ein; sie war nicht stark und verursachte keine Beschwerden. 4 Wochen später, zur fälligen Zeit, ist sie ausgeblieben. Die Wassermann-Reaktion im Blute war negativ.

Die Untersuchung mit den verschiedenen Methoden der Intelligenzprüfung ergab eine prompte Auffassung und ungestörte Aufmerksamkeit. Im Bereich der die Straftaten berührenden Vorstellungen war Minnas Aufmerksamkeit sogar dauernd in hohem Grade angespannt und so übertrieben wachsam, daß sie sich gerade dadurch nicht selten „verschnappte“. — Die Orientierung war stets in jeder Beziehung vollkommen, das Bewußtsein hat niemals eine Trübung gezeigt. Die Schulkenntnisse schienen dürftig: die Untersuchungen ließen aber immer den Eindruck, daß Minna mehr wußte, als sie angab. Jedenfalls bewies sie in allen Fragen des täglichen Lebens und in allen Dingen, die für ihren Lebenskreis und ihre Tätigkeit in Betracht kommen, mehr als genügende Kenntnisse und eine durchaus gesunde Urteilsfähigkeit.

Auch die allgemeinen ethischen und moralischen Begriffe waren ihr in jeder Beziehung geläufig. Sie wußte, daß man nicht lügen darf, „weil es sich nicht gehört“, und weil es eine „Schlechtigkeit ist, wenn man die Wahrheit nicht sagt“. Man darf auch nicht stehlen, denn „das hat Gott verboten“. Gehorsam ist man „Gott und den Eltern“ schuldig. Anderen das Haus anzustecken, erkannte sie als „Unrecht“ an. Daß sie dieses „Verbrechen“ begangen hatte, tat ihr besonders leid, weil sie damit ihren „Eltern so'n Kummer gemacht“ habe. Die — solchen Vorstellungen entsprechende — Gefühlsbetonung schien wohl jeweils vorhanden, zum Teil sogar recht lebhaft, blieb aber ohne Beständigkeit und nachhaltige Wirkung: eine wirkliche innerliche Reue war entgegen ihren Versicherungen bei Minna nie glaubhaft. Unbegründete Stimmungsschwankungen sind nie bemerkt worden, eine offenkundige Reizbarkeit, die sich nicht selten geltend machte, erschien in der Regel aus der jeweiligen Situation motiviert, wenn auch meist übertrieben. Ein gewisses Heimweh — oder eigentlich eine starke Sehnsucht nach dem Elternhause — war auch in der Anstalt bei Minna besonders in der ersten Zeit echt und unverkennbar vorhanden; sie definierte diese merkbare Verstimmung selbst

dahin, daß „man immerfort an zu Hause denken muß“. — Die Stimmungslage war während der ganzen Dauer der Beobachtung nie vollkommen frei von Gefühlen der Erwartung, Sorge und Angst, die sich restlos aus der gegebenen Sachlage erklärten und im allgemeinen Verhalten zwar hervortraten, aber abgesehen von jener Reizbarkeit nie Störungen bewirkten. Im Gegenteil: Minna vermochte sich auch in dieser Beziehung nach außen hin mit großer Gewandtheit zu beherrschen, wie sie überhaupt eine für ihr Alter und ihre Bildung nicht geringe Fähigkeit zu subjektiver Haltung und Regie besaß und auch in schwierigen Lagen nicht verlor. Das zeigte sich besonders im Verlauf eines Alkoholversuchs: Minna wußte dabei, selbst als sie unter starker Alkoholwirkung stand, auffallend gut zu schweigen und Haltung zu bewahren. Vor allem widerstand sie hartnäckig allen an sie herantretenden Versuchen, ihr in dieser Verfassung ein weitergehendes Geständnis abzugewinnen. Sie suchte vielmehr, den ganzen Komplex unerfreulicher Tatsachen und Erinnerungen — einschließlich des gegenwärtigen Beobachtungsaufenthaltes — dadurch von sich abzuschieben, daß sie sich gewaltsam in ihre frühe Kindheit zurückversetzte und die Rolle eines 6jährigen Schulkindes geradezu krampfhaft festhielt und mit lückenloser Folgerichtigkeit durchführte. Im übrigen ergab der Versuch, daß sie nicht die geringste Neigung zu krankhaften Rauschzuständen besitzt: es bedurfte ungewöhnlich großer Dosen, um die beabsichtigte Wirkung zu erzielen; die Wirkungen und Nachwirkungen des Alkohols blieben auffallend gering.

Das Gutachten des Anstaltsleiters ging aus von der Tatsache, daß die noch nicht Vierzehnjährige zur Zeit der Strafhandlung unmittelbar vor dem Eintritt der Pubertät gestanden sei. Die daraus gegebene physiologische Störung des psychischen Gleichgewichts sei bei ihr kompliziert gewesen durch eine von vornherein bestehende minderwertige Anlage, die neben den relativ unerheblichen Abweichungen im körperlichen Status auch während der Beobachtung deutlich zutage trat in der Reizbarkeit und auffälligen nervösen Schlafunruhe, der Ungleichmäßigkeit in den intellektuellen Leistungen, dem Kontrast zwischen auffallend guter Selbstregie und der gefährlichen Nachgiebigkeit gegen gefühlbetonte Strebungen, ferner in der Unwahrhaftigkeit ihres Wesens und in dem rücksichtslosen Walten diebischer Neigungen. Bei alledem seien aber Grad und Umfang dieser abwegigen Veranlagung bei dem völligen Fehlen psychotischer Erscheinungen keineswegs so bedeutsam, daß sie ohne weiteres in den Schutzbereich des § 51 StrGB. einbezogen werden könnten; auch könne man nicht von einem strafrechtlich entschuldigenden Schwachsinn reden.

Ebensowenig könne für die Zeit der Strafhandlung selbst eine Geistesstörung im klinischen Sinn angenommen werden. Bewußtlosigkeit habe nicht vorgelegen: die Erinnerung an die fraglichen Begebnisse sei lückenlos. Auch fehlten ihnen die Merkmale von aus dem Unbewußten losgebrochenen Triebhandlungen: Planung und eine gewisse Überlegung sei zweifellos vorhanden gewesen. Das Mädchen habe aber auf der anderen Seite aus einer Heimwehverstimmung heraus unter dem Zwang eines übermäßigen Affektes gehandelt, und es müsse daher, zumal wenn man

ihr jugendliches Alter und ihre abwegige Veranlagung in Betracht ziehe, als nahezu sicher gelten, daß ihr bei Begehung der Tat die zur Erkenntnis von deren Strafbarkeit erforderliche Einsicht gemangelt habe, ihr also der Schutz des § 56 StGB. zukomme.

Für die Diebstähle wurde nur eine Minderung der freien Willensbestimmung — infolge geistiger Minderwertigkeit — geltend gemacht.

Das Gericht hat die Angeklagte nach entsprechenden Ausführungen des Gutachters freigesprochen.

Mag man die forensische Beurteilung derartiger Fälle auf den § 51 oder — wie es in dem hier berichteten Fall geschehen ist — auf § 56 gründen, die Schwierigkeit der psychologischen Motivierung ist dieselbe. Sie zeigt sich um so stärker, wenn — wie in unserem Falle — das Heimweh nicht allein in den Vordergrund tritt, sondern die allgemeine Unlust am Dienst mitwirkend geltend wird, man müßte dann schon annehmen, daß letztere aus ersterem folgte, und daß das Mädchen sich über die Scheidung seiner Motive selbst nicht recht klar war. Diese Auffassung findet eine Stütze in Minnas ausgesprochener Ängstlichkeit: sie scheute sich, allein zu schlafen, weil sie Halt und Fürsorge des Elternhauses vermißte und daher von dem Gefühl des Verlassenseins erfüllt war — d. h. eben: von der Heimwehstimmung. Minna ist nichts weniger als schwachsinnig, aber sie ist ein minderwertig veranlagtes Kind: wohl leugnen auch die bei Jaspers angeführten Fälle nach Entdeckung ihrer Tat zunächst fast sämtlich, aber bei Minna gehört die Lügenhaftigkeit, Hand in Hand mit der Neigung zum Stehlen, doch schon zum tieferen Wesen, zumal auch die Vorgeschichte Anhaltspunkte dafür beigebracht hat. Gerade im Gedanken hieran war sodann die Möglichkeit eines weiteren Motives gegeben, dessen Anführung ich übrigens auch bei Jaspers vermisste, an das in jedem Falle aber wenigstens gedacht werden sollte: hat sie das Verbrechen vielleicht begangen, nur weil sie anderes dadurch verbergen wollte, z. B. etwaige Entwendungen, oder auch weil ihr das Brandunglück Gelegenheit zu neuen Entwendungen bieten sollte?

Angesichts dieser Möglichkeit, die nach Minnas ganzem Verhalten in der Beobachtungszeit nicht von vornherein von der Hand zu weisen war, haben wir wohl auch in Betracht gezogen, ob nicht in Übereinstimmung mit dem allgemeinen Rechtsbewußtsein die Zurechnungsfähigkeit zu bejahen war, zumal Brandstiftungen gerade unter der lippischen Bevölkerung außerordentlich häufig und eine naheliegende Reaktionsform aus verschiedensten Motiven sind. Auch vom heilpädagogischen Standpunkt aus ist ja Freispruch unter Umständen nicht einmal ein Glück für jugendliche Psychopathen: heilsamer als Frei-

sprechung mit nachfolgender Zwangserziehung wird ihnen oft die Verurteilung mit bedingtem Strafaufschub sein. Schließlich kamen wir aber doch aus dem alten Rechtsgrundsatz in dubio pro reo zu einer Exkulpierung; Aufgabe des ärztlichen Gutachtens ist es ja eben: herauszuarbeiten, was an entschuldigenden Tatsachen vorhanden ist. Und in diesem Sinne fiel besonders der Umstand ins Gewicht, daß die beiden Brandstiftungen mit fast photographischer Treue einander glichen: das konnte zu dem Schluß berechtigen, daß in beiden Handlungen identische Äußerungsformen ein und derselben affektiven Verstimmung zu sehen seien. Auch der einmalige — offenbar psychogene — „Schwindelfall“, den das Mädchen schon gleich in den ersten Tagen nach ihrem Dienstantritt erlitten hatte, ist dann auf der Grundlage der gleichen Verstimmung als ein erster Versuch zu deuten, sich die Heimkehr zu erzwingen.

Als Minna zur Aufnahme kam, brachte sie aus ihrem halbgebildeten Elternhause nicht nur die Überzeugung, sondern geradezu die Dressur mit, daß sie den Ärzten gegenüber diese Schwindelfälle geltend machen und dann sich möglichst beschränkt stellen müsse, um sich die Exkulpierung zu sichern. Die höchst neuropathische Mutter hat sodann gelegentlich eines Besuches angegeben, daß auch sie selbst (die Mutter) und drei ihrer Schwestern sowie einer ihrer erwachsenen Söhne an häufigen Angst- und Schwindelfällen litten, die es ihnen nahezu unmöglich machten, in Gesellschaft, in die Kirche usw. zu gehen. Also geradezu eine familiäre psychische Infektion! Dieses Vorwalten psychogener Züge in Minnas Charakter rückt, wie mir scheint, die ganze Auffassung vom psychologischen Entstehungsmechanismus ihrer Heimwehverstimmung in eine neue Beleuchtung: Es hat sich bei ihr nicht gehandelt um eine echt endogene depressive Verstimmung, wie man sie wohl mit dem alten Ausdruck „Heimwehmelancholie“ andeuten wollte; sondern das Heimweh in seiner pathologisch gesteigerten Ausprägung ist bei ihr nur eine besondere Ausdrucksform ihres abnormen Habitualzustandes: nämlich ihres degenerativ-hysterischen Charakters. Es handelt sich bei ihr — um mit einer Definition Alters zu reden — nicht um eine „übertriebene Empfindsamkeit“, sondern um eine „empfindsame Übertreibung“. Aus dem Boden dieser dauernden konstitutionellen Anomalie sind dann die kriminellen Entladungen herausgewachsen — in ähnlicher Weise wie es den neueren Anschauungen über *Dipsomanie* entspricht, die Pappenheim in dieser Zeitschrift (11, 333. 1912) vertreten hat. Daß die zweite Brandstiftung fast eine photographisch getreue Wiedergabe der ersten ist, kann danach nicht mehr wundernehmen.

Wenn man so in der Heimwehverstimmung eine spezifische Psychogenie erkennen möchte, so ist man allerdings — im Gegensatz zu den Schlüssen, zu denen in unserem Fall das Gutachten gelangt war — zu der

Annahme einer eigentlichen psychogenen Psychose gezwungen. Aber auch dann noch scheint mir die Heranziehung des § 56 an Stelle des § 51 wünschenswert: denn jener erspart den Kindern das Signum der Krankheit mit all ihren sozialen Folgen für das spätere Leben, und praktisch leistet er ja dasselbe wie der meist bevorzugte § 51.

Meinem hochverehrten früheren Chef, Herrn Medizinalrat Dr. Alter, möchte ich für Überlassung des Gutachtens und für sein förderndes Interesse auch an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aussprechen.

Über Erinnerungsfälschungen bei Zwangsdanken.

Von
Kurt Schneider.

(Aus der psychiatrischen Klinik der Akademie für praktische Medizin in Cöln
[Prof. Dr. G. Aschaffenburg].)

(Eingegangen am 27. Juli 1914.)

Im Jahre 1886 ist Kraepelins¹⁾ Arbeit „Über Erinnerungsfälschungen“ erschienen, die für die Auffassung der Reproduktionsstörungen von grundlegender Bedeutung wurde und noch heute volle Gültigkeit beanspruchen kann. Sully²⁾ hatte in seinem Buch über die Illusionen die normalen Fehlervorgänge geschildert, die später für die Psychologie der Aussage so wichtig gewordene teilweise Verfälschung der Erinnerungen, und sie der völligen Fälschung der Reminiszenz, die sich gar nicht an ein wirkliches Erlebnis anknüpft, gegenübergestellt. Er verglich diese Vorgänge mit den Sinnestäuschungen und sprach von Illusionen und Halluzinationen der Erinnerung. Diese letztere Gruppe, die Halluzinationen der Erinnerung, bezeichnete Kraepelin als „Erinnerungsfälschungen“. Diese Bezeichnung ist in der Folgezeit häufig mit dem Ausdruck „Erinnerungstäuschungen“ identifiziert worden; so stellen Ziehen³⁾ und andere die Erinnerungstäuschungen den Erinnerungsvorstellungen gegenüber. Besonderen Anlaß zu Mißverständnissen gibt die Tatsache, daß Sander⁴⁾ unter dem Namen „Erinnerungstäuschungen“ einen ganz bestimmten Typ beschrieben hatte, nämlich die häufig beobachtete Vorstellung, daß eine augenblickliche Situation schon einmal in ganz derselben Weise durchlebt worden sei. Aus diesem Grunde zog Kraepelin die Bezeichnung „Erinnerungsfälschungen“ dem Ausdruck „Erinnerungstäuschungen“ vor.

Er unterscheidet drei Arten: die „einfachen“ Erinnerungsfälschungen, „wo Phantasiegebilde beliebigen Inhalts, wie sie gerade der Verlauf der Vorstellungen erzeugt, ohne weiteres mit der Prätension von Reminiszenz ins Bewußtsein treten“, die „assoziiierende Erinnerungsfälschung“, in welcher die Reminiszenz sich an einen gegenwärtigen

1) Über Erinnerungsfälschungen. Archiv f. Psych., 17 und 18.

2) Die Illusionen. Internationale wissenschaftl. Bibliothek 1883.

3) Psychiatrie, 4. Aufl.

4) Über Erinnerungstäuschungen. Archiv f. Psych., 4.

Eindruck anknüpft, und endlich die „identifizierende Erinnerungsfälschung“, die erwähnte Form Sanders.

Die erste und häufigste Form, die einfachen oder freien Erinnerungsfälschungen, ist hier für uns von besonderem Interesse. Es wird nicht möglich sein, eine scharfe Grenze den Illusionen des Gedächtnisses gegenüber zu ziehen. Das beste Beispiel geben die Pseudologen: von dem Erlebten zum teilweise Erlebten und von hier zur völlig freien Erfindung führt ein ununterbrochener Weg. Auch beim Gesunden entsprechen selbst die allereinfachsten Erinnerungen niemals völlig den Wahrnehmungen, sie werden schon nach kurzem verwandelt oder sogar ersetzt durch Phantasieprodukte. Die allergrößte Rolle spielen in diesem Prozeß die Affekte. Sowohl die augenblickliche Stimmung wie der Grundaffekt des Temperaments, die Lebens- und Weltanschauung wandeln die Erinnerungen; der Optimist und der Pessimist, der Selbstbewußte und der Verzagte verändert und ergänzt unbewußt seine Erinnerungen nach seinem affektiven Grundcharakter.

Auch bei Psychosen liegen zweifellos sehr häufig wirkliche Erlebnisse den Erinnerungsfälschungen zugrunde, doch sind reine Halluzinationen des Gedächtnisses namentlich bei phantastischen Schizophrenen, produktiven Paralytikern und konfabulierenden Korsakowkranken durchaus gewöhnlich. Vielfach sind sie nichts weiter als in die Vergangenheit projizierte Wahnideen (Kraepelin). Die psychologische Genese ist sehr verschieden: so ist es beim Korsakowkranken die Merkfähigkeitsstörung, die den Anlaß zu den Erinnerungsfälschungen gibt, beim Melancholischen der traurige Affekt, der die Vergangenheit im trübsten Lichte erscheinen läßt, beim Paralytiker ist es die Euphorie zusammen mit der Kritiklosigkeit, die ihn die unmöglichsten Dinge aus seinem Leben erzählen läßt. Ähnlich wie es sich bei den Wahnideen nicht um einheitliche Vorgänge handeln kann, ist es auch hier: so weit die affektive Wahnidee des Deprimierten von dem wahnhaften Gefasel des Paralytikers entfernt ist, so weit sind die Erinnerungsfälschungen dieser beiden Kranken voneinander entfernt. Man wird so nie versuchen können, das Wesen der Erinnerungsfälschung schlechthin zu erklären, sondern sich mit einem speziellen Verstehen bei den verschiedenen Krankheitsgruppen begnügen müssen.

Dieser Versuch soll hier bei den Erinnerungsfälschungen einer Krankheitsform gemacht werden, bei der solche Symptome nur sehr selten und flüchtig erwähnt werden, bei den Zwangsvorstellungskranken.

Vielleicht wird es gleichzeitig gelingen, von diesen Symptomen aus tiefer in das Wesen dieser Erkrankung einzudringen und wenn auch nicht neue Gesichtspunkte, so doch eine Verstärkung und Bestätigung von bereits älteren beizubringen.

Beobachtung 1.

Fräulein P.; 32 Jahre alt, Lehrerin aus D.

Der Vater ist an einem Herzleiden gestorben und soll ein ausgesprochener „Stimmungsmensch“ gewesen sein; die Mutter ist gesund. Eine Schwester des Vaters leidet an ausgeprägten periodischen Depressionszuständen mit gelegentlichen übertrieben heiteren und lebhaften Zeiten; deren Tochter ist wegen ähnlicher Veranlagung schon in einer Anstalt gewesen. Eine entfernte Verwandte der Mutter endete durch Suicid, ein Neffe der Mutter ist Morphinist. 4 Geschwister von Frl. P. sind klein gestorben. Ein Bruder neigt sehr zu Depressionen und ist seit Jahren ausgesprochener Morphinist, die andern beiden Brüder und 1 Schwester sind gesund, doch machen sich bei der letzteren gelegentlich leichte Zwangsvorgänge bemerkbar.

Über ihre Jugend schreibt Frl. P. selbst: „Geboren 5. Dezember 1882, von 5 Kindern das zweite, körperlich und geistig gut entwickelt, sehr spielfroh, oft ausgelassen lustig, dann wieder maßlos traurig bei heftigstem unaufhörlichem Schluchzen, das geradezu körperlich schmerzte. Meistens waren solchen Verstimmungen Kinderunarten vorhergegangen, die getadelt und bestraft worden waren. Ich hatte ein besonders stark entwickeltes Verantwortlichkeitsgefühl den jüngeren Geschwistern und andern kleineren Kindern gegenüber. Wenn meine jüngern Geschwister zu Bett gebracht wurden, war ich stets dabei und litt dann sehr unter der Vorstellung, sie könnten sich mit dem Köpfchen zu tief ins Kissen einwühlen und ersticken, fühlte mich also gezwungen, immer wieder ins Zimmer zu schleichen und nachzusehen. Ebenso war mir der Gedanke unerträglich, sie fest in die Wickel gepackt zu sehen, oder ich fürchtete ein Rockbund könne sie drücken, weshalb ich bei jeder Gelegenheit, trotz aller Verbote, die Wickelpakete und Röckchen stets aufmachte. Damals war ich 6, 7, 8 Jahre alt. Um dieselbe Zeit war es mir unmöglich, über Steinplatten anders zu gehen, als unter Vermeidung der Linie, die von zwei aneinander stoßenden Platten gebildet wird; ich hütete mich also sorgfältig ‚auf den Strich zu treten‘, wie ich es bei mir nannte, wurde auch beim Spazierengehn oft genug wegen meiner seltsamen Sprünge gescholten, weiß aber genau, daß ich niemals etwas von meiner Abneigung gegen jene Striche verriet.

Einmal hatte ich von ‚Straßenkindern‘ ein an und für sich höchst harmloses Reigenliedchen gelernt, das ich eines Tages beim Mittagessen zum besten gab. Mein Vater, dem das Lied aus einem ganz bestimmten, mir heute erklärlichen Grunde mißfiel, legte aufgebracht die Zeitung, die er bei Tisch stets zu lesen pflegte, nieder und verbot mir mit ungewöhnlicher Heftigkeit, das je wieder zu singen. Am andern Tag stimmte ich trotzdem bei Tisch wiederum mein Liedchen an. Erneutes heftiges Verbot, Androhung von Strafe. Und so habe ich noch an mehreren darauffolgenden Tagen, sobald die gleiche Situation vor mir auftauchte — die Familie bei Tisch, der Vater hinter der Zeitung, allgemeines Schweigen — meinen Mund zu jenem unseligen Sang geöffnet, um dann in der mir nunmehr auferlegten mehrstündigen Strafhaft teils um mein verlorenes Sonntagsgeld, teils um meine ganz besonders schwache Menschlichkeit zu trauern, die den ‚Lockungen zur Sünde‘ immer wieder unterlag. Ähnlich erging es mir mit einigen ‚Straßenwörtern‘, die ich aufgefangen hatte; dem prompten mütterlichen Verbot folgte die prompte Übertretung. Trotzdem ich nun selbst die Wörter („Himmelhund“, „Schweinepriester“) bewußt als sehr häßlich empfand, ja geradezu ein religiöses Ärgernis daran nahm, habe ich sie noch unzählige Male sagen müssen, laut und leise, mit einer gewissen ängstlichen Hast und mit voller Einsicht in das Unrecht meines Tuns. Im übrigen war ich ein lenksames, durchaus nicht zum Ungehorsam neigendes Kind.

Von einer Dienstmagd hatte ich eine ganze Reihe von mir unverständlichen Gebeten gelernt, die sie mit mir eine Zeitlang jeden Abend in einer bestimmten Reihenfolge hersagte. Später, mir selbst überlassen, glaubte ich nicht einschlafen zu dürfen, bevor ich die ganze Litanei wortwörtlich und in genau derselben Ordnung gebetet hatte; fiel ich darüber in Schlaf, so wachte ich immer wieder auf, fing stets von vorn an und brachte schließlich mit Aufbietung aller Kraft mein Pensum fertig. Als dann eines Tages die Lehrerin in der Schule bei der Einübung der ‚heiligen zehn Gebote Gottes‘ und der ‚fünf Gebote der heiligen katholischen Kirche‘ bemerkte: ‚ich hoffe, daß jedes Kind beim Abendgebet auch die ‚heiligen zehn Gebote Gottes‘ und die ‚fünf Gebote der heiligen katholischen Kirche‘ betet, da fügte ich diese gewissenhaft der langen abendlichen Litanei hinzu. Um diese Zeit hörte ich auch, daß man die Gebote nicht herplappern dürfe, sondern mit Andacht beten müsse, d. h., wie der Herr Kaplan sagte, man müsse sich bei jedem Wort auch etwas denken. Da nun meine Litanei stets begann: ‚Müde bin ich, geh zur Ruh‘, so betrachtete ich zunächst ausgiebig das Wort ‚müde‘, sagte mir mit Nachdruck vor: also schrecklich müde bin ich, müde vom Spiel, müde von der Schularbeit, müde von meinen verschiedenen Standespflichten als älteste Schwester, müde auch von meinen Schandtaten und den darauf gefolgten seelischen Erschütterungen. Besondere Schwierigkeiten machte mir dann das liebe ‚Ich‘, über das ich auch zu andern Zeiten heftig nachzugrübeln pflegte. Ich stellte mich also dem lieben Gott recht nett mit Vor- und Zunamen vor und suchte ihm dann meine Familienverhältnisse und sonstigen persönlichen Beziehungen möglichst eindringlich vor Augen zu stellen. Bei dem ziemlich konkreten Inhalt, des mir jetzt noch lieben Gebetchens ‚Müde bin ich . . .‘ war ‚das sich bei jedem Wort etwas denken‘ im allgemeinen rasch erledigt, während die nun folgenden Stücke, ‚die jeder katholische Christ kennen und glauben muß‘, also das Vaterunser, das apostolische Glaubensbekenntnis, die drei göttlichen Tugenden, Reue und Vorsatz und die summa summarum fünfzehn noch angehängten Gebete an die Kraft meiner metaphysischen Spekulation ganz scheußliche Anforderungen stellten. Daß ich meine Aufgabe nun nicht mehr bewältigen konnte, war selbstverständlich, aber ich machte mir schwere Vorwürfe darüber. Als ich nun, etwa acht Jahre alt, zum erstenmal zur Beichte ging und mich darüber anklagte, fiel ich zum Glück einem sehr guten und vernünftigen Geistlichen in die Hände, der mich trotz meiner etwa 478mal ‚unandächtig‘ verrichteten Gebote glatt absolvierte und mir nun strengstens einschärfte, mein Abendgebet brauche und dürfe nie länger als 5 Minuten dauern, und es sei jedesmal ein Ungehorsam, wenn ich es länger ausdehne oder zu viel dabei denke. Ich unterwarf mich also getrost dem unfehlbaren kirchlichen Lehramt, und die Quälerei hatte einstweilen ein Ende, tauchte aber nach einigen Jahren, als ich wirklich denken lernte, mit verstärkter Gewalt wieder auf.

Aus meiner Kleinmädchenzeit ist mir ferner erinnerlich, daß ich, obwohl meine Mutter mich sehr nett und sorgfältig anzog, stets unter dem peinlichen Eindruck stand, an meinem Anzug oder meinen Haaren sei irgend etwas nicht in Ordnung, und ich könnte mich lächerlich machen, was ich ganz besonders scheute. Ich versorgte mich also frühzeitig mit Taschenspiegel und Kamm und bin unzähligemal dafür bestraft und eitel und hoffärtig (ein Lieblingsausdruck meiner damaligen Lehrerin) genannt worden, weil ich mitten im Unterricht meine Toilettesachen herauszog und ängstlich nach einer wirklichen oder vermeintlichen Unordnung spähte. Ich weiß aber, daß ich nicht anders handeln konnte, und in Aufregung geriet, wenn ich dem Drang zu widerstehen suchte.

Als Spielerei war eine Zeitlang bei meinen Geschwistern und mir das ‚Wörterherumdrehen‘ beliebt. Bei mir bohrte und klebte sich diese Gewohnheit als

ein quälender Zwang ins Gehirn ein und hat mich oft bis zur völligen Erschöpfung gepeinigt, namentlich auch des Nachts in schlaflosen Stunden. Noch heute sind mir viele Straßennamen meiner Vaterstadt rückwärts ebenso geläufig, wie vorwärts. Bei dieser ‚Spielerei‘ stellten sich zum Schluß stets Kopfschmerzen, Herzklopfen und starke Übelkeit ein.

Ich schlief damals meistens schlecht und unruhig und wurde eine Zeitlang fast jede Nacht, wie ich fest behauptete, von einem bestimmten Geräusch wach: ich glaubte, jemanden mit bloßen nassen Füßen durchs Zimmer tapfen zu hören und geriet dann in große Angst und Aufregung. Auch Kopfschmerzen hatte ich häufig, und ich suchte sie zu beschreiben, indem ich sagte, es sei mir, als fühle ich ein festes Band um den Kopf.

Damals verließ ich zehnjährig die Volksschule und bekam in der höheren Mädchenschule eine sehr liebe und kluge Lehrerin, die ich heftig anschwärmte. Sie hat mit maßloser Geduld meine Zappeligkeit ertragen und mich in den häufigen langdauernden Weinanfällen beruhigt und getröstet. Meinen Eltern gegenüber bezeichnete sie mich als ‚äußerst nervös‘, worauf diese mich sehr energisch, sogar etwas spöttisch vornahmen und sich ein vernünftiges und normales Benehmen ganz entschieden ausbaten, mich aber doch auf einige Wochen zu meinem ärztlichen Onkel aufs Land schickten. Aus dieser Zeit stammt eine ganz ungewöhnliche Abneigung gegen das Wort ‚nervös‘ und alles, was ich mir darunter vorstellte, und wenn ich später von meinen Eltern jemanden als ‚nervös‘ bezeichnen hörte, was fast immer mit einem gewissen verächtlichen Beiklang geschah, so galt er mir als sozusagen moralisch minderwertig. Über meine eigene Minderwertigkeit war ich zuweilen totunglücklich und suchte sie mit allerlei selbstquälerischen Mittelchen zu heben, zumal ich mich bald darauf auf die erste heilige Kommunion vorbereitete. Manchmal wieder gefiel ich mir in der Rolle der Nervösen und inszenierte einen kleinen Weinkrampf, um mich interessant zu machen und vor allem von Fr. B. so recht lieb getröstet und beruhigt zu werden. Seit dieser Zeit habe ich eigentlich nicht mehr gespielt; Puppen waren seit meinem zehnten Jahre erledigt, und Bewegungsspiele und Turnen verursachten mir stets heftige Kopfschmerzen. Nur Schwimmen betrieb ich leidenschaftlich, und es bekam mir wohl.

Um dieselbe Zeit wurde mir auch die erste ‚sexuelle Aufklärung‘, und zwar in der denkbar rohesten Form durch ein Dienstmädchen. Entsetzen und Beschämung, etwas so Abscheuliches und Unanständiges zu wissen, erfüllten mich. Das Wissen an sich und vor allem auch das Danachgefragthaben hielt ich für eine schwere Sünde und ich schleppte mich ein paar Tage mit schweren Gewissensbissen herum. Schließlich kam es zu einem richtigen Verzweiflungsausbruch vor meiner Mutter, die mich beruhigte und entsprechend belehrte. Damit verschwand das Erlebnis mit einem Schlag in unergründliche Bewußtseinstiefen, ohne irgendeinen quälenden Folgezustand zu hinterlassen, namentlich auch nicht für die nun folgende Entwicklungszeit, die ganz normal verlief.

Ich nahm damals auf meinen besondern Wunsch englische Privatstunden, die für mich gleich leid- wie freudvoll waren. Ich fühlte mich gezwungen, abends im Bett jedes neu gelernte englische Wort 3 mal hintereinander zu buchstabieren, vor allem aber, wo ich ging und stand, englische Wörter hinzuschreiben, besonders auf meine Löschblätter und die für andere Arbeiten bestimmten Hefte. Ich glaube aber, daß eine gewisse Renommiersucht meinen Mitschülerinnen, die noch nicht englisch lernten, gegenüber mitgesprochen hat.

Mehr als je plagte mich gerade in dieser Zeit die Vorstellung, Kleid und Frisur seien nicht in Ordnung, und es kam so weit, daß ich durch heftiges Reiben und Stoßen mit dem Taschentuch künstlich Nasenbluten hervorrief, nur, um herausgehen und Toilette machen zu können; gewöhnlich frisierte ich mich 2 oder

3 mal ganz von neuem, ging dann notgedrungen wieder in die Klasse und fühlte mich nur noch unbehaglicher. Unterdessen war ich der Zucht des verehrten Fr. B. entwachsen, um in den oberen Klassen nur noch von Lehrern unterrichtet zu werden. Ich sprach in der Klasse außerordentlich leise, weil ich immer ängstlich war, etwas Falsches zu sagen, obwohl ich im Grunde meiner Sache sicher war. Einmal kam ich auf den unsinnigen Gedanken, ich war damals schon 16 Jahre alt, mein Taschentuch mit Lysol zu parfümieren, wodurch ich Lehrer und Mitschülerinnen fast zur Verzweiflung brachte. Ich liebte diesen Geruch wie auch den von Karbol, Petroleum, Terpentin u. dgl. ungemain. An die Stelle des Spiels war eine große Leselust getreten, die ich reichlich befriedigen durfte. Dabei ereignete es sich sehr oft, daß ich plötzlich den Zusammenhang des Gelesenen verloren zu haben schien und deshalb immer wieder die vorhergehenden Seiten durchblätterte, weil ich glaubte, dort etwas Falsches und Sinnstörendes gelesen zu haben. Manchmal hatte ich dann wohl die Empfindung, als liege mir ein feiner Schleier über den Augen, der mich am rechten Zusehen hindere. In Wirklichkeit besitze ich eine außerordentlich scharf entwickelte Sehkraft.

Quälend empfand ich auch das ‚Abzählenmüssen‘, wie ich es bei mir nannte, und das sich besonders dann einstellte, wenn ich müde war, Kopfschmerzen hatte, in diesem Zustande jemand zu mir sprach, und ich (z. B. im Unterricht) aufmerksam sein mußte. Ich fing irgend einen Satz auf und zählte seine Silben an den Fingern der rechten Hand ab, stets gespannt, ob ich wohl ‚mit dem kleinen Finger auskommen‘ werde, ob also die Zahl der Silben durch 5 teilbar sei. Kam ich aus, so empfand ich eine gewisse Erleichterung, während ich im anderen Falle mir Befriedigung zu verschaffen suchte, indem ich einzelne Wörter um die Zahl der fehlenden Silben vermehrte, also etwa für das Präsens den Imperativ setzte oder auch den Sinn des Satzes erweiternde, niemals aber verändernde Wörter einschob; z. B.: Die (1.) Brü- (2.) der (3.) ver- (4.) kauf- (5.) ten (6.) den (7.) Jo- (8.) seph (9.) nach (10.) Ä- (11.) gyp- (12.) ten (13.) = 13 Silben; also: Die (1.) bö- (2.) sen (3.) Brü- (4.) der (5.) ver- (6.) kauf- (7.) ten (8.) usw.

Mit 16 Jahren stellten sich starke religiöse Zweifel ein, die ich anfangs durch ernstliches Nachdenken und Fragen beim Religionslehrer vergebens zu lösen suchte, dann aber mit großer Sorglosigkeit gering anschlug und mich in eine völlige religiöse Gleichgültigkeit hineintreiben ließ, über die ich mir erst später schwere Vorwürfe machte. Mehrere Monate quälte mich der Gedanke, den Tod eines 3 Monate alten Brüderchens, das um diese Zeit starb, verschuldet zu haben, weil ich bei dem schweren und langen Todeskampf des Kindes um Erlösung für das arme kleine Wesen gebetet hatte.

Im übrigen war die Zeit vom 16.—18. Lebensjahr ziemlich frei von den quälenden Zuständen meiner Kindheit. Ich besuchte das Lehrerinnenseminar, lernte tanzen, war viel im Haushalt und in der Pflege meines schwer erkrankten Vaters tätig und war meist ungezwungen heiter, oft ausgelassen lustig.

Im folgenden Jahr entwickelte sich eine ungewöhnliche Reizbarkeit; ich litt an Schlaflosigkeit und schlechtem Appetit, weinte nach den damals sehr häufigen Uneinigigkeiten mit Mutter und Schwester oft stundenlang, konnte bei Tage kaum geistig arbeiten und verlegte die durchaus nicht übermäßigen Vorbereitungsarbeiten für die Prüfung auf die Nachtstunden. Es muß damals, nach dem Urteil meiner Familie ‚kein Auskommen‘ mit mir gewesen sein. Ich entzweite mich mit meinen besten Freundinnen, geriet in Krieg mit meinen Lehrern, mit denen ich bis dahin ganz famos ausgekommen war und glaubte mich von allen angegriffen und beleidigt, so daß ein sehr ällicher Professor mir dringend riet, die für eine angehende Lehrerin ebenso vorschriftswidrige wie unpraktische ‚krankhafte Empfindsamkeit‘ abzulegen.“

Ich unterbreche hier zunächst die Aufzeichnungen, da das Folgende ohne objektive Erläuterungen nicht mehr leicht verständlich ist.

Vor jetzt etwa 3 Jahren begab sich Frl. P. in ärztliche Behandlung. Ihre Klagen bestanden hauptsächlich in allgemeiner Nervosität, großer innerer Unruhe, dem lästigen Zwang, besonders Straßennamen stets von hinten lesen zu müssen, starker Appetitlosigkeit, die sich besonders durch einen unüberwindlichen Widerwillen gegen alles Braune und Grüne auszeichnete, und sehr starker Schlaflosigkeit. Daneben bestand aber auch ein starkes mit Selbstvorwürfen verbundenes Insuffizienzgefühl. Sie meinte in ihrem Beruf alles falsch zu machen, gar nichts zu taugen, bangte vor allen Prüfungen oder anderen besondern Anforderungen. Außerdem klagte sie sich der kirchlichen Gleichgültigkeit an, sie selbst sei schuld, daß sie vieles nicht mehr so recht glauben könne und so kritisch der Kirche gegenüber geworden sei. Häufig beschäftigte sie sich auch mit dem Gedanken, alles, was sie dem Arzt erzähle, sei im Grunde erlogen, sie wolle sich nur wichtig machen, auch ihr psychisches Müdesein sei nur Faulheit. Es gelang in der Hypnose stets, ihr wieder Mut zu geben und volle Krankheitseinsicht herzustellen, die mehrere Tage anhielt. Nach der Hypnose waren alle die Quälereien stets verschwunden; Frl. P. fühlte sich völlig sicher und im Gleichgewicht und allen Aufgaben gewachsen.

Im Januar 1913 war eine kleine Operation notwendig geworden; da das psychische Befinden in dieser Zeit sehr daniederlag und eine gründliche Erholung geboten schien, wurde Frl. P. in die Klinik aufgenommen, wo sie zunächst 2 $\frac{1}{2}$ Monate blieb.

Sie machte einen sehr klugen, regsamen und ungewöhnlich gebildeten Eindruck. In ihrem äußeren Verhalten war sie sehr unruhig; unaufhörlich nestelten ihre Hände an den Kleidern herum, zahlreiche Taschentücher zerriß sie bei der Unterhaltung, die Sätze waren teilweise nur Fragmente. Die Beschwerden unterschieden sich kaum von denen der letzten Jahre. Unendlich quälend wurde der Zwang empfunden, allerlei Worte herumzudrehen, oft stundenlang dieselben; im Vordergrund standen aber die Selbstvorwürfe. Sie zeigten sich schon in kleinen Dingen. Sie warf sich vor, dem Pflegepersonal und den Ärzten zuviel Mühe zu machen, machte sich Gedanken, wenn sie morgens etwas länger liegen geblieben war, wenn sie über kleine Unzuträglichkeiten auf der Abteilung mit dem Arzt gesprochen hatte. Namentlich gegen Abend war die Stimmung oft sehr schlecht: es sei Faulheit, daß sie sich hier pflegen lasse, anstatt ihren Dienst zu tun. Sie weinte dann auch viel über religiöse Bedenken, über ihre Schuld an ihrer inneren Entfernung von der Kirche, wofür ihr jetziger Zustand nun die Strafe sei. Wenn sie mit anderen Kranken gesprochen hatte, meinte sie, irgend etwas Ungeschicktes gesagt zu haben, wodurch sie in ihrer Genesung beeinträchtigt würden. Appetit und Schlaf waren sehr schlecht, selbst starke Schlafmittel waren fast ohne jeden Erfolg.

Von großer Wirkung war stets die Hypnose. Frl. P. schlief bei bloßem Ansehen sofort tief ein; sie atmete in der Hypnose extrem langsam. Es wurde stets nichts anderes getan, als ihr beruhigend zugesprochen. Nach der Hypnose war sie völlig verändert. Die ganze äußere Unruhe der Hände und der Sprache war weg, die Quälereien jeder Art schwiegen, für die Selbstvorwürfe war volle Krankheitseinsicht da, die Stimmung war gleichmäßig heiter, das Interesse für andere Dinge war wiederhergestellt. Auch Appetit und Schlaf ließen sich deutlich beeinflussen. Die ganze Besserung hielt aber selten länger als einen Tag an, dann zogen sich wieder die alten Sorgen zusammen. Eine große Klippe war die Nähe der Osterzeit mit ihrer Beichtverpflichtung, doch konnte man auch darüber weg-helfen.

In den letzten Wochen des Aufenthaltes in der Klinik besserte sich der Zustand erheblich. Die Hypnose hatte einen viel länger anhaltenden Erfolg, die kleineren Quälereien, der Zwang, Wörter herumzudrehen, verschwanden ganz. Es wurde dem Gedanken eines halbjährigen Urlaubs und eines mit Studien verbundenen Aufenthaltes im Ausland näher getreten. In ihren schlechten Stunden setzte Fräulein P. diesem Plan allerdings hartnäckigen Widerstand entgegen, sie habe eine derartige Erholung nicht verdient, sie wolle und dürfe ihre Faulheit nicht noch weiter treiben. In den ruhigen Stunden nach der Hypnose sah sie die Richtigkeit des ärztlichen Rates wohl ein, und nachdem sie wiederholt ihre Reisevorbereitungen wieder hatte rückgängig machen wollen, gelang es doch, sie zu der Reise zu bewegen.

Das Befinden auf der Reise wechselte sehr. Schon anfangs saß sie „wieder so tief in dem alten Hexenkessel, daß ich drauf und dran war, mein Bündel zu schnüren und wieder nach Hause zu fahren“, dann arbeitete sie an einer großen Schule sehr intensiv und es ging besser; obschon der Gedanke „kann ich es vor mir selbst und meiner Behörde verantworten?“ sie nie ganz los ließ, sah sie doch heller ins Leben „ich glaube, gesund werde ich dabei“. Aus den Briefen spricht sogar deutlich eine gewisse Lebensfreude und vor allem großes Interesse an der neuen Umgebung. Zwischen diese Schilderungen mischten sich aber gegen Ende des Aufenthaltes immer mehr die alten Klagen: „So oft ich auch versuche, mir ein wenig gute Laune anzueignen, es geht mir immer wieder verloren, und ein ganz unglückliches Gefühl von Schuld und Zerknirschung überkommt mich statt dessen. Da ist hier ein ganz wunderbares Bild vom Jüngsten Gericht mit allem himmlischen und höllischen Zubehör, und glauben Sie, das hätte ich wie andere Menschenkinder ruhig betrachten können? Der unangenehme beunruhigende Eindruck hält nach bis er wieder durch einen andern verstärkt wird. Jeder vernünftige Mensch muß einsehen, daß ein bestimmter Grund dafür vorhanden sein muß. Der beste Beweis für die Berechtigung dieses Schuldgefühls ist doch der, daß der lange Aufenthalt hier und all die neuen Eindrücke es nicht verwischt haben. Es war doch eigentlich unverantwortlich von mir, einen so furchtbar langen Urlaub auszunutzen, und ich weiß bestimmt, daß mein Direktor und meine Kolleginnen ihn, gerade wie ich, für nicht ganz rechtmäßig halten. Ein scheußlicher Gedanke, und ich fürchte mich fast vor dem Wiederkommen. Eine Tatsache steht fest: alles und jedes in meiner sog. Krankheit habe ich übertrieben und schlimmer dargestellt, und heute, wo ich ganz objektiv urteilen kann, müssen Sie es mir glauben, und ich glaube bestimmt, daß Sie nach meinem Weggang Ihre Meinung geändert haben, Sie sehen jetzt selber ein, daß ich Ihre Sorge und Kunst mißbraucht habe.“ Diese Stimmungen wuchsen in den folgenden Wochen immer mehr; einmal telegraphierte sie auch, ob sie sofort kommen dürfe. In dieser Zeit schrieb sie einmal: „ich hab auch Sie fortgesetzt getäuscht und hintergangen, kein Wunder, daß dieses Bewußtsein und noch vieles andere mich ganz erbärmlich niederdrückt. Und Sie dürfen und sollen den Gedanken nicht krankhaft nennen, er hat eine nur zu wirkliche Grundlage. Fremdkörper entfernt man durch eine blutige Operation, und wenn ich schließlich mein eigener Operateur sein muß. Ich mag und will und kann so nicht mehr sein, ich habe aber noch nicht Mut und Kraft genug. Veronal kann ich hier pfundweise haben, mehr als dreimal genug um . . . Mein glücklichster Augenblick, auf den ich mich den ganzen Tag freue, ist der, wenn ich abends mein Pulver schlucke mit dem festen Wunsch, nicht mehr aufzuwachen, aber auch nirgendwo, weder hier noch dort. Leider hilft das Wünschen nicht, aber ich denke mir, ein ganz bestimmter fester Willensakt in dieser Richtung kann auch von Nutzen

sein. Ich will nicht aufhören zu denken: ich will nicht mehr sein, und dann wird mir der Gedanke so vertraut sein, daß ich vielleicht Mut und Kraft zu der Operation haben werde.“

Wie immer, wenn sie Antwort in Händen hatte, änderte sich auch diesmal die Stimmung. Sie will ihre „diesmal ganz echte und wohlbegründete Zerknirschung über einen unverantwortlich dummen und blödsinnigen Brief aussprechen“. Sie fährt dann fort „ich kann den scheußlich quälenden Gedanken nicht los werden, Sie fortgesetzt nach einem ganz bestimmten Plan getäuscht zu haben. Es ist ja lächerlich, aber ich muß es immer wieder denken. Ich stelle mir das so vor: zu irgendeiner Zeit würde ich ganz bestimmt irgend etwas Schlimmes und Strafbares begehen, und um mich vor der Strafe zu sichern, hätte ich mich in Behandlung begeben, den Nervösen, Hysterischen, Zwangsmenschen gespielt, sogar zur größeren Sicherheit drei Monat in einer psychiatrischen Klinik zugebracht und zum würdigen Schluß mir noch einen Urlaub von sechs Monaten erschwindelt, alles in der bestimmten Absicht, bei der später noch bestimmt zu begehenden strafbaren Handlung straffrei auszugehen. Und von dieser meiner Schändlichkeit bin ich manchmal ganz fest überzeugt, dann wieder bezweifle ich sie, laufe im Kreise herum und zweifle schließlich an meinem Verstand. Sie glauben nicht, wie furchtbar schwer das ist, einzusehen, daß man von Zwangsvorstellungen geplagt sein soll; es kommt einem der fürchterlichste Unsinn so ganz natürlich und zu einem gehörig vor. Ich will mich in Gottesnamen mit großen und kleinen Fremdkörpern aller Art herumschlagen, nur ist es manchmal, als ob sie anfangen zu schwären, das ganze Seelenleben zu infizieren, und dann setzt es solche Briefe, für die man zittern müßte, wenn man nicht wüßte, daß sie in die Hände eines Arztes gefallen sind.“

Kurz darauf kam Frl. P. wieder zurück, nahm ihren Dienst wieder auf, kam jedoch mehrmals in der Woche in die Klinik. Es zeigte sich immer mehr, daß sie dauernd unter der Vorstellung litt, daß sie sich fortgesetzt krank gestellt habe, daß sie geschwindelt und simuliert habe. Sie schrieb einmal darüber: „Sie sollen erfahren und werden es auch glauben müssen, daß ich mich fortgesetzt krank gestellt habe, jede Bewegung, jedes Wort, jeden Gesichtsausdruck überlegt und eingeübt habe, wie ich mir Krankheitszeichen geradezu angedichtet und das etwa Vorhandene maßlos übertrieben habe; so wurde aus jeder Nacht, der eine Minute Schlaf fehlte, gleich eine schlaflose. In all meinen persönlichen Angaben bin ich direkt unwahr gewesen, habe auch diese elende Heuchelei drei Monate lang in der Klinik fortgesetzt, Ermüdung und Appetitlosigkeit vorgetäuscht — ich weiß, daß ich oft den gräßlichsten Hunger spürte und ihn meiner Rolle zuliebe heldenhaft unterdrückte. Ich habe Verzweiflungsanfälle inszeniert, ich könnte Ihnen meinen damaligen Gedankengang heute noch darlegen. Und dann als Krönung des Ganzen der erschwindelte Urlaub und, nicht zu vergessen, die ganz gewissenlose Annahme von Geld aus unserer Kasse . . . Bitte, glauben Sie mir noch dies eine Mal, ich weiß alles Geschehene bestimmt, jede Einzelheit ist mir noch deutlich in Erinnerung.“

Von dieser Zeit ab war diesen Versündigungsideen gegenüber keine Krankheitseinsicht mehr zu beobachten; sie wurden ganz unverrückbar festgehalten. Mehrfach war die Kranke drauf und dran, sich ihrem Direktor anzuzeigen oder das Ganze zu beichten. Auch die Hypnose begann zu versagen. Sobald man versuchte, über diese Dinge zu reden, wachte Frl. P. auf und widersprach, nur allgemein

beruhigenden Zuspruch ließ sie zu. Allerdings war die Hypnose dennoch wertvoll. Es war doch möglich, wenigstens einige Stunden Ruhe zu verschaffen. So kam Fr. P. fast stets wenn sie abends etwas vor hatte, wenn sie ins Theater, in Vorträge, in Gesellschaft wollte, unmittelbar vorher zu mir in die Klinik. Ich sagte ihr in der Hypnose, daß alle die quälenden Dinge diesen Abend ganz weg seien, daß sie sich auf andere Dinge konzentrieren, genießen oder sich harmlos freuen könne, daß sie nachher ausgezeichnet schlafen werde; fast ausnahmslos traf dies vollkommen ein, und erst am andern Morgen kamen wieder die alten Gespenster.

Da es von der Kranken auch sehr schmerzlich empfunden wurde, daß sie nie mehr die Gedankenruhe hatte, etwas zu lesen, versuchte ich, auch darauf einzuwirken. Ich ließ das betreffende Buch mitbringen, legte dann in der Hypnose ihre Hand darauf und sagte, sie werde nun stets bei diesem Buche Ruhe und Erleichterung finden und sich, wenn sie darin lese, ohne durch andere Gedanken abgelenkt zu werden, auf jeden Satz konzentrieren können. Auch dieser Versuch ist meist glücklich. Selbst in sehr gequälten Stunden konnte Fr. P. so zum Beispiel Hesses „Gertrud“ nehmen und mit vollem Genuß darin lesen. Sobald sie aber das Buch weglegte, war sie wieder mitten im Alten.

Gegenüber diesen schweren inneren Kämpfen traten die kleineren Zwangsgeschichten mehr zurück, doch hörten sie nicht auf. Noch immer mußte Fr. P. stundenlang Namen und Firmenschilder herumdrehen, bis ihr schwindelte, häufig wurde sie auch tagelang von Melodien verfolgt, mußte sie immer vor sich hinsingen, zweifelte dann oft an der Richtigkeit des Textes, an dem Namen des Komponisten, betrat deshalb oft, wenn sie in der Stadt war, irgendein Musikaliengeschäft, kaufte etwas, nur um dort nachsehen zu können, wie der Text oder der Name heiße. Auch die Abneigung gegen alles Braune und Grüne im Essen bestand unverändert; längst konnte die Kranke auch nicht mehr in Gegenwart anderer essen und ließ sich daheim auf ihrem Zimmer allein decken. Auch für diese Dinge bestand nur noch teilweise Krankheitseinsicht, d. h. Fr. P. erkannte wohl den krankhaften Charakter dieser Dinge an, meinte aber, es sei bei ihrem schwindelhaften Verhalten kein Wunder, daß sie krank geworden sei. Diese kleineren Beschwerden ließen sich zum großen Teil immer noch vollkommen nehmen durch die Hypnose.

Auch in Briefen versuchte sie wiederholt, den Arzt zu überzeugen: „Daß man einen Menschen wie Sie auf die Dauer nicht täuschen kann, steht fest. Aber bedenken Sie: ich bin doch in einer derart wohlüberlegten und unverschämten Weise vorgegangen, daß hier die Ausnahme doch einmal Wirklichkeit geworden ist. Meine ganze moralische Richtung ist auf Lüge und Heuchelei eingestellt. Das soll aber durchaus kein Entschuldigungsgrund sein, ich bekomme eine Willensfreiheit. Ich habe schon als Kind versucht, durch allerlei kleine Unehrllichkeiten mir Vorteile zu verschaffen, Krankheiten zu heucheln, mich ‚interessant‘ zu machen. Schon lange ehe ich zu Ihnen kam, habe ich sorgfältige Studien gemacht und mich später zu jedem Besuch mit einer neuen Erfindung gewappnet. Haben Sie mein Sträuben und Zappeln wirklich für echt gehalten? Daß meine ganze religiöse Betätigung nur Schwindel war und ist, versteht sich wohl von selbst, und wenn ich jetzt um die Erlaubnis zu Beichte und Exerzitien usw. bitte, so ist das nur ein neuer Betrugsversuch; ich mache mir ja doch nichts draus.“ Und ein andermal: „Der ganze Apparat von Tränen und Seufzern und Erröten und Erblassen steht mir nach Belieben zur Verfügung. Sie glauben nicht, wie wunderbar ich den beherrsche. Daß nachher immer eine furchtbare Reue über mich kommt, hindert nicht, daß ich munter weiterschwinde. Welchen Zweck ich eigentlich jetzt damit erreichen will, ist mir nicht klar, nur weiß ich, daß ich mir durch mein unglückseliges Spiel eine wahre Hölle bereitet habe.“

Trotzdem muß ich oft laut auflachen, wenn ich bedenke, wie herrlich weit ich es gebracht habe. Ich erinnere mich genau meiner Stelle, wo ich meine ‚Lektion‘ zu wiederholen pflegte. Augenblicklich bereite ich mich immer in der Elektrischen vor.“

Während Fr. P. sich noch immer mit den Vorwürfen wegen des Urlaubs und der Erfindung ihres ganzen Krankseins abplagte, kam in den ersten Monaten des Jahres 1914 etwas Neues dazu; zweierlei Selbstvorwürfe tauchten fast gleichzeitig auf. Der eine Vorwurf bezog sich auf anonyme Briefe, die sie früher geschrieben haben wollte, der andere auf Unsittlichkeiten gegenüber Schulkindern die sie teils mehrere Jahre zurück, mitunter aber auch in die Gegenwart datierte. Mit diesen angeblichen Delikten befaßt sich der zweite Teil des selbst geschriebenen Lebenslaufes, den ich jetzt folgen lasse:

„Nach dem Examen brachte ich ungefähr ein Jahr in einem ausländischen Pensionat zu. Es war dies die verhältnismäßig schönste und freieste Zeit meines Lebens. Ich war derart heiter und übermütig, daß die guten Nönnchen nichts unversucht ließen, mich ihrer Gemeinschaft einzuverleiben, eine so lustige Schwester könnten sie gut brauchen, und ‚Freudigkeit gefällt dem Herrn‘. An schlechtem Schlaf litt ich auch in dieser Zeit. Im darauffolgenden Jahr übernahm ich meine erste Vertretung an einer höheren Mädchenschule, und trotz der mir zusagenden und durchaus nicht schwierigen Arbeit unter angenehmen Verhältnissen änderte sich mein Wesen mit einem Schlag. Ich wurde fast menschenfeindlich und fühlte mich in Gesellschaft meiner neuen Kolleginnen höchst unsicher und bedrückt, litt wieder wie in meiner Kindheit, nur noch viel stärker, unter dem Gedanken, schlecht oder lächerlich gekleidet zu sein, weinte oft vor innerer Hilflosigkeit, wenn ich gezwungen war, mich mit den mir sehr nett bezeugenden Kolleginnen zu unterhalten und stellte sie in Gedanken an Wissen und Können und Charakter hoch über mich. Ich beneidete sie, und aus diesem Neidgefühl an erster und schlechter Charakteranlage an zweiter Stelle erklärt sich die Tatsache, daß ich über die erkrankte Lehrerin, deren Klasse ich zu vertreten hatte, einen anonymen Brief an den Leiter der Schule schrieb. Ich beklagte mich über die tatsächlich gar nicht vorhandene Minderwertigkeit ihrer Klasse und behauptete, allerlei Schlechtes aus ihrem Privatleben erfahren zu haben, unter anderem, sie sei des Nachts in einem berüchtigten Lokal Kellnerin. Ich wurde als die Schreiberin entdeckt, erhielt einen dienstlichen Verweis und verlor die Anwartschaft auf eine mir zugesagte Stelle an jener Schule. Schon einige Jahre vorher hatte ich während einer längeren Abwesenheit meiner Mutter über die Lehrerin meiner jüngsten Schwester einen anonymen Brief an die Schulbehörde geschrieben. Sie hatte nach meiner Ansicht das Kind ungerecht bestraft (zwei Stunden stehen lassen). Ich behauptete in dem Briefe, sie überschreite ihr Züchtigungsrecht und gebrauche den Kindern gegenüber rohe und unpassende Ausdrücke. Ich wurde auch damals entdeckt, aufs Schulbureau zitiert und mußte durch Unterschrift meine Täterschaft bezeugen und die falschen Behauptungen widerrufen. Jene beiden Ereignisse gingen damals ohne sonderlichen Eindruck an mir vorüber; ich vergaß sie gänzlich, bis sie nach einigen Jahren mir wieder klar ins Bewußtsein traten, und ich begann, mir schwere Vorwürfe zu machen.

Ich erhielt Anstellung an einer Volksschule. Die ziemlich schwierige Arbeit erledigte ich anfangs gewissenhaft und war im Gegensatz zur vorhergehenden Zeit von einer oft ausgelassenen Laune und Heiterkeit, die aber plötzlich ins Gegenteil umschlagen konnte. Es war mir manchmal, als müsse ich irgend etwas in mir durch laute Heiterkeit übertönen. In religiöser Beziehung war ich gleichgültig, fast spottsüchtig. Bei Gelegenheit einer Osterbeichte machte

ich hierin eine entschiedene Wendung. Ich wollte von nun an bewußt ‚gut‘ sein, mit dem Erfolg, daß auf der einen Seite sich eine geradezu lächerliche Skrupelhaftigkeit, auf der andern eine mehr als robustes Gewissen sich entwickelte. Ich ging jede Woche zur Beichte, oft zweimal hintereinander, klagte mich der sonderbarsten Vergehen an, z. B. einer großen Vorliebe für Schokolade. In die Kirche schlich ich täglich mehrmals mit einem schmerzlichen Schuld- und Reuegefühl und war zu jeder Tageszeit zu reichlichem Tränenerguß über meine Sündhaftigkeit bereit. Meine dienstlichen Pflichten vernachlässigte ich in gewissenloser Weise, um mich mit großer Promptheit jeden Samstag wieder in der Beichte darüber anzuklagen. Im Verkehr mit Familie und Kolleginnen war ich, ganz entsprechend meiner großen Frömmigkeit, unliebenswürdig, empfindsam und streitsüchtig. Eine lange Zeit hindurch war mir jede Unbefangenheit beim selbst noch so flüchtigen Betrachten eines Menschen, ganz gleich, ob Mann oder Frau, abhanden gekommen. Ich glaubte stets, mich in irgendeiner Weise ‚versündigt‘ zu haben. Von diesem quälenden Unsinn wurde ich frei, indem ich auf Anraten eines Geistlichen mich etwas mit Ästhetik der bildenden Kunst befaßte und bei häufigen Museumsbesuchen nackte Bildwerke eingehend und ruhig zu betrachten lernte.

Heiter war ich in jener Zeit selten. Ich schleppte mein Schuld- und Reuegefühl stets mit mir herum, während doch der Grundzug meines damaligen Wesens ein nicht geringer geistiger Hochmut über meine erstaunliche Frömmigkeit war. Ich schlief meistens schlecht und gewöhnte mich an den Gebrauch von Chloral. In meinem 26. Jahr überstand ich nach langer Krankheit eine Blinddarmoperation und erholte mich während eines langen Urlaubs körperlich und geistig ausgezeichnet. Ich war völlig frei von irgendwelchen nervösen Erscheinungen, und eine heitere, fast leichtfertige Lebensauffassung trat an die Stelle der früheren Pietisterei. Aus äußeren Gründen behielt ich zwar noch die häufigen religiösen Übungen bei. In der Schule arbeitete ich eine Zeitlang mit frischen Kräften und wirklichem Eifer, bis ich mich eines Tages eines Sittlichkeitsvergehens gegen einigeder mir anvertrauten Kinder schuldig machte, das unentdeckt blieb. Ich fühlte weder Beschämung noch Reue darüber, aber die Schule und alles, was damit zusammenhing, war mir von nun an verhaßt. Ich arbeitete widerwillig und nachlässig, so daß meine Leistungen von Jahr zu Jahr schlechter wurden. Aus einer gewissen Furcht vor Entdeckung meines Vergehens beschloß ich, mich in die Behandlung eines Psychiaters zu begeben, um, meinen Hang und meine Begabung zur Verstellung ausnutzend, mich als nervenkrank zu erweisen, um bei einer etwaigen Anklage exkulpiert zu werden. Ich förderte eine verblüffende Anzahl von Symptomen herbei, ich erfand Zwangsvorstellungen der merkwürdigsten Art, die ich in wohlüberlegter Abwechslung vorbrachte, immer auf eine bestimmte das Hauptgewicht legend. Bei Gelegenheit einer Ausstellung sah ich auf einer Verbrecherstammtafel zum erstenmal das Wort ‚Versündigungsidee‘. Ich griff es als praktische Neuheit auf und entwickelte nun regelrechte Versündigungsideen und Selbstvorwürfe, die zu meinem damals besonders robusten Gewissen paßten, wie die Faust aufs Auge. Die Schlaflosigkeit ließ ich auch nicht einrosten, und dazwischen inszenierte ich kleine Angstzustände und paradierte mit einer angeblichen Abneigung gegen Speisen von grüner, brauner und roter Farbe, die ich aber im stillen Kämmerlein mit aller Gemütsruhe verzehrte. Als im vorigen Jahr nach einer kleinen Operation mir ein halbjähriger Urlaub in

Aussicht gestellt wurde, griff ich diesen Gedanken mit Eifer auf und verdoppelte meine schwindelhaften Anstrengungen.“

Mit solchen Augen sah Frl. P. in dieser Zeit ihre letzten Jahre an. Allerdings wechselten die Selbstvorwürfe sehr, und die Erinnerungsfälschungen sahen fast täglich anders aus. Korrigiert wurden sie niemals: daß sie anonyme Briefe geschrieben hatte, daß sie Schulkinder unsittlich angerührt hatte, ließ sich Frl. P. niemals ausreden; aber die Einzelheiten, namentlich die Zeit der Delikte wechselten ständig. Man sah bei näherem Eingehen auf diese Dinge stets, daß nichts feststand, daß die Kranke vergebens versuchte, Näheres zu erzählen, daß sie oft der Unterhaltung mit einem ungeduldigen „ich weiß es doch“ zu entkommen suchte.

Der Zustand wurde immer bedenklicher, die Hypnose konnte niemals an der Tatsache der Vergehen rütteln, auch vermochte sie meist nur eine Stunde Ruhe zu verschaffen. Sobald man in der Hypnose auch nur in die Nähe dieser Dinge kam, erfolgte Widerspruch und augenblickliches Erwachen. Immer energischer sprach Frl. P. davon, sich bei ihrem Direktor anzuzeigen, eine Vernehmung der betreffenden Kinder zu beantragen; einmal war sie schon in seinem Haus. Mit Mühe gelang es bei den fast täglichen Besuchen, ihr das Versprechen abzunehmen, keine derartigen Schritte zu tun. Auch das körperliche Befinden ging immer mehr herunter, und die Kranke litt unglaublich. Die Suicidgedanken, mit denen sich Frl. P. schon seit Wochen getragen hatte, nahmen immer bedenklicheren Charakter an und waren gleichfalls nicht für einen Augenblick zu vertreiben. So wurde es schließlich notwendig, die Kranke bei einem Besuch in der Klinik mit Gewalt festzuhalten und sie auf den Wachsaaal zu legen.

Sie ist nun schon drei Monate hier, in den ersten 2 $\frac{1}{2}$ Monaten war wesentliche Besserung nicht eingetreten. Äußerlich wurde die Kranke zwar etwas ruhiger, sie hatte ihr eigenes Zimmer, beschäftigte sich auch, aber die Selbstvorwürfe waren eigentlich immer dieselben. Sie blieb stets dabei, daß ihre Krankheit ein großer überlegter Schwindel sei, daß sie überhaupt nichts Ehrliches mehr sagen könne, daß sie sich dauernd verstelle, daß man so ihre „wahre Natur“ gar nicht kenne. Auch wenn sie starkes Kopfweh oder eine schlaflose Nacht hatte, meinte sie, das sei alles nur Mache gewesen, sie habe das alles nur gespielt. Als sie einmal nachts sich am offenen Fenster zu schaffen gemacht hatte, sagte sie am andern Tag, sie habe das nur aus Sensationslust getan, um sich zu zeigen. Ständig bat sie, entlassen zu werden, sie dürfe diese Komödie nicht weiter spielen, sie dürfe sich auch nicht immer wieder durch die Hypnose über ihre Pflichten wegtäuschen lassen, das sei inkonsequent. Immer wieder versuchte sie, die Ärzte von der Scheußlichkeit ihres Wesens zu überzeugen.

Wenn auf die Frage der anonymen Briefe eingegangen wurde, stieß man immer auf tausend Widersprüche. Einmal sagte sie, es sei vor 16 Jahren gewesen, also in einer Zeit, wo das ganz ausgeschlossen war, wo sie namentlich, da sie damals überhaupt noch nicht Lehrerin war, auch nicht zu einem Verweis aufs Rathaus bestellt werden konnte, ein andermal nannte sie den Namen des Schulrats, an den sie geschrieben haben will und verlegte das Ganze in eine Zeit, in der dieser überhaupt noch nicht im Amt war, ein andermal wußte sie genau, daß sie vor den und den Herrn zitiert worden sei, habe aber keine Ahnung, wie die Betreffenden aussehen. Einmal tat sie dann den bezeichnenden Ausspruch: „das weiß ich noch nicht sicher.“

Fast noch unklarer und wechselnder brachte sie die Sittlichkeitsdelikte vor. Sie wußte selten genau, wann das war, ob vor Jahren oder in der letzten Zeit, sie wußte auch nicht, was sie mit den Kindern gemacht hatte, ob sie sie ausgezogen hatte, wo die ganze Sache passiert war. Mitunter waren allerdings

die Vorgänge zeitlich genau festgelegt; gelegentlich nahm die Genauigkeit von Tag zu Tag zu; am einen „glaubte“ sie, die Kinder auf den Schoß genommen zu haben, am nächsten wußte sie das ganz sicher.

Wenn so diese Dinge von Anfang an als höchst unwahrscheinlich erschienen, vollends bei der Persönlichkeit von Frl. P., so bekamen wir doch einmal einen direkten Beweis, daß es sich um Erinnerungsfälschungen handelt. Es war nach der Niederschrift des zweiten Teils des Lebenslaufes. Ich hatte gebeten, einmal alles ganz genau festzulegen. Da sie sich wieder ganz unscharf um alles herumdrückte, sprach ich noch einmal sehr lange darüber. Es wäre bei ihrem sonst so vorzüglichen Gedächtnis doch ganz unverständlich, daß sie gerade so wichtige und für sie bedeutungsvolle Dinge so lange vergessen hätte und auch jetzt nur ganz andeutungsweise wisse. Eine halbe Stunde nachher ließ mich Frl. P. wieder rufen und sagte, sie wisse es nun ganz bestimmt, daß sie nie anonyme Briefe geschrieben und nie Kinder angefaßt habe. Sie setzte aber gleich hinzu „ich hab's erfunden, das ist eigentlich noch viel schlimmer.“ Ich ließ sie diese Einsicht unterschreiben, was sie freudig und ohne Bedenken tat. Aber schon während ich noch bei ihr war, sagte sie: „nein, ich glaube sicher, ich hab' das alles nicht getan.“ Sie kämpfte dann sehr tapfer, aber am andern Morgen waren die ganzen Geschichten wieder da. „Und ich war doch so froh, daß ich's los hatte.“ Sie wußte auf einmal, wie die Kinder hießen, die sie angefaßt hatte, wußte das Datum, sagte, sie habe es in der Mittagspause getan usw. Sie habe nur unterschrieben, damit man, wenn die Sache einmal gerichtlich würde, ein Dokument habe, das für ihre Unschuld spreche; es sei genau berechnet gewesen.

Auch über ihr Verhalten in den letzten Wochen daheim täuschte sie sich. Während sie erzählte, daß sie reizbar und unliebenswürdig gewesen sei, hörten wir gerade das Gegenteil. In den schwersten Zeiten unmittelbar vor der Aufnahme in die Klinik, war den Angehörigen, die nichts Näheres wußten, nichts aufgefallen. Sie habe so viel Interesse gezeigt, sei so nett und natürlich gewesen, daß sie geglaubt hätten, es gehe ihr gegenwärtig besonders gut.

Die Tatsache, daß Frl. P. sich Dritten gegenüber nichts anmerken läßt und auch bisher nie von ihren Gedanken sprach, gab auch häufig Anlaß zu Versündigungsideen. Wenn irgendeine andere Patientin sagt: „ich versteh nicht, was Sie überhaupt hier tun“, so gibt das gleich Stoff. Sie meinte dann, das seien eben nicht voreingenommene Leute, und machte sich endlose Gedanken. Die Furcht, andern Kranken durch unvorsichtige Bemerkungen geschadet, Pflegerinnen zu Indiskretionen verleitet zu haben, war stets vorhanden. Eines Tags bemühte sich Frl. P. sorgsam, überhaupt weder mit Kranken noch mit Pflegerinnen zusammenzukommen, und nachher erzählte sie, sie habe doch das Gefühl, sie habe heute irgend etwas Ungeschicktes gesagt.

Oft traten geradezu elementare Angstzustände auf, auch ganz plötzlich in Stunden, die relativ ruhig waren. Die Kranke konnte dann nicht im Bett bleiben, stöhnte und atmete heftig, zitterte und hatte maßlose Angst. Wiederholt war dann ein kürzerer Aufenthalt auf dem Wachsaal notwendig. Es kam vor, daß sie sich dagegen ganz unsinnig wehrte, sich auf den Boden legte und trat. Am andern Morgen meinte sie dann, sie habe alles nur gespielt; es sei ihr ganz gut gewesen. In mehreren dieser Angstzustände verlangte sie, mitten in der Nacht entlassen zu werden, sie wolle sich anzeigen: „ich muß doch einmal genau wissen, was ich getan habe!“

Gegen diese Angstzustände erwies sich die Hypnose immer noch als einziges Mittel. Niemals konnte sie mehr Krankheitseinsicht herstellen, aber es war wenigstens ein oft mehrere Stunden anhaltendes Ausruhen und Nichtsdenken zu erreichen und vor allem eine gute Nacht. Namentlich Dauerhypnosen von mehreren

Stunden haben sich als ein wahres psychisches Erfrischungsbad erwiesen. Die Kranke liegt dann stundenlang da, ohne gequält zu sein, ohne sich mit ihren Gedanken abzugeben, und das ist symptomatisch schon sehr viel. Oft kommen dann nachher allerdings wieder die Vorwürfe, sie dürfe sich nicht so narkotisieren lassen, und vor allem auch, sie nehme den Arzt viel zu sehr und zu oft in Anspruch.

Daß endlich die Osterzeit und die Beichtfrage wieder sehr viel Gedanken machten, ist kaum besonders zu erwähnen. Den von uns gewählten Geistlichen lehnte sie als befangen ab, einen andern ließen wir nicht zu.

In dem letzten Monat kam nun wieder etwas. Ich traf eines Abends Frl. P. in einem Zustand höchster Angst. Auf meine eindringlichen Fragen brachte sie zunächst nichts Weiteres hervor, als sie müsse während ihrer Reise etwas ganz Schreckliches getan haben. „Ich weiß nicht mehr, wo ich in P. gewesen bin“, wiederholte sie fortgesetzt unter den Erscheinungen größter Angst. Bei eingehendem Nachforschen kommen dann die Ideen zum Vorschein, sie könnte dort im Bordell gewesen sein oder im Krankenhaus ein Kind geboren haben. Es wurde natürlich sofort energisch versucht, diese neuen Vorstellungen im Keim zu ersticken, Frl. P. sagte im Verlauf der Unterredung auch ganz bezeichnend selbst, „ich seh es ja auch ein, daß es noch nicht Wahrheit ist“. Am andern Morgen war es aber dann tatsächlich Wahrheit geworden. Die anfangs ganz vagen Vorstellungen hatten sich schon erheblich verdichtet, allerdings doch noch nicht zu ganz konstanter Form. Sie wußte zwar den Namen des Krankenhauses, hatte aber vom Aussehen der Ärzte, Schwestern, Zimmereinrichtung keine Ahnung. Als ihr dies entgegengehalten wurde, wurde sie fast gereizt, und sie verstieg sich zum Beispiel bei der Frage nach dem Aussehen des Arztes zu der Antwort: „wie Ärzte eben aussehen.“ Auch alle andern Einwände, die ganz klar bewiesene Unmöglichkeit einer Schwangerschaft vermochten sie nicht zu überzeugen. Sie blieb immer dabei, sie müsse in der Zeit in P. irgend etwas Schreckliches gemacht haben, blieb auch dabei, daß sie im Krankenhaus gewesen sei. Alles Nähere ist ihr selbst meist unsicher, oder wechselt stark. Auch die Vorstellung, im Bordell gewesen zu sein, blieb nur unscharf bestehen; mitunter schien sie auch zu vermuten, daß sie wegen einer Geschlechtskrankheit ins Hospital gekommen sei. Jedenfalls stand sie dauernd unter der angstvollen Vorstellung, daß in der Zeit ihres Aufenthaltes in P. irgend etwas ganz Scheußliches geschehen sei; sie bat, an das Krankenhaus zu schreiben, damit sie Gewißheit habe. Mitunter sagte sie auch, ihre Kolleginnen könnten glauben, daß sie schwanger gewesen sei, weil sie acht Monate Urlaub gehabt habe.

Krankheitseinsicht für diese Dinge ist aber dazwischen doch noch einigemal aufgetreten, allerdings nur für Stunden. Sie gab die Unmöglichkeit dieser Erlebnisse völlig zu, meinte allerdings wiederholt, sie habe sie aus Sensationslust erzählt.

Dieses Gefühl folgte fast allen schweren Angstzuständen. So schrieb sie einmal: „Es ist geradezu eine Unverschämtheit, den Arzt einer schwierigen und großen Abteilung Sonntag abends um 9 Uhr, da auch noch zur selben Zeit zwei Aufnahmen stattfinden, in Anspruch zu nehmen, und dazu nur zu dem Zweck, ihm eine Komödie vorzuspielen, die in allen Einzelheiten und Feinheiten aufs genaueste einstudiert ist. Ich bitte dringend, meiner Bitte um Hilfe nicht mehr, unter keinen Umständen nachzukommen. Ich gebe mein ehrenwörtliches Versprechen, soweit ich überhaupt noch ein Ehrenwort zu vergeben habe, Szenen dieser Art nicht mehr ins Werk setzen zu wollen. Ich verachte mich selbst von Grund aus wegen dieser Neigung zu Heuchelei und Verstellung und würde die Unterbringung im Wachsaal als ein wirksames Mittel zur Bekämpfung und Unterdrückung dieser ebenso verächtlichen als auch für die Umgebung höchst lästigen

Angewohnheit ansehen. Es ist sicher, daß ich auf einer gewissen nervösen Basis aufgebaut habe, aber jede Einzelheit mit Virtuosität ins Riesenhafte gesteigert habe. Der heutige ‚Angstanfall‘ entstand folgendermaßen: Innerer Grund neben der erwähnten Unwahrhaftigkeit ein großes Sensationsbedürfnis. Äußere Veranlassung: ein geringes Gefühl der Unbehaglichkeit, wahrscheinlich infolge des schlechten Wetters und mangels Abwechslung und Beschäftigung. Wirkliche Reue und Beunruhigung über gewisse Vorgänge ist nie bei mir vorhanden.“

Auch als Frl. P. einmal einen sehr ernststen Fluchtversuch zum Zweck des bereits eingeleiteten Suicids gemacht hatte, motivierte sie ihn mit Sensationsbedürfnis. Die Selbstmordideen bestanden konstant; auch an Tagen, wo sie relativ ruhig war, gestand sie offen, daß sie zwar in der Klinik aus Dankbarkeit nichts tun werde, daß sie aber draußen sicher Schluß machen würde. Sie wollte sich in der eingeschlagenen Richtung nicht mehr weiterentwickeln, und sie könne das Leben nicht mehr ertragen. Wenn man sie länger hier halte, sei das doch nur ein Hinausschieben. So verlangte sie auch häufig plötzlich, auch abends, entlassen zu werden. Es ist das stets in den Angstzuständen, und immer ist derselbe Gedankengang festzustellen: sie müsse eben alles versuchen, das durchzusetzen, was ihre Pflicht sei: sich anzuzeigen und der Schwindelei ein Ende zu machen.

Wenn so auch monatelang alle diese schweren Selbstvorwürfe fast unverrückbar feststanden, so ist doch ausdrücklich zu betonen, daß die Persönlichkeit in keiner Weise sich veränderte. An den Tagen, an denen die Vorstellungen etwas zurückgedrängt werden konnten, konnte man sich mit ihr wie früher unterhalten; sie zeigte dasselbe kluge und feine Wesen, dasselbe Taktgefühl, sie hatte dasselbe klare und vernünftige Urteil, denselben vornehmen Charakter, denselben sicheren Geschmack. Sie war stets eine überaus dankbare und sympathische Patientin. Auch zu geistiger Arbeit war sie in besseren Stunden fähig. Sie erledigte häufig Abschriften und Aktenauszüge in zuverlässiger Weise, sie unterrichtete auch einen jungen gelähmten Ausländer, der sich in der Klinik befand, mit vollem Verständnis und ohne irgendwie aufzufallen.

In allerletzter Zeit scheint nun eine entschiedene Wendung zum Bessern eingetreten zu sein. Frl. P. hat seit mehreren Tagen völlige Einsicht dafür, daß sie nie anonyme Briefe geschrieben hat, nie Sittlichkeitsdelikte begangen hat, daß auch während der Reise nichts Besonderes vorgefallen ist. Dennoch besteht ein dauerndes Gefühl von Schuld, daß sie diese Dinge erfunden habe, daß sie überhaupt alles, namentlich auch die Angstanfälle, inszeniert habe, daß sie die Kranke spiele und nur faul sei, daß sie sich den Angehörigen entfremdet habe. Die Angstzustände sind seltener, wenn sie auftreten, handelt es sich stets um die Vorstellung, geschwindelt zu haben, ja häufig ist auch im Angstzustand die Empfindung vorhanden, er sei selbst unecht und gemacht. Es ist entschieden wieder etwas mehr Lebensmut vorhanden, auch mehr Interesse für andere Dinge, doch hat man noch stets den Eindruck, daß jeden Augenblick die ganzen alten Geschichten wieder aufwachen und die Kritik überrennen könnten. Noch immer tauchen doch gelegentlich noch Zweifel auf, sicher öfters, als der Arzt erfährt, da Frl. P. versucht, möglichst selbst mit solchen kritischen Stunden fertig zu werden. Gelingt ihr das nicht, ist die Hypnose immer noch das beste Mittel, mit ihnen fertig zu werden.

Faßt man die Krankheitsgeschichte zusammen so ist folgendes als wesentlich herauszuheben: es handelt sich um ein Mädchen, das aus einer zu nervösen Erkrankungen zweifellos stark disponierten Familie stammt. Die Kranke selbst, ein ungewöhnlich kluger und fein empfinden-

der Mensch, wird seit ihrer frühesten Kindheit, soweit zurück sie denken kann, von Zwangsvorstellungen zum Teil ganz typischer Art gequält. Schon als kleines Kind leidet sie unter der Vorstellung, die ihrer Obhut anvertrauten noch kleineren Geschwister könnten im Kinderwagen ersticken, sie fühlt sich gezwungen, wenn sie über Steinplatten geht, ständig die Grenzlinien zu vermeiden, sie singt bei Tisch trotz besserer Einsicht Liedchen, die sie nicht singen darf, sie wird mit ihren Abendgebeten nicht fertig, sie steht dauernd unter dem peinlichen Eindruck, an ihrer Kleidung sei irgend etwas unordentlich oder lächerlich, sie muß Wörter bis zur Erschöpfung herumdrehen, Sätze in eigenartigster Weise abzählen und vieles mehr. Alle diese Dinge sind ihr schon in der Kindheit nicht gleichgültig, sondern fast mit allen verbindet sich ein Affekt des Unbehagens, der Angst. Schon als Kind hat sie auch ein ungewöhnlich entwickeltes Verantwortlichkeits- und ein unbegründetes Unsicherheits- und Insuffizienzgefühl. Fast alle die Zwangsvorstellungen der Kindheit dauern, wenn auch teilweise in der Form etwas verändert, auch im späteren Leben fort, dazwischen kommen nur selten Jahre, in denen sie, wie auch die depressive Grundstimmung, zurückzutreten scheinen.

Gegen das 30. Lebensjahr beginnt eine besonders schlimme Zeit, nicht nur quälen die alten Zwangsvorstellungen mehr denn je, auch das Insuffizienzgefühl nimmt immer mehr zu. Sie glaubt immer mehr, nichts recht zu machen, keiner Pflicht zu genügen, überall zu versagen. Unter der nun einsetzenden ärztlichen Behandlung werden diese Ideen immer wieder als krankhaft erkannt und immer wieder zurückgedrängt.

In dieser Zeit beginnt aber auch schon ein peinliches Empfinden der dauernden Verstellung, Übertreibung und Wichtigtuerei. Als sie zur Erholung ein halbes Jahr ins Ausland geschickt wird, steigert sich dieses Empfinden. Dauernd geht sie unter dem Druck einer ungewissen Schuld, so daß sie ständig nach dessen Ursprung und Gründen sucht. Es ist ihr selbst nicht klar, welches Ziel eigentlich ihre vermeintlichen Schwindeleien haben könnten. Bald genügt der vom Arzt befohlene Urlaub dazu nicht mehr, sie denkt, sie habe sich verstellt, um irgendeinmal, wenn sie irgend etwas Schlimmes begehen würde, als unzurechnungsfähig angesehen zu werden. Es dauert nicht mehr lange, dann weiß sie solche Delikte, sie will vor vielen Jahren einmal anonyme Briefe geschrieben, sie will in letzter Zeit Schulkinder mißbraucht haben. Obgleich ihr die Unmöglichkeit dieser Vorgänge nachgewiesen werden kann, obgleich sie selbst stets wechselnde Angaben darüber macht und nur selten etwas ganz Positives weiß, schwindet die Kritik immer mehr. Schwerste Angstzustände, Abscheu, Verzweiflung, ernste Selbstmordgedanken bestehen monatelang. Später kommen noch neue Erinnerungsfälschungen dazu: sie

sei während ihres Aufenthalts im Ausland im Bordell gewesen oder habe geboren; irgend etwas Schreckliches müsse in der Zeit geschehen sein. Nach teilweise monatelangem Festhalten dieser Ideen tritt völlige Krankheitseinsicht ein, doch treten sofort andere, zum Teil alte Selbstvorwürfe dafür auf: sie hat geschwindelt, hat die Geschichten aus Sensationslust erzählt, hat sich wichtig machen wollen. Und selbst dann, wenn sie alle diese Dinge als krankhaft einsieht, hat sie immer den Gedanken, sie sei eben schließlich durch all das Schwindeln krank geworden.

In diagnostischer Beziehung dürfte der Fall P. kaum Schwierigkeiten bieten. Die Kranke ist, seitdem sie überhaupt denken kann, von einer Anzahl von psychopathischen Quälereien verfolgt, die man auch bei der allereingsten Fassung des Begriffes als „Zwangsvorgänge“ bezeichnen muß. Es könnte sich höchstens darum handeln, ob man nicht die augenblickliche Verschlimmerung des ganzen Zustandes, die durch die Selbstvorwürfe charakterisiert wird, trotz des Fehlens jeder Hemmungserscheinungen als einen Depressionszustand im Sinne des Manisch-Depressiven auffassen könnte. Die Frage ist schon deshalb nicht leicht zu beantworten, weil einerseits Zwangsvorgänge stets auf konstitutionell depressiver Basis wachsen und andererseits schleichende Übergänge vom Konstitutionell-Depressiven zum Manisch-Depressiven bestehen (Reiss¹). Außerdem aber neigen Zwangsvorgänge zu periodischem Verlauf, und besonders seit den Untersuchungen Heilbronnens²), Bonhoeffers³) und Stöckers⁴) ist ihre Verwandtschaft mit dem Manisch-Depressiven immer deutlicher geworden. Man kann so höchstens das eine sagen, daß es sich keinesfalls um einen jener Fälle handelt, bei denen die Zwangsvorgänge in der Form periodischer Depressionen auftreten oder vielmehr die periodischen Depressionen in der Gestalt von Zwangsvorgängen. Der gegenwärtige Zustand des Fräulein P. ist so schleichend aus der ganzen Konstitution herausgewachsen, daß es gezwungen wäre, ihn als periodische Depression abzugrenzen. Daß auch bei ihr trotz des stets gleichbleibenden depressiven Grundtons und trotz des fast ständigen Vorherrschens von Zwangsgedanken bessere und schlechtere Jahre miteinander abwechselten, zeigt die Krankengeschichte.

Was den Gedanken einer Depression im Sinne des Manisch-Depressiven besonders nahelegen könnte, ist das Auftreten von den so überaus merkwürdigen Erinnerungsfälschungen, die beim ersten

¹) Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Diese Zeitschr. 2, 347.

²) Zwangsvorstellung und Psychose. Diese Zeitschr. 9, 301.

³) Über die Beziehung der Zwangsvorstellung zum Manisch-Depressiven. Monatsschr. f. Psychiatrie 33, 354.

⁴) Über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. Diese Zeitschrift 23, 121.

Anblick an die wahnhaften Selbstvorwürfe der echten Depressiven erinnern könnten.

Wie unterscheiden sich Zwangsvorstellungen von solchen (kurz gesagt) melancholischen Wahnideen? Man wird sich nicht verhehlen können, daß die vielen Bemühungen, eine brauchbare Scheidung aufzustellen, alle mehr oder weniger mißglückt sind, und daß durch die klinische Annäherung der Zwangsvorgänge an das Manisch-Depressive der Versuch einer Abgrenzung noch viel aussichtsloser geworden ist. Nicht einmal die im Leben so seltenen Fälle, die Bumke¹⁾ allein als Zwangsvorgänge betrachtet wissen will, konnte er scharf gegen wahnhaftige Ideen abgrenzen, denn was heißt es schließlich, wenn die Zwangsvorstellungen „nicht auch als inhaltlich falsch und als krankhaft entstanden erkannt werden?“ Damit ist der alten Westphalschen Definition gegenüber das absolute Kriterium der erhaltenen Kritik doch schon durchbrochen. Die Beobachtung lehrt auch, daß nur in einem minimalen Bruchteil der Fälle die Kritik dauernd erhalten bleibt; ja man kann fast sagen, es gehört zum Wesen der Zwangsvorgänge, daß die Kritik zeitweise versagt. Wenn man aber ein zeitweises Versagen der Kritik als etwas Gewöhnliches ansieht, so wird man in schweren Fällen auch damit rechnen müssen, daß die Kritik wochen-, monate-, jahrelang versagen kann, ohne die Diagnose deshalb umzuwerfen oder von Wahnideen reden zu müssen; nur das Gesamtbild kann die Diagnose entscheiden.

Das Merkmal des subjektiven Zwanges ist vielleicht richtiger; Hecker²⁾ drückte sich in einer Diskussionsbemerkung so aus „die Zwangsvorstellung will der Kranke los sein, die Wahnvorstellungen nicht“. Wenn zwar — gerade den depressiven Wahnideen gegenüber — auch dieses Kriterium nicht immer aufrechtzuhalten sein wird, ist es zweifellos von großer Bedeutung. Auch bei Fräulein P. ist selbst in den Zeiten völlig verlorener Kritik dieses Geholfenhabenwollen sehr ausgesprochen. Vielleicht kann man es mehr fühlen, als beweisen, wie die hundert angstvoll vorgebrachten Selbstbeschuldigungen nach Entgegnung und Widerlegung geradezu hungern. So zieht die Kranke, wenn sie von Selbstvorwürfen gehezt ist, auch nicht die Konsequenz und handelt danach, sondern sie ruft den Arzt, obschon sie genau weiß, daß er ihr widersprechen, daß er sie nicht gehen lassen, daß er ihr die Gewissensbisse ausreden wird, daß er ihr darüber hinweghilft, d. h. sie von ihrem Standpunkt aus darüber hinwegtäuscht. In diesem Rest von Krankheitsgefühl steckt zweifellos noch ein Stück Kritik, wenn sie auch sonst gar nicht mehr vorhanden zu sein scheint. Man wird darauf im Gegensatz zu den Wahnideen

¹⁾ Was sind Zwangsvorgänge? Halle 1906.

²⁾ Neurologisches Centralblatt 1899, S. 1136.

doch das meiste Gewicht legen müssen und — eng damit verbunden — auch auf den Erfolg der Therapie. Nicht als ob es mitunter nicht auch in Depressionszuständen gelingen könnte, die Selbstvorwürfe und andere wahnhaftige Ideen den Kranken vorübergehend auszureden, aber die ganze Stimmungslage umzuändern, wird kaum möglich sein. Hier aber gelingt es zwar der Hypnose nicht immer und in den schweren Zeiten sogar nie, die Krankheitseinsicht herzustellen, aber fast stets kann sie für Stunden oder Tage die ganzen Komplexe zurückdrängen, sie aus dem Mittelpunkt des Denkens entfernen, sie aus dem psychischen Gesichtsfeld verschwinden lassen und die Stimmung bedeutend heben. Daß sie solche Erfolge hat, ist eben — im Gegensatz zu den Wahnideen — dem Hilfsbedürfnis, dem innern Geholfenhabenwollen, zuzuschreiben.

Was in dem Krankheitsbild am allermeisten auffällt, sind die ausgeprägten Erinnerungsfälschungen. Man kann in dem vorliegenden Falle mit aller Bestimmtheit sagen, daß ihnen in der Vergangenheit kein Erlebnis entspricht, daß es sich um Halluzinationen der Erinnerung, und zwar um die einfachen oder freien Erinnerungsfälschungen Kraepelins handelt.

Daß Erinnerungsfälschungen bei Zwangskranken so wenig beobachtet wurden, mag darin seinen Grund haben, daß sie in so ausgebildeter Form selten vorkommen; nahe liegt aber auch der Gedanke, daß, wenn sie derartig ausgebildet auftreten, vielleicht gelegentlich eine andere Diagnose gestellt wird. Bei den relativ günstigen Aussichten der Therapie ist dies keineswegs gleichgültig.

Kraepelin¹⁾ selbst erwähnt in einer Fußnote der Arbeit „Über Erinnerungsfälschungen“ einen Fall, der hierher zu gehören scheint:

„Während der Korrektur des Vorstehenden hatte ich noch Gelegenheit, eine junge Dame zu beobachten, welche mir mit voller Überzeugungstreue detailliert erzählte, daß sie in ihrer Freude am Bösen seit einem Jahre eine ganze Anzahl von Testamenten, die ihr zufällig in die Hände fielen, vernichtet habe. Zwei derselben habe sie in einem ihr geliehenen Buche gefunden, ein anderes, einem armen Fischer gehörig, in dessen Boote auf der Bank liegend, ein weiteres einer Verkäuferin aus der Tasche gezogen usw. Die Papiere hatten sämtlich die Überschrift „Mein Testament“ und enthielten Verfügungen, an die sich Patientin nicht mehr genau zu erinnern weiß, da sie dieselben nur flüchtig durchlas und dann zu Hause verbrannte. In ähnlicher Weise habe sie in ihrer Jugend in Arzneiflaschen Stecknadeln getan (unzählige Male), die dann von andern verschluckt worden seien. Patientin ist durchaus besonnen und geordnet, aber wenig begabt, ohne Krankheitseinsicht, meist in ruhiger Stimmung, bricht jedoch sofort in heftiges Weinen aus, sobald man ihren Versündigungswahn berührt. Sinnestäuschungen oder sonstige Wahnideen bestehen nicht. Die Erinnerungsfälschungen haben hier wohl den Inhalt, aber nicht den Charakter der Zwangsvorstellungen, da Patientin nach ihrer Angabe auch früher sich nicht gegen dieselben gesträubt hat.“

Es ist interessant, daß Kraepelin trotz dieser Bedenken allem

¹⁾ Archiv f. Psychiatrie 18, S. 211.

nach doch schließlich die Patientin unter die Zwangskranken einreihete, denn in diesem Kapitel kehrt sie unverkennbar schon in frühen Ausgaben seines Lehrbuches wieder und ist auch in der letzten zu finden (II S. 776).

Einen inhaltlich andern, aber doch sehr ähnlichen Fall habe ich vor kurzem kennen gelernt.

Beobachtung 2.

Es handelt sich um ein jetzt 23-jähriges Mädchen aus besseren Kreisen und von normaler, aber keineswegs hervorragender Begabung. In der Familie sind Nervenkrankheiten nicht vorgekommen. Schon als Kind war Patientin sehr ängstlich und still, kam sich selbst anders als andere Kinder vor.

Schon sehr früh habe sie daran gedacht, sie habe irgendwo etwas weggenommen. Seit 5 Jahren quälen sie solche Vorstellungen sehr lebhaft, sie gibt an, eine Anzahl von Diebstählen begangen zu haben, und hat sich sogar eine Liste angelegt, in der 106 verzeichnet stehen. Sie kann sie zum Teil genau erzählen und lokalisiert sie in die Jahre 1903—1906. So erinnert sie sich, daß ihr in diesen Jahren einmal eine Bekannte erzählt habe, der Lehrling stehe im Verdacht, 10 M., die auf dem Tische lagen, weggenommen zu haben, und nun macht sie sich dauernd Gedanken, sie könnte es vielleicht gewesen sein, bzw. weiß bestimmt, daß sie es war. Ein andermal nahm sie angeblich in einem Bäckerladen Schokolade mit, ein andermal Geld von einem Küchenschrank, wieder ein andermal nahm sie einkaufenden Kindern das Portemonnaie weg. Meist habe sie die gestohlenen Dinge dann in den Rhein geworfen.

Sie glaubt aber auch, Kinder umgebracht zu haben. Schon mit 7-Jahren habe sie beim Spiel einem andern Mädchen den Hals zugehalten, so daß es erstickt sei. Vor 6 Jahren will sie auf einem Spaziergang in der Sommerfrische ein Kind mit dem Messer gestochen haben. Es kam damals ein derartiges Delikt an dem Platze vor, und sie muß stets darüber nachgrübeln, ob sie nicht der Täter gewesen sei. In dieser Weise hat sie noch eine ganze Reihe von Morden auf dem Gewissen; bei einem soll ein Dienstmädchen zugegen gewesen sein, mit dem sie später noch darüber gesprochen haben will.

Diese Vorstellungen treten stets unter starkem Herzklopfen und lebhafter Angst auf; schon beim Erzählen wird der Gesichtsausdruck angstvoll gespannt, und die Tränen treten in die Augen. Die Kritik wechselt sehr; für alle die angeblichen Delikte ist Krankheitseinsicht nie vorhanden, wohl aber für einzelne. Es besteht ein starkes Bedürfnis, beruhigt zu werden; nach der Hypnose geht es jedesmal bedeutend besser.

Patientin ist still, menschen-scheu, ängstlich. Sie geht nur sehr ungern allein aus; sie fürchtet sich, sie könnte plötzlich unterwegs den Verstand verlieren, dann wisse niemand, wo sie hin gehöre. In Gesellschaft peinigt sie häufig der Gedanke, sie müsse jemand eine Ohrfeige geben. Sie kommt dann so in Angst, daß es ihr übel wird und sie das Zimmer verläßt. Auch harmlosere Zwangsgedanken bestehen bei ihr: sie muß darüber nachdenken, wie die Welt entsteht, muß sich, wenn sie mit jemand zusammen war, häufig nachher peinlich genau die einzelnen Züge des Gesichtes vorstellen oder versuchen, wörtlich zu wiederholen, was er sagte.

Wenn nun auch derartig ausgesprochene und ins einzelne ausgearbeitete Erinnerungsfälschungen relativ selten zu sein scheinen, so sind Andeutungen davon wohl sicher sehr häufig zu finden. Das ist auch völlig verständlich, denn sie sind ihrem Wesen und ihrer Entstehung nach nichts, was aus dem Rahmen der Zwangsvorgänge

herausfällt; sie sind von gewöhnlichem Zwangsdenken nur graduell verschieden. Nehmen wir als Beispiel einen der allerhäufigsten Vorgänge, das immer wieder Nachsehenmüssen, ob die Türe geschlossen ist. Wenn der Kranke auch meist eigentlich weiß, daß er die Türe geschlossen hat, so zweifelt er aber doch etwas daran, und von diesem Zweifeln: „hast du die Türe auch sicher abgeschlossen?“ bis zum positiven Wissen „du hast sie nicht abgeschlossen,“ ist der Schritt natürlich minimal; nicht größer, als der vom Plus zum Minus des Thermometers. So steht das Auftreten von Erinnerungsfälschungen in engster Beziehung zum Verhalten der Kritik.

Diese Dinge werden aber nur verständlich, wenn man für die Zwangsvorstellungen eine affektive Grundlage nimmt. Ihr fast ausschließlich auf depressiver Basis beobachtetes Auftreten und ihre in den letzten Jahren so sehr klar gewordenen Beziehungen zum Manisch-Depressiven legen diese Grundlage ohnehin schon nahe; Beobachtungen wie der Fall P. lassen eine andere Erklärung überhaupt nicht zu. Schon als Kind zeigte sie eine dauernde Ängstlichkeit, ein dauerndes, grundloses, schlechtes Gewissen. In den späteren Jahren wuchs dieses Unsicherheits- und Insuffizienzgefühl, und wie man für Gefühle sich stets eine greifbare Erklärung, eine Ursache zu suchen pflegt, blieb das auch hier nicht aus; so erst kam ihr der Text zu der Melodie. In den Briefen aus dem Ausland findet dieses Suchen einen sehr lebhaften Ausdruck: „So oft ich auch versuche, mir ein wenig gute Laune anzueignen, es geht mir immer wieder verloren, und ein ganz unglückliches Gefühl von Schuld und Zerknirschung überkommt mich statt dessen. Da ist hier ein ganz wunderbares Bild vom Jüngsten Gericht mit allem himmlischen und höllischen Zubehör, und glauben Sie, das hätte ich wie andere Menschenkinder ruhig betrachten können? Der unangenehm beunruhigende Eindruck hält nach, bis er wieder durch einen andern verstärkt wird. Jeder vernünftige Mensch muß einsehen, daß ein bestimmter Grund vorhanden sein muß.“ Sie kommt dann auf die früher schon aufgetauchte Idee, sie fühle sich so schuldbeladen, weil sie dauernd geschwindelt und gelogen habe. Warum soll sie aber geschwindelt haben? Sie kommt unter anderem auf den gekünstelten Gedanken, sie würde „zu irgendeiner Zeit ganz bestimmt irgend etwas Schlimmes und Strafbares begehen“ und, um sich vor Bestrafung zu sichern, hätte sie sich in psychiatrische Behandlung begeben. Aber naturgemäß sucht sie auch die Vergangenheit nach solchen Dingen ab, und das Schuldgefühl erdichtet ihr die Sittlichkeitsdelikte, die anonymen Briefe, endlich die eigene Prostitution.

Auch in der Ausgestaltung dieser Erinnerungsfälschungen zeigt sich der primäre Affekt sehr deutlich. Zuerst kommt unheimliche Angst: „es schleicht wieder etwas an mich heran“, „es ist wie wenn ein

Pantertier hinter mir wäre“, drückt sie sich selber aus. Zunächst ist's noch reiner Affekt, Unsicherheit, Angst, Versündigungsgefühl, dann erst kommen ganz unbestimmt die Gedanken: „ich weiß es noch nicht sicher“, „ich sah's ja auch ein, daß es noch nicht Wahrheit ist.“ Wie oft versuchte ich in diesen Angstzuständen lange, eine greifbare Idee zu erfahren; die Antworten lauteten stets zuerst: „ich weiß es nicht — ich hab so Angst — was hab ich gemacht! — ich muß etwas Furchtbares getan haben.“ So war es namentlich bei der Prostitutionsidee, die ich unter meinen Augen entstehen sah. Weiter ist höchst charakteristisch für die affektive Grundlage, daß der Versündigungsaffekt nicht weicht, wenn die Vorstellung verschwindet. Es gelang ja mitunter, ihre Krankheitseinsicht für eine oder alle diese Erinnerungsfälschungen herzustellen. Aber sobald nun der Affekt gewissermaßen frei geworden war, hing er sich an eine andere Vorstellung: „ich hab's erfunden, das ist eigentlich noch viel schlimmer.“ Und so findet sie in allem etwas, was sie gegen sich richten kann.

Wenn so auch zweifellos der Affekt als das Primäre angesehen werden muß, so bleibt doch noch die Frage, warum er gerade die und nicht andere Vorstellungen sich auswählt. Für die Prostitutionsidee glaube ich, den Schlüssel gefunden zu haben. Fräulein P. war in den Tagen damit beschäftigt, mir einige statistische Zusammenstellungen zu einer Arbeit über Prostituierte zu machen. Ich halte es für sehr wohl möglich, daß solche rein äußerlichen Beziehungen den Inhalt, den Text der Zwangsvorstellungen bedingen können. Der Versündigungsaffekt war da, und intellektuell beschäftigte sie sich mit der Prostituiertenfrage; so ist es wohl verständlich, daß der Affekt aus diesem Thema den gedanklichen Inhalt griff. Ähnlich kann man sich vielleicht auch sonst die Zusammenhänge denken; dieser Inhalt der Zwangsidee müßte dann gar keine besonders tiefen Beziehungen zu der Persönlichkeit haben. Ein zum Zwangsdanken Disponierter liest oder hört an einem besonders kritischen Tage von einem Notzuchtversuch; Affekt und Gedanke verkettet sich, und sie werden dies allerdings um so leichter tun, je mehr Affekt der Gedanke ohnedies schon erregt, das heißt, je mehr der Kranke derartiges wünscht, fürchtet, verabscheut.

Durch die affektive Genese stehen die Erinnerungsfälschungen der Zwangskranken den Wahnideen zweifellos nahe; zum mindesten den Wahnideen der Depressiven. Denn auch die Versündigungs-idee des echten Melancholikers entsteht dadurch, daß er ein primäres Versündigungsgefühl in Ideen und Worte faßt — sich selbst die Empfindung gewissermaßen erklärt. Wie sich die beiden Erscheinungen dennoch unterscheiden, ist oben gezeigt worden. Daß es Fälle geben kann, in denen auch diese Merkmale versagen, braucht wohl kaum mehr ausdrücklich unterstrichen zu werden.

Psychologisches aus Kants Schriften.

Von

Dr. Fritz Schulhof,

Arzt an den niederösterreichischen Anatalten „Am Steinhof“.

(Eingegangen am 1. September 1914.)

Vorliegender Aufsatz über Kants Psychologie soll sich selbst rechtfertigen. Die Methode, die hier zur Anwendung kam, ist die, daß überall Kant selbst spricht, so daß jede subjektive Note von Seite desjenigen ausgeschaltet ist, der sich bloß die Aufgabe gestellt hat, die psychologischen Sätze Kants in ein System zu bringen, das dem System Kants in allem gleich ist. Die Sätze sind aus folgenden Werken Kants, wie schon gesagt, wörtlich gebracht: 1. Kritik der reinen Vernunft, 2. Prolegomena zu einer jeden künftigen Metaphysik, die als Wissenschaft wird auftreten können, 3. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 4. Kritik der praktischen Vernunft, 5. Kritik der Urteilskraft.

So kommt es, daß über einen und denselben Begriff so viele inhaltlich gleiche Sätze gebracht werden, was aber aus der Absicht geschehen ist, so deutlich als möglich zu sein. Auslassungen zwischen den Sätzen sind durch Gedankenstriche, solche in den Sätzen durch Punkte gekennzeichnet und betreffen meist rein Erkenntnistheoretisches, wie denn solches nur dort gebracht wird, wo es zum Verständnis unumgänglich nötig ist.

Spötter oder gar Verächter der Psychologie — gar nicht zu reden von der trotz allem damit verbundenen Philosophie — müssen diesen Aufsatz überhaupt nicht lesen; denen, die sich notgedrungen wenigstens mit dem heutigen Stande der Psychologie vertraut gemacht haben, wird er gewiß historisch interessant sein und die Herkunft mancher Vorstellung erklären, die ihm nicht ganz klar geworden. Vielleicht aber wird der Aufsatz einige wenige dazu anregen, Kant selbst zu studieren und diesen soll vorliegender Aufsatz dann als Einleitung dienen, nach deren Lektüre das Studium des grundlos so gefürchteten und gar leicht verständlichen Kant gar keine Schwierigkeiten, vielmehr nur eine Reihe von intellektuellen Lustgefühlen bereiten wird. Jeder aber wird Kant mit der Überzeugung erst wieder weglegen: das Verständnis eines jeden, besonders aber eines krankhaften Seelenvorganges erfordert doch eine gründliche Kenntnis einer Psychologie; und besser ist ein Auszug aus einer solchen als gar keine!

Einleitung.

Wenn . . . gleich alle unsere Erkenntnis mit der Erfahrung anhebt, so entspringt sie darum doch nicht eben alle aus der Erfahrung. Denn es könnte wohl sein, daß selbst unsere Erfahrungserkenntnis ein Zusammengesetztes aus dem sei, was wir durch Eindrücke empfangen, und dem, was unser eigenes Erkenntnisvermögen (durch sinnliche Erkenntnis bloß veranlaßt) aus sich selbst hergibt, welchen Zusatz wir von jenem Grundstoffe nicht eher unterscheiden, als bis lange Übung uns darauf aufmerksam und zur Absonderung desselben geschickt gemacht hat.

Es ist also wenigstens eine der näheren Untersuchung noch benötigte und nicht auf den ersten Anschein sogleich abzufertigende Frage: ob es ein dergleichen von der Erfahrung und selbst von allen Eindrücken der Sinne unabhängiges Erkenntnis gebe. Man nennt solche Erkenntnisse a priori und unterscheidet sie von empirischen, die ihre Quellen a posteriori, nämlich in der Erfahrung haben. — Von den Erfahrungen a priori heißen diejenigen rein, denen gar nichts Empirisches beigemischt ist. — Man könnte . . . ohne Beispiele zum Beweise der Wirklichkeit reiner Grundsätze a priori in unserem Erkenntnis zu bedürfen, dieser ihre Unentbehrlichkeit zur Möglichkeit der Erfahrung selbst, mithin a priori dartun. Denn wo wollte selbst Erfahrung ihre Gewißheit hernehmen, wenn alle Regeln, nach denen sie fortgeht, immer wieder empirisch, mithin zufällig wären; daher man diese schwerlich für erste Grundsätze gelten lassen kann. —

Es gibt zwei Stämme der menschlichen Erkenntnis, die vielleicht aus einer gemeinschaftlichen, aber uns unbekanntem Wurzel entspringen, nämlich Sinnlichkeit und Verstand, durch deren ersteren uns Gegenstände gegeben, durch den zweiten aber gedacht werden. — Ich nenne alle Erkenntnis transzendental, die sich nicht sowohl mit Gegenständen, sondern mit unserer Erkenntnisart von Gegenständen, sofern diese a priori möglich sein soll, überhaupt beschäftigt. — Die Fähigkeit (Rezeptivität) Vorstellungen durch die Art, wie wir von Gegenständen affiziert werden, zu bekommen, heißt Sinnlichkeit. — Die Wirkung eines Gegenstandes auf die Vorstellungsfähigkeit, sofern wir von demselben affiziert werden, ist Empfindung. Diejenige Anschauung, welche sich auf den Gegenstand durch Empfindung bezieht, heißt empirisch . . .

Ich nenne alle Vorstellungen rein, in denen nichts, was zur Empfindung gehört, angetroffen wird. — Eine Wissenschaft von allen Prinzipien der Sinnlichkeit a priori nenne ich die transzendente Ästhetik. — In dieser werden wir zuerst die Sinnlichkeit isolieren, dadurch, daß wir alles absondern, was der Verstand durch seine Begriffe dabei denkt, damit nichts als empirische Anschauung übrigbleibe. Zweitens

werden wir von dieser noch alles, was zur Empfindung gehört, abtrennen, damit nichts als reine Anschauung und die bloße Form der Erscheinung übrigbleibe, welches das einzige ist, das die Sinnlichkeit a priori liefern kann . . . Der unbestimmte Gegenstand einer empirischen Anschauung heißt Erscheinung . . . Alles, was durch einen Sinn vorgestellt wird, ist sofern jederzeit Erscheinung . . . Dasjenige, welches macht, daß das Mannigfaltige der Erscheinung in gewissen Verhältnissen geordnet werden kann, nenne ich die Form der Erscheinung.

Sinnlichkeit und Verstand (Apperzeption).

Vermittelt des äußeren Sinnes (einer Eigenschaft unseres Gemütes) stellen wir uns Gegenstände als außer uns und diese insgesamt im Raume vor . . . Der Raum ist nichts anderes, als nur die Form aller Erscheinungen äußerer Sinne, d. i. die subjektive Bedingung der Sinnlichkeit, unter der allein uns äußere Anschauung möglich ist. — Der innere Sinn, vermittelt dessen das Gemüt sich selbst oder seinen inneren Zustand anschaut, gibt keine Anschauung von der Seele selbst als einem Objekt; allein es ist doch eine bestimmte Form, unter der die Anschauung ihres inneren Zustandes allein möglich ist, so daß alles, was zu den inneren Bestimmungen gehört, in Verhältnissen der Zeit vorgestellt wird. Äußerlich kann die Zeit nicht angeschaut werden, so wenig wie der Raum in uns. — Die Zeit ist nichts als die subjektive Bedingung, unter der alle Anschauungen in uns stattfinden können . . . Die Zeit ist . . . etwas Wirkliches, nämlich die wirkliche Form der inneren Anschauung. Sie hat also subjektive Realität in Ansehung der inneren Erfahrung, d. i. ich habe wirklich die Vorstellung von der Zeit und meinen Bestimmungen in ihr. Sie ist also wirklich, nicht als Objekt, sondern als die Vorstellungsart meiner selbst als Objekts anzusehen. — Es ist ungezweifelt gewiß . . ., daß Raum und Zeit, als die notwendigen Bedingungen aller (äußeren und inneren) Erfahrung, bloß subjektive Bedingungen aller unserer Anschauung sind. — Raum und Zeit gelten als Bedingungen der Möglichkeit, wie uns Gegenstände gegeben werden können, nicht weiter als für Gegenstände der Sinne, mithin nur der Erfahrung.

Wollen wir die Rezeptivität unseres Gemütes, Vorstellungen zu empfangen, sofern es auf eine Weise affiziert wird, Sinnlichkeit nennen; so ist dagegen das Vermögen Vorstellungen selbst hervorzubringen, oder die Spontaneität des Erkenntnisses der Verstand. Unsere Natur bringt es so mit sich, daß die Anschauung niemals anders als sinnlich sein kann, d. i. nur die Art enthält, wie wir von Gegenständen affiziert werden. Dagegen ist das Vermögen, den Gegenstand sinnlicher Anschauung zu denken, der Verstand. Keine dieser Eigenschaften ist der anderen vorzuziehen. Ohne Sinnlichkeit würde uns

8*

kein Gegenstand gegeben und ohne Verstand keiner gedacht werden . . . Der Verstand vermag nichts anzuschauen und die Sinne nicht zu denken. Nur daraus, daß sie sich vereinigen, kann Erkenntnis entspringen. — Es gibt außer der Anschauung keine andere Art zu erkennen als durch Begriffe. Also ist die Erkenntnis eines jeden, wenigstens des menschlichen Verstandes eine Erkenntnis durch Begriffe. Alle Anschauungen als sinnlich beruhen auf Affektionen, die Begriffe also auf Funktionen. Ich verstehe aber unter Funktion die Einheit der Handlung, verschiedene Vorstellungen unter einer zu ordnen. Begriffe gründen sich also auf der Spontaneität des Denkens wie sinnliche Anschauungen auf der Rezeptivität der Eindrücke. — Alle Urteile sind Funktionen der Einheit unter unseren Vorstellungen, da nämlich statt einer unmittelbaren Vorstellung eine höhere, die diese und mehrere unter sich begreift, zur Erkenntnis des Gegenstandes gebraucht, und viel mögliche Erkenntnisse dadurch in einer zusammengezogen werden. Wir können aber alle Handlungen des Verstandes auf Urteile zurückführen, so daß der Verstand überhaupt als ein Vermögen zu urteilen vorgestellt werden kann. Denn er ist . . . ein Vermögen zu denken. Denken ist das Erkenntnis durch Begriffe . . .

Raum und Zeit enthalten ein Mannigfaltiges (der reinen Anschauung a priori), gehören aber gleichwohl zu den Bedingungen der Rezeptivität unseres Gemütes, unter denen es allein Vorstellungen von Gegenständen empfangen kann. — Allein die Spontaneität unseres Denkens erfordert es, daß dieses Mannigfaltige zuerst auf eine gewisse Weise durchgegangen, aufgenommen und verbunden werde, um daraus eine Erkenntnis zu machen. Diese Handlung nenne ich Synthesis.

Ich verstehe aber unter Synthesis in der allgemeinsten Bedeutung die Handlung, verschiedene Vorstellungen zueinander hinzuzutun und ihre Mannigfaltigkeit in einer Erkenntnis zu begreifen. — Die Synthesis eines Mannigfaltigen . . . bringt zuerst eine Erkenntnis hervor, die zwar anfänglich noch roh und verworren sein kann . . . allein die Synthesis ist doch dasjenige, was eigentlich die Elemente zu Erkenntnissen sammelt und zu einem gewissen Inhalte vereinigt; sie ist also das erste, worauf wir achtzugeben haben, wenn wir über den ersten Ursprung unserer Erkenntnis urteilen wollen.

Die Synthesis ist . . . die bloße Wirkung der Einbildungskraft, einer blinden, obgleich unentbehrlichen Funktion der Seele, ohne die wir überall gar keine Erkenntnis haben würden, der wir uns aber selten nur einmal bewußt sind. Allein diese Synthesis auf Begriffe zu bringen, das ist eine Funktion, die dem Verstande zukommt, und wodurch er uns allererst die Erkenntnis in eigentlicher Bedeutung verschafft.

Die Verbindung eines Mannigfaltigen überhaupt kann niemals durch

Sinne in uns kommen . . . sie ist ein Aktus der Spontaneität der Vorstellungskraft und da man diese zum Unterschiede von der Sinnlichkeit Verstand nennen muß, so ist alle Verbindung, wir mögen uns ihrer bewußt werden oder nicht, es mag eine Verbindung des Mannigfaltigen der Anschauung oder mancherlei Begriffe und an der ersteren der sinnlichen oder nichtsinnlichen Anschauung sein, eine Verstandeshandlung, die wir mit der allgemeinen Benennung Synthesis belegen würden, um dadurch zugleich bemerklich zu machen, daß wir uns nichts als im Objekt verbunden vorstellen können, ohne es vorher selbst verbunden zu haben, und unter allen Vorstellungen die Verbindung die einzige ist, die nicht durch Objekte gegeben, sondern nur vom Subjekte selbst verrichtet werden kann, weil sie ein Aktus seiner Selbsttätigkeit ist.

Verbindung ist Vorstellung der synthetischen Einheit des Mannigfaltigen . . . diese Vorstellung aber ist ein Aktus der Spontaneität, d. h. sie kann nicht als zur Sinnlichkeit gehörig angesehen werden. Ich nenne sie die reine Apperzeption, weil sie dasjenige Selbstbewußtsein ist, was, indem es die Vorstellung: Ich denke, hervorbringt, die alle andere muß begleiten können und in allem Bewußtsein ein und dasselbe ist, von keiner weiter begleitet werden kann. — Synthetische Einheit des Mannigfaltigen der Anschauungen, als a priori gegeben, ist der Grund der Identität der Apperzeption selbst, die a priori allem meinem bestimmten Denken vorhergeht. Verbindung liegt aber nicht in den Gegenständen und kann von ihnen nicht etwa durch Wahrnehmung entlehnt und in den Verstand dadurch allererst aufgenommen werden, sondern ist allein eine Verrichtung des Verstandes, der selbst nichts weiter ist als das Vermögen, a priori zu verbinden und das Mannigfaltige gegebener Vorstellungen unter Einheit der Apperzeption zu bringen, welcher Grundsatz der oberste im ganzen menschlichen Erkenntnis ist. — Verstand ist . . . das Vermögen der Erkenntnisse. Diese bestehen in der bestimmten Beziehung gegebener Vorstellungen auf ein Objekt. Objekt aber ist das, in dessen Begriff das Mannigfaltige einer gegebenen Anschauung vereinigt ist. Nun erfordert aber alle Vereinigung der Vorstellungen Einheit des Bewußtseins in der Synthesis derselben. Folglich ist die Einheit des Bewußtseins dasjenige, was allein die Beziehung der Vorstellungen auf einen Gegenstand, mithin ihre objektive Gültigkeit, folglich, daß sie Erkenntnisse werden, ausmacht, und worauf folglich selbst die Möglichkeit des Verstandes beruht . . . Die synthetische Einheit des Bewußtseins ist also eine objektive Bedingung aller Erkenntnis . . . weil ohne diese Synthesis das Mannigfaltige sich nicht in einem Bewußtsein vereinigen würde. — Ein Urteil ist nichts anderes als die Art, gegebene Erkenntnisse zur objektiven Einheit der Apperzeption zu bringen. — Die Apperzeption

und mit ihr das Denken geht vor aller möglichen bestimmten Anordnung der Vorstellungen vorher. — Nicht das Bewußtsein des bestimmenden sondern nur das des bestimmbaren Selbst, d. i. meiner inneren Anschauung (sofern ihr Mannigfaltiges der allgemeinen Bedingung der Einheit der Apperzeption im Denken gemäß verbunden werden kann), ist das Objekt. — Die Apperzeption ist etwas Reales, und die Einfachheit derselben liegt schon in ihrer Möglichkeit . . .

Erfahrung ist selbst nichts anderes, als eine kontinuierliche Zusammensetzung (Synthesis) der Wahrnehmungen. — Erfahrung besteht in der synthetischen Verknüpfung der Erscheinungen (Wahrnehmungen) in einem Bewußtsein, sofern dieselbe notwendig ist. — Denken ist Vorstellungen in einem Bewußtsein vereinigen. — Die Vereinigung der Vorstellungen in einem Bewußtsein ist das Urteil. — Wie aber diese eigentümliche Eigenschaft unserer Sinnlichkeit selbst oder die unseres Verstandes und der ihm und allem Denken zum Grunde liegenden notwendigen Apperzeption möglich sei, läßt sich nicht weiter auflösen und beantworten, weil wir ihrer zu aller Beantwortung und zu allem Denken der Gegenstände immer wieder nötig haben. — Die synthetische Einheit des Bewußtseins ist eine objektive Bedingung aller Erkenntnis, nicht deren ich bloß selbst bedarf, um ein Objekt zu erkennen, sondern unter der jede Anschauung stehen muß, um für mich Objekt zu werden, weil auf andere Art und ohne diese Synthesis das Mannigfaltige sich nicht in einem Bewußtsein vereinigen würde.

Ein Mannigfaltiges, das in einer Anschauung, die ich die meinige nenne, enthalten ist, wird durch die Synthesis des Verstandes als zur notwendigen Einheit des Selbstbewußtseins gehörig vorgestellt, und dieses geschieht durch die Kategorie. — Die Kategorien entspringen unabhängig von Sinnlichkeit bloß im Verstande. — Kategorien sind nur Regeln für einen Verstand, dessen ganzes Vermögen im Denken besteht, d. i. in der Handlung, die Synthesis des Mannigfaltigen, welches ihm anderweitig in der Anschauung gegeben worden, zur Einheit der Apperzeption zu bringen, der also gar nichts erkennt, sondern nur den Stoff zum Erkenntnis, die Anschauung, die ihm durchs Objekt gegeben werden muß, verbindet und ordnet. Von der Eigentümlichkeit unseres Verstandes aber, nur vermittelt der Kategorien . . . Einheit der Apperzeption . . . zustande zu bringen, läßt sich ebensowenig . . . ein Grund angeben, als warum wir gerade diese und keine andere Funktionen zu Urteilen haben, oder warum Zeit und Raum die einzigen Formen unserer möglichen Anschauung sind.

Sich einen Gegenstand denken und einen Gegenstand erkennen, ist nicht einerlei. Zum Erkenntnis gehören nämlich zwei Stücke: erstlich der Begriff, dadurch überhaupt ein Gegenstand gedacht wird

(die Kategorie) und zweitens die Anschauung, dadurch er gegeben wird, denn könnte dem Begriffe eine korrespondierende Anschauung gar nicht gegeben werden, so wäre er . . . ohne allen Gegenstand und durch ihn gar keine Erkenntnis von irgendeinem Dinge möglich, weil es, soviel ich wüßte, nichts gäbe, worauf mein Gedanke angewandt werden könnte. — Dinge im Raum und der Zeit werden aber nur gegeben, sofern sie Wahrnehmungen (mit Empfindung begleitete Vorstellungen) sind, mithin durch empirische Vorstellung. Folglich verschaffen die reinen Verstandesbegriffe . . . nur sofern Erkenntnis, als diese, mithin auch die Verstandesbegriffe vermittelt ihrer auf empirische Anschauungen angewandt werden können. Folglich liefern uns die Kategorien vermittelt der Anschauung auch keine Erkenntnis von Dingen als nur durch ihre mögliche Anwendung auf empirische Anschauung, d. i. sie dienen nur zur Möglichkeit empirischer Erkenntnis. Diese aber heißt Erfahrung. Folglich haben die Kategorien keinen andern Gebrauch zum Erkenntnis der Dinge, als nur sofern diese als Gegenstände möglicher Erfahrung angenommen werden können. —

Der Verstand ist das Vermögen der Regeln. — Verstand ist das Vermögen der Begriffe. — Zu aller Erfahrung und deren Möglichkeit gehört Verstand und das erste, was er dazu tut, ist nicht, daß er die Vorstellung der Gegenstände deutlich macht, sondern daß er die Vorstellung eines Gegenstandes überhaupt möglich macht. — Alle Grundsätze des reinen Verstandes sind nichts weiter als Prinzipien . . . der Möglichkeit der Erfahrung und auf die letztere allein beziehen sich alle synthetischen Sätze . . . ja ihre Möglichkeit beruht selbst gänzlich auf dieser Beziehung. — Alles, was der Verstand aus sich selbst schöpft, ohne es von der Erfahrung zu borgen, hat er . . . zu keinem andern Behuf als lediglich zum Erfahrungsgebrauch. Die Grundsätze des reinen Verstandes . . . enthalten nichts als gleichsam nur das reine Schema zur möglichen Erfahrung. — Der Verstand kann niemals mehr leisten, als die Form einer möglichen Erfahrung überhaupt zu antizipieren. — Verstand und Sinnlichkeit können bei uns nur in Verbindung Gegenstände bestimmen. Wenn wir sie trennen, so haben wir Anschauungen ohne Begriffe, oder Begriffe ohne Anschauungen, in beiden Fällen aber Vorstellungen, die wir auf keinen bestimmten Gegenstand beziehen können. — Erfahrung ist nichts anderes, als eine kontinuierliche Zusammenfügung (Synthesis) der Wahrnehmungen. — Erfahrung besteht aus Anschauungen, die der Sinnlichkeit angehören, und aus Urteilen, die lediglich ein Geschäft des Verstandes sind. — Denken ist Vorstellungen in einem Bewußtsein vereinigen. Diese Vereinigung entsteht entweder bloß relativ aufs Subjekt und ist zufällig und relativ, oder sie findet schlechthin statt und ist notwendig oder objektiv. Die

Vereinigung der Vorstellungen in einem Bewußtsein ist das Urteil. Also ist Denken soviel als Urteilen oder Vorstellungen auf Urteile überhaupt beziehen. — Erfahrung besteht in der synthetischen Verknüpfung der Erscheinungen (Wahrnehmungen) in einem Bewußtsein, sofern dieselbe notwendig ist. — Die . . . Verstandesbegriffe . . . dienen gleichsam nur, Erscheinungen zu buchstabieren, um sie als Erfahrung lesen zu können; die Grundsätze, die aus der Beziehung derselben auf die Sinnenwelt entspringen, dienen nur unserem Verstande zum Erfahrungsgebrauch. — Ich habe gar keinen Begriff von einem Verstande, als dem, der so ist, wie der meinige, nämlich ein solcher, dem durch Sinne Anschauungen müssen gegeben werden und der sich damit beschäftigt, sie unter Regeln der Einheit des Bewußtseins zu bringen. — Der Verstand ist a priori gesetzgebend für die Natur als Objekt der Sinne, zu einem theoretischen Erkenntnis derselben in einer möglichen Erfahrung.

Ich (als Intelligenz).

Das denkende Subjekt ist der Gegenstand der Psychologie. — Ich, als denkend, bin ein Gegenstand des inneren Sinnes und heiße Seele. Dasjenige, was ein Gegenstand äußerer Sinne ist, heißt Körper. Demnach bedeutet der Ausdruck: Ich, als ein denkend Wesen, schon den Gegenstand der Psychologie, welche die rationale Seelenlehre heißen kann, wenn ich von der Seele nichts weiter zu wissen verlange, als was unabhängig von aller Erfahrung (welche mich näher und in concreto bestimmt) aus diesem Begriffe Ich, sofern er bei allem Denken vorkommt, geschlossen werden kann. — Innere Erfahrung überhaupt und deren Möglichkeit, oder Wahrnehmung überhaupt und deren Verhältnis zu anderer Wahrnehmung, ohne daß irgendein besonderer Unterschied derselben und Bestimmung empirisch gegeben ist, kann nicht als empirische Erkenntnis, sondern muß als Erkenntnis des Empirischen angesehen werden und gehört zur Untersuchung der Möglichkeit einer jeden Erfahrung, welche allerdings transzendental ist. — Ich denke, ist der alleinige Text der rationalen Psychologie, aus welchem sie ihre ganze Weisheit auswickeln soll. — Dieses Ich oder Er oder Es (das Ding), welches denkt, wird nichts weiter als ein transzendentes Subjekt der Gedanken vorgestellt = X, welches nur durch die Gedanken, die seine Prädikate sind, erkannt wird, und wovon wir abgesondert niemals den mindesten Begriff haben können, und welcher wir uns daher in einem beständigen Zirkel herumdrehen, indem wir uns seiner Vorstellung jederzeit schon bedienen müssen, um irgend etwas von ihm zu urteilen, eine Unbequemlichkeit, die davon nicht zu trennen ist, weil das Bewußtsein an sich nicht sowohl eine Vorstellung ist, die ein besonderes Objekt unterscheidet, sondern eine Form derselben über-

haupt, sofern sie Erkenntnis werden soll; denn von der allein kann ich sagen, daß ich dadurch irgend etwas denke. — Es gibt keine rationale Psychologie als Doktrin, die uns einen Zusatz zu unserer Selbsterkenntnis verschaffte, sondern nur als Disziplin, welche der spekulativen Vernunft in diesem Felde unüberschreitbare Grenzen setzt, einerseits um sich nicht dem seelenlosen Materialismus in den Schoß zu werfen, andererseits sich nicht in dem für uns im Leben grundlosen Spiritualismus herum-schwärmend zu verlieren, sondern uns vielmehr erinnert, diese Weigerung unserer Vernunft, den neugierigen, über dieses Leben hinausreichenden Fragen befriedigende Antwort zu geben, als einen Wink derselben anzusehen, unser Selbsterkenntnis von der fruchtlosen überschwenglichen Spekulation zum fruchtbaren praktischen Gebrauche anzuwenden, welcher, wenn er gleich auch nur immer auf Gegenstände der Erfahrung gerichtet ist, seine Prinzipien doch höher hernimmt und das Verhalten so bestimmt, als ob unsere Bestimmung unendlich weit über die Erfahrung, mithin über dieses Leben hinausreiche. — Alles, was durch einen Sinn vorgestellt wird, ist sofern jederzeit Erscheinung, und ein innerer Sinn würde also entweder gar nicht eingeräumt werden müssen, oder das Subjekt, welches der Gegenstand desselben ist, würde durch denselben nur als Erscheinung vorgestellt werden können, nicht wie es von sich selbst urteilen würde, wenn seine Anschauung bloße Selbsttätigkeit d. i. intellektuell wäre. Hierbei beruht alle Schwierigkeit nur darauf, wie ein Subjekt sich selbst innerlich anschauen könne; allein diese Schwierigkeit ist jeder Theorie gemein. Das Bewußtsein seiner selbst (Apperzeption) ist die einfache Vorstellung des Ich. — Wie das Ich, der ich denke, von dem Ich, das sich selbst anschauet, unterschieden . . . und doch mit diesem letzteren als dasselbe Subjekt einerlei ist, wie ich also sagen könne: Ich, als Intelligenz und denkend Subjekt, erkenne mich selbst als gedachtes Objekt, sofern ich mir noch über das in der Anschauung gegeben bin . . ., hat nicht mehr, auch nicht weniger Schwierigkeit bei sich, als wie ich mir selbst überhaupt ein Objekt und zwar der Anschauung und innerer Wahrnehmungen sein könne.

Einbildungskraft

ist das Vermögen, einen Gegenstand auch ohne dessen Gegenwart in der Anschauung vorzustellen. Da nun alle unsere Anschauung sinnlich ist, so gehört die Einbildungskraft, der subjektiven Bedingung wegen, unter der sie allein den Verstandesbegriffen eine korrespondierende Anschauung geben kann, zur Sinnlichkeit. — Sofern die Einbildungskraft . . . Spontaneität ist, nenne ich sie auch bisweilen die produktive Einbildungskraft und unterscheide sie dadurch von der reproduktiven deren Synthesis lediglich empirischen Gesetzen, nämlich denen der

Assoziation, unterworfen ist, und welche daher zur Erklärung der Möglichkeit der Erkenntnis a priori nichts beiträgt und um deswillen . . . in die Psychologie gehört.

Apprehension.

Unter Synthesis des Apprehension verstehe ich die Zusammensetzung des Mannigfaltigen in einer empirischen Anschauung, dadurch Wahrnehmung, d. i. empirisches Bewußtsein derselben (als Erscheinung), möglich wird. — Die Apprehension bloß vermittelt der Empfindung erfüllt nur einen Augenblick. — Jede Apprehension einer Begebenheit ist eine Wahrnehmung, welche auf eine andere folgt. — Ich werde nicht sagen, daß in der Erscheinung zwei Zustände aufeinander folgen, sondern nur, daß eine Apprehension auf die andere folgt, welches bloß etwas Subjektives ist und kein Objekt bestimmt, mithin gar nicht für Erkenntnis irgendeines Gegenstandes (selbst nicht in Erscheinung) gelten kann.

Urteilkraft.

Wenn der Verstand überhaupt als das Vermögen der Regeln erklärt wird, so ist Urteilkraft das Vermögen unter Regeln zu subsumieren, d. i. zu unterscheiden, ob etwas unter einer gegebenen Regel steht oder nicht. — Urteilkraft ist ein besonderes Talent, welches gar nicht belehrt, sondern nur geübt sein will. Daher ist diese auch das Spezifische des sogenannten Mutterwitzes, dessen Mangel keine Schule ersetzen kann; denn ob diese gleich einem eingeschränkten Verstande Regeln vollauf, von fremder Einsicht entlehnt, darreichen und gleichsam einpfropfen kann: so muß doch das Vermögen, sich ihrer richtig zu bedienen, dem Lehrlinge selbst angehören, und keine Regel, die man ihm in dieser Absicht vorschreiben möchte, ist in Ermangelung einer solchen Naturgabe vor Mißbrauch sicher. Der Mangel an Urteilkraft ist eigentlich das, was man Dummheit nennt, und einem solchen Gebrechen ist eigentlich gar nicht abzuhelfen. Ein Arzt daher, ein Richter oder ein Staatskundiger kann viel schöne pathologische, juristische oder politische Regeln im Kopfe haben in dem Grade, daß er selbst darin ein gründlicher Lehrer werden kann, und wird dennoch in der Anwendung derselben leicht verstoßen, entweder, weil es ihm an natürlicher Urteilkraft (obgleich nicht am Verstande) mangelt, und er zwar das allgemeine in abstracto einsehen, aber ob ein Fall in concreto darunter gehöre, nicht unterscheiden kann, oder auch darum, weil er nicht genug durch Beispiele und wirkliche Geschäfte zu diesem Urteile abgerichtet worden. Dies ist auch der einzige und große Nutzen der Beispiele: daß sie die Urteilkraft schärfen. — So sind Beispiele der Gängelwagen der Urteilkraft, welchen derjenige, dem es am natürlichen Talente derselben mangelt, niemals entbehren kann. — Urteilkraft überhaupt ist das

Vermögen, das Besondere als enthalten unter dem Allgemeinen zu denken. — . . . Die Urteilskraft hat nichts zu tun, als unter gegebenen Gesetzen zu subsumieren.

(Reine) Vernunft.

Alle unsere Erkenntnis hebt von den Sinnen an, geht von da zum Verstande und endigt bei der Vernunft, über welche nichts Höheres in uns angetroffen wird, den Stoff der Anschauung zu bearbeiten und unter die höchste Einheit zu bringen. — Die Vernunft das Vermögen der Prinzipien. — Der Verstand mag ein Vermögen der Einheit der Erscheinungen vermittelt der Regeln sein, so ist die Vernunft das Vermögen der Einheit der Verstandesregeln unter Prinzipien. Sie geht also zunächst niemals auf Erfahrung oder auf irgendeinen Gegenstand, sondern auf den Verstand, um den mannigfaltigen Erkenntnissen desselben Einheit a priori durch Begriffe zu geben, welche Vernunfteinheit heißen mag und von ganz anderer Art ist, als sie vom Verstande geleistet werden kann. — Die Vernunft sucht im Schließen die große Mannigfaltigkeit der Erkenntnis des Verstandes auf die kleinste Zahl der Prinzipien (allgemeiner Bedingungen) zu bringen und dadurch die höchste Einheit derselben zu bewirken. — Vernunft . . . ist das Vermögen zu schließen, d. i. mittelbar zu urteilen. — Die Vernunft gelangt durch Verstandeshandlungen, welche eine Reihe von Bedingungen ausmachen, zu einem Erkenntnis. — Der Grundsatz der Vernunft ist . . . nur eine Regel, welche in der Reihe der Bedingungen gegebener Erscheinungen einen Regressus gebietet, dem es niemals erlaubt ist, bei einem schlechthin Unbedingten stehenzubleiben; . . . er ist ein Grundsatz der größtmöglichen Fortsetzung und Erweiterung der Erfahrung, nach welchem keine empirische Grenze für absolute Grenze gelten muß, also ein Prinzipium der Vernunft, welche als Regel postuliert, was von uns im Regressus geschehen soll, und nicht antizipiert, was im Objekte vor allem Regressus an sich gegeben ist. — Die Vernunft schafft sich die Idee von einer Spontaneität, die von selbst anheben könne zu handeln, ohne daß eine andere Ursache vorangeschickt werden dürfe, sie nach dem Gesetze der Kausalverknüpfung zur Handlung zu bestimmen. — Die Vernunft gibt nicht demjenigen Grunde, der empirisch gegeben ist, nach und folgt nicht der Ordnung der Dinge, wie sie sich in der Erscheinung darstellen; sondern macht sich mit völliger Spontaneität eine eigene Ordnung nach Ideen, in die sie die empirischen Bedingungen hineinpaßt, nach denen sie sogar Handlungen für notwendig erklärt, die doch nicht geschehen sind, und vielleicht nicht geschehen werden, von allen aber gleichwohl voraussetzt, daß die Vernunft in Beziehung auf sie Kausalität haben könne; denn ohne das würde sie nicht von ihren Ideen Wirkungen in der Erfahrung erwarten. —

Darin besteht Vernunft, daß wir von allen unseren Begriffen, Meinungen und Behauptungen, es sei aus objektiven oder, wenn sie ein bloßer Schein sind, aus subjektiven Gründen Rechenschaft geben können. — Die Vernunft bezieht sich niemals geradezu auf einen Gegenstand, sondern lediglich auf den Verstand und vermittelt desselben auf ihren eigenen empirischen Gebrauch, schafft also keine Begriffe (von Objekten), sondern ordnet sie nur . . . die Vernunft hat also eigentlich nur den Verstand und dessen zweckmäßige Anstellung zum Gegenstande; und wie dieser das Mannigfaltige im Objekt durch Begriffe vereinigt, so vereinigt jene ihrerseits das Mannigfaltige der Begriffe durch Ideen, indem sie eine gewisse kollektive Einheit zum Ziele der Verstandeshandlungen setzt, welche sonst nur mit der distributiven Einheit beschäftigt sind. — Die Vernunft, als reine Selbsttätigkeit, ist sogar darin noch über den Verstand erhoben; daß obgleich dieser auch Selbsttätigkeit ist und nicht wie der Sinn bloß Vorstellungen enthält, die nur entspringen, wenn man von Dingen affiziert (mithin leidend) ist, er dennoch aus seiner Tätigkeit keine anderen Begriffe hervorbringen kann, als die, so bloß dazu dienen, um die sinnlichen Vorstellungen unter Regeln zu bringen und sie dadurch in einem Bewußtsein zu vereinigen, ohne welchen Gebrauch der Sinnlichkeit er gar nicht denken würde, da hingegen die Vernunft unter dem Namen der Ideen eine so reine Spontaneität zeigt, daß sie dadurch weit über alles, was ihm Sinnlichkeit nur liefern kann, hinausgeht und ihr vornehmstes Geschäft darin beweiset, Sinnenwelt und Verstandeswelt voneinander zu unterscheiden, dadurch aber dem Verstande selbst seine Schranken vorzuzeichnen.

Idee.

Ich verstehe unter Idee einen notwendigen Vernunftbegriff, dem kein kongruierender Gegenstand in den Sinnen gegeben werden kann. — Die Vernunft enthält in sich den Grund zu Ideen, worunter ich notwendige Begriffe verstehe, deren Gegenstand gleichwohl in keiner Erfahrung gegeben werden kann. 1. Die Idee des vollständigen Subjekts, 2. die Idee der vollständigen Reihe der Bedingungen (Kausalität), 3. die Bestimmung aller Begriffe in der Idee eines vollständigen Inbegriffs des Möglichen. — Die . . . Ideen drücken die eigentümliche Bestimmung der Vernunft aus, nämlich als eines Prinzips der systematischen Einheit des Verstandesgebrauches. — Idee bedeutet . . . einen Vernunftbegriff.

Praktische Vernunft.

Praktische Vernunft ist ein Vermögen, das Einfluß auf den Willen haben soll. — Die Vernunft bestimmt in einem praktischen Gesetze unmittelbar den Willen, nicht vermittelt eines dazwischen kommenden

Gefühls der Lust und Unlust, selbst nicht an diesem Gesetze, und nur daß sie als reine Vernunft praktisch sein kann, macht es ihr möglich, gesetzgebend zu sein. — Unter einem Begriffe der praktischen Vernunft verstehe ich die Vorstellung eines Objekts als einer möglichen Wirkung durch Freiheit. — Praktische Vernunft hat . . . mit ihrem eigenen Vermögen, Gegenstände (der Erkenntnis derselben gemäß) wirklich zu machen, d. i. hat es mit einem Willen zu tun, welcher eine Kausalität ist, sofern Vernunft den Bestimmungsgrund derselben enthält. — Die Gesetzgebung durch den Freiheitsbegriff geschieht von der Vernunft und ist bloß praktisch. Nur allein im Praktischen kann die Vernunft gesetzgebend sein; in Ansehung des theoretischen Erkenntnisses kann sie nur aus gegebenen Gesetzen durch Schlüsse Folgerungen ziehen, die doch immer nur bei der Natur stehen, bleiben.

Wille.

Ein jedes Ding der Natur wirkt nach Gesetzen. Nur ein vernünftiges Wesen hat das Vermögen, nach der Vorstellung der Gesetze, d. i. nach Prinzipien, zu handeln oder einen Willen. Da zur Ableitung der Handlungen von Gesetzen Vernunft erfordert wird, so ist Wille nichts anderes als praktische Vernunft. — Der Wille ist ein Vermögen, nur dasjenige zu wählen, was die Vernunft unabhängig von der Neigung als praktisch notwendig, d. i. als gut, erkennt. — Wille wird als ein Vermögen gedacht, der Vorstellung gewisser Gesetze gemäß sich selbst zum Handeln zu bestimmen. Und ein solches Vermögen kann nur in vernünftigen Wesen anzutreffen sein. — Autonomie des Willens ist die Beschaffenheit des Willens, dadurch der selbe ihm selbst (unabhängig von aller Beschaffenheit der Gegenstände des Wollens) ein Gesetz ist. — Wenn der Wille irgend worin anders, als in der Tauglichkeit seiner Maximen zu seiner eigenen allgemeinen Gesetzgebung, mithin, wenn er, indem er über sich selbst hinausgeht, in der Beschaffenheit irgendeines seiner Objekte das Gesetz sucht, das ihn bestimmen soll, so kommt jederzeit Heteronomie heraus. — Der Wille ist eine Art von Kausalität lebender Wesen, sofern sie vernünftig sind und Freiheit würde diejenige Eigenschaft dieser Kausalität sein, da sie unabhängig von fremden sie bestimmenden Ursachen wirkend sein kann. — Das Wesentliche aller Bestimmung des Willens durchs sittliche Gesetz ist: daß er als freier Wille, mithin nicht bloß ohne Mitwirkung sinnlicher Antriebe, sondern selbst mit Abweisung aller derselben, und mit Abbruch aller Neigung, sofern sie jenem Gesetze zuwider sein könnte, bloß durchs Gesetz bestimmt werde. — Der Wille, als Begehrungsvermögen, ist . . . eine von den mancherlei Naturursachen in der Welt, nämlich diejenige, welche nach Begriffen wirkt, und alles, was als durch einen Willen möglich (oder

notwendig) vorgestellt wird, heißt praktisch möglich (oder notwendig). — Das Begehrungsvermögen, sofern es nur durch Begriffe, d. i. der Vorstellung eines Zwecks gemäß zu handeln, bestimmbar ist, ist der Wille.

Freiheit

Die Freiheit im praktischen Verstande ist die Unabhängigkeit der Willkür von der Nötigung durch Antriebe der Sinnlichkeit, die menschliche Willkür ist ein *arbitrium liberum*, weil Sinnlichkeit ihre Handlung nicht notwendig macht, sondern dem Menschen ein Vermögen beiwohnt, sich unabhängig von der Nötigung durch sinnliche Antriebe von selbst zu bestimmen. — Jeder Mensch hat einen empirischen Charakter seiner Willkür, welcher nichts anderes ist, als eine gewisse Kausalität seiner Vernunft, sofern diese an ihren Wirkungen in der Erscheinung eine Regel zeigt, danach man die Vernunftgründe und die Handlungen derselben nach ihrer Art und ihren Graden abnehmen und die subjektiven Prinzipien seiner Willkür beurteilen kann. Weil dieser empirische Charakter selbst aus den Erscheinungen als Wirkung und aus der Regel derselben, welche Erfahrung an die Hand gibt, gezogen werden muß: so sind alle Handlungen des Menschen in der Erscheinung aus seinem empirischen Charakter und den einwirkenden anderen Ursachen nach der Ordnung der Natur bestimmt; und wenn wir alle Erscheinungen seiner Willkür bis auf den Grund erforschen könnten, so würde es keine einzige menschliche Handlung geben, die wir nicht mit Gewißheit vorhersagen und aus ihren vorhergehenden Bedingungen als notwendig erkennen könnten. In Ansehung dieses empirischen Charakters gibt es also keine Freiheit, und nach diesem können wir doch allein den Menschen betrachten, wenn wir lediglich beobachten und, wie es in der Anthropologie geschieht, von seinen Handlungen die bewegenden Ursachen physiologisch erforschen wollen. — Die Vernunft ist die beharrliche Bedingung aller willkürlichen Handlungen, unter denen der Mensch erscheint. — Diejenige Willkür, welche unabhängig von sinnlichen Antrieben, mithin durch Bewegursachen, welche nur von der Vernunft vorgestellt werden, bestimmt werden kann, heißt die freie Willkür . . . und alles, was mit dieser, es sei als Grund oder Folge zusammenhängt, wird praktisch genannt. Die praktische Freiheit kann durch Erfahrung bewiesen werden. Denn nicht bloß das, was reizt, d. i. die Sinne unmittelbar affiziert, bestimmt die menschliche Willkür, sondern wir haben ein Vermögen, durch Vorstellungen von dem, was selbst auf entferntere Art nützlich oder schädlich ist, die Eindrücke auf unser sinnliches Begehrungsvermögen zu überwinden; diese Überlegungen aber von dem, was in Ansehung unseres ganzen Zustandes begehrenswert, d. i. gut und nützlich ist, beruhen auf der Vernunft, diese gibt daher auch Gesetze, welche Imperative,

d. i. objektive Gesetze der Freiheit, sind, und welche sagen, was geschehen soll, ob es gleich vielleicht nie geschieht.

Imperativ.

Die Vorstellung eines objektiven Prinzips, sofern es für einen Willen nötigend ist, heißt ein Gebot (der Vernunft) und die Formel des Gebots heißt Imperativ. — Der kategorische Imperativ würde der sein, welcher eine Handlung als für sich selbst, ohne Beziehung auf einen andern Zweck, als objektiv-notwendig vorstellte.

Gefühle (Lust, Unlust).

Wir verstehen ... unter dem Worte Empfindung eine objektive Vorstellung der Sinne, ... und wir wollen das, was jederzeit bloß subjektiv bleiben muß und schlechterdings keine Vorstellung eines Gegenstandes ausmachen kann, mit dem sonst üblichen Namen des Gefühls benennen. — Die Erreichung jeder Absicht ist mit dem Gefühle der Lust verbunden. Dasjenige Subjektive an einer Vorstellung, was gar kein Erkenntnis werden kann, ist die mit ihr verbundene Lust oder Unlust, denn durch sie erkenne ich nichts an dem Gegenstande der Vorstellung, obgleich sie wohl die Wirkung irgendeiner Erkenntnis sein kann.

Dies sind die psychologischen Lehren Kants, die er im obenstehenden selbst gegeben. Jede Kritik liegt ferne; uns kann nur eine Aufgabe bleiben: entweder das ganze System als falsch zu erklären und ein von Grund auf anderes dagegen aufzustellen oder das hier in Abrissen gegebene System zu ergänzen. Vor Kant gab es kein so vollständiges System wie das seinige; und wurde nach Kant ein von Grund auf anderes ihm entgegengestellt? ...

Zur Frage der Häufung epileptischer Anfälle zu bestimmten Nachtzeiten.

Von
A. Pick.

(Eingegangen am 1. Oktober 1914.)

In einer eben in dieser Zeitschrift erschienenen Arbeit bespricht R. Ammann auch die bekannte Tatsache des abendlichen und morgendlichen Maximums nächtlicher Anfälle ohne meiner jetzt schon auf 15 Jahre zurückliegenden Arbeit über diese Frage¹⁾ überhaupt zu gedenken. Aber nicht, um solches Übersehen zu berichtigen, ergreife ich das Wort, sondern um zu zeigen, daß ich schon damals die Frage zum Teil weiter gefördert habe, als sie sich selbst in der Erörterung Ammanns darstellt.

Ammann diskutiert die 1914 veröffentlichte Ansicht von Toulouse und Piéron, daß die erwähnten Maxima mit der von verschiedenen Autoren nachgewiesenen Schlaftiefe zu jenen Zeitpunkten zusammenfallen, kommt aber zu dem Schlusse, daß dabei „noch etwas anderes“ mithelfen müsse.

In der erwähnten Arbeit habe ich, also lange vor den genannten Autoren, auf jenes Zusammenfallen hingewiesen, bin aber der Frage noch weiter nachgegangen, um „jenes andere“, wenn auch nicht sofort zu finden, so doch näher zu bringen. Dazu dienten Untersuchungen von Howell (den Ammann ebenfalls übersehen), der mit der Untersuchung der Schlaftiefe plethysmographische verband.

Als Resultat dieser Erwägungen ergab sich wenigstens für das erste Anfallsmaximum die Wahrscheinlichkeit, daß es die jedesmalige höhergradige Änderung der Zirkulationsverhältnisse im Gehirn ist, die den epileptischen Anfall auslöst. Selbstverständlich verband ich mit dieser Annahme den Vorbehalt, damit nicht auch schon etwas Kausales statuiert zu haben.

Dieses Resultat fügt sich nun dem von Ammann Festgestellten recht gut ein und stimmt insbesondere mit dem, was derselbe von dem Einflusse des Aufwachens, Gewecktwerdens und Aufstehens auf den Eintritt von Anfällen berichtet.

¹⁾ Wiener med. Wochenschr. 1899, Nr. 30.

(Aus den niederösterreichischen Landesanstalten für Nerven- und Geisteskranke
„Am Steinhof“ in Wien [Direktor: Regierungsrat Dr. H. Schlöss].)

Psychologische Betrachtungen über Intellekt und Willen und deren Bedeutung in normalen und pathologischen Bewußtseinszuständen.

Von

Primarius Dr. K. Edler v. Wieg-Wickenthal,
Chefarzt der Frauenheilanstalt „Am Steinhof“, Gerichtspsychiater in Wien.

(Eingegangen am 1. Oktober 1914.)

Die psychiatrische Wissenschaft hat sich nicht nur zur Aufgabe gestellt, psychische Krankheitsbilder zu beschreiben und zu studieren, um dadurch beim geistig erkrankten Menschen Anhaltspunkte für ein ärztliches Wirken zu finden, sondern sie ist eben in Verfolgung dieses letzten Zieles auch bemüht, die krankhaften Vorgänge im Fühlen, Wollen und Denken des Menschen kritisch zu beleuchten, um erst dadurch Verständnis für die gestörten psychischen Funktionen anzubahnen und zu vermitteln. Ihr Wirkungsgebiet gehört also ebenso der praktischen Medizin wie der Psychologie an, sofern diese als Zweig der allgemeinen Biologie aufgefaßt wird.

Meines Erachtens — und vielleicht stimmen viele Fachkollegen mit mir darin überein — ist ein tieferes Verständnis der Psychosen nur durch ein gründliches psychologisches Vorstudium möglich, und darauf hingeleitet werden wir ja gerade durch diejenigen Psychologen und Philosophen (Wundt, Fechner), die den Begriff des psychophysischen Parallelismus in die Psychologie eingeführt und damit wieder der Reihe des psychischen Geschehens in ihrer Selbständigkeit zu ihrem Rechte verholfen haben. Die Aufstellung der Tatsache des psychophysischen Parallelismus wurzelt bekanntlich in der These, daß jedem elementaren Vorgange (Zustandsänderung) auf psychischem Gebiete ein solcher auf somatischem entspricht, wobei aber immer die somatischen und psychischen Reihen scharf geschieden bleiben und, bis jetzt wenigstens, keine Brücke vom Somatischen in das Gebiet des Geistigen führen kann. Die somatische, materielle Reihe (somatischer Parallelvorgang) ist naturwissenschaftlich deskriptiver Erforschung zugänglich, die psychische Reihe ist aber nur von dem Standpunkte innerer Erfahrung und inneren Erlebens aus, also durch psychologische Forschung zu ergründen.

Z. f. d. g. Neur. u. Psych. O. XXVIII.

9

Die folgenden Zeilen sollen nun einen kleinen Beitrag zu allgemeinen psychologischen Fragen insbesondere, sofern sie uns in ihrer Anwendung auf die Psychopathologie interessieren, liefern.

In der heutigen Psychologie stehen sich, wie bekannt, zwei Richtungen scharf gegenüber: einerseits die Vertreter der Assoziationspsychologie, die unser ganzes psychisches Leben aus Empfindung und Vorstellung erklären wollen, den Gefühlston als eine der Empfindung immanente Eigenschaft ansehen und von einer eigentlichen Willenshandlung, überhaupt von einer Willensfunktion nichts wissen wollen, andererseits Wundt und seine Schule, die zur Erklärung der psychischen Funktionen den Begriff der Apperzeption, einer Willenshandlung, die mit dem subjektiven Gefühle der Aufmerksamkeit und muskulären Spannungsempfindungen einhergeht, einführte und in dieser das dominierende Prinzip, das Aktivitätselement des bewußten Psychismus erkannte.

Im folgenden will ich zu zeigen versuchen, daß Empfindung und Vorstellung, die eigentlichen Substrate für unseren Intellekt, in unserem Seelenleben, insbesondere im gestörten, eine ganz untergeordnete Rolle spielen und daß die weitaus wichtigsten und viel häufigeren Störungen aus krankhaften Willensfunktionen abzuleiten sind, daß also das voluntaristische Prinzip in der Psychologie und Psychopathologie von eminentester Bedeutung ist. Der Begriff Wille soll hierbei durchaus nicht in metaphysischem Sinne gebraucht werden, sondern, indem wir uns strenge an den empirischen psychologischen Willensbegriff halten, beabsichtigen wir zu zeigen, daß eben bei der Mehrzahl der geistigen Störungen dieses uns aus innerster Erfahrung bekannte Aktivitätsgefühl und Tätigkeitsmoment, das jedes bewußte psychische Geschehen begleitet und den subjektiven Ausdruck für die in uns wirkende Willensfunktion darstellt, Schaden leidet, wodurch tiefe Störungen in der Bewußtseinstätigkeit eintreten, die sich klinisch als das Krankheitsbild verschiedener Psychosen kundgeben.

Die Grundlage für unseren Intellekt liefern uns bekanntlich einzig und allein unsere Sinnesempfindungen und die daraus sich ableitenden Vorstellungen. In ihnen spiegelt sich die objektive Außenwelt gewissermaßen wider, wodurch wir erst Kenntnis von derselben, als der „Welt der Erscheinungen“ erlangen. Jede Einwirkung seitens der Außenwelt affiziert aber gleichzeitig auch unser eigenes Ich, wird also als Einwirkung auf das Subjekt empfunden und ruft so eine subjektiv fühlbare Reaktion, unabhängig von den der äußeren Objektivität entsprechenden Bestandteilen der Sinneswahrnehmungen und Vorstellungen, hervor. Der innerste Kern unseres Ich-Komplexes nimmt gewissermaßen für sich ganz subjektiv Stellung gegen die durch die Sinneswerkzeuge angezeigte Zustandsänderung im Sinne innerer Abwehr oder Zustimmung,

welche Stellungnahme des Ichs von uns als Lust oder Unlust empfunden wird.

Diese Seite unseres Ich-Komplexes, die eben durch die Data des Intellekts (Empfindungen, Vorstellungen) unmittelbar und primär affiziert wird, stellt eigentlich das Innerste unseres Wesens dar. Es soll mit dieser Behauptung nichts anderes als die jedem einzelnen von der Natur mitgegebene innere Anlage, in bestimmter individueller Art auf Außenwirkungen zu reagieren, gemeint sein, die erfahrungsgemäß jedem Individuum erst in bezug auf sein ganzes künftiges psychisches Verhalten den Stempel des Persönlichen, geistig Individuellen aufdrückt, wie die äußeren Formen des Körpers die jedem einzelnen eigene Körperkonfiguration ausmachen. Daß dieser integrierende Bestandteil unseres Geisteslebens a priori nichts mit Verstand, Urteil und Vernunft, kurz nichts mit den intellektuellen Funktionen zu tun hat, könnte jeder aus eigenster innerer Erfahrung bei einiger Fähigkeit zur Selbstbeobachtung wissen. Der Fähigkeit zur Perzeptivität, d. h. zur Aufnahme von Sinnesempfindungen, die dann zu Vorstellungen und Vorstellungskomplexen und schließlich zu unserem gesamten intellektuellen Inventar führen, und der oben erwähnten Fähigkeit zur Rezeptivität, d. h. der Fähigkeit, die Einwirkungen der Außenwelt innerlich mitzuerleben, also durch dieselben im Sinne von Lust oder Unlust affiziert zu werden, liegen wohl nicht verschiedene psychische Vermögen, verschiedene Qualitäten unserer Psyche zugrunde, sondern sie sind, wie ich glaube, der einheitliche Ausdruck des der Entladung psychischer Energie fähigen lebenden Hirnprotoplasmas. Die Summe der aufgespeicherten psychischen Energie dürfte vom biologischen Standpunkte aus wieder in nichts anderem als in der dem lebenden Hirngewebe innewohnenden Vitalität oder dem Bionus desselben zusammenzufassen sein. Man könnte sich die ganzen hier angedeuteten Verhältnisse insofern bildlich recht verständlich machen, als man gewissermaßen eine Dichotomie des psychischen Energiestromes, der der Sinnesempfindung zugrunde liegt, bei seinem Eintritt in das psychische Organ annimmt und sich vorstellt, daß die primäre Energiewelle sich in zwei Erregungswellen teilt, wovon die eine in das rein intellektuelle Gebiet abläuft, die andere zum Erreger für das Subjekt im Sinne von Gefühlsbetonung und Affektivität wird. Mit jeder Perzeption ist also nach dem Gesagten auch das affektive Moment infolge Reaktion des Subjektes auf die erstere unmittelbar verbunden, wiewohl natürlich nicht die Gefühlsbetonung der Vorstellung als immanenter Bestandteil beigegeben ist, sondern immer erst eine subjektive Reaktion des Individuums auf das innere Erlebnis hin bedeutet.

Der ganze Ablauf des bewußten psychischen Geschehens stellt dann eigentlich, um bildlich weiter zu sprechen, einen in sich geschlossenen

)*

Ring dar, an dessen „Anfang“ die Sinnesempfindung und an dessen „Ende“ der motorische Akt steht. Die Sinnesempfindungen führen nämlich, wie gesagt, zu Vorstellungskomplexen und zugleich zur affektiven Mitbeteiligung unseres Ich, also zur Affektivität (Gefühle, Affekte), die wieder zum treibenden Moment für unser Handeln wird und in dieser Entwicklungsphase eben Wille genannt wird, der uns subjektiv als Tätigkeitsgefühl, das mit muskulären Spannungsempfindungen verbunden ist, zum Bewußtsein kommt. In diesem Sinne soll auch in folgendem der psychologische Begriff „Wille“ nur als eine bestimmte Entwicklungsphase der allgemeinen Affektivität verstanden werden. Gefühl, Affekt, Wille sind dann eigentlich nur verschiedene Stationen auf derselben Strecke, nämlich auf der Strecke des affektiven psychischen Energiestromes.

Das psychische Geschehen in uns führt, sofern es sich in unserem Bewußtsein abspielt, entweder zu einem motorischen Endeffekt (willkürliche Handlung) oder läuft ohne sichtbare Wirkung nach außen ab (willkürliches Denken, Affekte). Beide Funktionen sind willkürliche Entäußerungen der einzelnen individuellen Psyche und spielen sich, wie gesagt, in dem Bewußtsein des einzelnen ab, in welchem sie auch als inneres Erleben bewertet werden. Außer dieser bewußten psychischen Tätigkeit (Psychisme superieur) zwingen uns bestimmte psychopathologische Zustände und auch Erfahrungen aus dem Gebiete der normalen Seelentätigkeit eine zweite Stätte psychischen Wirkens anzunehmen, die unter der Bewußtseinsschwelle liegt, also der unterbewußten Sphäre psychischer Tätigkeit (Automatisme mental) angehört, und von deren aktivem Schaffen wir nur die Endglieder der Assoziationsketten erkennen, sofern sie uns durch ihr Aufsteigen über die Bewußtseinsschwelle eben bewußt werden.

Daß wir ohne die Annahme eines sog. Unterbewußtseins (Gebiet der „latenten“ Vorstellungen) nicht auskommen, wenn wir vorurteilsfrei und ungezwungen die Tatsachen, die uns die einfache Selbstbeobachtung einerseits und die Erfahrungen auf dem Gebiete der Psychopathologie andererseits lehren, erklären oder wenigstens halbwegs verstehen wollen, zeigen uns die psychopathologischen Erscheinungen bei der Hysterie, das alternierende Bewußtsein (second état, second life) bei Psychopathen, wo für das „normale“ erste Bewußtsein das zweite sog. „Nebenbewußtsein“ immer den Charakter des Un- oder Unterbewußten haben muß, endlich auch die tagtägliche Erfahrung der momentanen blitzartigen, mit der Lösung eines Problems, eines Gedankenkomplexes, der uns in unserem wachen Bewußtsein intensiv beschäftigte, in innigstem Zusammenhange stehenden Einfälle und Gedanken, die ganz ohne unser bewußtes Zutun gleichsam wie von selbst aus un-

serem Innern emporsteigen und uns durch ihr plötzliches, ganz unerwartetes Dasein (Bewußtwerden) freudig überraschen. Wir müssen also schon beim normalen Ablauf der psychischen Funktionen neben dem Hauptbewußtsein, dem Oberbewußtsein auch ein Unterbewußtsein oder Nebenbewußtsein unterscheiden, das in strengem Sinne des Wortes eigentlich kein Bewußtsein mehr ist, weil seine Funktionen für gewöhnlich wenigstens uns im ganzen und großen unbewußt bleiben und automatisch ablaufen. Noch klarer als im normalen psychischen Leben treten die unterbewußten seelischen Funktionen in gewissen psychischen Grenzfällen (pathologische Einfälle der Psychopathen) zutage.

Das Bewußtsein — wir meinen damit in folgendem immer das Hauptbewußtsein — wird unterhalten durch den beständig ablaufenden psychischen Energiestrom, der, um wieder bildlich zu sprechen, mit einem gewissen Gefälle und einer gewissen Breite (Intensität und Extensität des Bewußtseins) eine Assoziationsreihe nach der anderen erreicht und in Tätigkeit versetzt. Der Weg, den die jeweilige psychische Aktionswelle nimmt, wird ihr im normalen Geistesleben durch die innere und äußere Apperzeption gewiesen, als denjenigen Willensvorgang, der eigentlich die ganze Richtung des psychischen Energiestromes bestimmt; denn durch die Apperzeption werden erst gewisse Assoziationsreihen in Tätigkeit versetzt und so das willkürliche Denken und Wahrnehmen, das so charakteristisch mit dem Gefühl der Aufmerksamkeit und den somatischen Spannungsgefühlen verbunden ist, ermöglicht.

Das Bewußtseinsfeld (die „Funktionsbereitschaft“ des Bewußtseins [Berze]) hat beim Geistesgesunden einen ganz bestimmten Intensitätsindex, welcher die im Aktionsstrom aufgespeicherte und in den Zeiteinheiten zur Wirkung gelangende Größe oder Menge psychischer Energie anzeigt. Dieser Intensitätsfaktor muß nun eine gewisse Größe haben, unter welche er nicht weiter sinken darf, soll das individuelle Bewußtsein jenen Grad von Klarheit (Intensität) besitzen, den wir für das normale Geistesleben zur unbedingten Voraussetzung machen müssen. Der Intensitätsindex des Bewußtseinsfeldes wäre nach Analogien bei anderen Energieformen am besten vielleicht mit dem Potentiale eines elektrischen Kraftfeldes zu vergleichen und würde wie dort direkt proportional sein dem Gefälle des psychischen Aktionsstromes, oder mit anderen Worten, dem Niveauunterschiede zwischen zwei Punkten des psychischen Energiefeldes. Das bewußte psychische Geschehen wird also um so energischer, kraftvoller und intensiver vor sich gehen, d. h. die Klarheit des Bewußtseins wird eine um so größere sein, je größer gewissermaßen das erwähnte Potentiale, der Kraftindex des psychischen Feldes ist. Den normalen Zustand, d. h.

den zu normalem Denken und Handeln nötigen Grad von Höhe und Klarheit des individuellen Bewußtseins, glaube ich, hat Berze recht treffend in dem Ausdruck Bewußtseinstonus, Biotonus des Bewußtseins zusammengefaßt, wobei der normalerweise nötige Bewußtseinsgrad eben als Tonus des Bewußtseins bezeichnet wird, wie wir ja schon seit langem mutatis mutandis von einem Nerven- und Muskeltonus zu sprechen gewohnt sind. Dieser Bewußtseinstonus des Geistesgesunden ist nun in seiner letzten Ursache auf die im lebenden Hirngewebe ständig vor sich gehenden chemischen Lebensprozesse zurückzuführen. Nur auf ein in normalem Tonus sich befindendes Bewußtsein kann die apperzeptive Tätigkeit, das eigentlich aktive Prinzip im Psychismus des einzelnen, einwirken. Die Apperzeption ist so eigentlich der Spiritus rector, das leitende Prinzip, das gleichzeitig die Bewußtseins-helle (Klarheit) beeinflußt und die einzelnen Assoziationsreihen, gewissermaßen die Instrumente, auf denen gedacht wird, durch Fortleitung der psychischen Reizwelle in Tätigkeit und Erregung versetzt und erhält.

Ich weiß sehr wohl, daß die Vertreter der Assoziationspsychologie behaupten, die Zielvorstellungen und Motivvorstellungen für das willkürliche Denken und Handeln unterscheiden sich nur durch bestimmte qualitative Attribute (Konstellation, Gefühlstöne) von den übrigen Vorstellungen des jeweiligen Bewußtseinsinhaltes und das Denken und Handeln des Menschen komme einfach nach bestimmten Assoziationsgesetzen zustande, indem die mit obigen Attributen eben ausgestatteten Vorstellungen eine dominierende, richtunggebende Führung im Bewußtsein übernehmen und so erst uns als Ziel- oder Motivvorstellung zum Bewußtsein gelangen. Wozu brauche man dann noch einen deus ex machina, eine neue qualitas occulta, die sog. Apperzeption, die ja nach den Deduktionen der Assoziationspsychologen anscheinend ganz unnötig wäre, da ja der bewußte Psychismus dann wirklich nichts anderes als ein maschinenmäßiges Getriebe wäre, wobei die prävalierenden Vorstellungen (Ziel-, Motivvorstellungen) einfach ganz ohne unser individuelles Zutun bestimmten Kraftzentren im maschinellen Betriebe zu vergleichen wären, von denen aus lebendige Kraft weiter geleitet würde über ebenfalls schon präformierte Bahnen (Assoziationsketten); das Individuum selbst wäre seinen inneren Erlebnissen gegenüber immer zur Rolle des passiven Zuschauers verdammt, während wir doch sehr wohl aus unserer allereigensten, inneren Erfahrung wissen, daß wir bei all diesen inneren Vorgängen gerade das Gefühl aktiver Tätigkeit haben und das Produkt dieser Tätigkeit eben als unser geistiges Eigentum ansprechen müssen. Der Grundirrtum, der zu solchen der inneren Erfahrung eigentlich direkt widersprechenden Behauptungen führen konnte, ist in dem Vorurteile von der Immanenz der

Gefühlsbetonung der einzelnen Empfindungen und Vorstellungen zu suchen. Unter der Annahme einer den Vorstellungen immanenten Gefühlsbetonung erscheint allerdings der ganze Psychismus (Psychisme superieur) nichts weiter als ein in Gang gesetztes Räderwerk zu sein ohne individuelles Gepräge und ohne Aktivität des Subjektes. Die infolge ihres Gefühlstones prävalierenden Vorstellungen beherrschen ohne unser Zutun eigentlich allein den Ablauf und die Richtung des Assoziationsmechanismus. Nun beruht aber das ganze in der Phantasie errichtete Gebäude auf falschen Voraussetzungen. Die verschiedenen Vorstellungen und Empfindungen haben eben gerade, wie eingangs ausgeführt wurde, keinen ihnen immanenten Gefühlston, wie die Assoziationspsychologen behaupten, sondern der jeweilige Gefühlston, der eine Vorstellung begleitet, entspricht einer aktiven Reaktion der Psyche des Individuums auf die vom Intellekt ihm zugeführten Erlebnisse. Die intellektuellen Funktionen haben sich phylogenetisch aufsteigend bis zu dem Grade der Vollkommenheit des menschlichen Intellekts immer in der einen Zweckrichtung entwickelt, dem Individuum Nachrichten über die Außenwelt (Wahrnehmungen, Sinneseindrücke) zu geben, um es instand zu setzen, situationsgemäß und zweckmäßig sich zu verhalten und zu handeln. Der primitivere Intellekt, wie wir ihn auch bei den Tieren bereits ausgeprägt finden, ist auf das unmittelbare Erkennen und sinnliche Anschauen beschränkt, er ist imstande, Ursache und Folge, also allgemeine Kausalitätsbeziehungen zu beurteilen und herauszufinden, wenn sich ihm unmittelbar die entsprechenden Sinneseindrücke in einer sukzessiven Reihe von Erscheinungen darbieten. Der menschliche Intellekt ist dagegen imstande, nicht nur grob sinnlich, auf Anschauung beruhend zu denken, sondern er ist durch die Wortvorstellungen der Sprache so unendlich vervollkommnet, daß er auch mit ganz abstrakten Vorstellungen und allgemeinen Begriffen zu operieren versteht und so eigentlich erst im abstrakten begrifflichen Denken sein wahres und ihm angemessenes Arbeitsfeld findet. Schopenhauer schreibt ganz richtig die Fähigkeit zur unmittelbaren sinnlichen Erkenntnis, die Fähigkeit, Kausalitätsverhältnisse richtig zu erfassen, den Funktionen des Verstandes zu und scheidet streng davon die Aufgabe der Vernunft, die eben im abstrakten begrifflichen Denken, im Operieren mit Begriffen besteht. Der menschliche Intellekt hat also nur die Rolle eines Berichterstatters für das Subjekt übertragen bekommen, um dasjenige Quale unserer Psyche, das eben primär und noch außer dem Intellekt in uns wohnt, stetig über die Vorgänge der Außenwelt im laufenden zu erhalten. Das psychische Leben, der ganze Psychisme superieur des Individuums besteht eigentlich nur in einem beständigen Affiziertwerden des Subjektes durch die Data des Intellekts oder durch die in der Körperlich-

keit vor sich gehenden vasomotorischen Gesamtveränderungen mit entsprechender Reaktion des Individuums im Sinne einer Willenshandlung oder eines Affektvorganges. Die Reaktionen des Subjektes auf die vom Intellekt gelieferten Vorstellungen und Wahrnehmungen werden nun erst den letzteren den sog. „immanenten“ Gefühlston im Sinne der in dem einzelnen Individuum verkörperten inneren Anlage verleihen und damit dieselben in einem gegebenen Zeitmomente zu im Interesse des Subjekts gelegenen hochwertigen Ziel- oder Motivvorstellungen emporheben oder infolge negativer Gefühlsbetonung (Reaktion des Subjektes im ablehnenden Sinne) dieselben alsbald aus dem Bewußtseinsinhalt ausschalten.

Aus unseren kurzen Auseinandersetzungen erkennen wir bereits, daß unser Wollen, eine eigentlich immer zur Aktivität drängende psychische Tätigkeit, die den inneren Kern jedes Seelenlebens ausmacht (Schopenhauer), einerseits aktiv in unserem Psychismus zur Geltung kommt und da als apperzeptive Tätigkeit oder kurzweg Apperzeption, die immer nur als Willensvorgang verstanden werden muß, die führende Rolle übernimmt und so zu dem das Denken, bewußte Wahrnehmen (Erkennen) und bewußte Handeln auslösenden und anregenden Kraftmomente wird, andererseits aber auch als bestimmte Entwicklungsphase unserer Affektivität in obigem Sinne aufgefaßt in der rezeptiven Fähigkeit unserer Psyche begründet ist, nämlich in der Fähigkeit, auf einströmende Sinneseindrücke und Gedanken im positiven oder negativen Sinn zu reagieren, woraus erst die Gefühlsbetonung der Vorstellungen abgeleitet werden konnte. Aber nicht nur durch Veränderungen in der Außenwelt, wie sie uns durch den Intellekt zugeführt werden, wird unser innerstes Wesen affiziert und mithin zur Reaktion angeregt, sondern auch durch die in jedem Zeitmomente vor sich gehenden feinsten Veränderungen im Gebiete unserer Körperlichkeit fließen uns Reizquellen zu, die psychisch unbewußt uns beeinflussen und als Grundton unserer jeweiligen Stimmungslage uns wieder gewissermaßen retrospektiv bewußt werden. Unter diesen feinsten Veränderungen in unserem Körper verstehe ich die fortwährend wechselnden Lebensvorgänge in der lebenden Substanz der kleinsten Capillaren, die ständigen respiratorischen, sekretorischen und vasomotorischen Veränderungen, oder kürzer ausgedrückt, den ständig wechselnden Bionus im gesamten Vasomotorium.

Aus dem ganzen Vorhergehenden können wir bezüglich Intellekt und Willen und deren gegenseitiges Verhältnis folgende Schlußfolgerungen ableiten: Der Wille in oben auseinandergesetztem Sinne ist einerseits als aktives Prinzip in unserem Psychismus tätig und leitet in diesem Sinne als Apperzeption unsere ganze Bewußtseinstätigkeit, andererseits ist er seiner Entwicklung nach ausschließlich von unserer Affektivität

abhängig, stellt nichts anderes dar als die zum aktiv treibenden Moment gewordenen Affekte und ist in letzter Linie auf die beständig wechselnden Veränderungen in unserer Körperlichkeit und auf die äußeren Sinneseindrücke, auf welche unser Ich vermöge seiner Wesenheit mit einer Gefühlsreaktion im Sinne von Lust oder Unlust antworten muß, zurückzuführen. Diese jeweiligen Reaktionen des affizierten Ichs werden uns als Stimmungslage oder, in gesteigertem Maße, als Affekte bewußt.

Unter intellektuellen Prozessen möchte ich die bewußten Wahrnehmungen und das bewußte Vorstellungsleben verstanden wissen, wobei es sich beim Vorstellungsleben nicht nur um Vorstellen von Objekten der Außenwelt und abstrakte Begriffe, sondern auch um ein Vorstellen von Affekten handelt, so daß also bereits vorgestellte Affekte ebenso unseren Willen anregen wie Vorstellungen anderer Art. Der Wille in obigem psychologischen Sinne, der in der Affektivität begründet und aus ihren Grundlagen hervorgegangen ist, spielt demnach im ganzen Psychismus die erste Rolle, und mit vollem Rechte kann man auch in psychologischer Bedeutung von einem Primat des Willens, wie Schopenhauer dies für den metaphysischen Willensbegriff bewiesen hat, sprechen. Der Intellekt (Vernunft und Verstandesfähigkeiten, Residuen des Wahrnehmungsvorganges = Vorstellungen, Gedächtnis) ist für sich allein überhaupt nie tätig, sondern funktioniert nur im Bewußtsein im Vereine und unter Leitung der Apperzeption, nachdem ja die Funktionen des normalen Bewußtseins ein einheitliches Kontinuum darstellen, in dem die intellektuellen und Willensfähigkeiten gleichzeitig zur Geltung kommen. Die psychischen Fähigkeiten kommen immer nur im engen Zusammenhange untereinander, also jede Vorstellung assoziiert mit Gefühls- und Willensmomenten und umgekehrt, im Seelenleben zur Geltung.

Die Qualität des Denkens, die geistige Kapazität und Wertigkeit des einzelnen wird nach dem Vorhergehenden demnach hauptsächlich von zweierlei Momenten abhängen: erstens einmal von dem zur Verfügung stehenden Material zum Denken überhaupt, d. h. je größer das Material zum Denken ist, je allumfassender, tiefer die allgemeine Bildung ist, desto geistig höher stehender wird das betreffende Individuum sein; denn es ist klar, daß von zwei verschiedenen Menschen derjenige uns durch seine geleistete Denkarbeit mehr in Erstaunen setzen wird, bei dem sich auf Grund seiner Wahrnehmungen, Empfindungen und Vorstellungen, also auf Grund dessen, was ihm seine Bildung gegeben hat, weitverzweigtere, leicht erregbare Assoziationsketten und Reihen in seinem Assoziationsorgan vorgebildet finden, weil diese gewissermaßen das „materielle“ Substrat zu den Denkopoperationen abgeben, ohne welche das eigentliche psychische Agens (Apperzeption) ebensowenig wirken kann, wie der genialste Feldherr niemals einen Schlachtenplan wird wirklichen können, ohne eine gewisse Anzahl ihm zur Verfügung ste-

hender Truppen; zweitens aber wird es bei der Beurteilung der Qualität des Denkens nicht nur auf die Zahl der „Bausteine“ zu den Denkopoperationen ankommen, sondern auch hauptsächlich auf den Lenker und Leiter, auf die Art des wirksamen Prinzips, d. h. auf das Quale der jeweiligen apperzeptiven Funktion. Je größer die psychische Energie ist, mit der die Apperzeption verbunden ist, je größer der sogenannte Kraftindex des Bewußtseinsfeldes, demnach je größer der Bewußtseinstonus des einzelnen ist, desto qualitativ höherstehender werden wir die Denkopoperationen des Betreffenden zu bewerten haben. Eine geniale geistige Veranlagung würden wir nach dem Gesagten dann vor uns haben, wenn wir einerseits einen weitverzweigten, die verschiedensten Assoziationszentren des Gehirns in Verbindung setzenden Assoziationsmechanismus vorfinden, andererseits die apperzeptive Fähigkeit und der Biotonus des Bewußtseins in dem betreffenden Psychismus den denkbar höchsten Grad und damit das individuelle Bewußtsein den größten Kraftindex, den größten Grad von Helle und Klarheit erreicht hätte.

Außer den im vorhergehenden kurz besprochenen Tatsachen des bewußten Seelenlebens, der durch die Apperzeption geleiteten Bewußtseinstätigkeit, welche die Franzosen mit dem Ausdruck Psychisme superieur zusammenfassen, müssen wir noch eine unterbewußte Geistes-tätigkeit bereits im normalen Geistesleben anerkennen, die bei den verschiedensten psychopathologischen Zuständen, wie wir später sehen werden, aber auch schon normalerweise eine Rolle spielen und der innersten Erfahrung und Erkenntnis zugänglich sind. Tagtäglich können wir bei einiger Fähigkeit zu vorurteilsfreier Selbstbeobachtung konstatieren, daß bei Abnahme der Funktionen unseres Oberbewußtseins (wachen Bewußtseins) der psychische Automatismus, das psychische Wirken unterhalb der Bewußtseinschwelle in unserem Innern reger wird und einzelne psychische Gebilde (Gedanken, Gefühle) aus der Tiefe des Unbewußten in unser schon halb und halb gelähmtes Bewußtsein emporsteigen läßt. So erklären sich die oft in rascher Aufeinanderfolge und meist untereinander ganz unzusammenhängenden Gedankenreihen, die in unser Bewußtsein einströmen, wenn wir einzuschlafen beginnen, uns also in dem bekannten Halbschlummer befinden, wobei unser im wachen Zustande funktionierendes Bewußtsein noch nicht durch die im Organismus angehäuften Ermüdungstoffe so tief gelähmt ist, um nicht noch imstande zu sein, stärkere Sinneseindrücke zu perzipieren, eventuell auch zu apperzipieren, wobei aber die Energie, der Biotonus des Bewußtseins, doch bereits so erheblich abgenommen hat, daß es nicht mehr imstande ist, die aus der unbewußten Sphäre der Geistestätigkeit immer wieder auftauchenden Gedanken zurückzudämmen und ihnen den Eingang ins Bewußtseinsfeld zu verwehren. Dieselben Beobachtungen können wir bei den verschiedenartigsten sonstigen Geisteszuständen

machen, soferne denselben gemeinsam eine Abnahme der wachen Bewußtseinstätigkeit infolge Ermüdung der lebenden Hirnsubstanz zugrunde liegt. So „verwirren“ sich uns die Gedanken nach langer, anstrengender, mit voller Apperzeptionskraft vor sich gehender geistiger Arbeit, eben weil die Apperzeption, ein Attribut der lebenden Hirnmasse, allmählich erlahmt und wie jede Funktion des lebenden Protoplasmas sich eben mit der Zeit erschöpft, wenn nicht Ruhepausen zum Ausgleich der verbrauchten Energie eingeschaltet werden. Wir sagen: „es verwirren sich unsere Gedanken“, weil wir selbst das Gefühl haben, daß wir die Zügel für weitere geistige Operationen verloren haben, daß wir ohne unser aktives Zutun und unfreiwillig ein Spiel unserer Gedanken geworden sind.

Diese zuletzt erwähnten Tatsachen führen uns eigentlich schon unmittelbar zu den Erscheinungen, wie sie uns in psychopathologischen Zuständen entgegentreten. Nach Groß besteht die Hauptfunktion des normalen Bewußtseins in der Koordination und dem Zusammenfassen der sukzessiven und synchronen inneren Erlebnisse zu einem gemeinsamen Ganzen, dem Kontinuum des Bewußtseins, was wir als Einheit des Bewußtseins fühlen. Diese Höchsfunktion des Bewußtseins ist der Ausfluß der ungeschwächt vonstatten gehenden apperzeptiven Tätigkeit, die durch ihre das Bewußtseinsfeld überstrahlende Energie es zugleich unmöglich macht, daß Glieder psychischer „Nebenreihen“ (aus dem Unbewußten) störend in den Ablauf der Bewußtseinstätigkeit eingreifen. Bei Abnahme dieser Höchsfunktion infolge Hypotonie des Bewußtseins und sekundärem Nachlassen der Apperzeption (Berze) ist gewissermaßen die Sperre zwischen Ober- und Unterbewußtsein weggefallen, die Kräfteindices beider Bewußtseinsphären haben sich einander genähert und die psychischen Nebenreihen können trotz ihrer geringen Energie das Bewußtseinsfeld bei ihrem Auftauchen ins Bewußtsein doch beleuchten, d. h. uns bewußt werden, weil die Energie des Hauptbewußtseins, die früher alles aus dem Unterbewußten Emporstiegende überstrahlte, an Intensität eben wesentlich abgenommen hat.

Von derartigen schon im normalen Psychismus begründeten Erfahrungen ausgehend können wir nunmehr auch leichter einen Schlüssel und ein psychologisches Verständnis für die verschiedensten Erscheinungen der Psychopathologie gewinnen. Die leichtesten Grade einer Alteration des biochemischen Gleichgewichtes der äußerst empfindlichen Hirnsubstanz, wie es zum normalen Ablauf der Bewußtseinsphänomene eben nötig ist, wird gerade zuerst zu Störungen der erwähnten psychischen Höchsfunktion führen; denn diese stellt gewissermaßen das feinste Reagens dar, auf Grund dessen wir den normalen Psychismus beurteilen können. Als materiellen Parallelvorgang für diese hochwertige psychische Energieleistung müssen wir uns die äußerst subtilen und kompli-

zierten chemischen Veränderungen in den Zellen der lebenden Hirnmasse vorstellen, so daß also der psychischen Energie auf somatischem Gebiete bestimmte Zustandsänderungen im Biochemismus der lebenden Hirnsubstanz entsprechen, womit aber keineswegs gesagt werden soll, daß mit diesen angenommenen Alterationen der materiellen Reihe zugleich auch erschöpfend und verständlich das Wesen der psychischen Energie erkannt werden kann. Ich glaube vielmehr, das innerste Wesen dieser höchsten Energieform, die uns die Natur in ihrem unermeßlichen Reiche der Erscheinungen in so vollendetem Maße in dem menschlichen Bewußtsein vor Augen führt, wird den engbegrenzten Erkenntnisformen unseres Intellekts nie zugänglich sein und die alte, aber immer neue Frage nach dem Quale dieser Kraft wird von unserem Intellekt ebenso ungelöst bleiben, wie die Frage nach dem innersten Kern der in ihren Erscheinungsformen sonst so gut gekannten anderen Naturkräfte.

Die supponierten feinsten biochemischen Veränderungen des Hirngewebes, die zu den erwähnten Störungen der höchsten Funktionen des Bewußtseins Anlaß geben sollen, können natürlich durch die verschiedensten exogenen Schädlichkeiten, also vor allem durch allgemeine Stoffwechselstörungen, Schädeltraumen, Intoxikationen und Infektionen, aber auch durch eine besondere endogene Veranlagung im Sinne einer gesteigerten Labilität des biochemischen Gleichgewichtes bedingt sein. So könnte man sich vorstellen, daß dieselben Schädlichkeiten, welche durch die infolge des Lebensprozesses entstehenden giftigen Stoffwechselprodukte des Körpers geliefert werden, ein normal widerstandsfähiges Gehirn nicht weiter alterieren, dagegen bei einem endogen minderwertigen Assoziationsorgan (z. B. infolge Labilität des Biochemismus) bereits Störungen hervorrufen, die infolge der Andauer der auslösenden Ursache eventuell zu später immer tiefer greifenden Schädigungen des ganzen Hirnmechanismus führen, wobei dann nicht bloß jene besprochenen höchsten psychischen Funktionen Schaden leiden werden, sondern in einzelnen Fällen die Schädigung zu einer die Assoziationssysteme in Mitleidenschaft ziehenden und daher zu unheilbaren psychischen Defektsymptomen (Demenz) führenden Krankheitsursache wird (Autointoxikationstheorie der Dementia praecox; Berze, Über die hereditären Beziehungen der Dementia praecox). Stärker wirkende und akuter einsetzende exogene Schädlichkeiten werden natürlich auch imstande sein, den Biochemismus eines a priori rüstigen Gehirnes schwer zu alterieren und so die auslösende Ursache für akute Psychosen werden, bei denen wir dann meist auch das Bild schwerster Assoziationsstörungen, einer Lockerung und Auflösung des normalen Assoziationsgefüges, vor uns haben mit den mannigfaltigsten Reiz- und Lähmungserscheinungen seitens des Assoziationsorganes (akute Verwirrheitszustände und Delirien bei Intoxikationen, Infektionen und Erschöpfungszuständen).

Dabei werden wir bei genauerem Studium des Verlaufes der einzelnen Psychosen konstatieren können, daß im Beginne der schweren akuten Verwirrheitszustände, also jener Gruppe von Geistesstörungen, deren Krankheitsursache nach dem Vorhergehenden als eine intensiv wirkende und auch ein früher ganz gesundes Gehirn schwer alterierende angenommen werden muß, vorzugsweise jene Symptome im Vordergrunde des klinischen Bildes stehen, die wir sonst in anderen Fällen, wo weniger intensiv wirkende exogene Schädlichkeiten infolge minderwertiger Hirnanlage bereits zu geistigen Störungen führen, als Krankheitserscheinungen einer mehr chronisch verlaufenden Psychose kennen. So ist es ja allbekannt, daß sehr häufig die akuten Verwirrheitszustände sich mit einer paranoiden oder depressiven Phase einleiten, worauf erst die schwerere Störung der vollkommenen Dissoziation und Dissolution des Assoziationsgefüges, also klinisch das Bild der Verwirrtheit einsetzt. Gemäß unseren obigen Auseinandersetzungen, wonach die primäre und wesentliche Rolle im Psychismus dem Willen — sei es als Apperzeption, sei es als Endergebnis unserer Stimmungslage und Affekte und damit unseres Gefühls- und Trieblebens — zufällt und der eigentliche Intellekt immer nur eine sekundäre Rolle spielt, werden wir auch erwarten müssen, daß bei den Geistesstörungen ganz allgemein der Wille viel häufiger und schon bei leichteren Formen derselben in Mitleidenschaft gezogen und so dessen Alteration zur eigentlichen psychologischen Grundlage der Psychose wird, während die rein intellektuellen Funktionen viel seltener Schaden leiden, wenn aber, dann auch bereits viel schwerere, tiefer greifendere psychische Störungen (Verwirrtheit, Demenz) vorliegen, weil eben in diesen Fällen neben oder abgesehen von dem Baumeister (Wille, Apperzeption) auch bereits das Baumaterial (Vorstellungen, Begriffe, Assoziationsreihen, Gedächtnis) schwer geschädigt und eventuell ganz unbrauchbar geworden ist. Diese unmittelbar aus unserer Auffassung über den Ablauf der psychischen Funktionen sich ergebende Erwartung finden wir auch in der Klinik der Psychosen bestätigt. Wenn wir von den den Psychosen zugrunde liegenden psychologischen Grundphänomenen ausgehen wollen, so werden wir eine große Anzahl von Geistesstörungen finden, in denen sich die ganzen komplizierten Erscheinungen der Psychose ungezwungen auf ein psychopathologisches Grundsymptom zurückführen lassen, wobei wir wieder konstatieren werden können, daß in der großen Mehrzahl der Fälle dieses einer Willensstörung im weiteren Sinne gleichkommt, ja wir werden finden, daß die Willensstörung eben das ganze Wesen der Psychose ausmacht, während Störungen des Intellekts (Gedächtnis, Vorstellungs-, Begriffsschatz) entweder ganz fehlen oder nur eine sekundäre Rolle spielen.

Wir wollen nun versuchen, ausgehend von der theoretischen Trennung der Bewußtseinstätigkeit in Funktionen des Willens und des Intellekts,

die uns aus der Klinik der Psychosen im allgemeinen bekannten Krankheitserscheinungen auf psychopathologische Grundstörungen zurückzuführen. Die Willensfunktionen in unserem Sinne umfassen nach dem Gesagten die innere und äußere, aktive und passive Apperzeption (Wundt) und die Affekte in einer bestimmten Entwicklungsphase, in der sie bereits den motorischen Impuls zum Handeln in sich bergen. Wir müßten demnach unter den Willensstörungen vorzugsweise die Apperzeptionsstörungen und die Affektstörungen im obigen Sinne unterscheiden. Berze hat bereits in seinen grundlegenden Arbeiten über die Primärsymptome bei Paranoia und Dementia praecox ausgeführt, daß es sich in beiden Fällen im wesentlichen um Störungen der passiven resp. aktiven Apperzeption und des Biotonus des Bewußtseins handelt. In paranoiden Krankheitsfällen wird infolge Störungen der passiven Apperzeption in dem Kranken das Gefühl des Erleidens durch die Sinneseindrücke und damit die psychologische Grundlage zu den weiteren paranoiden Wahnideen geschaffen, in vielen Fällen von Dementia praecox kommt es zu einer allgemeinen Hypotonie des Bewußtseins und sekundärem Nachlassen der aktiven apperzeptiven Tätigkeit, woraus Berze wieder die Bewußtseinsdissoziation (alternierendes Bewußtsein, Hervortreten der Nebenreihen, die als impulsive, „fremde“ Einfälle und Handlungen beim Kranken auftauchen usw.) ableitet.

Diese Hypotonie des Bewußtseins ist natürlich, wie Berze ebenfalls erwähnt, kein der Dementia praecox charakteristisches Krankheits-symptom, sondern wird bei allen möglichen klinischen Krankheitsbildern zutage treten, sofern nur Bedingungen gegeben sind, die zu einem Absinken des Biotonus des Bewußtseins Anlaß geben. Dieses Nachlassen des Bewußtseinstonus (Absinken des Kraftindex des Bewußtseinsfeldes) empfinden die Kranken einerseits als Erschwerung im Denken, das bis zum vollkommenen Stupor führen kann, andererseits infolge Auftauchens der oben erwähnten psychischen Nebenreihen aus dem Unterbewußtsein in das Hauptbewußtsein, das eben bei der Abnahme seines Tonus nicht mehr imstande ist, derartige psychische Gebilde „aus der Tiefe“ zurückzudämmen, als eine Beeinflussung ihres eigenen ihnen bewußten Willens durch fremde Macht. Es stellt sich dann als notwendige Folge bei derartigen Kranken das Gefühl ein, daß bestimmte Handlungen, die sie ausführen „müssen“, gar nicht ihrem eigenen selbstbewußten Ich entsprechen, sondern auf „Suggestion“, fremder Beeinflussung beruhen, weil eben, wie erwähnt, bei diesen im Unterbewußtsein, in den „Nebenreihen“ zur Reife gelangten psychomotorischen Akten nur die Endglieder als fertige psychische Gebilde ins Hauptbewußtsein treten und da vom Ichbewußtsein (Hauptbewußtsein) als fremde Gedanken und Impulse zu Handlungen empfunden werden. Mit dem Absinken des Biotonus des Bewußtseins und der aktiven Apperzeption ist recht häufig

auch eine Störung im Ablauf des passiven Apperzeptionsvorganges verbunden, wodurch psychologisch nach den Ausführungen Berzes die paranoiden Symptome (paranoide Wahnideen, paranoide Ratlosigkeit) entstehen müssen. Wenn wir nur die vielfachen psychopathologischen Erscheinungen ins Auge fassen, die sich ungezwungen aus den vorerwähnten Apperzeptionsstörungen im Verein mit einer Hypotonie des Bewußtseins ergeben, können wir uns theoretisch nahezu alle Varianten im klinischen Verlaufe der subakut und chronisch verlaufenden Psychosen, die heute der *Dementia praecox* zugezählt werden, konstruieren. Denkerschwernis bis zur Hemmung und Stupor, paranoide Ideen, paranoide Ratlosigkeit, Interesselosigkeit, Autismus, mangelnde Hemmung der Affekte durch Erlahmen der apperzeptiven Tätigkeit, Auftauchen von Zwangsimpulsen, „plötzlichen“, unmotivierten Einfällen, Querhandlungen, „raptusartige“ motorische Akte, wären beiläufig diejenigen psychopathischen Erscheinungen, die sich aus den Apperzeptionsstörungen und der Hypotonie des Bewußtseins ableiten lassen und die gewöhnlich der betreffenden Psychose das charakteristische Gepräge geben.

Berücksichtigen wir noch die besondere Art der Affektstörungen, die derartigen Kranken zu eigen ist, woraus sich wieder die Regellosigkeit, Unverständlichkeit, die Inkoordination zwischen Affekt und Handeln erklären läßt, so wird immer mehr Klarheit und psychologisches Verständnis in das bunte Gewirr psychopathologischer Krankheitserscheinungen, wie sie uns in dem klinischen Bilde derartiger Psychosen entgegenreten, hineingebracht.

Die erwähnten Störungen der psychischen Höchstfunktionen des Assoziationsorganes können natürlich bei den verschiedensten klinischen Krankheitsbildern in Erscheinung treten und werden einmal bedingt sein dadurch, daß ein schon in der Anlage etwas minderwertiges Assoziationsorgan, wie oben erwähnt, bereits den Giften des normalen, zum Lebensprozeß notwendigen Stoffwechselumsatzes und eventueller Dysfunktion der endokrinen Drüsen erliegt und so funktionell erlahmt (*Dementia praecox*); in anderen Fällen werden die psychischen Krankheitserscheinungen dadurch zustande kommen, daß das lebende Hirngewebe infolge beginnender allgemeiner cerebraler Zirkulationsstörungen in seinem Biotonus nachläßt (paranoide Fälle im Praesanium), wobei die daraus entstehenden funktionellen Störungen unter entsprechender schonender und roborierender Therapie sich wieder ausgleichen oder aber, wenn die anatomischen Grundlagen (Atheromatose) für das Zustandekommen derartiger psychischer Symptome zu vorgeschritten oder gar progressiv sind, nur als Vorläufer schwerer nekrobiotischer, auch die Assoziationsreihen und die materiellen Residuen für das Vorstellungsleben schädigender Veränderungen im Sinne einer *Dementia senilis* be-

wertet werden müssen. Auch die chronisch so deletär wirkende Noxe, die der paralytischen Stoffwechselerkrankung zugrunde liegt, kann im Beginn des Leidens die erwähnten Störungen hervorrufen, ebenso bestimmte chronische Intoxikationen (Alkoholismus). Interessant sind dies bezüglich jene Fälle von progressiver Paralyse, wo sich das schwere Hirnleiden zuerst durch das Auftreten eines transitorischen psychischen Dämmerungszustandes kundgibt.

So sehen wir also, daß auf der einen Seite Affekt, Wille und Psychomotilität, zusammengehören, wesensgleiche und einheitlich funktionierende Faktoren im Psychismus, zugleich das wirklich aktive Prinzip unseres ganzen Geisteslebens darstellen, während andererseits der Intellekt solange ein *Caput mortuum* bleibt, als er nicht durch die Apperzeption (Wille) angeregt und in Funktion versetzt wird. Wenn der Mechanismus der Affekte und der zum Teil dadurch bewirkten Apperzeptionserregung gestört ist, wird sich bei dem Subjekt als erster Grad affektiver Störung eine Interesselosigkeit kundgeben, die als Leere „im Kopfe“, als Willens- und Denkfähigkeit empfunden wird. Bei schwereren derartigen Störungen in den somatischen Grundlagen der Affekte und mangelnder assoziativer Einwirkung derselben auf das Vorstellungsleben werden wir die bekannten psychopathologischen Symptome psychomotorischer Hemmung, die bis zum Stupor sich steigern kann, erkennen. Beim Infunktions-treten des rein somatischen Apparates der Affekte können wir bei derartigen Kranken wohl noch scheinbar Affektäußerungen wahrnehmen, aber ohne eigentliches psychisches Korrelat, ohne psychischen Inhalt, rein äußerlich unter dem Bilde des Affektvorganges ablaufend, weil eben die Affekttempfindung nicht mehr imstande ist, reizauslösend auf das Vorstellungsleben assoziativ einzuwirken.

Als zweite große Hauptgruppe psychopathologischer Krankheits-symptome wären dann die intellektuellen Störungen *sensu strictiori* zu erwähnen. Störungen in den perzeptiven Funktionen unseres psychischen Organs führen notwendigerweise zu schweren formalen intellektuellen Krankheitserscheinungen, da ja unser ganzer Intellekt nur auf der richtigen Perzeption der Außenwelt basiert. Krankhafte Erscheinungen beim Ablauf des Wahrnehmungsvorganges (Halluzinationen), Schädigungen des materiellen Substrates des Gedächtnisses, Lähmung und Destruktion in den Assoziationsbahnen und Ganglienzellen, Lockerung der Assoziationsgefüge führen natürlich insgesamt zu schweren intellektuellen Störungen, zu formalen Denkstörungen, Bewußtseinsverfälschungen oder Demenzercheinungen.

Wir hätten damit eine Art Einteilungsgrund für die gesamten Psychosen gefunden, auf Grund dessen das ganze Gebiet der Psychiatrie in Intellekt- und Affekt- bzw. Willenspsychosen zerfallen würde. Wie

bekannt, hat Ziehen bereits diese Einteilung der Geistesstörungen in Intellekt- und Affektpsychosen anerkannt, nur mit dem Zusatze, daß er Willenspsychosen im engeren Sinne eben gemäß seiner psychologischen Grundauffassungen gar nicht anerkennen will. Wir haben aber gerade in der Affektivität einen Entstehungsmechanismus für unsere psychische Aktivität kennen gelernt und den Willen gewissermaßen nur als eine Entwicklungsphase der ersteren betrachtet, sofern eben unsere Gefühle und Affekte zum treibenden, zur Aktivität drängenden Momente in unserem Bewußtseinsorgane geworden sind, in welchem Falle wir eben nicht mehr von Affekten, sondern von Willensregungen sprechen. Wenn wir daher den Ausdruck Affektpsychosen beibehalten, so wollen wir darunter nicht nur die reinen affektiven Störungen unseres Seelenlebens, sondern ebenso auch die Störungen der Willensfunktionen im engeren Sinne des Wortes verstanden wissen, auf welche letztere wir gerade beim krankhaften Handeln der Geistesgestörten den größten Wert legen möchten. Natürlich werden wir bei einer speziellen Psychose immer Störungen der einen Sphäre mit solchen der anderen verquickt finden, es werden also in jedem Falle von Geistesstörung meist Störungen des Affektlebens und der Willensfunktionen ebenso wie rein intellektuelle (formale) Störungen aufzudecken sein, immer würden wir aber ein ausschlaggebendes Überwiegen entweder der Affekt-Willensstörungen oder der rein intellektuellen Ausfallssymptome konstatieren können. Durch die Anerkennung gerade dieser großen Gruppe der Affektpsychosen in obigem Sinne könnte sich unsere Wissenschaft auch viel praktischen Gewinn versprechen; denn wenn die Lehre von reinen Willensstörungen in unserem Sinne auch bei den in psychiatrischen Fragen in Betracht kommenden forensisch-juridischen Faktoren sich das Anerkennungsrecht erwerben könnte, dann würden auch diese letzteren erkennen, daß ein psychopathologisches Gebaren trotz intaktester Intelligenz und bei vollkommener Klarheit und Orientierungsfähigkeit des Patienten vorliegen kann, und es würde dann selbstverständlich von juridischer Seite nicht mehr soviel Gewicht auf das Vorhandensein rein intellektueller Krankheitssymptome oder formaler Bewußtseinsstörungen (Bewußtlosigkeit, Gedächtnisschwäche, Demenz, Wahnideen) gelegt werden und so ein bis jetzt noch immer heikles Gebiet unangenehmer Kontroversen zwischen Psychiatern und Juristen nahezu ganz aus der Welt geschafft sein. Gerade bei der *Dementia praecox* haben wir ja in vielen Fällen gar keine eigentliche Demenz vor uns, nämlich eine Demenz im Sinne von grob intellektuellen, den Bewußtseinsinhalt betreffenden Ausfallssymptomen, sondern vielmehr eine vorgetäuschte Pseudodemenz, die eben ihren letzten Grund in Willensstörungen hat, in dem Fehlen des einheitlichen regulativen Prinzips des ganzen Psychismus, in einer Störung der Bewußtseinstätigkeit (Bewußtseinsspaltung, Auftreten von

Nebenreihen usw.) infolge Absinkens des Biotonus des Bewußtseinsfeldes und sekundärem Erlahmen der Apperzeption (Berze).

Zum Schlusse möchte ich mir noch die Bemerkung erlauben, daß es ebenfalls im Interesse der Entwicklung unserer Wissenschaft gelegen wäre, wenn sich deren Vertreter nicht so sehr in detaillierter Kleinarbeit erschöpfen würden, wobei man notgedrungen immer mehr den weiteren Blick für das gesamte Ganze verlieren muß, sondern ab und zu auch wieder einmal das Werk irgendeines wirklichen großen Denkers zur Hand nehmen und zu ihrer Erholung es durchblättern würden. Ich bin überzeugt, daß nicht wenige daraus auch für psychologisch-psychiatrische Fragen Anregung und die Lösung mancher Zweifel finden würden. Eingedenk dieser hier gebrachten Aufmunterung zum Studium psychologisch-philosophischer Schriften, wobei man nie den selbständigen Standpunkt des naturwissenschaftlich denkenden Mediziners aufzugeben braucht, soferne man nur Anregung von der Fülle der in solchen Werken oft niedergelegten Gedanken zu weiterem selbständigen Denken sucht und sich nicht dogmatisch an irgendein philosophisches System anklammern will, glaube ich meine Ausführungen nicht besser beschließen zu können, als indem ich, gerade zum Beweise meiner letzten Behauptung, einen aus der Reihe dieser Weltfremden, Suchenden das Wort selbst führen lasse, um damit zu zeigen, in wie scharfen und klaren Ausdrücken ein nicht zur Fachgilde Gehöriger, aber an tiefes, ernstes Denken gewöhnter Kopf auch in psychologischen Fragen die Sprache zu meistern versteht.

So legt Schopenhauer, der Vertreter der Lehre vom Primat des Willens (im metaphysischen Sinne), in dem Kapitel über Gedankenassoziationen folgende Ansicht darüber nieder: „Überhaupt ist in der Wirklichkeit der Gedankenprozeß unseres Innern nicht so einfach wie die Theorie desselben, da hier vielerlei ineinandergreift. Vergleichen wir, um uns die Sache zu veranschaulichen, unser Bewußtsein mit einem Wasser von einiger Tiefe, so sind die deutlich bewußten Gedanken bloß die Oberfläche, die Masse hingegen ist das Undeutliche, die Gefühle, die Nachempfindungen der Anschauungen und des Erfahrenen überhaupt, versetzt mit der eigenen Stimmung unseres Willens, welcher der Kern unseres Wesens ist. Die Masse des ganzen Bewußtseins ist nun mehr oder weniger nach Maßgabe der intellektuellen Lebendigkeit in steter Bewegung, und was infolge dieser auf die Oberfläche steigt, sind die klaren Bilder der Phantasie oder die deutlichen, bewußten, in Worten ausgedrückten Gedanken und die Beschlüsse des Willens. Selten liegt der ganze Prozeß unseres Denkens und Beschließens auf der Oberfläche, d. h. besteht in einer Verkettung deutlich gedachter Urteile, obwohl wir dies anstreben, um uns und anderen Rechenschaft geben zu können; gewöhnlich aber geschieht in der dunklen Tiefe die Ruminatio des von

außen erhaltenen Stoffes, durch welche er zu Gedanken umgearbeitet wird, und sie geht beinahe so unbewußt vor sich, wie die Umwandlung der Nahrung in die Säfte und Substanz des Leibes. Daher kommt es, daß wir oft vom Entstehen unserer tiefsten Gedanken keine Rechenschaft geben können; sie sind die Ausgeburt unseres geheimnisvollen Innern. Urteile, Einfälle, Beschlüsse steigen unerwartet und zu unserer eigenen Verwunderung aus jener Tiefe auf. — — —

Das Bewußtsein ist die bloße Oberfläche unseres Geistes, von welchem, wie vom Erdkörper, wir nicht das Innere, sondern nur die Schale kennen. Was aber die Gedankenassoziation selbst in Tätigkeit versetzt, ist in letzter Instanz oder im Geheimen unseres Innern, der Wille, welcher seinen Diener, den Intellekt, antreibt, nach Maßgabe seiner Kräfte Gedanken an Gedanken zu reihen, das Ähnliche, das Gleichzeitige zurückzurufen, Gründe und Folge zu erkennen; denn im Interesse des Willens liegt es, daß überhaupt gedacht werde, damit man möglichst orientiert sei für alle vorkommenden Fälle usw.“ —

Das eben Rezipierte soll nur eine kleine Stichprobe für meine oben aufgestellte Behauptung liefern; in ebenso interessanter und klarer Weise finden wir die verschiedensten psychologischen Fragen behandelt in anderen Kapiteln seines Hauptwerkes (z. B. von den wesentlichen Unvollkommenheiten des Intellekts, vom Verhältnis der anschauenden zur abstrakten Erkenntnis, vom Primat des Willens, im Selbstbewußtsein, objektive Ansicht des Intellekts usw.).

Selbstschilderung und Einfühlung.

Zugleich ein Versuch der Analyse des Falles Banting.

Von

Hans W. Gruhle (Heidelberg).

Mit 1 Schriftprobe.

(Eingegangen am 23. Oktober 1914.)

Jeder Mensch, selbst der Ungebildete, weiß, was damit gemeint ist, wenn einer vom anderen sagt, er „verstünde“ ihn gut, oder wenn es von einer Handlung heißt, sie sei unverständlich. Jedoch schwerlich dürfte der Laie erklären können, was dabei eigentlich vorgehe, wenn sich zwei Menschen „verstehen“. Er dürfte vielleicht den Versuch machen, auseinanderzusetzen, daß damit ein „Aufeinanderabgestimmtsein“, ein Sympathisieren, ein gemeinsames Teilhaben an gleichen Wünschen, gleichen Zielen usw. gemeint sei, — doch ergibt eine kurze Überlegung, daß sich hierin das Wesen des „Verstehens“ keineswegs erschöpft. Man „versteht“ ja auch den Mörder, und ist weit entfernt, ihn sympathisch zu finden.

Es ist klar, daß man wesentlich tiefer forschen muß, wenn man das Wesen dieser verstehenden Psychologie ergründen will. Denn es handelt sich ja offenbar um eine besondere Art der Seelenforschung. Wenn etwa Münsterberg¹⁾ ausführt, wir hätten es nicht mit Psychologie zu tun, „wenn es sich um den Sinn und die inneren Beziehungen, die Bedeutung und den Wert der seelischen Vorgänge handelt“, so ist dieser Gebrauch des Wortes Psychologie natürlich eine willkürliche und kaum zweckmäßige Einschränkung. Solange man es überhaupt mit seelischen Vorgängen zu tun hat, hindert nichts, die Lehre von diesen Vorgängen als Psychologie zu bezeichnen. Innerhalb dieser Wissenschaft gibt es nun freilich sehr verschiedene Betrachtungsweisen, die streng voneinander zu sondern sind oder vielmehr voneinander gesondert werden sollten. Völlig klar zu umreißen ist eigentlich nur die erste dieser Betrachtungsweisen, die reine Deskription (Phänomenologie), die Lehre von dem, was dem Bewußtsein unmittelbar und letztlich gegeben ist. Aus der großen Fülle innerer Erfahrungen versucht dieser Wissenschaftszweig das funktionell, nicht inhaltlich Gleich-

¹⁾ Münsterberg, Psychologie und Wirtschaftsleben. Leipzig 1912, S. 11 u. 183.

artige herauszuzondern, von dem Wechselnden, Akzidentellen zu abstrahieren und so die Grundphänomene beschreibend festzustellen. Sobald die Phänomenologie aus dieser reinen Beschreibung des schließlich nicht weiter Analysierbaren heraustritt, sobald sie außer den Kriterien der Gleichheit oder Ähnlichkeit noch andere Gesichtspunkte, etwa der Ordnung, Verknüpfung usw. anwendet, ist sie gezwungen, diese Gesichtspunkte irgendwo anders zu entnehmen.

In der reinen Beschreibung selbst sind solche Gesichtspunkte nicht aufzufinden¹⁾. Die Phänomenologie ist jedoch keineswegs — wie man zuweilen gemeint hat — auf das normale Seelenleben beschränkt: wenn eine krankhafte Persönlichkeit in der Gesamtheit ihres seelischen Geschehens noch intakt ist und nur einzelne abnorme Symptome produziert, so hindert nichts, daß sie durch eigene innere Erfahrung, unterstützt durch Fragen und Hinweise des Kundigen, wertvolle Beiträge zur Kenntnis krankhafter Phänomene liefert. Es braucht kaum betont zu werden, daß die Phänomenologie eine Deskription reiner innerer Erfahrung ist; mit der Beschreibung aller äußeren Merkmale, Ausdrucksbewegungen, Begleitumstände, Leistungen usw. hat sie gar nichts zu tun.

Man könnte geneigt sein, dieser reinen Beschreibung des Bestehenden die übrigen Gesichtspunkte der Psychologie als die genetischen gegenüberzustellen, umgreift damit aber nicht deren ganzen Umfang²⁾. Zwar bemüht sich die experimentelle Psychologie — in dem heutigen Umfange dieser Wortanwendung — vorwiegend um kausale Feststellungen: sie untersucht wie, d. h. durch welche Ursachen eine seelische Erscheinung zustande kommt, — doch teilt sie mit der übrigen Naturwissenschaft auch deren sonstige Verfahren: sie beschreibt, mißt und zählt³⁾. Freilich beschreibt sie anderes an den psychischen Vorgängen als die Phänomenologie. Während sich letztere, wie erwähnt, z. B. etwa für das endgültig letzte Charakteristicum anschaulicher Vorstellung (des Vorstellungsvorgangs) schlechthin interessiert, prüft die „experimentelle“ Psychologie (in der Wissensprüfung) z. B. das Vorhandensein, den Vorrat an anschaulichen Vorstellungen in halten beim einzelnen oder bei Gruppen. Man nennt sie wohl auch die naturwissenschaftliche Psychologie, weil sie mit der naturwissenschaftlichen Forschung die Methode (nicht den Gegenstand) teilt. Versucht man, sich über den Unterschied zwischen dieser Betrachtung und der Phänomenologie gemäß der üblichen Frage klar zu werden, ob beide durch den

¹⁾ Sie sind vielmehr nur theoretischen, besonders systematischen Betrachtungen zu entnehmen, die wiederum außerempirisch begründet sind.

²⁾ Vgl. hierzu auch Gruhle. Die Bedeutung des Symptoms in der Psychiatrie. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* **16**, 465. 1913.

³⁾ „Messen“ ist ja nur eine besondere Form des Beschreibens.

Gegenstand oder die Methode der Forschung unterschieden seien, so ist diese Frage keineswegs kurz zu entscheiden. Zwar entbehrt die Phänomenologie der kausalen Betrachtung, teilt aber mit der naturwissenschaftlichen Psychologie die Beschreibung, und was den Stoff anlangt, so interessiert sie sich gleichsam nur für die Spitzen der psychologischen Begriffspyramiden (die Grundphänomene), während die „exakte“ Psychologie die Basen dieser Pyramiden beschreibt. Man könnte das Verhältnis beider etwa dem der rein deskriptiven¹⁾ und der erklärenden Naturwissenschaft in ihrem Verhältnis zueinander gleichstellen, wenn hierbei nicht wiederum dies schief wäre, daß sich die deskriptive Naturwissenschaft keineswegs auf die „obersten“, „letzten“ Begriffe beschränkt. — Wenn die experimentelle Naturwissenschaft eine Ursache „setzt“ und die sich nun hierdurch entwickelnden Veränderungen des Objekts schildert, so ahmt die experimentelle Psychologie diesen Vorgang nach. Indem sie die sich an die Ursache anschließenden psychischen Vorgänge beschreibt — etwa z. B. die Wahlreaktion auf einen Farbreiz —, so beschreibt sie einmal motorische Vorgänge (etwa die Intensität der Innervation), ferner die Zeit, die der angenommene, nicht beobachtete psychische Vorgang brauchte (die Reaktionszeit) usw., sie beschreibt aber ferner die Vorgänge, von denen die Versuchsperson zu berichten weiß, d. h. die die Versuchsperson in sich vorfand (etwa die Spannungsgefühle usw.). Die experimentelle Psychologie teilt also mit der experimentellen Naturwissenschaft hierbei nur so lange das Gebiet, als es sich um äußere Beobachtungen handelt, solche, bei denen die Versuchsperson über sich gar nichts auszusagen hat. Sobald die Aufmerksamkeit des Forschers auch noch die Selbstbeobachtung der Versuchsperson mit umfaßt, greift er in jene andere Sphäre der inneren Erfahrung mit über, er treibt Phänomenologie. Doch auch dann treibt er nicht immer Phänomenologie. Wenn man bei einfachen Assoziationsversuchen auf verlängerte Assoziationszeiten stößt und die Versuchsperson auffordert, mitzuteilen, woran sie in dieser Zwischenzeit dachte, so entnimmt sie diese Inhalte ihrer inneren Erfahrung, sie ist dabei aber nicht auf die Beschreibung der inneren Vorgänge, der Funktionen eingestellt, sondern nur auf die Inhalte ihrer Vorstellungen. — Wenn man an dieser Stelle der Erwägungen nun geneigt sein könnte, nur jene Einstellung der inneren Erfahrung als phänomenologisch zu bezeichnen, die sich auf die Form der unmittelbar erlebten Vorgänge richtet, während jene andere Selbstbeobachtung nur die Inhalte zutage fördere, so wird dieser bei den anschaulichen Vorstellungen und den gedanklichen Bewußtheiten noch leidlich aufrechtzuerhaltende Unterschied bei den Gefühlen schon sehr unsicher. Gibt es am Gefühl

¹⁾ Unter der Unterstellung, daß es eine rein beschreibende Naturwissenschaft gäbe, bzw. daß diese irgendeinen Sinn hätte.

auch eine leere Form, die nun mit speziellen Inhalten gerade so angefüllt werden kann (Trauer, Freude, Angst usw.) wie die leere Form des anschaulichen Vorstellens mit speziellen Inhalten versehen wird? Wäre die Phänomenologie also die Beschreibung dieser leeren Formen? — Aber selbst wenn sie dieses wäre, brauchte sie sich keineswegs der „experimentellen“ Psychologie gegenüberzustellen, denn man kann sich sehr wohl der inneren Betrachtung jener Formen unter experimentellen Veränderungen hingeben. Eine reinliche Scheidung jener bisher erörterten Gesichtspunkte erscheint also oft kaum möglich, es sind eben Gesichtspunkte, deren Felder sich in der Ausübung wissenschaftlicher Forschung teilweise überlagern.

Man hat das Wesen der naturwissenschaftlichen Psychologie noch anders zu treffen gesucht, indem man sie Leistungspsychologie nannte: es sei ihr Kennzeichen, nur die Ergebnisse der Funktion zu untersuchen, dieser selbst aber gleichsam aus dem Wege zu gehen. Dies ist zwar weitgehend, aber eben nur weitgehend, nicht in vollem Umfang richtig. Denn ebenso wie die allgemeine Naturwissenschaft zwar viele Vorgänge an ihren Leistungen mißt, aber doch (etwa im zeitlichen Ablauf einer Lichtbewegung oder im Verhältnis zweier Schwingungszahlen) auch die Funktionen selbst untersucht, genau so forscht auch die experimentelle Psychologie nach gewissen zeitlichen Abläufen, nach bestimmten Abhängigkeiten der Funktionen voneinander und anderen Umständen, die keinesfalls unter dem Leistungsbegriff unterzubringen sind.

Was versteht man nun unter der dritten der psychologischen Betrachtungsweisen, unter der verstehenden Psychologie? Ist deren Gebiet oder Methode streng von den zwei bisher erörterten getrennt?

Jaspers¹⁾ hat diesen Fragen neuerdings besondere Beachtung geschenkt. — Wenn er die Phänomenologie als statisches Verstehen bezeichnet, so ist dies wohl nur eine terminologische Schwierigkeit, da er in der Folge das Wort „verstehende Psychologie“ für das genetische Verstehen, d. h. für das Verstehen von Zusammenhängen vorbehält. Immerhin könnte er mit der gleichen Wortwahl auch eine innere Beziehung zwischen Phänomenologie und „verstehender“ Psychologie meinen, während dann diese Beziehung zwischen Phänomenologie und naturwissenschaftlicher Psychologie nicht bestünde. Aber auch die Existenz der letzteren wäre undenkbar, wenn nicht die beschreibende Phänomenologie zuvor die Grundlagen jeder wissenschaftlichen Verständigung geschaffen hätte²⁾.

Man pflegt wohl im täglichen Sprachgebrauch zu sagen, man ver-

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 14, 160. 1913. Allgemeine Psychopathologie. Berlin 1913. Besonders S. 145ff.

²⁾ Wenn auch nicht als ausgebaute Disziplin, so doch in den Grundzügen.

stehe einen Vorgang der Außenwelt, wenn es einem gelungen ist, seine Ursache und sonstige Determinationen aufzudecken. Im Seelischen ist nicht diese kausale Beziehung gemeint, wenn man von Verstehen spricht. Denn man erklärt es für un„verständlich“, wenn jemand bald nach seiner Verhaftung gerade phantastische Tiere auf sich zukommen sieht, obwohl man ja in der Verhaftung die Ursache für das ausgebrochene Delir kennt. Man forscht, wenn man diese „verstehende“ Psychologie betreibt, nicht nach den Ursachen, sondern nach den Motiven¹⁾ eines Symptoms. Damit ist schon gesagt, daß es sich hier nicht um die Funktion, sondern nur um den Inhalt handelt. Es hätte keinen Sinn, danach zu fragen, ob es verständlich sei, daß jemand Wahndecken bekomme, sondern nur danach, daß jemand eine bestimmte Wahndecke bekomme. Wenn man sich nun bemüht, nach den Motiven einer Handlung²⁾ zu fragen und sich diesen angegebenen Motiven gegenüber verstehend oder nicht verstehend verhält, — was tut man dann?

Wenn ich einen Satz verstehe, etwa den, daß $b = c$ sein muß, wenn $a = b$, und $a = c$ ist, so erlebe ich die zwingende Gültigkeit dieses Satzes: ich kann mir überhaupt nicht denken, daß es anders sein könnte. Wenn ich von zwei Dreiecken höre, daß einer ihrer Winkel gleich ist, so verstehe ich, daß dann auch die anderen Winkel gleich sein können, während ich es nicht verstehen würde, wenn jemand behaupten wollte, daß dann auch die anderen Winkel gleich sein müssen. Wenn ich also etwas Derartiges verstehe, so erlebe ich den Sinn, die Bedeutung, die Gültigkeit eines Zusammenhangs, in diesem Falle eines logischen Zusammenhangs; ich erlebe eine logische Geltung, welche an sich gilt, gleichgültig, ob ich sie denkend vollziehe oder nicht.

Und ich erfasse einen Zusammenhang anderer Art, wenn ich es für verständlich erkläre, daß ein Verfolgungswahnsinniger sich mit Waffen versieht. Hierbei erlebe ich den Zwecksinn, ich erfasse ein Zweckmotiv, ich vollziehe einen rationalen Zusammenhang.

Doch soll hier nicht vom rationalen Verstehen, geschweige denn von logischen Geltungserlebnissen die Rede sein, hier handelt es sich um das Erfassen solcher psychologischen Momente, die keine Zweckmotive sind. Neben jenen beiden Verstehensformen steht nämlich als dritte das psychologische Verstehen, die verstehende Psychologie, als deren Aufgabe es Jaspers bezeichnet, „seelische Zusammenhänge über-

¹⁾ Im weiteren Sinne.

²⁾ Es wird im folgenden der Kürze halber, jedoch nur als Beispiel, häufig von Motiv und Handlung als von einem sinnvollen Zusammenhang gesprochen werden. Selbstverständlich gibt es auch noch zahlreiche bedeutungsmäßige Beziehungen anderer Art. Auch wird „Motiv“ bald in weiterem, bald in engerem Sinne gebraucht werden, da diese Unterscheidung für den Zweck dieser Ausführungen unwesentlich ist.

zeugend zu begreifen“ (Zeitschrift usw. S. 160). Bei diesen Zusammenhängen handelt es sich nicht um ein zeitliches Auseinanderhervorgehen¹⁾, nicht um eine kausale Gebundenheit, sondern um ein psychologisch sinnmäßiges Auseinanderhervorgehen, vergleichbar dem Hervorgehen eines Satzes aus seinen zwei Prämissen. Die Unterschiede von der kausalen Betrachtungsweise setzt Jaspers vorläufig hinreichend auseinander (Zeitschr. S. 161, 165 usw. und Allgemeine Psychopathologie); die komplizierten Fälle, in denen sich beide Methoden mannigfach miteinander verwickeln, haben hier außer Betracht zu bleiben; zu den folgenden weiteren Ausführungen über das Verstehen regten die Jasperschen Gedankengänge an.

Was gibt es für Prüfungen, was für Maßstäbe, um einen seelischen Zusammenhang als psychologisch verständlich zu kennzeichnen, und inwieweit fördert die Erkenntnis eines Zusammenhangs als eines verständlichen die Wissenschaft?

Offenbar ist die Frage so noch nicht richtig formuliert. Denn es „gibt“ außer dem zeitlichen²⁾ nicht noch irgendeinen anderen Zusammenhang zwischen zwei psychischen Vorgängen, den man auf seine Verständlichkeit untersuchen könnte. Man kann aber zwei seelische Geschehen doch in einen verständlichen Zusammenhang bringen, auch wenn gar kein zeitliches Nebeneinander oder eine Succession besteht.

Vielmehr muß die Frage lauten:

Was gibt es für Merkmale, um einen verständlichen Zusammenhang — der kausale interessiert hier nicht — zu schaffen? in dem Sinne, wie man eine Geltung schafft³⁾. Kann man jeden psychischen Vorgang mit jedem anderen auf Sinnhaftigkeit hin konfrontieren?⁴⁾ Man wird diese letztere Frage bejahen müssen: bei allen psychischen Vorgängen kann man das Problem erörtern, ob ein sinnvoller Zusammenhang bejaht oder verneint werden kann. Dabei fragt sich nur, was diese Alternative entscheidet. Hier entstehen bei der Prüfung des Einzelfalls zwei Möglichkeiten. Einmal kann mir der zu Untersuchende⁵⁾ ver-

1) Deshalb ist wohl der Ausdruck genetisches Verstehen nicht sehr glücklich.

2) Gleichgültig, ob er kausal gedeutet wird oder nicht.

3) Z. B. einen mathematischen Satz „findet“.

4) Wenn in der Folge von Sinn, sinnhaft, sinnvoll die Rede ist, so ist dabei stets psychologisch sinnhaft usw. gemeint, nie logisch sinnhaft. Es wäre besser gewesen, diese Doppeldeutigkeit des Wortes „Sinn“ zu vermeiden, wenn sich nur ein anderer Ausdruck dafür dargeboten hätte. Doch reicht das sonst verwandte Wort „Verständlichkeit“, das der psychologischen Sinnhaftigkeit gleichzusetzen ist, nicht aus, da es nicht die Unterscheidung von sinnhaft, sinnlos, positiv unsinnig ermöglicht, vielmehr in „verständlich“ sowohl sinnhaft, als sinnvoll darin steckt.

5) In der Folge der Kürze halber als V. P. bezeichnet.

sichern, daß er zwischen den betreffenden zwei Vorgängen¹⁾ selbst spontan einen solchen sinnvollen Zusammenhang in sich konstatiert. Dies ist für ihn ein Moment innerer Erfahrung, das schlechterdings nicht bezweifelt werden kann²⁾: für ihn geht B aus A hervor, für ihn folgt B aus A. — Andererseits kann die V. P. auf Fragen einen Zusammenhang leugnen („ich weiß selber nicht, wie ich dazu komme, es ist mir unbegreiflich“) und einem vorgeschlagenen Sinn von A : B nun entweder zustimmen oder widersprechen. Es ergeben sich also die vier Möglichkeiten:

1. Die V. P. schafft den Zusammenhang³⁾.
2. Ich schaffe ihn, und die V. P. hält ihn für sicher gegeben.
3. Ich schaffe ihn, und die V. P. hält ihn für möglich.
4. Ich schaffe ihn, und die V. P. hält ihn für unmöglich, lehnt ihn ab.

Im ersten Falle ist A und B natürlich der V. P. bekannt. Im zweiten bis mit vierten Falle schaffe ich der V. P. erst A⁴⁾ und erwarte nun, ob sich in ihr eine sinnhafte Beziehung vollzieht. Denn „Sinn“ selbst kann ich ihr nicht mitteilen, ich kann ihr nur A mitteilen und abwarten, ob sie den Sinn vollzieht. Ich kann ihr z. B. sagen: Du hast ihn gemordet (= B), weil du eifersüchtig warst (= A)⁵⁾. Sie hat an Eifersucht gar nicht gedacht, ihr war der Mord unverständlich, nun hört sie von Eifersucht (= A), sie prüft: war der psychische Vorgang (bzw. die Disposition) „Eifersucht“ in mir vorhanden; wenn ja, war sie wirksam⁶⁾ oder nicht. Einen sinnhaften Zusammenhang zwischen Eifersucht und Mord kann sie nicht ablehnen, sie kann nur den sinnvollen Zusammenhang ablehnen und etwa in der Art des obigen 4. Falles entscheiden: der Sinn des Mordes war sicher nicht Eifersucht⁷⁾.

Es hieß oben: alle psychischen Vorgänge können bedeutungsmäßig aufeinander bezogen werden. Darin ist ein Irrtum also unmöglich. Kann man sich aber darin irren — d. h. hat es hier einen Zweck, von Irrtum zu reden —, wenn bei der Forschung nach dem Sinn eine solche spezielle sinnhafte Beziehung als wirksam abgelehnt wird? Ist es

¹⁾ In der Folge der Kürze halber als A. u. B. bezeichnet.

²⁾ Über Einschränkungen dieses Satzes siehe später.

³⁾ Sie kann ihn wiederum als „möglich“ oder „sicher“ schaffen.

⁴⁾ Indem ich die V. P. auffordere, A zu beachten bzw. A mit B zu konfrontieren.

⁵⁾ In der Folge wird das Beispiel Motiv—Tat als einfach beibehalten.

⁶⁾ Natürlich nicht kausal, sondern motivmäßig.

⁷⁾ Man beachte den Unterschied zwischen sinnhaft, bedeutungsmäßig, sinnmöglich und andererseits sinnvoll, bedeutungserfüllt, sinnwirksam, sinnerfüllt, sinnlebig; — alles im psychologischen, nicht im logischen Bereich, doch vergleichbar dem Gelten und Fürmichgelten.

möglich, zu fragen: die V. P. lehnt diesen Sinn ab, aber irrt sie sich nicht, bestand nicht doch dieses Motiv? Und welches Kriterium ist vorhanden, um diese Frage zu entscheiden? Keines auöer der allgemeinen oder persönlichen Erfahrung: in vielen Fällen gaben die V. P. diesen Sinn zu, also liegt er vielleicht auch hier vor, nur unvollzogen, unbemerkt, ein unbewußtes Motiv. Ebenso wird in allen den Fällen, in denen die V. P nicht Auskunft zu geben vermag, oder in denen es sich um das „Verstehen“ Verstorbener (um Geschichtschreibung z. B.) handelt, lediglich die allgemeine Erfahrung analogisch entscheiden können: Da sich bei diesem A : B-Verhältnis jenes Motiv bewußt erfahrungsgemäß soundso oft feststellen ließ, dürfte es auch hier vorliegen¹⁾).

Und zwar handelt es sich bei der Frage des „unbewußten Motivs“ um zweierlei. Einmal suche ich in mir vergeblich nach einem A, aus dem ich B ableiten könnte, ich sage von mir selbst, ich hätte irgend etwas mechanisch, automatisch usw. getan, — wie z. B. bei den eingeübten tausendfachen kleinen Handlungen des täglichen Lebens. Sodann aber prüfe ich, ob ein vorgeschlagenes A in mir vorhanden war (als psychischer Vorgang, Konstellation usw.); finde ich es tatsächlich, so kann ich wohl die sinnhafte Beziehung von A : B zugeben („ja, ich erkenne an, daß im allgemeinen A ein verständliches Motiv von B ist“), brauche deshalb die Sinnerfüllung aber noch keineswegs zuzugeben, sondern kann trotzdem entscheiden: „zwar war A vorhanden, doch ging B bestimmt nicht aus ihm hervor.“ Sicherlich kann sich in beiden Fällen die V. P. irren: sowohl A als die A : B-Beziehung kann (als vorhanden gewesen) ihrem Gedächtnis entschwunden sein.

Wenn aber eine V. P. ein spezielles Motiv behauptet — und es ist natürlich bewußte Täuschung ausgeschlossen, — kann sie sich auch darin irren? Man wird dies verneinen müssen, insoweit es sich um einen unmittelbar erlebten Motivzusammenhang handelt. Sie vollzieht ja soeben die Sinnhaftigkeit in affirmativer Weise, sie findet in sich diesen Sinn lebendig vor, er ist ihr evident im Erlebnis. Sobald aber einige Zeit²⁾ seit der Handlung verstrichen ist, und sofern vor allem die V. P. nicht im Momente der Tat selbst sich des Motivs bewußt war³⁾, kann ihr Gedächtnis sie sehr leicht trügen, und sie schiebt —

¹⁾ Hier lägen mancherlei Erwägungen über die Motivstatistik in der Kriminalpsychologie nahe.

²⁾ Bestimmter läßt sich dies nicht fassen. Die Treue des Gedächtnisses spielt hier ebenso hinein wie die Eigentümlichkeit mancher Menschen, anders scheinen zu wollen als sie sind, nicht um zu täuschen, sondern um sich einem verehrten Vorbild, einer hochbewerteten Tat anzunähern. Bei der Verwertung von Selbstbiographien beachtet man diesen Punkt viel zu wenig.

³⁾ Dies verwickelt das Problem noch mehr, daß jemand einen Motivzusammenhang im Erlebnis beachten, und trotzdem später vergessen kann, daß jemand aber,

geleitet vielleicht von dem unbemerkten Wunsche, aus einem bestimmten Motiv gehandelt zu haben — leicht ein A unter, welches niemals in ihr wirksam vorhanden war. Denkt man an eine Motivkonstellation im eigenen Leben zurück, die vielleicht 15 Jahre zurückliegt, so steht man ihr nicht wesentlich anders gegenüber wie dem gleichen Problem bei einer anderen Persönlichkeit. Man rekonstruiert sich die Situation aus seiner allgemeinen Erfahrung bei sich wie bei dem anderen.

Neben der allgemeinen Erfahrung — der Kenntnis psychologischer Sinnzusammenhänge, soweit ihre Evidenz jemals erlebt wurde — steht die persönliche Erfahrung jedes einzelnen Forschers. Er sagt sich: wenn bisher bei dir B erschien, so entsprang es immer A, folglich wird es wohl bei der V. P. auch so sein. Oder: wenn du diese Fähigkeiten, Neigungen, Schicksale usw. gehabt hättest, wie die V. P., und nun wäre A in dir entstanden, so wäre wohl B aus ihm gefolgt (Einfühlung)¹⁾. — — Wenn oben gesagt wurde, daß es keine psychischen Vorgänge gebe, die nicht sinnhaft aufeinander bezogen werden könnten, so entsteht hier die weitere Frage, ob es nicht Vorgänge gibt, die unabhängig von aller Erfahrung psychologisch sinnhaft aufeinander bezogen werden müssen, ob es also nicht im Wesen dieser Vorgänge liegt, diesen Sinn zu erfordern. Dies ist natürlich nicht so gemeint, daß A allein, oder B allein etwas bedeuten müßten, denn ein Sinn, eine Bedeutung ist ja immer eine Beziehung. Es kann sich nur darum handeln, daß A und B, wenn sie simultan oder sukzessiv erscheinen, eine psychologisch sinnhafte Beziehung fordern, und daß man sich dieser Forderung (unabhängig von aller Erfahrung) nicht entziehen kann. Doch gehört dieses Problem den aprioristischen zu und entfällt daher aus der vorliegenden Erörterung.

Um nun zu Jaspers und der obigen 2. Frage zurückzukehren: Inwieweit fördert die Erkenntnis, die Aufdeckung verständlicher Zusammenhänge die Wissenschaft? Hier die Psychologie?

Es ist kein Zweifel, daß ich die Totalität eines Menschen erkenntnismäßig nur dann beherrsche, wenn ich ihn nicht nur allen möglichen exakten Experimenten unterwerfe, nicht nur die ihm (oder seiner Krank-

auch im Erlebnis nur auf das Ziel gerichtet, das Motiv vollkommen unbeachtet lassen kann, und doch später darum weiß.

¹⁾ „Einfühlung in fremde Persönlichkeiten“ oder „Nacherleben“ und „Sich-hineinversetzen“ im Sinne Geigers, Bericht über den IV. Kongreß für experimentelle Psychologie in Innsbruck. Leipzig 1911. S. 47. — Hier hätte auch das Problem seine Stelle, wie man sich in Angehörige nie erlebter Kulturepochen, in Genies, in Geisteskranke, in Tiere einfühlen kann. Darüber siehe auch später.

heit) etwa eigentümlichen Phänomene festzustellen trachte, sondern wenn ich vor allem seine Verhaltensweisen zum Wertbereich, seine Neigungen, Grundsätze, Motive, seinen Geschmack usw. kennen lerne. Die verstehende Psychologie fördert also zweifellos die Erkenntnis der Individualität, ja macht sie erst möglich. Über diese Individualforschung hinaus vermag die Einfühlung noch einen großen Schatz von Werterlebnissen¹⁾, von psychologischen Sinnbeziehungen zu sammeln²⁾, einen Schatz, der unter dem anderen Namen der Menschenkenntnis schon von jeher sehr wohl bekannt war. Denn unter dieser verstand man ja keineswegs die Ergebnisse der experimentellen Psychologie, die individuellen Reaktionsdifferenzen, die persönlichen Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-, Schlaftypen usw., sondern man faßte unter Menschenkenntnis das Wissen um die psychologisch sinnvollen Beziehungen beim anderen zusammen, ein Wissen, das so tief gehen kann, daß der Menschenkenner die Handlungen, Gedanken, Wertungen des anderen zuweilen sogar voraussagen kann³⁾.

Offenbar aber sieht Jaspers den Erkenntniswert der verstehenden Psychologie noch in etwas anderem. Jaspers meint (Zeitschrift usw. S. 166), die verstehende Psychologie könne unbemerkte seelische Zusammenhänge bewußt werden lassen: — zweifellos, dies hat sie mit allen anderen Arten psychologischer Arbeit gemein. Ferner glaubt Jaspers (S. 167) als Aufgabe der verstehenden Psychologie ansprechen zu müssen, daß sie „ganz ungewöhnliche Zusammenhänge“ aufdecke. Auch dies begegnet keinem Zweifel, denn der Forscher wird sein Augenmerk naturgemäß nicht so sehr den tausendfach vollzogenen Sinnzusammenhängen schenken, sondern vielmehr den seltenen Fällen, den Besonderheiten sich zuwenden, um dadurch den Vorrat der von ihm selbst schon erlebten Bedeutungsverknüpfungen zu vermehren. Endlich hält Jaspers es für die Aufgabe der Einfühlung, die „verständlichen Zusammenhänge aus psychotischen Zuständen, die zunächst nur verworren zu sein scheinen“, herauszuschälen (Zeitschrift S. 167).

Hierbei empfiehlt es sich, zu den oben aufgestellten Unterscheidungen zurückzukehren. Es kann sich einmal darum handeln, daß der Erkrankte noch gleichsam über einen intakt funktionierenden psychischen Mechanismus verfügt, und daß er nur an krankhaften Einzelvorgängen leidet. Wenn er zwischen diesen A und B nun einen sinnvollen Zusammenhang vollzieht, so ist dieser, wie oben erörtert wurde, nicht anzweifelbar, er ist evident⁴⁾. Und

¹⁾ Es handelt sich hier natürlich immer nur um die Werterlebnisse, nicht die Werte selbst.

²⁾ Natürlich nur soweit sie Erlebnisse sind.

³⁾ L. Klages (Prinzipien der Charakterologie. Leipzig 1910, S. 4) nennt sie „seelenkundige Weisheit aller Zeiten und Völker“.

⁴⁾ Die Einschränkungen siehe später.

ebenso kann man, indem man diesem Kranken nun eine Reihe sinnvoller Zusammenhänge vorschlägt¹⁾, seine eigene Entscheidung herbeiführen. Entscheidet er sich jedoch nicht für einen bestimmten Sinn, so kann man auf Grund der allgemeinen Erfahrung oder persönlicher Einfühlung ihm irgendeinen Sinn, etwa ein Motiv, substituieren, das dann freilich nie als erwiesene, nur als mögliche Voraussetzung seines Handelns angesehen werden kann. Kurz, es liegt bei diesem Kranken in dieser Hinsicht genau der gleiche Fall vor, wie bei einem Gesunden. Anders verhält es sich aber mit einem „völlig“ Kranken, einem geistig, d. h. in seinem psychischen Gesamtmechanismus Gestörten. Wenn dieser Psychotische einen sinnvollen Zusammenhang zwischen zweien seiner Vorgänge spontan erlebt und uns diesen „Sinn“ mitteilt, so mag es leicht geschehen, daß wir diesen Zusammenhang nicht als sinnvoll vollziehen können. Wenn ein Schizophrener etwa behauptet, er habe seine Frau aus Freude am Leben umgebracht, so vermag man diesen Zusammenhang als sinnvoll nicht zu verstehen, man lehnt ihn ab. Und doch ist für den Kranken dieser Zusammenhang evident. Auch hier hat man nicht das Recht zu behaupten, der Kranke irre sich, Evidenz und Irrtum schließen sich aus. In der Ablehnung einer vorgeschlagenen Sinnhaftigkeit kann sich die Versuchsperson irren (unbewußtes Motiv), in der Behauptung einer Bedeutung kann sie sich nicht irren. Der Psychotische also hat Recht mit seinem Bedeutungserlebnis, der Normale aber kann dieses nicht vollziehen, er kann sich nicht einfühlen, er erklärt diesen vom Kranken behaupteten Sinn für keinen Sinn, vielmehr für Unsinn. Dabei lehnt der Normale nicht die Sinnhaftigkeit ab, sondern die Sinnerfüllung. — Man darf sich dabei durch den Gebrauch des Wortes „Unsinn“ nicht verwirren lassen. Wenn man z. B. von einer unsinnigen Handlung redet, so meint man damit meist eine Handlung ohne Zwecksinn, oder ohne auffindbaren Sinn usw. Eine genauere Nachforschung ergibt dann oft, daß die Tat doch verständlich motivbestimmt, also rational oder psychologisch sinnvoll war. Etwas anderes ist der eben erwähnte „Unsinn“; hierbei handelt es sich um einen vom Kranken behaupteten, aber vom Normalen nicht vollziehbaren Sinn. Hier hört, wie der Sprachgebrauch lautet, eben die „Verständigung“ auf. Vielleicht hat der Schizophrene sein besonderes System von psychologischen Sinnvorgängen, vielleicht könnte er sich — wenn dies auch nie nachgewiesen wurde — mit einem anderen Schizophrenen auf Grund einer gemeinsamen Umwertung aller psychologischen Werte „sinnvoll“ verständigen²⁾. Aber es gibt noch eine andere Form des Unsinnns, der hier in der eben umschriebenen Form als posi-

¹⁾ Im Prinzip kann man sie auch ad hoc erfinden.

²⁾ In der Freudschen Aufstellung allgemein gültiger Symbolbedeutungen liegt ein Hinweis hierauf.

tiver Unsinn bezeichnet werden möge (während das Fehlen des Sinnes als negativ zu benennen wäre). Die Annahme lautete nämlich bisher, zwei an sich vollziehbare, d. h. phänomenologisch wohlbekannte Vorgänge A und B, seien positiv unsinnig verbunden worden. Nun kann es aber auch so liegen, daß A oder B selbst unvollziehbar ist, d. h. daß es sich um eine für den Kranken evident sinnvolle Beziehung handelt, die der Normale nicht vollziehen kann, da ihm das eine der beiden Phänomene ganz unbekannt ist. Z. B. kann für den Kranken ein Gefühl sinnvoll aus einem Gedanken hervorgehen. Den Gedanken kann der Normale vielleicht vollziehen, das Gefühl aber ist ihm unbekannt, denn alle die Worte der gemeinsamen Sprache, die der Gesunde dem Kranken vorschlägt, werden von diesem abgelehnt: es ist ein Gefühl, für das die Sprache keinen Ausdruck hat, es ist eben, wie ein Kranker zu sagen pflegte, „Ibam“. Die Sinnbeziehung zwischen dem Gedanken A und Ibam ist also für mich schlechtweg unvollziehbar, da ich Ibam nicht kenne. Der Kranke freilich behauptet den Sinn. Auch hier liegt also eine positive Sinnlosigkeit vor, und es bedarf nun nicht mehr vieler Worte, um auseinanderzusetzen, daß A und B mir phänomenologisch unbekannt sein können, daß auch dann also eine Verständigung nicht möglich ist. — So entstehen drei Formen einer positiven Unsinnigkeit: ↴

1. Die Phänomene sind abnorm¹⁾, die Sinnbeziehung ist gehörig.
2. Die Phänomene sind abnorm, die Sinnbeziehung ist abnorm.
3. Die Phänomene sind normal, die Sinnbeziehung ist abnorm.

Nur im dritten dieser Fälle, nur wenn die Phänomene normal = bekannt sind, wird sich das Pathologische auf die Sinnbeziehung wenden lassen, in den anderen beiden Fällen bleibt es unanalysierbar, ob das Sinn- und Bedeutungserlebnis selbst gestört ist²⁾.

Nach diesen Erwägungen sei noch einmal auf das Jaspersche Postulat zurückgegriffen: aus psychotischen Zuständen, die zunächst nur verworren zu sein scheinen, die verständlichen Zusammenhänge herauszuschälen. Dabei entsteht die Frage, welche psychischen Vorgänge des Kranken soll man denn sinnmäßig aufeinander beziehen? Meint Jaspers etwa so: man will das Symptom B bei dem Kranken daraufhin untersuchen, aus welchem A es sinnvoll abgeleitet werden kann. Dabei werde ich naturgemäß den Kranken, sofern das möglich ist, nach dem eigenen Sinnerlebnis fragen und das mir mitgeteilte prüfen, ob ich diesen Sinn ebenfalls vollziehen kann oder nicht. Sicherlich kann ich die so vom Kranken behaupteten und von mir nacher-

¹⁾ Qualitativ natürlich.

²⁾ Hier hätte die Erörterung über die Sinnlosigkeit als Kriterium der Krankhaftigkeit ihre Stelle. Darüber siehe unten.

lebten Zusammenhänge aus dem Gesamtbild der Symptome heraus-schälen. Oder aber ich selbst kann (abgesehen von den Mitteilungen des Kranken) mit den Symptomen ein freies Bedeutungsspiel beginnen und ihnen aus eigener oder aus allgemeiner Erfahrung frei schaffend, einen allgemeinen Bedeutungsgrundriß unterlegen. Dann stellen sich freilich nur Sinnmöglichkeiten, nicht Sinnwirksamkeiten, geschweige denn Sinnerlebnisse heraus.

Ich habe einen Kranken vor mir, dessen schwermütiger Gesichtsausdruck seine tiefe Niedergeschlagenheit verrät; er verweigert die Nahrung; von Zeit zu Zeit verläßt er das Bett, tritt zum Fenster und macht eine eigenartige Bewegung, flüstert etwas Unverständliches und sucht das Bett wieder auf. — Bemühe ich mich, diesen Zustand zu verstehen, mich einzufühlen, so werde ich etwa folgendermaßen verfahren: Wäre ich selbst so traurig, daß mir das Leben leid wäre, so würde ich vielleicht auch nicht mehr essen. Vielleicht ißt H. deshalb nicht? Ich frage ihn, und er antwortet leise, er äße nicht, weil es zuviel koste. Ich habe einen verständlichen Zusammenhang fälschlich vermutet, er nennt mir einen anderen, dessen Sinn ich sehr wohl vollziehen kann. Aber warum mag er immer am Fenster diese gleiche eigenartige, doch einförmige Bewegung ausführen? Ich frage ihn: er redet vorbei. Es ist nicht möglich, etwas Sicheres zu erfahren. Ich gehe von der Bewegung aus, betrachte sie genau: sie scheint keine Ausdrucksbewegung zu sein und auch keinen Zweck zu haben. Ich kann sie nicht „verstehen“. Ich weiß aus meiner Erfahrung, daß ich solche Bewegungen zuweilen bei Halluzinanten sah, die mir als Sinn der Bewegung nannten: sie vollführten einen durch Stimmen ihnen eingegebenen Befehl. Ich frage H., ob es bei ihm auch so sei — ich erhalte keine Antwort. — Ich erinnere mich, Leute gekannt zu haben, bei denen eine ursprünglich zweckmäßige Bewegung (z. B. ein Abschütteln beider Arme, um die eingebildeten, darauf haftenden „Schleuderblitze“ zu beseitigen) im Laufe der Jahre immer abgekürzter, immer angedeuteter wurde, bei denen diese (schließlich ganz korrupte) Bewegung noch bestand, als die Kranken selbst den ursprünglichen Zwecksinn ganz vergessen hatten. — Ob wohl hier bei H. eine solche „symbolische“ Bewegung vorliegt? Er gibt keine Auskunft: ich habe nun die Wahl, mich für eine der sich mir anbietenden Sinnmöglichkeiten zu entscheiden, wenn ich die eigenartige Bewegung deuten will.

Und so wird es mir bei jeder Analyse bzw. Deutung eines psychotischen Verhaltens gehen: ich werde erhalten:

I. Die vom Kranken spontan angegebenen Sinnzusammenhänge, darunter:

A. Die von mir affirmativ vollziehbaren; diejenigen, die ich kenne oder die mir „einleuchten“; die sinnvollen.

- B. Die von mir als sinnm6glich erlebbaren; die sinnhaften, deren Sinn ich selbst aber nie erlebte; in die ich mich auch „nicht recht“ einföhlen kann.
- C. Die von mir negativ vollziehbaren; diejenigen, deren Sinnhaftigkeit ich zugeben, deren Sinnerfüllung ich leugnen muß: „Ich finde da keinen Sinn.“
- D. Die von mir überhaupt nicht vollziehbaren, bei denen es Unsinn ist, überhaupt von einem Sinn zu sprechen.
- II. Die von mir vorgeschlagenen und vom Kranken angenommenen Sinnzusammenhänge.
- III. Die von mir (auf Grund allgemeiner oder persönlicher Erfahrung) konstruierten Sinnzusammenhänge, zu denen der Kranke keine Stellung nimmt.

Wenn man im Auge behält, daß man sich ja bemühen will, das Krankhafte im Seelenleben verstehend zu untersuchen, so erhellt leicht, daß I A und II. sich nicht auf das spezifisch Krankhafte erstrecken können, denn es sei hier nicht, wie oben, der Fälle gedacht, bei denen die Vorgänge selbst abnorm sind¹⁾, sondern nur jener, bei denen der Zusammenhang pathologisch erscheint. Dies ist aber bei I A und II nicht der Fall. Ich würde, wenn ich diese Zusammenhänge herauschälte, nur gleichsam das noch Gesunde vom Krankhaften sondern²⁾. Auch bei I B erreiche ich noch nicht eigentlich das Gebiet des Abnormen; ich höre hier von Zusammenhängen (wie oft im täglichen Leben) bei Menschen, die ich „nicht so recht verstehe“, mit denen ich „nicht recht mitkann“, die mir „nicht ganz klar sind“³⁾, ohne daß ich doch etwas Pathologisches aufzuzeigen vermöchte. In dessen Bereich trete ich erst ein⁴⁾ (I C), wenn ich einen Zusammenhang nennen höre, der für mich des Sinnes entbehrt oder (I D) bei dem es sinnlos ist, von Sinn zu reden. Wenn eine Kranke in einen trüben, finsternen Novemberabend hinaussieht und plötzlich von selbst sagt: „Die Sonne sticht und strahlt“ und dies auf Fragen mit den Worten begründet: „Der Gegensatz macht mir Freude“, so habe ich Fall I C; — antwortet sie: „Sie haben blonde Haare“, so liegt I D vor. Erhalte ich aber überhaupt keine Auskunft, so liegt, wie schon erwähnt, die Möglichkeit der analogischen Deutung aus der allgemeinen oder persönlichen Erfahrung vor (Fall III). Ich

¹⁾ Selbstverständlich ist auch eine Untersuchung möglich und interessant, welche sinnhaften Beziehungen zwischen abnormen Phänomenen bestehen, doch kommen hierbei nur gradweis abnorme Phänomene in Betracht.

²⁾ Dabei bliebe freilich die Frage noch offen, ob bei Annahme der Umgrenzung des Krankhaften als des vom Durchschnitt erheblich Abweichenden es nicht doch so seltene und ungewöhnliche Zusammenhänge (gemäß I A und II) gäbe, daß sie eben wegen dieser Seltenheit als krankhaft bezeichnet werden müßten.

³⁾ Mißverhältnis zwischen Motiv und Tat.

⁴⁾ Vgl. aber später die Einschränkungen.

kann aber auch, abgesehen von dem selbst erlebten oder von anderen mitgeteilten Sinn, einen solchen konstruieren, erfinden.

Obwohl ich nie eines Generals Aufgaben zu erfüllen hatte, ja auch des näheren nicht einmal kennen lernte, vermag ich mich doch in eine solche Stellung hineinzusetzen; — obwohl ich niemals die Bekanntschaft eines Negers gemacht habe, glaube ich doch, seine Art „verstehen“ zu können; — obwohl ich nicht einmal griechischen Boden betrat, geschweige denn viele Werke griechischer Kultur im Original kenne, meine ich doch, mich in einen Hellenen des 5. Jahrhunderts einfühlen zu können. Ich kenne in solchen Fällen aus meiner Erfahrung eine große Zahl der Bedingtheiten, der Umstände, der Voraussetzungen (wenn auch nicht ihre Zusammenordnung) und glaube nun, indem ich mir alle diese Momente als in mir wirksam denke bzw. vorstelle, mich theoretisch so verhalten zu können, wie sich ein Grieche verhielt. — Im Fall des psychisch Gestörten ist es umgekehrt: ich sehe sein Verhalten und glaube, indem ich mir vorstelle, ich würde mich unter diesen besonderen Umständen befinden und dieses Verhalten produzieren, nun zurück-schließen zu können, aus welchen Sinnzusammenhängen, welchen Motiven denn dies Verhalten, hätte ich es betätigt, bei mir entsprungen wäre. Aber gerade, indem ich dies tue, nehme ich normale Sinnbeziehungen an: in solche, die qualitativ abnorm und mir also unbekannt sind, ist eine Einfühlung ja unmöglich. — Insofern mir der Kranke nicht hilft, werde ich also ein Spiel normaler Sinnbeziehungen beginnen, werde vielleicht in diesem Spiel einen „höheren“ Sinn, eine psychologische Folgerichtigkeit hineinzuverlegen versuchen und werde aus alledem schließlich das gewinnen, was ich meine „Auffassung“ des Kranken nenne. Schon dies Wort legt den Vergleich mit der „Auffassung“ eines Stückes Natur im künstlerischen Schaffen nahe: es ließen sich in der Tat tiefgehende Beziehungen zwischen beiden Verfahren aufspüren.

Was verstehe ich denn unter der Auffassung, die ich von einem anderen habe?

Kenne ich alle Eigenschaften, Wertungen, Neigungen und Triebe des anderen, vermag ich seine Bedingtheiten, seine Herkunft, seine gesellschaftlichen und beruflichen Bindungen usw. zu überblicken, so rundet sich mir das Bild von dem anderen — wie man wohl zu sagen pflegt — immer mehr ab. Ich glaube ihn dann zu „kennen“, vielleicht so gut zu kennen, daß ich voraussagen kann: in jener Lage würde er sich soundso verhalten. Bestätigt nun ein langjähriges Zusammenleben meine Erwartungen, nimmt auch die Entwicklung des anderen einen Verlauf, den ich vorausgesehen habe, so befestigt sich in mir die Überzeugung: ich habe ihn „richtig“ aufgefaßt, meine Auffassung von ihm sei „richtig“. Wie steht es aber mit meiner Auffassung

des anderen, wenn dieser von sich selbst eine andere Auffassung hat? Wenn er mir „das Recht“, die „Richtigkeit“ meiner Auffassung bestreitet, wenn er ihr eine eigene andere gegenüberstellt? Wer hat dann „Recht“? Das heißt: wessen „Auffassung“ nähert sich mehr der Wahrheit? Muß nicht jeder von sich selbst am besten Bescheid wissen, sich selbst am besten kennen? Und muß daher nicht jede Selbstbeschreibung, jede Autobiographie — sofern sie größter Ehrlichkeit entspringt — die lautere Wahrheit enthalten, soweit sie auf das eigene Ich gewendet ist? Es ist leider nicht so: die Quelle der Selbsterkenntnis ist durch mancherlei Beimengungen getrübt, auch fließt sie oft spärlich. Einmal besitzen viele nicht die intellektuelle Potenz, sich selbst überhaupt zu einem Gegenstand fruchtbringender Reflexion zu machen: in dem gleichmäßigen Fluß des bisher verflossenen Lebens zeigten sich ihnen nirgends feste Beziehungen, nirgends Regeln und beharrliche Verknüpfungen; in jedem Moment des Lebens anders geartet¹⁾ — sofern sie sich mit dem vorausgehenden Moment vergleichen — vermögen sie nie abstrahierend zu einer Konstanten vorzudringen (Künstlerautobiographien). — Anderen ist diese Fähigkeit an sich gegeben, doch treten Störungen auf: viele haben von menschlichem Sein und menschlichen Zielen bestimmte Ideale und gestalten sich bei der Selbstbeschreibung nun im Sinne dieser Forderungen um, sie unterschlagen unbewußt Entgegenstehendes und ändern Entsprechendes im Sinne dieser Wünsche ab; sie schildern nicht das, was sie sind, sondern sie schildern, was sie sein möchten. Wieder andere, pessimistisch Eingestellte (Melancholiker), kehren, in Weltanschauung oder Stimmungen befangen, das ihrer Meinung nach „Schlechte“ an sich selbst hervor; sie schwelgen darin, dasjenige herauszustellen, was sie, ihren Wertungen folgend, für Kleinlichkeit, Schwächen, Laster usw. halten (Selbstschilderungen in der Strafhafte). Wenn man endlich noch derer gedenkt, die unabhängig von ethischen Normierungen, das an sich Interessante, Merkwürdige, vom Durchschnitt Abweichende, hervorheben, so muß man sich bewußt bleiben, nur einen Teil derjenigen Motive beschrieben zu haben, die eine „wahrhafte“ Selbstschilderung verhindern²⁾. — Versagt also die Selbsterkenntnis des anderen als Maßstab meiner Auffassung von ihm: welche Kriterien gibt es dann für die Richtigkeit der Beurteilung einer Persönlichkeit in ihrer Totalität?

Es gibt solche Kriterien nicht. Die allgemeine Erfahrung lehrt, daß bestimmte Eigenschaften, Neigungen, Triebe usw., kurz bestimmte Persönlichkeitskonstituentien sich zusammengeordnet häufiger vorfinden, als andere. Ein sensibler, weicher, differenzierter, zum Sentimen-

¹⁾ Ribots Les amorphes.

²⁾ Hierüber an anderer Stelle mehr, gelegentlich einer ausführlichen Darstellung des Wertes der Selbstbiographie als Quelle psychologischer Erkenntnis.

talischen neigender Charakter wird erfahrungsgemäß häufiger eine passive Natur sein als eine aktive energiegeliche Persönlichkeit; ein lebhafter, unruhiger, immer nach Neuem begieriger Kopf voll Tatkraft und Unternehmungsgeist wird erfahrungsgemäß häufiger frei von den Hemmungen des Gemüts sein als ein rückwärts gewandter Träumer. Kurz, die Erfahrung stellt gewisse Häufigkeitstypen heraus, nach denen sich der Charakterologe im einzelnen Falle eher zu richten geneigt ist, ehe er an absonderliche, seltene, kaum erlebte, nur vom Hörensagen bekannte Verknüpfungen denkt. Aber meine Auffassung eines Menschen als eines mir bekannten Häufigkeits- bzw. Durchschnittstypus, kann freilich jedem einzelnen gegenüber irren. Es bleiben nur zwei Momente als Hinweise auf die Richtigkeit meiner Auffassung eines anderen übrig: einmal der Consensus plurimum, sodann die sogenannte Einheitlichkeit oder innere Harmonie, das Zwingende einer Auffassung. Wenn sich herausstellt, daß die Mehrzahl eines Kreises um einen Lebenden, der Historiker um einen Verstorbenen die gleiche Auffassung von der in Frage stehenden Persönlichkeit haben, dann mag dies vielleicht ein Hinweis darauf sein, daß diese Auffassung, diese Beurteilung das „Richtige“ traf, d. h. der Realität entsprach. Aber wie oft hat sich die Allgemeinheit in einer solchen Auffassung getäuscht, wie oft haben etwa später bekannt gewordene Memoiren das Bild, das sich eine Zeit von einer Persönlichkeit machte, umgestoßen! — Und was den anderen Maßstab betrifft, die Einheitlichkeit, die überzeugende Kraft einer Auffassung: worin besteht diese?

Es ist kein Zweifel, daß manche Zusammenordnungen bestimmter charakterologischer Einzelzüge zu einem Gesamtbilde einheitlich erscheinen, daß die Hinzufügung irgendeines neuen Zuges vielleicht als unpassend, störend, nicht hergehörig beurteilt wird. Worin besteht nun diese Einheitlichkeit? Man darf nicht vermuten, daß es nur die Häufigkeit des Erlebnisses, der Erfahrung ist, daß man also nur den Durchschnittstypus als einheitlich einzuschätzen geneigt ist. Man spricht wohl von einer psychologisch folgerichtigen Auffassung dann, wenn sich keine Gegensätze (kontradiktorischer Art) eindrängen. Wenn es mir z. B. gelingt, die Persönlichkeit in allen ihren Äußerungen und Handlungen etwa auf das Moment der Passivität zu bringen, wenn ich nachzuweisen vermag, daß sie niemals aus freiem Antrieb ihr Leben selbsttätig gestaltete, sondern sich stets von ihrer Umgebung schieben ließ, nur gezwungen einen Entschluß faßte, allen Entscheidungen möglichst aus dem Wege ging, nie etwas produzierte, vielmehr allein in der Beschaulichkeit und Rezeption ihre Befriedigung fand usw., so wird man mir vielleicht zugestehen, daß meine Auffassung dieser Persönlichkeit einheitlich ist. Und wenn es sich ferner herausstellt, daß sich im Leben dieses Menschen nichts aufzeigen läßt, was dieser

meiner Einfühlung widerspräche, so ist man vielleicht geneigt, meine Auffassung als zwingend anzusehen. Es spricht in der Tat insofern viel für sie, d. h. es besteht große Wahrscheinlichkeit, daß sie sich der Wirklichkeit nähert, als es kaum einem anderen gelingen dürfte, die Gesamtindividualität des gleichen Menschen nun gegensätzlich aus der Aktivität heraus psychologisch zu erklären. Aber es wird immer Beobachter geben, die das genannte Moment der Passivität als verschwommen, unklar oder als unwichtig, unwesentlich usw. bezeichnen und sich nun ihrerseits bemühen, die gleiche Persönlichkeit auf eine andere charakterologische Formel zu bringen, wiederum mit dem Anspruch, ihre Auffassung als „die“ Auffassung, als zwingend, gelten zu lassen. Und zumal in den Fällen, in denen die Kenntnis oder Überlieferung lückenhaft ist, und es sich um sogenannte widerspruchsvolle Charaktere handelt, werden gleichzeitig mehrere Auffassungen von der gleichen Individualität bestehen, oder es werden in der Geschichtswissenschaft je nach dem Fortschritt in der Kenntnis von Quellen oder nach den geistreichen Einfällen neuer Forscher mancherlei Einfühlungen einander ablösen¹⁾. Immer wird sich jene Auffassung am besten behaupten und sich des meisten Beifalls erfreuen, die nicht jede einzelne Äußerung, jede Tat der betrachteten Persönlichkeit aus einzelnen Zügen zu verstehen sucht, sondern einen übergeordneten psychologischen Gesichtspunkt entdeckt, der möglichst viele Zusammenhänge verständlich zusammenfaßt. Jene eigenartige Überzeugung, daß manche Charakterzüge zueinander „gehören“, während andere ihnen irgendwie entgegengesetzt sind, beruht wohl meist auf dem eigenen, d. h. auf dem aus eigener Erfahrung stammenden Erlebnis, daß diese Züge phänomenologisch durch ein gemeinsames Etwas, sei es einen gemeinsamen Gefühlston, eine gemeinsame Tendenz, eine gemeinsame Einstellung, Strebung oder was immer zusammengefaßt sind; ein Gemeinsames, das man dann als übergeordnet, als „höheren“ verständlichen Zusammenhang anzusehen geneigt ist. Häufig ist freilich dieser Zusammenhang zweiter oder höherer Ordnung noch nicht namhaft zu machen; er ruht, einer begrifflichen Formung noch nicht zugänglich, doch erlebt in uns, ähnlich wie wir zwischen den Werken zweier Künstler oft etwas Gemeinsames entdecken, ohne daß die Sprache es näher zu formulieren vermag.

Mag aber in diesem Sinne eine Einfühlung, eine Auffassung noch so einleuchtend, noch so zwingend sein, es ist zu erwarten, daß sie von einer noch mehr einleuchtenden, noch stärker zwingenden abgelöst wer-

¹⁾ Nicht auf Einzelcharaktere, sondern auf die verständlichen Zusammenhänge innerhalb einer Gruppenpsyche in der Geschichte beziehen sich die hierhergehörigen Beispiele Simmels aus dem 1. Kapitel seiner „Probleme der Geschichtsphilosophie“, Leipzig 1892, so von Robespierre und den Hebertisten.

den kann. Und die Historiographie dürfte leicht Beispiele liefern, bei denen die spätere der früheren Auffassung sogar fast kontradiktorisch entgegengesetzt war.

Diese letzteren Ausführungen scheinen nur eine Abschweifung vom Thema zu sein, denn auch in der Erfassung krankhafter Persönlichkeiten muß man sich den gleichen Erwägungen hingeben, steht man vor der gleichen Schwierigkeit. Ja selbst zwei Forscher, die nicht nur gleich große Erfahrung besitzen, sondern ihr Erfahrungsmaterial auch nach den gleichen Gesichtspunkten zu ordnen pflegen, werden in der Erfassung, im Verstehen des Einzelfalls oft weit voneinander abweichen; jeder wird seine Einfühlung verteidigen, und dabei mag es leicht geschehen, daß die Hörer je nach ihrer Einstellung die eine oder andere Auffassung für zwingend halten: eine endgültige Entscheidung ist nicht möglich.

Überall dort aber, wo man sich nicht einfühlen, einen psychologischen Sinn nicht vollziehen kann, wird man geneigt sein, eine krankhafte Beziehung zu vermuten; man wird schließlich das Fehlen einer sinnhaften Beziehung zum Kriterium des Krankhaften machen. In der Tat neigt der Laie zu dieser Meinung: eine motivlose Handlung, ein zweckloses Verbrechen „muß krankhaft sein“. Es besteht hier die gleiche große Gefahr, wie beim Kunstbetrachter. Kommt eine neue Richtung in der Kunst auf, d. h. werden neue ästhetische Sinnzusammenhänge vollzogen, so ist das Publikum geneigt, diese moderne Richtung als krankhaft zu bewerten, ja zu tadeln. Ein Psychiater glaubte sich berechtigt, sich eine Sammlung von Kunstblättern anzulegen, und als pathologisch zu demonstrieren, nur weil er sie nicht verstand.

Ebensowenig wie in der Kunstbetrachtung die Meinung des einzelnen oder einer Vielheit, ein Kunstwerk sei unverständlich, ein Kriterium für seine Krankhaftigkeit abgeben kann¹⁾, so ist es in der Psychiatrie unmöglich, das Fehlen einer Sinnbeziehung als Anzeichen pathologischen Geschehens, — die Unmöglichkeit, sich einzufühlen, also als Merkmal der Krankhaftigkeit anzusprechen²⁾. Vielleicht muß man hierbei zwischen den zwei obigen Fällen I C und I D unterscheiden. Denn solange ich die Sinnhaftigkeit noch zugeben muß, ohne den Sinn vollziehen zu können, werde ich viel eher an die Möglichkeit glauben

¹⁾ Wobei noch vorausgesetzt ist, daß es überhaupt möglich ist, den Begriff der Krankhaftigkeit auf ein Kunstwerk anzuwenden, ohne auf seinen Schöpfer zurückzugreifen. — Man beachte, daß die Heranziehung des Verstehens ästhetischer Sinnzusammenhänge hier nur bildlich, vergleichsweise erfolgt; es wurde nicht übersehen, daß es sich hierbei nicht um psychologische Sinnhaftigkeiten handelt.

²⁾ Selbstverständlich kann umgekehrt etwas krankhaft sein, obwohl ich mich einfühlen kann. — Auch sei betont, daß hier nur von Einfühlung, nicht von rationalem Verstehen die Rede ist.

können, die Schuld liege an mir: ich vermöge infolge meiner mangelhaften Erfahrung, meiner beschränkten Einfühlungsfähigkeit den Sinn nicht zu erleben. Und zumal wenn ich höre, daß ein anderer Beobachter den mir nicht zugänglichen Sinn seinerseits verstehen kann, werde ich in der Einschätzung des verstehbaren Zusammenhanges als eines krankhaften äußerst vorsichtig sein¹⁾. Auch hier lehrt die Historie wieder, wie ihrerzeit unverstandene Persönlichkeiten von den Nachgeborenen sehr wohl verstanden und als alles andere eher denn als krankhaft eingeschätzt worden sind. Wenn ich dagegen einen vom Untersuchten angegebenen Motivzusammenhang als positiv unsinnig erklären muß, und es mir also nicht einmal gelingt, die Möglichkeit einer sinnhaften Beziehung, geschweige denn einer Sinnvollendung einzusehen, so wird mir der Gedanke naheliegen, diesen Zusammenhang als „sicherlich abnorm“ zu erklären. Aber auch hier entstehen Bedenken. Denn es ist nicht so selten, läßt sich zum mindesten in einzelnen Fällen erweisen, daß das vom Psychotischen angegebene, positiv sinnlos erscheinende Motiv einer Handlung gar nicht sein Motiv war, das heißt, daß aus ihm gar nicht seine Tat erwuchs. Er hat nicht die Absicht uns anzulügen, noch sein Motiv zu verbergen, doch ist seine jetzige Selbstbesinnung auf sein Motiv gehindert, oder im Moment der sprachlichen Formulierung seines richtig intendierten, wahren (d. h. wirksam gewesenen) Motives tritt eine Störung dieser Mitteilung ein, so daß ihm ein querkommender Gedanke die Intention durchkreuzt, und er nun etwas Unbegreifliches nennt²⁾. Wir glauben aus seiner queren Antwort einen positiv sinnlosen Zusammenhang erschließen zu dürfen und müssen bei genauerem Zusehen vielleicht nur eine Störung des Motivierens, nicht des Motives erkennen. — Auch kann man niemals ausschließen — wenn es sich auch kaum wird erweisen lassen —, daß die genannten als Motive für uns unverständlichen Momente für ihn in der Weise ein Symbol sind, wie es Freud und Bleuler oftmals glaubhaft zu machen versucht haben. Dann verdeckt die Angabe in irgendwie determinierter Symbolisierung nur das wahre Motiv, auf das man also nur dann rückschließen kann, wenn man diese genannten Symbole zu übersetzen fähig ist. Und es bleibe an dem Ganzen schließlich nur die Tatsache dieser Symbolisierung als allenfalls höchst ungewöhnlich, ja krankhaft bestehen, nicht aber der vielleicht an sich sehr wohl verständliche Motivzusammenhang. — Endlich aber darf man auch nicht apodiktisch behaupten, daß ein heute positiv unsinnig erscheinender

¹⁾ Leider geschieht dies nicht immer, und der Spott der Allgemeinheit hat sich häufig mit Recht gegen jene Psychiater gewendet, die vieles, was sie nicht verstehen, deshalb für krankhaft erklären. Vgl. z. B. Frederik van Eedens Drama „Ysbrand“. Berlin. Konkordia-Verlag.

²⁾ Vorbeireden!

Zusammenhang zu allen Zeiten ebenso beurteilt werden wird, so daß auch hieraus eine Warnung davor entsteht, einen solchen mitgeteilten „Sinn“ als pathologisch zu bezeichnen¹⁾.

Hat nun das Finden verständlicher Zusammenhänge, das Konstatieren von negativen oder positiven (psychologischen) Unsinnigkeiten und die Konstruktion von Sinnmöglichkeiten eine Bedeutung, die über das Erfassen, Verstehen, Begreifen des einzelnen Falles hinausgeht? Man muß unterscheiden: die Konstatierung verständlicher oder unverständlicher Zusammenhänge ist sicherlich ein Gesichtspunkt, nach dem ebensogut (theoretisch!) eine Gruppierung der Geistesstörungen erfolgen kann, wie nach anderen Gesichtspunkten; — die Konstruktion von Sinnmöglichkeiten hingegen, die ja lediglich aus Analogieschlüssen besteht, vermag lediglich die „Auffassung“ eines einzelnen Falles zu ergänzen oder allenfalls zu ermöglichen (obiger Fall III).

Doch es sei selbst in dieser Einschränkung vor dem Verfahren gewarnt, Sinnzusammenhänge als möglicherweise wirksam zu konstruieren, da hier leicht ein freies Spiel der Phantasie beginnt, ohne die Möglichkeit empirischer Kontrolle.

Das Hauptinteresse bei der Erforschung krankhafter verständlicher Zusammenhänge erstreckt sich auf die Fälle, in denen die Erkrankten selbst Auskunft zu geben fähig sind, sei es, daß sie sich spontan äußern, sei es, daß sie zu den Vorschlägen des Untersuchenden Stellung nehmen. Und so wendet sich die Forschung mit Vorliebe den gebildeten Kranken zu und hält vor allem deren mündliche und schriftliche Äußerungen, zumal die Tagebücher, Lebensläufe usw., für reiche Erkenntnisquellen. Dabei handelt es sich einmal um neuartige, d. h. bisher nicht oder nicht so beschriebene Phänomene. Sodann um ihre bedeutungsmäßigen Beziehungen untereinander, und endlich um ihre sinnhaften Zusammenhänge mit den übrigen wohlbekannten psychischen Vorgängen. Es steht dahin, ob jeder einzelne psychotische Fall qualitativ eigenartige Vorgänge oder Beziehungen erlebt, es erscheint aber sehr wahrscheinlich, daß sich jedes solche abnorme Moment in der Gesamtheit der Persönlichkeit immer wieder individuell spiegelt, von jeder Persönlichkeit immer wieder individuell reflektiert wird (im doppelten Sinne). Es scheint z. B. sicher zu sein, daß das krankhafte Erlebnis, „daß mir die Gedanken gemacht werden“²⁾, einheitlich ist, oder daß doch manches

¹⁾ An dieser Stelle dürfte der grundsätzliche Unterschied zwischen psychologischem Sinn und logischem Sinn besonders deutlich hervortreten.

²⁾ Andere Beschreibungen: die Gedanken werden mir eingegeben, eingeflüßt, suggeriert, hingeblassen, angewünscht. Siehe auch unten die Ausführungen über die „Ichstörung“.

an ihm einheitlich ist. Aber immer wieder trifft der Beobachter auf neue Versuche der Erkrankten, sprachliche Wendungen, neue Ausdrücke zu finden, um das Charakteristische, Einzigartige gerade dieses Erlebnisses zu erschöpfen. Ist man aus anderen, hier nicht zu erörternden Gründen der Überzeugung, daß in der Tat mit allen diesen Wendungen immer wieder das gleiche Phänomen getroffen werden soll, so gewinnt man immer wieder neue Ansichten von neuen Standpunkten, gleichsam wie man eine Ebene innerhalb eines Bergkreises von möglichst vielen dieser Berge aus auskundschaften muß, wenn es einem versagt ist, die Ebene selbst zu betreten. Und das gleiche gilt — wenn auch die Lage hier noch schwieriger wird — von den sinnhaften Zusammenhängen.

Keine Selbstschilderung eines Geisteskranken ist zu gering, um nach solchen Beschreibungen, solchen Standpunkten durchsucht zu werden. Und es erscheint direkt verdienstlich um die Wissenschaft der Psychopathologie, wenn jeder solcher Lebenslauf ausführlich in der Literatur niedergelegt wird, sofern er solche neuen Anschauungen vermittelt.

Dieser Überzeugung entspringt die Veröffentlichung des Lebenslaufes der Lenore Banting, eines Mädchens, das nach des Verfassers Meinung an einem schizophrenen Prozeß erkrankte¹⁾. Die Schizophrenie beschert ja dem Forscher eine besondere Zahl qualitativ krankhafter Phänomene und Beziehungen, sie zerstört besonders viele wohlbekanntes psychologisch sinnvolle Zusammenhänge. Andererseits disponieren zahlreiche Dementia-praecox-Fälle dadurch, daß ihre reinen Verstandesleistungen noch relativ lange ungestört beharren, besonders zu einer klaren, geordneten Schilderung, zu einer weitgehenden Verständigung zwischen Forscher und Kranken.

Will man sich in eine erkrankte Persönlichkeit möglichst einfühlen, oder interessiert es jemand, gerade diejenigen Symptome und Zusammenhänge zu erforschen, wo für ihn diese Einfühlung aufhört, so bedarf es für ihn einer intensiven Versenkung in das Milieu, aus dem der Kranke hervorging, einer genauen Kenntnis des Weges, den der Kranke bisher beschritt. So bleibt es auch mir nicht erspart, dem Lebenslauf der Lenore Banting eine ergänzende Krankengeschichte vorzuschicken, auf deren Ausführlichkeit ein besonderer Wert in dem Sinne gelegt ist, daß ich nichts verschweige, mag es mir wichtig oder unwichtig erscheinen, und daß ich mich nur bemühe, Wiederholungen zu vermeiden.

Krankengeschichte.

Die Familie, aus der Lenore Banting stammt, lebt in sehr wohlhabenden und geordneten Verhältnissen. Der Vater nimmt in industriellen Unternehmungen

¹⁾ Über die Diagnose siehe später. — Schizophrenie und Dementia praecox werden im folgenden nicht unterschieden (Bleuler gegenüber Kraepelin), sondern als identisch (Schizophrenie = Dementia praecox) verwandt.

eine bedeutende Stellung ein. Auch der Bruder des Vaters war viele Jahre in der Industrie an einem wichtigen Platze des Auslandes tätig, er lebt jetzt von Geschäften zurückgezogen ein elegantes, behagliches, der Muße und der Wohltätigkeit gewidmetes Leben. Es ist der im Lebenslauf der Lenore vielgenannte Onkel Edgar. Der Vater Lenores macht einen sehr ruhigen, dabei weichen Eindruck; etwas Unmännliches, Energieloses liegt über seinem ganzen Wesen. Er sucht mit allem menschlich Schweren, was ihm das Leben beschert hat, keineswegs klug gewandt und zielbewußt fertig zu werden, sondern er beugt sich resigniert unter das Schicksal. Seine Worte und Handlungen verraten einen ausgeprägten Zug der Güte; jedes traurige Erlebnis bringt ihm die Tränen nahe. Auffallend ist sein Unvermögen, sich in andere (und auch in die Tochter) hineinzusetzen; von Menschenkenntnis besitzt er nichts. Seine hervorragende Tüchtigkeit in seinen Geschäften erscheint schon durch seine Stellung sicher erwiesen. Doch scheint er, ohne weitere kulturelle Bedürfnisse, ganz in seinem Berufe aufzugehen.

Onkel Edgar, dem Lenore nähersteht als dem Vater, hat ein viel resoluteres, lebhafteres Wesen; er neigt auch mehr dazu, die Freuden des Lebens zu genießen. Er vermag sich viel eher in andere hineinzudenken und hat Lenore immer tiefes Verständnis entgegengebracht, ja er hat, selbst kinderlos, ihr immer eine maßvolle, doch unverkennbare Zärtlichkeit bewiesen. Sein Gesichtskreis ist wesentlich weiter, als der von Lenores Vater, er hat zweifellos mehr kulturelle Interessen. Doch bleibt auch sein Besitz an wissenschaftlichen oder künstlerischen Kenntnissen und Urteilen in mäßigen Grenzen, ja er neigt auf manchem, besonders naturwissenschaftlich - medizinischen Gebiete zu eigenartig populären, etwas verschrobenen und nur halb verstandenen Theorien.

Von Lenores Mutter ist nicht viel zu berichten, sie selbst spricht im Lebenslaufe ja von ihr, der Vater jedoch vermied es immer, auf die Art und Schicksale seiner Frau näher einzugehen. Ob die Ehe in tieferem Sinne glücklich war, steht dahin; äußerlich scheint sie ohne alle Störungen verlaufen zu sein, bis sich die Mutter 1908 vergiftete. Man sagt, daß sie, an Schlaflosigkeit leidend, zuviel Veronal zu sich nahm, doch sprechen viele Anzeichen dafür, daß sie von tiefen, doch unbekannt gebliebenen Motiven bewegt, ihr Leben freiwillig beendete. Ihr selbständiges, äußerlich ruhiges, innerlich reizbares Wesen scheint dem Manne schwer zugänglich gewesen zu sein. Sie gebar vor und nach Lenore noch einen Sohn, Erich und Herbert. Über beide Söhne ist nichts Besonderes zu berichten; sie scheinen durchschnittlich begabt zu sein. Der jüngere, Herbert, hat etwas phantastische, bei seiner Jugend vielleicht nicht weiter verwunderliche Zukunftspläne.

Der Mutter Großvater hat sich das Leben genommen, eine ihrer Schwestern litt einige Zeit an Melancholie, der Mutter Vater und auch ihre Schwestern wurden alle von Schlaflosigkeit geplagt und galten als nervös. In des Vaters Banting Familie sollen alle etwa belastenden Momente fehlen.

Lenore Banting kam am 8. Mai 1891 in Düsseldorf durch eine Sturzgeburt auf die Welt, ohne Schaden zu nehmen; die Schwangerschaft der Mutter war gut verlaufen. Sie wuchs ohne schwerere Krankheiten heran, nur kurze Zeit hatte sie an „Drüsen“, später ein wenig an „Bleichsucht“ zu laborieren. Die Menstruation begann im 16. Lebensjahre und verlief regelmäßig. Lenore besuchte die Höhere Töchterschule und danach ein „Institut“ in Frankfurt a. M., lebte später $\frac{3}{4}$ Jahr in Montreux und 6 Wochen auf Wight¹⁾. Sie lernte immer recht gut und

¹⁾ Aus einem Brief vom 16. Juli 1911: „Leider hat eine tolle Erziehung es in meiner Jugend zu gut mit mir gemeint. Stellen Sie sich vor, Töchterschule, Realschule, 4 Pensionate und eine Unmenge private Stunden lagen im Alter von 17 Jahren hinter mir. Eine immer wieder abgerissene Bildung, die außerdem der Mode unterworfen war und die Pflege meiner Neigungen kalt stellte.“

zeigte schon als Kind gute Begabung. Doch ließ sie sich, wie der Vater erzählte, schon in früher Jugend nicht gern etwas sagen und erwies sich in diesem Wesen mehr der Mutter nachgeartet; ähnlich wie bei dieser traten auch bei Lenore zuweilen Schlafstörungen auf. Man hielt sie für sehr intelligent, sie leistete besonders im Zeichnen auch lange nach der Schulzeit beträchtlich mehr als ihr Studien-genossinnen, so daß sie schnell alle überflügelte. Doch erwähnte sie mehrmals, daß dies Zeichnen sie sehr anstrengte. Sie galt als sehr selbständig, energisch und verschlossen, sie widersprach immer gern und schloß sich auch nicht sehr innig an Freundinnen an. Sie beurteilte andere immer nach deren Anlagen oder Charakter, nie nach dem Äußeren. Sie liebte den Onkel Edgar in seiner bestimmten etwas herrschsüchtigen Art weit mehr, als den weichmütigen Vater. Gegen das Hauspersonal und einfache Leute soll sie immer sehr nett gewesen sein. Bei den Freundinnen galt sie stets als etwas eigenartig, ohne daß diese das Wesen dieser Eigenart näher fassen konnten. Lenore liebte das Reiten und Tennisspielen, auch besuchte sie ziemlich viel Bälle und soll dabei immer sehr vergnügt gewesen sein.

Im 15. Lebensjahr soll sie ganz plötzlich früh morgens einen „Starrkrampf“ bekommen haben. Er dauerte 12 Stunden. Sie lag nach einem Zungenbiß mit starren weiten Pupillen im tiefen Koma, man mußte sie katheterisieren. Der Hausarzt dachte damals an etwas Epileptisches, da nicht die mindeste Ursache festzustellen war. Man schob die Schuld auf die Pubertät. Später haben sich weder ähnliche noch andere Anfälle jemals wiederholt¹⁾.

Über die Sexualität ihrer Pubertätsjahre schreibt sie im September 1912 von selbst folgendes nieder:

„Ein Bekenntnis, das ich ablegen mußte, um mich von einer unlauteren Erinnerung zu befreien, über die ich zuvor nie gesprochen habe. Im Alter von ca. 14—18 Jahren hatte ich in größeren Zeiträumen nachts sonderliche sexuelle Wandlungen. Ich dachte mir z. B. mit reicher Phantasie aus, ich sei als Prostituierte in einem Bordell gefangen und würde von mehreren rohen Männern gequält oder bespöttelt. Um mich in solche Situationen versetzen zu können, entkleidete ich mich, nahm Kissen und Finger zu Hilfe. Diese Anstalten reizten mich, teils im Gefühl der Befriedigung sexueller Wünsche, teils im Gefühl einer Märtyrerin. Niemals verlangte mich nach Verwirklichung dieses Gedankens, sondern ich erwachte stets mit einem starken Schamgefühl über die nächtliche Unterhaltung und gelobte mir, sie nicht zu wiederholen. Abgesehen von solchen Ausschweifungen hatte ich periodisch ganz normale sexuelle Verlangen, litt aber nie unter Versagung derselben. Nach meiner Psychose traten obige Ausbrüche nicht mehr auf.“

Seit Ende März 1910 fiel Lenore ihrem Vater als besonders „freundlich“ auf: sie war gar nicht so widerspenstig wie sonst. Sie fuhr zur Großmutter in ein Hotel in den Taunus. Dort war sie am letzten März ungewöhnlich lustig und stand morgens schon singend auf. Am Nachmittag, beim Schreiben eines Briefes, atmet sie plötzlich tief, bricht in lautes Schluchzen aus, das fast zum Schreien wird

¹⁾ Ein interessanter kleiner Beitrag zu dem Problem: Epileptische Anfälle als Symptom einer Katatonie!?

von Lachen unterbrochen. Sie wirft sich aufs Sofa: „geht fort, laßt mich in Ruh“. Gleich danach ist sie wieder völlig ruhig und korrekt, bittet, dem Vater nichts mitzuteilen, zeigt einen ordentlich geschriebenen Brief, zum Zeichen, daß sie ganz gesund sei. Sie geht dann aus, auf die Post, besorgt noch einige Kleinigkeiten und fährt selbständig und unauffällig nach Haus nach Frankfurt. Zu Hause spricht sie ein wenig laut; man bemerkt ihre etwas erregten Augen. Sie nimmt ein Bad und geht zu Bett. Am nächsten Morgen erhebt sie sich zeitig, ist etwas auffällig vergnügt und macht einen Besuch, noch ziemlich korrekt. Nachmittags klagt sie, sie kenne sich in einem Brief, den sie erhalten habe, nicht aus; es stehe soviel darin. Sie will sich — ein wenig sinnlos — „ein Kuvert“ kaufen. Als man sie hindert, wird sie sehr erregt: „Ich folge nicht dem Papa, ich folge einem Höheren.“ Sie leistet Widerstand, man muß sie die Treppe hinauftragen, sie schreit und tobt. Man bringt sie mit Mühe ins Bett. Der Arzt findet sie in großer motorischer Unruhe, sie wirft sich in Pose, spricht theatralisch, macht stiere Augen und schreit und lacht oft ganz unvermittelt geradehinaus. Mancherlei Fragen bewegen sie nicht, über ihre inneren Vorgänge Auskunft zu geben, nur einmal fällt in unverständlichem Zusammenhang das Wort „Bekehrung“, sonst nur, „das darf ich nicht sagen“. Der Abend und die Nacht vergehen leidlich, nur einmal wird sie nachts plötzlich heftig erregt, läßt den Urin ins Bett gehen, verweigert Brom, schreit und predigt: „Ich liebe Edgar Banting, ich habe ihn gefürchtet.“ Am nächsten Tage diktiert sie dem Arzt auf manche Fragen, schwer atmend, stöhnend, mit geschlossenen Augen und aufeinandergepreßten Lippen: sie merke schon seit einigen Tagen, besonders seit Karfreitag, daß alle Leute sie so fröhlich anschauen; sie habe deutlich das Bewußtsein ihrer Bekehrung erlebt, ihre Gedanken seien nicht „ihre“ Gedanken gewesen. Sie habe immer deutlicher die Persönlichkeit Gottes „sprechen gefühlt“. Sie sei „Christus, der moderne Messias“. Als sie in ihrer Erzählung soweit ist, weist sie plötzlich die Ärzte hinaus und verfällt wieder in eine schwere Erregung mit theatralischen Gesten. Der Arzt glaubt, erotische Inhalte vermuten zu dürfen, glaubt auch an Sinnestäuschungen: so habe sie aus dem Geräusch des Ofens heraus gehört, wie ihr Grab geschaufelt wurde.

Man injiziert ihr Morphin und bringt sie im Automobil nach der Heidelberger psychiatrischen Klinik.

Lebenslauf I.

Einiges aus meiner Krankengeschichte nach meiner Erinnerung und Beurteilung.

Heft I.

Die Erinnerungen an meine Nervenkrankheit vom April bis Oktober
5 1910 drängen sich mir täglich von neuem auf; deshalb versuche ich in
folgenden Aufsätzen durch Betrachtungen meine unangenehmen Emp-
findungen zu verbannen¹⁾

Kapitel I. Mutmaßliche Ursache.

Die Krankheit hat meines Erachtens eine mehrjährige Ursache.
10 Am 4. April 1908 starb meine Mutter. Lange Zeit blieb ich vom Schmerz

¹⁾ Hier ist wohl eine Erinnerung an einen ärztlichen Ausspruch wirksam: sie solle sich die bösen Erinnerungen dadurch verjagen, daß sie sie niederschreibe.

wie betäubt. Mama war mir gerade im letzten Jahr so besonders nahe getreten, daß der Schmerz unüberwindlich schien. Wir trugen erst drei Monate Trauer, als ich den Gefühlsbefehl empfand, mich für einen Beruf auszubilden, der meinen Anlagen und Neigungen entsprach; denn der Zustand der Lebenszwecklosigkeit war schmerzlicher als die Trauer. Papa ließ mich auf den verschiedenen Gebieten unterrichten oder beschäftigen, eine Zersplitterung, die mir sehr mißfiel, denn meine Kräfte verlangten nach Ausbildung für ein ganz bestimmtes Ziel, sei es in Malerei oder Kindergärtnerei, worüber ich noch nicht endgültig entscheiden konnte. Nach einem Halbjahr Haushaltungsschule in Karlsruhe wollte Papa mich gewiß nicht mehr entbehren, und ich sah mit Widerwillen der Stelle der erwachsenen Tochter im Haus entgegen, vor der sich der erste Ballwinter vielversprechend auftut. Ich litt unsäglich und zerbrach mir in fast täglichen schlaflosen Nächten den Kopf, auf welchem Gebiet sich meine ernstesten Bestrebungen am dankbarsten ausführen ließen. Das Verhältnis zu Papa war aufreibend. Bei der geringsten Andeutung meiner Wünsche stieß ich auf Widerspruch oder Meinungsverschiedenheiten, so daß ich auf keine Beratungen hoffen konnte, und machte alles mit mir selber ab, da ich es für zwecklos halte, sich mit Menschen auszusprechen, die uns nicht begreifen. Ich befürchtete, daß das Beste in mir aus Mangel an Interesse und Pflege zugrunde geht. Ich hatte alle wechselnden Bestrebungen leid und verlangte nach einem einzigen Zweck, der sich bestimmend durch mein Leben zöge. Da ich diesem absoluten Bedürfnis nicht gehorchen konnte, wurde ich täglich unglücklicher und fühlte mich seelisch krank, auch befürchtete ich manchmal, daß mir der unerträgliche Zustand den Verstand rauben könnte. Aus diesem unglücklichen Zustand heraus, erwachten wohl die ersten Religionszweifel, die mich allmählich sehr beschäftigten, und die ihn noch verschlimmerten. So war die Verfassung, als ich im Winter 1909/10 als neuste Auflage in die Gesellschaft kam und Ballatmosphäre genoß, die mich mit ihrer Aufregung nicht verschonte, und mir noch weniger Schlaf gönnte. Aufregend wegen einer einseitigen Neigung zu A. Z. Jene Leidenschaft spielte aber neben der übrigen Zerrissenheit eine unbedeutende Rolle.

Ich war also 2 Jahre unglücklich, durch das sich anhäufende Leid in genannten Gestalten. Nun trat Ostern 1910 eine gewaltige Reaktion ein. Ich muß auf die Religion zurückkommen. Wir waren ziemlich freidenkend erzogen, da man über Glaubenssachen zu Hause nicht sprach. Nur an Festtagen besuchten wir mit Mama die Kirche, in der ich entweder nicht zuhörte oder nichts annahm und verstand. Ebenso vermochte der Schulunterricht in Religion mich nicht zu fesseln; aus der frühen Konfirmandenstunde habe ich buchstäblich kein Wort behalten und entzog mich eigenhändig der ganzen Christenlehre. In

der Bibel habe ich nie gelesen, aber auch keine atheistischen Schriften
 55 vorgenommen. Also gaben weder Kirche noch Schule mir den Anstoß
 nach Religion zu forschen. „Im Glauben klar“ hatte mir meine beste
 40jährige Freundin ins Album geschrieben. Ein andermal vernahm ich
 Rosegger: „Wer an der Göttlichkeit Christus zweifelt, der lese einmal
 die 4 Evangelien hintereinander.“ Das war Nahrung für die keimende
 60 Pein, die mir die Unkenntnis meines Glaubens verursachte. Es quälte
 mich sehr, daß ich mir keines bestimmten Glaubens bewußt war. Mein
 Gottesglauben war vorübergehend bei Mutters Tod befestigt worden,
 aber meine Urteilslosigkeit über Christus ließ mir keine Ruhe. Immer
 wollte ich im Neuen Testament lesen und kam nicht dazu. Kurz vor
 65 Ostern war ich sehr unglücklich, ich fand mich dumm, nichtig, wertlos.
 Zu Ostern reisten wir nach Cronberg. Gründonnerstag nacht sprach
 eine Stimme in mir: „Erziehe dich selbst und dann die Menschen,
 dein Lebenszweck sei Vervollkommnung, dein Vorbild Christus. Glaube
 an seine Göttlichkeit.“ Mit dem anbrechenden Karfreitag war ich ein
 70 anderer Mensch. Mir schien, als sehe ich alles klar und deutlich, als
 ginge ein merkwürdiges neues Verstehen für alle Dinge mir auf. In
 den ganzen Tagen in Cronberg sehe ich sehr glücklich aus, durch das
 gewaltige innere Erleben Gottes, das ich als größtes Erlebnis meines
 Lebens bezeichnete und während dieses Erlebens führte ich folgende
 75 Tagesnotizen, hielt aber die Notizen für Frevel, weil sie Unbefugten
 Mitteilung dieser großen Erkenntnis machen könnten. Ich notierte
 aus eigenem Interesse an meinem Zustand.

Ostermontag. Die Göttlichkeit Christus überzeugt mich mehr
 und mehr. Gott selbst hat mir die Erkenntnis geschenkt. Ich bin von
 80 Traurigkeit durchdrungen, denn ich fühle mich der ungeheuren Auf-
 gabe, die mir Gott stellt, nicht gewachsen, ich bin aber voll Dankbar-
 keit für die mir von Gott selbst gegebene Aufgabe. Ich bitte ihn, mich
 demütig bleiben zu lassen. Meine Gedanken, mich der Malausbildung
 zu widmen, gebe ich mit großer Überwindung auf. Ich sehe dagegen
 85 in der Erziehung meines jüngeren Bruders ein wichtiges Ziel.

Dienstag nach Ostern fühle ich mich zerrüttet, nervös. Momente
 lang meine ich irrsinnig zu werden in dem gewaltigen inneren Erleben.
 Ich empfinde unausgesetzt die Nähe Gottes, nicht, daß ich meinte,
 Gott sei nun allein um mich; ich empfand ihn als Teil einer unermeß-
 90 lichen Macht, die speziell auf mich einwirkt; „ich will versuchen ihn
 als Ganzes zu erforschen, aber du sollst nicht wollen, denken und meinen,
 du sollst deinem Gott gehorchen.“ Ich will schlafen und kann nicht.
 Eine Menge neue gute Gedanken wirken auf mich ein. Ich kann und
 darf nicht in einem Buch lesen. Die Offenbarung beansprucht alle meine
 95 Kräfte. Nie fühlte ich mich so unglücklich und traurig, aber ich konnte
 nicht weinen. Ich hatte jubelnde Momente dagegen, in denen ich

nicht lachen konnte. Gedanke an Ehe verwarf ich ganz oder wollte ihn Gott überlassen.

Mittwoch. Erziehe die Menschen durch dich selbst, ist deine Aufgabe. Gott hat sie mir geschenkt, ich bin glücklich. Ich bitte täglich um Demut. Täglich bin ich von neuem von Gott überzeugt und der Göttlichkeit Christus. Mein Körper ist vollkommen wohl, mein Geist klar, aber meine Seele ist krank und läßt mich nicht schlafen. Ich bitte um Schlaf. „Du sollst nicht schlafen, wenn Gott mit dir spricht.“ Ich nahm mir vor, ein Buch zu schreiben und notierte alle auf mich einströmenden Gedanken. Die Stimme aber sprach: „Du sollst kein Buch schreiben, denn du könntest darüber vergessen ein lebendes Beispiel zu sein.“ Ich hatte Nervenzuckungen in der Nacht, auch am Tag, besonders in den Händen, und nervöse Kopfschmerzen.

Mittwochabend. Seit den Tagen meiner Bekehrung hatte ich noch nicht geweint, nur einmal von Herzen aus Hochmut gelacht, als ich eine Wirkung meines veränderten Wesens sah, die mich im Glauben bestärkt. Natürlich suche ich meine nächste Umgebung umwandelnd zu beeinflussen. Meine Großmutter z. B., deren Lektüre und Gespräche hauptsächlich religiöser Art waren (die mich aber nicht beeinflussen konnten), redet weniger und denkt mehr. Sie wird irr an ihrem Glauben, den sie so positiv bis jetzt vertrat, und nach dem sie nur theoretisch lebte und deshalb nie glücklich war. Nun sieht sie mich glücklich und erkundigt sich nach meiner Auffassung usw. Die Leute, die ich spreche, werden oft irr an sich selber, sie stellen die unvernünftigsten Fragen an mich usw.

Eine selige Freude überkommt mich: „Mein Gott verlasse mich nicht, demütige mich.“

Die 14jährigen Freunde Herberts prüfen die Wahrheit ihrer eigenen Antworten. Mein Nervenzucken spüre ich immer von neuem.

Jetzt erkenne ich meinen Lebenszweck darin, die Menschen zu Christus zu führen, ohne ihnen von Religion zu sprechen. „Herr verleihe mir deinen Beistand, hilf, daß jedes meiner Worte wahr sei. Hilf, daß ich demütig bleibe, Einbildung wird Hochmut, hilf, daß ich keine Vergangenheit und keine Zukunft besitze, sondern, daß in der Gegenwart mein größtes Glück und Unglück liege. Laß mich nicht in Versuchung kommen etwas wissen zu mögen, was ich nicht weiß (ich suchte Gott zu erforschen), schenke mir Unwissenheit, damit ich nicht hochmütig werde.“

Donnerstag morgens habe ich in tiefster Freude Töne gesungen. In diesem Moment wußte ich, daß ich singen dürfte, ohne an andere zu denken. Bald darauf setzt ein heftiges Weinen ein, das die Laute des Gelächters annimmt: es waren Freudentränen über innere Bekehrung. (Ich erstaunte mich über die nie gehörten Laute dieses Weinens)

140 und über den Irrtum der Menschen, der mich fast noch mehr erschütterte. Ich weinte auch zum erstenmal über die Kreuzigung Christi.

Ich halte meine Bekehrung, eine innere und äußere Wandlung (ich fühlte, daß ich frohe, gesunde Augen bekam) während 8 Tagen für vollendet, und ich fühlte mich so urglücklich, ein Christ zu sein, dem
145 Gott in den Tagen alle Sünden vergeben hat. Alle Leute, die ich anrede, glauben mir unbedingt und tun, was ich sage. Niemand sucht mich zu belügen; die meisten glauben ihren eigenen Worten nicht mehr. Ich habe einen unbeschreiblichen Einfluß auf meine Umgebung. — Wir reisen zurück nach Frankfurt.

150 In den Tagen in Frankfurt hörte ich genau auf die befehlende Stimme, ließ mich von Gott unausgesetzt leiten und gehorchte, selbst denken brauchte ich nicht mehr. Die Befehle enthielten entweder Menschen aufzusuchen, um sie zu „retten“ (d. h. bekehren), zu helfen oder meine Unwissenheit durch Fragen zu bekennen, damit ich demütig blieb;
105 ein strenges Achten auf die Wahrheit jedes Wortes, das ich sprach, war Grundbedingung, und ein Geheimnis zu haben, schien gleich einer Lüge. Ich treffe viele Menschen, die jene Wandlung schon durchgemacht haben, was ich an ihren glücklichen Augen sehe. Ich muß (auf einem Spaziergang mit Großmama) vielen Passanten in die Augen
110 sehen. Die einen können das frohe Strahlen erwidern, die andern weichen dem Blick aus und ein nervöses, sichtbares Zucken geht über ihren Kopf, Hals und ihre Schultern. Über die einen urteile ich, daß sie am Jüngsten Gericht zur ewigen Seligkeit, die andern zur Verdammnis bestimmt sind, was ich aus ihren Augen lese. Zu Hause fiel mir
115 noch zweierlei auf. Es war am Tag, an dem ich eigentlich krank wurde. Einmal neigte ich mich zu dem Holzfeuer und vernahm: „Dein Gott ist im Feuer.“ Einmal sehe ich meinen kleinen Finger bluten und vernehme: „Dies ist Christiblut, du bist ein Christkind.“

Noch einiges über diese Stimme. Sie suchte mich am lautesten auf,
120 wenn ich allein war, und lehrte mich gewaltig gehorchen und beten, Beten nicht in Angst, denn ich hatte mehr Vertrauen. Ich fürchtete mich nicht und fürchtete mich doch, beides im Gefühl der unmittelbaren Nähe Gottes. Ich habe die Stimme gehört, und nicht nur gefühlt, denn ich meine, wenn wir „den Gott in unserer Brust“ reden hören,
125 empfinden wir, daß die Stimme in uns ist. Ich aber spürte eine gewaltige Einwirkung von außen, aus nächster Nähe ein gewaltiges Anfassen aus der Luft, von der Unsichtbarkeit.

Während der Krankheit und nach der Krankheit habe ich nie mehr an der Wahrheit und Richtigkeit dieser Begebnisse gezweifelt. Ich halte
130 sie für keine Halluzination.

Einige Notizen der Gedanken: (ich habe sie nie gelesen, noch gehört. Sie kommen ungerufen, ich wage nicht zu meinen, sie entstünden

aus mir, aber ich bin glücklich, daß ich sie weiß, ohne sie gedacht zu haben. Sie fliegen mir zu in jedem angebrachten Momente. Sie scheinen mir geschenkt, daß ich nicht wage, sie als eigene mitzuteilen). 135

Wer nach seinem Glauben lebt, steht auf der letzten Stufe der Vervollkommnung. Wenn du an andere denkst, führst du dich nicht in Versuchung oder Schuld. Denkst du auch den ganzen Tag an andere, so hast du immer noch genug an dich gedacht. Jedes suche einen Lebenszweck, der ihn ganz befriedigt. Jeder wisse, was er glaube; 140 wer nicht nach seinem Glauben zu leben sucht, hat keinen. „Prüfet selbst und entscheidet“, laßt euch nichts vordenken. Stelle keine Aufgabe über deine Lebensaufgabe, Vervollkommnung; Spott ist Hochmut. Denkt was ihr sprecht. Sei gut, und die Menschen werden sich schämen vor dir schlecht zu sein. Sicherheit erlangst du durch Ruhe, 145 aber deine Ruhe muß von innen kommen. Bekämpfe täglich deinen Egoismus und Hochmut. Achte deinen Nächsten, seine Meinungen und Ansichten, und du wirst sofort seine Achtung gewinnen. Danach suche sein Vertrauen. Du findest es, wenn du die Menschen nie zweifeln läßt an deiner eigenen Wahrheit. Seid durchdrungen von dem, was ihr 150 redet, so überzeugt ihr die anderen, redet nicht, was ihr nicht positiv glaubt, damit eure Rede wahr sei, aber die Wahrheit suchet in euch selber. Hut ab vor dem Arbeiter, denn du lebst von seiner Hände Arbeit. Wer sich Menschen, Natur und Dinge anschaut, Auge und Ohr an Naturvorgängen schärft, wer richtig schaut, scharf hört, nimmt die 155 Dinge wahr, wie sie sind; das ist die Grundlage zum Denken. Sei zu stolz, um dich erziehen zu lassen, erziehe dich selbst.

2. Kapitel. Der Ausbruch in Frankfurt.

Aus dem überzeugten Gefühl ein Christus zu sein, vollzieht sich die erste Umwälzung zur Krankheit. In dem Empfinden der äußersten 160 Not und Hilfsbedürftigkeit rufe ich dauernd nach Dr. B. Vergeblich, niemand kann helfen! Dr. B. zieht einen anderen Arzt zu, und in meiner Vorstellung sollen sich im Lauf des Abends sämtliche Ärzte der Welt um mich versammeln, die dann vergebens an mir raten werden! Statt dessen wird einer Pflegerin an meinem Bett die Nachtwache aufgetragen. 165 Ich vermute in ihr den schlechtesten Menschen der Erde, finde ihr Gesicht „schreckhaft schlecht“ und soll sie bekehren, weshalb ich sie die ganze Nacht zum Bekennen ihrer Sünden oder Beten zwingen will; letzteres gelingt mir gegen Morgen. Für mich war die Nacht eine fürchterliche Qual. Zuerst zitiere ich einige „Gebete Christus in 170 Gethsemane“ und dabei überläuft mich schmerzliches Gefühl wie des Verbrennens, dann Zusammenziehens und Erstarrens, des Lähmens (ich stelle mir in diesem Gefühl vor, zu einem abschreckenden, unkennt-

lichen Krüppel zu werden) (Veränderung im Nervensystem? Krampf?).
 175 Ich endige, „es ist vollbracht.“

Daneben rufe und schreie ich alle möglichen Bekenntnisse und Geständnisse gegen meinen Willen, unausgesetzt unterbrochen von dem Ruf: „Herr, hilf mir, daß ich nicht lüge.“ Nun muß ich die Welt „abrufen“, d. h. jeder, den ich beim Namen rufe, fällt tot um. Ich
 180 fange mit den nächsten Verwandten an; ich selbst empfinde dabei eine nie gekannte seelische Qual in dem bestimmten Gefühl, daß mir selbst der Tod und eine furchtbare Zukunft bevorsteht, über deren Charakter ich aber nichts weiß. Alle, die ich abrufe, umgeben mich in demselben Augenblick; ich spüre ihre vermeintliche Anwesenheit
 185 mit geschlossenen Augen, aber ich bin wach und schließe nur die Augen in der Meinung, nicht sehen zu dürfen. Beim Nennen ihrer Namen vernehme ich einen grausigen, röchelnden Pfiff und Flug durchs Zimmer und den dumpfen Fall eines Körpers, der mir besagt, daß sie tot sind. Nicht, daß mir das unsichtbare Morden Vergnügen macht. Ich stehe
 190 große Angst aus und beim Abrufen von Onkel Edgar, wobei ich mich am längsten aufhalte, spüre ich einen hochgradig gesteigerten Seelenschmerz. Ich rufe: Edgar, ich liebe dich mehr als mein Leben, steh mir bei, Edgar, weine nicht, du bist der beste von allen. Verlasse mich nicht! Ich höre dein Weinen. Es schneidet mir in die Seele. (Ich
 195 hörte wirklich weinen, vermutlich Papa)¹⁾. Edgar, ich liebe dich, Herr, hilf mir, daß ich nicht lüge. Leb' wohl, Edgar, ich komme nie wieder. Innerlich bejammere ich meinen frühen entsetzlichen Tod. Ich rufe Mama. Sie kommt aus dem Grab. Die Haustüren rütteln nacheinander. Klappernd und stöhnend schleppt sich etwas durch
 200 die Gänge, begleitet von einem langgezogenen schneidenden Pfiff. An meiner Türe seufzt, rüttelt und klopft es unheimlich und kehrt um. Ich meine einen Teufel gehört zu haben. Seit der Nacht stelle ich mir Mama unter den Lebenden vor²⁾. Ich rufe „Goethe“. Das Zimmer erhellt sich wie von einem Sonnenstrahl und über mir höre ich Rauschen
 205 wie Flügelschlag. Es ist immer noch Nacht. Vor der Hoftüre fahren Wagen vor Wagen vor, aber die Pferde höre ich vor dem Hause tot umfallen, die anströmenden Menschen also, die Elektrischen überfahren sich, Schiffe, pfeifende Eisenbahnen kommen dauernd an. Die Welt geht unter und alle Menschen wollen und sollen in dieser Nacht
 210 vor meinem Fenster sterben. Jeder Fall, jeder Pfiff, jedes Röcheln durchfährt mich entsetzlich. Gegen Papa empfinde ich den größten Widerwillen, so daß ich mich weigere, ihn abzurufen. Endlich bricht der Morgen an. Mit dem Aufgehen der Sonne erwarte ich meine Erlösung, meine Himmelfahrt. Statt dessen kommt Dr. B. Ich verrate

¹⁾ Er war wohl im Zimmer.

²⁾ Mündlich ergänzt: sie schliefe neben ihr, müsse erlöst werden.

ihm, daß ich der „moderne Messias“ bin. Ich bin mir aber eines großen 215
Unrechts dabei bewußt, zuviel von der Wissenschaft zu verraten. Auf
der Straße wird gepfiffen und Steine geklopft: Ich bejammere die
schlechten Menschen, die ihren Erlöser noch einmal kreuzigen und
begraben wollen, denn in peinlicher Angst wird mir klar, daß ich ge-
kreuzigt werden soll. Denn die guten Menschen sind ja alle in der ver- 220
gangenen Nacht gestorben, nur die Teufel sind übriggeblieben, und es
ist begreiflich, daß diese mich kreuzigen wollen. Papa will die Schande
nicht erleben und er versteckt mich in ein Auto, mit einer Pflegerin
und einem Pfleger¹⁾. Wehe mir, er hat Judas Ischariot ausgesucht,
mein Mörder sitzt bei mir im Wagen! Mörder, weil er eine ekelhafte 225
Verbrecherphysiognomie hat. Er will mich auch noch halten, ent-
würdigend! Zuguterletzt spucke ich ihn an, da kommt ihm eine Träne,
er ist bekehrt. Wir nähern uns Heidelberg, großes Jubelgeschrei des
Pöbels klingt mir von ferne entgegen. Auf einem Berg werde ich ge-
kreuzigt werden. Vermutlich wird der Königsstuhl mein Golgatha . . . 230
Nein, ich werde schnell noch einmal versteckt, wohin, werden wir gleich
hören.

Als sie am 2. April 1910 in der Heidelberger psychiatrischen Klinik auf-
genommen wird, ist sie noch etwas verträumt und schläfrig. Wach geworden, be-
nimmt sie sich ziemlich korrekt, spricht nicht sehr viel, bleibt ruhig in ihrem Zimmer;
man kann sich nur wenig mit ihr in Beziehung setzen.

Sie macht einen leicht verwirrten, geistesabwesenden Eindruck und blickt
oft um sich, vielleicht etwas ratlos. Auffällig ist, daß sie zuweilen die Namen
ihrer Angehörigen z. B. des Bruders ruft, besonders die Großmutter, Eugenie
Boldt, spielt eine große Rolle. Versuche, sich über ihre Vorgeschichte etwas mit
ihr zu unterhalten, mißlingen ziemlich; sie hört zwar ruhig zu, was man sagt,
geht aber nicht näher darauf ein. Sie weiß vor allen Dingen diese Verzückungs-
zustände in Cronberg in keiner Weise zu erklären. Gleich im Anfang ihres Hier-
seins treten einige Zu- und Abneigungen deutlich hervor, besonders gegen eine
Volontärin, Fräulein von Winfried, hat sie eine deutliche Zuneigung gefaßt und
mag es gern, wenn diese sich an ihr Bett setzt und mit ihr spricht. Niederschrift
der Volontärin: „Vater, — komm' zu mir! (pathetisch) Ich fürchte mich vor diesem
Menschen.“ (wohl dem Arzt Dr. Heinrich.) „Vater, — nimm ihn weg von mir, wenn
du kannst.“ „Vater, — ich glaube an dich!“ „Vater, Vater, bleibe bei mir, ich
sterbe.“ „Vater, — komm zu mir.“ Sie weint. „Vater nimm meine Hände, damit
wir uns —?“ „Vater, — ich höre dich kommen.“ „Vater, du kommst.“ „Vater, ich
fühle dich.“ „Fast möchte ich sagen, daß ich dich s-eh.“ „Vater, nimm mich hin,
immer zu dir.“ „Vater, wann darf ich dich sehen, und du allein kannst es mir
sagen, komm selbst und nimm meine Hände von meinem Gesicht.“ „Du allein
kannst es, zeige es den Menschen, die hier sind, dann werden sie an dich glauben.“
„Vater, erhebe mich zu dir, hilf, daß ich so groß werde wie du, denn du bist groß
wie nichts auf der Welt, hilf mir, daß wir zusammen in die Sonne springen, du weißt,
was die Sonne ist, — zeige es den Menschen, die hier stehen, lasse ihnen deine

¹⁾ Mündlich ergänzt: „ich bin mir über alles ganz klar, ich weiß genau, was
man mir angezogen hat an jenem Morgen.“

Sonne aufgehen.“ „Lieber Vater, erbarme dich ihrer, denn sie wissen nicht was sie tun, du weißt es, deshalb will ich zu dir kommen.“ „Ich weiß, daß du kommt. Hilf, daß die Menschen hier dich auch sehen, ich weiß, daß es ihr einzigster Wunsch ist, dich zu sehen. Wenn ich dir dabei helfen kann, dann lehre es mich, Vater; ich fühle, daß du es kannst. Es wird so hell und leicht in dem Zimmer hier.“

Zuweilen, wenn man zu ihr spricht, macht sie eigenartige Bewegungen, besonders mit dem Kopfe. Sie ist dann unzugänglich und blickt vor sich hin. Manchen Tag ist sie vor Unruhe im Zimmer recht schwer zu haben, sie wird dann ins Bad verlegt, zuweilen auch nachts. Kommt der Arzt, so zeigt sie deutliche Furcht, will von ihm weggehen, deckt sich jedoch nicht zu. Gegen die Pflegerinnen ist sie zuweilen gewalttätig und schlägt kräftig zu.

Eigene Niederschrift vom 23. April:

„Ich habe hier den Mut noch nicht verloren, aber ich möchte gerne mit Überlegung handeln; ich möchte nicht immer so planlos gucken und alles so planlos machen. Wenn sie mir den Teller anbieten, so weiß ich nicht, was ich nehmen soll, und wenn mehrere Leute im Zimmer sind, so weiß ich nicht, wen ich ansehen soll. Ich komme nicht zum Besinnen, weil hier alles um mich herum weitergeht wie ein Uhrwerk. Ich sehe rote Blumen und ich sehe blaue Blumen, aber ich kann keinen Schluß daraus ziehen.“

Ein Brief aus dieser Zeit: (Brief I).

Herrn Dr. Franz.

Lieber Herr Doktor, seien Sie nicht böse, daß ich wieder gegessen habe. Ich wollte absolut nicht, aber man stopft mir das Essen immer in den Mund. Wie soll ich mich da wehren? Dann fängt das alte Lied jedesmal von vorne an. Ich habe gewiß den besten Willen das Richtige zu tun, aber man zwingt mich zum Verkehrten. Ich kann mir meine Situation mit jedem Tag weniger vorstellen und mache jeden Tag deshalb alles verkehrter. Ich kann absolut nicht mit Überlegung handeln, sondern nur instinktiv, da ich zu keinem richtigen Schluß kommen kann. Was sind die braunen Decken auf meinem Bett? Sollen sie Menschen vorstellen? Wie soll ich mich bewegen, wenn mein Mund geschlossen sein soll. Was soll ich mit Händen und Füßen anfangen, wenn meine Nägel immer so weiß sind? Soll ich kratzen? An was? Jede Minute ändert sich meine Umgebung, was die Bewegungen der Schwestern betrifft, die ich nicht verstehe und deshalb nicht erwidern kann. Wie kann ich etwas richtig tun, wenn ich das Richtige nicht weiß? Ich denke so einfach, wie ich als Lenore B. gedacht habe und kann deshalb nicht diese fremde Situation erfassen. Sie wird mir täglich unbegreiflicher. Mein Brief ist wohl sehr hoffnungsvoll! Ich möchte deshalb schließen. Was geschieht, wenn ich sterbe? Geht dann alles unter? Schreiben Sie mir doch einmal eine Antwort, dann verstehe ich Sie vielleicht besser als wenn Sie zu mir reden, und Ihre Rede sich stets, ich weiß nicht durch welchen Einfluß (vielleicht, daß man unbewußt nie allein im Zimmer ist?) auf unverständliche Antworten

beschränken muß? Leb wohl, Liebster, Ihr Bluthund oder dgl. Ausdrücke, die täglich „schmeichelehafter und schamloser“ werden.

Gegen ihre Angehörigen ist sie im Anfang sehr wenig zutunlich, verlangt nicht nach ihnen, verlangt nicht, an sie zu schreiben, und wenn man ihr vom Vater Grüße bestellt, so nimmt sie sie ohne eine Spur von Bewegung entgegen. Zum Vater scheint sie überhaupt wenig Zutrauen zu haben, viel mehr zum Onkel Edgar; auch die Frankfurter Hausdame scheint ihr durchaus antipathisch zu sein. Der Vater läßt ihr sehr viel Blumen schicken, so daß das Zimmer nie leer davon wird. Sie fragt nie danach, von wem sie geschickt werden. Teilt man es ihr mit, so nimmt sie weiter keine Notiz davon. In der Folge beginnt sie ihre Wäsche zu zerreißen und läßt auch auf vielen Vorhalt nicht davon ab. Still und lächelnd reißt sie ihre Hemden von oben bis unten durch. Sie verbraucht außerordentlich viel: 30 Hemden in 14 Tagen.

Bei einzelnen Ausrufen, die sie sehr zu lieben scheint, hat ihr Angesicht etwas Verklärtes, Verzücktes. Auch die Betonung der einzelnen kurz herausgestoßenen Worte ist oft sehr merkwürdig. Ohne Zusammenhang spricht sie z. B. folgende Worte: „Liebling, blau, Christus, Vater.“ „Gottseidank, daß jemand kommt, ich bin so allein“, sagt sie beim Hereinkommen des Arztes, obwohl sie natürlich nicht allein war. Ein andermal, als die Wärterin ihr das Hemdenzerreißen wehren will: „Bitte, ich kann tun und lassen, was ich will.“ Ferner: „Ich will jetzt allein frühstücken, man soll mich nicht immerfort stören.“ Ein andermal, als ihr die Krankenschwester das Hemd anziehen hilft, sagt sie: „Sie zerstören mir immer wieder mein Glück.“ Auf die Frage des Arztes, was das heißen soll, antwortet sie: „Ihr Gott sage ihr, sie solle nackt sein.“ Ein andermal: „Ich gebe nicht mehr auf die Frage der Wärterinnen, sondern nur auf die Stimmen, die ich höre, Antwort.“ Kurz darauf: „So, ja, ja, da bin ich ja. Ich bin immer da.“ Als sie wiederum beim Hemdziehen vom Glückzerstören redet, vergießt sie Tränen.

Im Juli 1910. Sie beißt, wo sie kann; gießt Wasser durchs Zimmer, uriniert auf den Boden, bläst die Milch aus der Tasse, spuckt das Essen aus und ißt es wieder; wirft das Essen an die Wand bis zur Decke. Oft ist sie sehr unzugänglich, gibt dann aber plötzlich doch schlagfertige Antworten. Als sie einmal eine Pflegerin in den Arm beißt, und man ihr vorhält, ob das der Dank für die Pflege sei, antwortet sie: „Undank ist der Welt Lohn.“ Oft hört man eigenartige Äußerungen: „Ich will meinen Nabel für dich öffnen.“ Dies bringt sie unsicher und mit einer gewissen Verlegenheit vor. Sie hüpfert in schwer beschreibbarer Weise im Zimmer herum. Man muß das Zimmer abgeschlossen halten, weil sie sonst jede Gelegenheit benutzt, zu entwischen. Dabei ist sie dauernd vollkommen nackt. Ihr Springen ist sehr eigenartig. Sie hat sich etwa wie ein Frosch zusammengeduckt und macht ganz kleine, eigenartige, hüpfende Bewegungen. Zuweilen versucht sie auch vom Bett ins Zimmer herunterzuspringen, tut es aber doch nie. Vom Sofa läßt sie sich zuweilen herunterfallen. Sie ist am ganzen Körper mit grünen und blauen Flecken bedeckt. Ernstliche Selbstmordabsichten scheint sie bei all dem Gebaren nicht zu haben. Wenigstens sind all ihre Versuche, mit dem Kopf anzurennen oder sich herunterzuwerfen, äußerst zart. Einmal redet sie von der „Berliner Nacktkultur“ und sagt kurz darauf: „Ich möchte nackt an eines Mannes Brust liegen.“ Zuweilen ist sie ganz unzugänglich; sie nimmt dann keine Notiz von dem, was um sie herum vorgeht. Ein andermal wieder, als in ihrer Gegenwart berichtet wird, wie sie sich verhalten habe, wendet sie ironisch ein: „Es wird den Herrn Doktor sehr interessieren.“ Oder an einem anderen Tage: „Es wird den Herrn Doktor gar nicht interessieren.“ Als man bei ihren sexuellen Anspielungen ihr einen gewissen Vorhalt macht, sagt sie: „Immer, wenn ich etwas ernst meine, sagt man, es sei ein dummes Geschwätz.“ Auch in Abwesenheit des Arztes äußert sie sich

den Pflegerinnen gegenüber ganz unverhohlen, daß sie bei dem einen der Ärzte schlafen wolle. Das Personal berichtet, daß sie direkt gemeine Ausdrücke gebrauche, von denen man erstaunt sei, daß sie sie überhaupt kenne. Auch zum Arzt selbst sagt sie manchmal direkt: „Ich möchte bei dir liegen“ oder „Mich mit dir paaren.“

Zuweilen schmiert sie sich mit Milch oder anderen Speisen ein, sie scheint dabei irgendwelche Vorstellung von medikamentöser Behandlung zu haben.

Brief vom 11. 8. 1910 (vollständig). (Brief II.)

Lieber John,
könnte ich Dich hereinberufen, ich finde, daß Du mich am besten verstehst.

Es dunkelt.

Gehorch dem Pferd

Flieg ab.

Er kanns

Er betet, er zankt

Eva will.

Gehorch dem Mann.

Was er will?

L. B. Vernunft.

Sieh ihn an.

Butterfly.

Ich.

Wer mir schmüst, den laß ich

Wo sind meine Thränen geblieben?

Wer weint vor Glück?

Wohl hab ichs einmal gethan.

Bleib mir

Dir will ich sein

Wo ist mein Album geblieben?

Sieh da ich hol mir was ein!

Butterfly

Warum kannst du nichts verraten?

Das Glück auf der Erde

Liegt am Herzen des Weibes

Auf dem Rücken der Pferde

Und der Gesundheit des Leibes.

(Alles wirr durcheinander, schief und unregelmäßig gestellt, mit Zeichnungen von spielenden Kindern und der primitiven Porträtskizze des Dr. Franz.)

Mitte August: Allerlei hypochondrische Klagen. Sie müsse ein Klystier haben, weil der Darm kaputt sei. Sie habe Herzverfettung. Als man sie bei der Visite wieder einmal zu bekleiden versucht: „Die Herren haben schon oft nackte Damen gesehen und vor den alten Herren geniere ich mich schon gar nicht.“ Sie

sagt zu den Ärzten „du“, und läßt es auch auf Vorhalt nicht. Einmal meint sie, nachdem sie vorher davon gesprochen habe, sie wolle etwas aufschreiben: „Aha, du denkst, weil ich nichts sage, kommst du auf diese Weise hinter meine Gedanken.“

Sie beschäftigt sich mit ihrer ausbleibenden Periode sehr lebhaft. Sie bildet sich daraus die Theorie, sie sei gar kein Mädchen mehr, sie könne erst ihre Periode wiederbekommen, wenn der eine der Ärzte bei ihr schlafe. Als ihr eines Tages das Frühstück gebracht wird, behauptet sie, sie sei ein Tier; ein Tier esse keine Schinkenbrote. Sie macht wiederholt Versuche, ihren Urin zu trinken. Auf den Vorhalt, warum sie das tue, mit Tränen in den Augen: „Es ist gräßlich, aber ich woll-te-mir-helfen,“ sie setzt hinzu: sie sehne sich so sehr nach sich selbst, aber sie finde sich nicht mehr. Als einmal zufällig in den Äußerungen des Arztes „Ach Gott“ vorkommt, greift sie das sofort auf und sagt: „Siehst du, du bist gerade so hoffnungslos als ich.“ Ein anderes Mal: „sie habe sich selbst verloren, sie müsse den Menschen in sich suchen.“

Aus einem Brief vom 13. 8. 10. ausgewählte Stellen: (Brief III). „Herz, Butterfly. Warum ich nichts bekennen kann? Weil ich die Liebessprache nicht finde . . . Gott ruft sein Baby. Das Baby ruft den toten Gott. Was wollen beide? Ich habe die Menschen verrückt gemacht und weiß genau, daß ich nie mehr genesen kann. Können 2 Verrückte lieben? Nie wissen sie wohin.

(Zahlreiche einzelne Worte, einzelne Reime, gezeichnete Herzen, Gesichter, Krakeleien.)

Aus derselben Zeit einige äußerlich korrekte Porträtskizzen von den Krankenschwestern.

Ende August: Noch immer bleibt sie ganz nackt. Nur wenn sie nackt ist, läßt sie sich etwas zum Essen aufzwingen. Immer wiederholt sie dasselbe: sie habe keinen Stuhlgang wie ein Mensch, der ganze Körper sei kaputt. Sie verlangt immer wieder Kompott, Regulin und Obst zum Essen, sie verweise von innen heraus, wie sie denn zu einem Stuhlgang kommen solle. Es sei doch die Hauptsache für einen Menschen, daß er eine gesunde Verdauung habe, sonst könne er doch nicht leben.

Am 22. August schreibt sie an den Vater einen sehr netten Brief (Brief IV), darin kommt vor:

„Ich sitze in der Dämmerung und trauere um die Vergangenheit, deren Fröhlichkeit ich der Gegenwart wiederschenken möchte und nicht kann. — Daß ich nicht aus meiner Haut herauskann, ärgert mich hundertmal. Ich frage mich, warum bist du überhaupt so. Es ist die Lenore von früher, die dir schreibt und nicht die gegenwärtige, die wortlos auf der Bettkante sitzt.“

Häufig kann man beobachten, daß sie auf die Geräusche, die von außen an sie herandrängen, z. B. auf das Pfeifen der Lokomotiven vom Güterbahnhof her, auf das Sprechen der Kinder auf der Straße usw. deutlich Bezug nimmt. Einmal will sie unter den Worten, die sie auf der Straße gehört hat, „Bluthund“ verstanden haben, und bezieht das bald auf sich, bald auf den Arzt. Sie muß nun öfter gefüttert werden, auch längere Zeit mit dem Schlauch. Sie läßt sich dies ganz ruhig gefallen. Den Vater hält man vom Besuche fern, da er sich zu sehr erregt. Bei Besuchen des Onkels Edgar erweist sie sich nicht wesentlich verändert, sie ist zu ihm ganz nett, bleibt aber still, fragt nicht nach Haus, spricht sich auch

nicht weiter aus. Wiederholt kann man bei Besuchen des Onkels bemerken, daß sie von ihm wenig Notiz nimmt, solange der Arzt Dr. Franz im Zimmer ist, und nur den Arzt beständig mit ihren Blicken verfolgt.

Im September tritt ziemlich rasch ein merklicher Umschwung ein. Sie verlangt in den Garten, ans Klavier usw. Doch schieben sich dazwischen immer wieder Tage, an denen sie durch merkwürdige Äußerungen auffällt. Besonders läßt sie von dem Gedanken, eine gespaltene oder durchbrochene Speiseröhre zu haben, nicht ab. Einmal äußert sie zum Arzt nach einer langen Verlegenheitspause: „Kann ich nicht Ihren Urin trinken, um gesund zu werden?“ Ihre hypochondrischen Ideen von der gespaltenen Speiseröhre usw. bringt sie mit großer Bestimmtheit vor, besonders auch ihren Angehörigen gegenüber. Im übrigen verhält sie sich aber geordnet, auch in der Kleidung ist sie jetzt sorgsamer; sie ißt und schläft gut. Als man ihr eines Tages erlaubt, mit ihrem Besuch in den Botanischen Garten zu gehen, verhält sie sich eine Zeitlang ganz korrekt und geht ruhig mit. Als sie aber einen Moment unbeobachtet gelassen wird, springt sie ganz plötzlich, ohne etwas zu sagen, dort in das Becken des Springbrunnens, versucht in ihm unterzutauchen und schwimmt im Wasser herum. Sie wird dann herausgeholt, kommt lächelnd in die Klinik und verweigert jede Angabe irgendeines Grundes über ihr Verhalten. Wenn sie zuweilen von den Angehörigen auf kleine Spaziergänge mitgenommen wird, fällt sie noch dadurch auf, daß sie einen eigenartigen Gang hat: sie macht dann gewöhnlich wenige kleine Schrittchen und bleibt stehen, dann wieder einige kleine Schrittchen und bleibt wieder stehen. Sie motiviert dies nicht, läßt sich in dieser Zeit überhaupt in Erörterungen über die vergangene Zeit nicht ein und gibt gar keine Auskunft.

Aus einem Brief vom 4. Oktober morgens (an Dr. Franz) (Brief V):

„Lieber Freund, gestern gab ich mich dem Gefühl der vollkommenen Wurstigkeit hin, um heute deprimiert zu erwachen . . . Meine Gedankenleere wird mir peinlich. Ich möchte ein bischen mit Ihnen plaudern, wie ich eigentlich zu dieser Krankheit kam. 19 Jahre und das Leben einer Ahne zu führen, ist nicht sehr plausibel. Ist die Welt einmal durch mich übergesnappert? Verdienen Sie das Vertrauen, das ich Ihnen immer geschenkt habe? . . . Lassen Sie uns in eine bessere Welt verschwinden. Zuerst muß ich aber gesäubert in der jetzigen vergehen. Mein Stuhlgang ist so zerrupft. Brauche ich doch einen Arzt für körperliche Krankheiten; das ist meiner Ansicht nach wichtiger. Psychiatrische Klinik klingt etwas zweideutig.“ — — —

Abends:

„Lieber Freund, . . . ich bin ja auch krank, daß ich mich vor Menschen kaum mehr blicken lassen kann. Ich bin ganz, ganz kaputt. Bald verdaue ich vorne herum, bald durch das Rückgrat, durch Schulterblatt und Arme. Ich bitte Sie, wo soll denn das hinaus? — — — Ich tröste mich plötzlich mit dem Gedanken, daß meine Seele in einem Baby lebt, dessen Lebensbewußtsein noch nicht erwacht ist. Könnt ich für dieses Baby sterben, um ein besseres Erwachen zum Leben zu haben. Das Baby müßte aber dann ein ganzer Mensch werden. Guten Abend, Doktor, eine lebende Leiche grüßt.“

In dieser Zeit schickt sie ein Gedicht an Onkel Edgar, der eine Abschrift mitteilt:

Mich treibt die Sehnsucht nach den Menschen hin
Die einmal mir so lieb gewesen
Es ist ein Suchen und ein nie genesen
Ein sich verwerfen — — — —

Wo ist die Heimat die den Frieden bringt?
Kann sie nicht überall sein auf der Erde?
Könnt ich zerreißen, daß ich besser werde
Und daß der Mensch könnt wieder ganz erstehen.

Ein süß Geheimnis birgt Vergangenheit
Kann es die Gegenwart nicht wieder bringen?
Das jauchzende Erwachen das Gelingen
Und die geteilte Seligkeit.

Ende Oktober verschwinden die hypochondrischen Ideen. Sie spricht sich allerdings wenig über ihr Innenleben aus, doch tritt eine wesentliche Änderung ein. Im November beginnt sie auf ihr Äußeres Wert zu legen. Sie kleidet sich nett, macht große Einkäufe, kauft so ziemlich alles, was ihr gefällt, stellt sich geschmackvoll und gewandt allerlei Kostüme zusammen, zu denen sie teilweise Sachen, z. B. Bauernschuhe, sich selber strickt. Sie frisiert sich jeden Tag auf eine andere Weise, macht große Gänge, raucht sehr viel, mit Vorliebe Zigarren! Freut sich sehr auf ihre Entlassung, macht große Pläne, ist sehr nett mit ihren Angehörigen und auch den Ärzten gegenüber sehr natürlich und liebenswürdig. Sie legt Wert auf Konversation, ist sehr witzig, lebhaft, überlegen, zuweilen etwas schnippisch. Sie liest viel, geht oft spazieren, macht sich ihren Kochzettel selbst, bestimmt allerlei Leibspeisen.

Sie ist sehr dankbar, wenn man sich mit ihr beschäftigt und interessiert sich auch für andere Kranke auf der Abteilung.

Am 29. November 1910 wird sie entlassen. In der letzten Zeit war sie in sehr regem Verkehr mit „Frau Major“, einer hypomanischen Zimmernachbarin. Teilweise gingen ihre etwas extravaganten Ideen von der anderen aus. Während die andere aber zuweilen über die Stränge schlug, war es bei Lenore Banting niemals der Fall. — Noch in der Klinik sprach sie zwar selbst zuweilen spontan von der Tatsache ihrer Krankheit, war aber durchaus nicht geneigt, auf Einzelheiten einzugehen; sie bat vielmehr, man möchte sie darüber doch in Ruhe lassen; sie werde später gern bereit sein, einzelnes zu erzählen, die Erinnerung daran sei ihr jetzt noch zu schrecklich.

Lebenslauf II.

3. Kapitel. Verreist.

Mit dem Einzug in die psychiatrische Klinik sehe ich mich meiner Ehre und meines guten Namens beraubt, denn die kalten Steinwände, die Gitter sagen mir deutlich „du bist im Gefängnis“. Nur vorübergehend erkenne ich aus der Tracht des Personals das Krankenhaus. 5
Das Gefühl ein Gotteslästerer zu sein (wegen des Verrats des Messias-

geheimnisses und dem eigenmächtigen Abrufen der ganzen Menschheit) läßt sich mit den Gefängnismauern vereinbaren! Auf einer isolierten Lagerstätte erwarte ich meinen Scharfrichter o. dgl. Da kommt auch
 10 schon Dr. Schleifer. Ich fürchte ihn, denn ich hörte ihn eben noch vor der Türe ein Messer „schleifen“, weshalb mir später sein Name einen unheimlichen Schreck einflößte. Durch Augenschließen will ich ihn von meiner heiligen Unnahbarkeit überzeugen. Auch legt die Sonne gerade einen Heiligenschein über meinen Kopf. Ich bitte Gott ständig,
 15 mir beizustehen und mich zu beschützen, aber ich höre die ersten wehklagenden Stimmen über mir „ich kann ja nicht mehr zu dir“. Bald darauf macht das Badezimmer meine Bekanntschaft. Hier soll gewiß gefoltert und gezeißelt werden. Aber durch entsprechende Sprünge, Stellungen und Augenschließen bin ich gegen den Angriff
 20 gefeit und unverletzlich. Abends habe ich noch einmal aus den Gebeten und Gesprächen Christus zitiert in der festen Überzeugung, selbst der Erlöser zu sein. Die Begebnisse der folgenden Tage erinnere ich mich, wenn auch nicht in der rechten Reihenfolge ungefähr wie folgt. Eines Morgens erwache ich im seligsten Gefühl auferstanden oder
 25 neugeboren zu sein. Wie erklärt sich diese weltentrückte, selige Verzückung, ein überströmendes Gefühl der Befreiung von allem Irdischen und des Glück! Mir fehlen Worte um jene empfundene Herrlichkeit des befreiten und verreisten¹⁾ Geistes zu schildern. Wo hat der Geist geweilt? Folge einer Einspritzung? Ich bin vielleicht ein Jahr alt
 30 und sehr schön. Aus dem lichten Glückgefühl beginne ich zu fragen. Bin ich die Sonne, wer bin ich? Ich muß der Gottheit liebstes Kind wohl sein. Vater! wo ist mein Vater? Wo ist meine Mutter? Ich will zu meinem Vater! Ich beginne zu vermuten, daß Onkel Edgar als Gott verwandelt, mein Vater ist. Er wird mich abholen. Natürlich
 35 werden wir fliegen und zwar in die Sonne, dem Wohnort der Auferstandenen, deshalb meine Vorliebe zur Sonne und das Hinaufwollen am Fenster. Vorläufig sitzen Fräul. von Winfried und die Pflegerin Anna am Bett. Sie sind beide sehr schön! Anna muß Goethe sein. Frl. v. Winfried ist Schiller, oder gar meine Mutter. Sie hat das Gesicht eines
 40 Teufels in Engelsingestalt. Unter den Pflegerinnen ist sie die einzige, die ich dauernd abgöttisch verehere. In ihrer Gegenwart lernte ich mich schämen und beherrschen. — Gegen Abend gelange ich zur Überzeugung, daß ich Nietzsche bin. Nietzsche war ein Gotteslästerer gleich mir und ist verrückt geworden. Wieder bin ich einen Moment meines
 45 Gestörtseins bewußt.

Abends sehe ich Dr. Franz zum erstenmal. Er kommt mir mit Liebe entgegen und will mich beschützen vor den Verfolgern, deshalb gewinnt er mein Vertrauen. Man soll den Tag nicht vor dem Abend

¹⁾ Fragen ergaben, daß sie damit „getrennt vom Körper“ gemeint hatte.

loben. Kaum bisher habe ich eine solch gesteigerte Angst ausgestanden wie in dem kochenden Bad, in dem ich mich jetzt beruhigen soll! Mir 50 zur Seite wacht der Ausbund aller Niederträchtigkeit Schwester Lina, die das ganze Halbjahr eine üble Nummer spielt. Wie eine Katze bewacht sie mich, bereit bei jeder Bewegung über mich herzufallen. Sie will mich zu Tod brühen, denn ich soll die ganze Nacht im Bad bleiben und ich will doch so gern schlafen. Sie bejaht meine Frage, 55 ob ich Frau X. umgebracht habe! Von draußen höre ich ein wildes Aufbegehren der Menschen. Sie suchen die Menschenmörderin. Ich meine vor Angst zu sterben und ich erkenne, du bist aus Angst verrückt geworden. Aber ich habe keine Zeit dies zu bedauern. Lina schleicht in den schwarzen Nebenraum. Aha, jetzt verrät sie mich an den ver- 60 steckten Mörder. Doktor, Doktor zu Hilfe. Dr. Franz kommt wirklich. Ist es zu verwundern, daß er mir als der wahrhaftige Christus in die Erscheinung tritt, nachdem ich unglaubliches durchgelitten habe? Seit dem Abend übertrage ich die Christusvorstellung auf ihn, und wir lösen uns im Lauf der Monate als Christus ab. Auf jeden Fall 65 ist er als Christus ein Stück meiner Seele, (der des „Christkinds“). Das spätere Flehen und Rufen nach A. Z.¹⁾ galt wiederum nur Dr. Franz, denn A. Z. erschien mir seit der Erkrankung in ganz abstoßender Beleuchtung, und Dr. Franz konnte ich doch unmöglich „Christus“ betiteln, weshalb ich ihm den Namen A. Z. gab. Die Menschen, die von 70 jetzt ab in meinen Gesichtskreis treten, teile ich in Christen oder Engel und Teufel ein. Letztere haben starre, gläserne oder böse Augen, und ich fürchte sie. Mit großer Aufmerksamkeit verfolge ich das Aussehen der mich Umgebenden. Heute haben sie frische Farben: sie sind gesund; morgen sehen sie gelb aus. Der Teint gleicht der Hautfarbe 75 auf Lenbachs Porträt, sie haben gewiß Gallensteine. Es bewegt sich jemand von meinem Bett zur Tür oder besser den Gang entlang: Die Verkürzung der sich entfernenden Person ist so auffällig, „gewiß ist sie schwindsüchtig“. Den größten Widerwillen habe ich gegen unsympathische oder häßliche Gesichter, dagegen freue ich mich über 80 das sympathische oder farbenfrische Aussehen anderer, die ich entsprechend benenne: Frau Sonne etc. Ich mute mir zu, daß mein Blick andere verschönt und versuche diesen Zauber bei meinen Pflegerinnen. Die ganze Welt ist in ihrem Wohl und Wehe überhaupt von mir ab- 85 hängig. Sie soll von mir verbessert und erlöst werden. Die Veränderung der Menschen bestätigt, daß wir auf einer höheren Stufe der Entwicklung stehen und der Übergang ins Paradies steht bevor. Im Paradies werden aber alle irdischen Hüllen abgeworfen; einer muß den Anfang dazu machen. In einem traumartigen Zustand hatte ich die Ein-

¹⁾ Siehe Lebenslauf I, Zeile 43.

90 gebung, wenn du dich nicht schämst, dein Hemd angesichts eines Mannes zu zerreißen, kommen im selbigen Augenblick alle Menschen ins Paradies. Der Betreffende macht dich zu seiner Himmelsbraut und du wirst die Königin des Himmels sein. Dies ist ein Motiv des fleißigen Zerreißens meiner Leibwäsche. Eine andere Vorstellung ist, daß ich als göttliches
 95 Wesen überhaupt keine Kleider anhaben darf, ebensowenig ich dabei essen darf. Ich lebe auf einem anderen Planet, habe einen auferstandenen Körper, ich spüre meinen physischen Körper nicht mehr und halte mich für ein vergeistigtes Wesen, das nur von Luft und Liebe lebt. (Nahrungsverweigerung.) Kleider fühlen sich so unangenehm an,
 100 besonders Schuhe und Strümpfe sind verwerflich. Es hätte aber nur meine Heiterkeit erregt, wenn jemand anderes ebenso unbekleidet sich harmlos, wie ich dieses Evalebens erfreut hätte. Ich bin eben ein Wunderkind, um das sich alles dreht! Heute kommt die große Visite! Die Herren wollen sich das Wunder ansehen. Vor Dr. Heinrich erschrecke ich maßlos. Der Teufel in Civil! Der Erzteufel! Er fragt auch noch „wer bin ich?“ Eilig überlege ich mir: sagst du ihm, er ist der Teufel, dann ermordert er dich unfehlbar. Ich antworte deshalb „mein Vater!“, denn der Vater bringt die Tochter nicht um. Ich greife im Bewußtsein zu dieser Notlüge, derer ich mich schäme. Es ist nur gut,
 110 daß Dr. Franz dabei ist und mich beschützen kann, denn Dr. Hinrichsen flößt mir auch ein unheimliches Grauen ein, mit seinen starren blauen durchbohrenden Augen. Ihn trifft später die Benennung „der lange Teufel“, aber er ist ein ganz liebenswerter Teufel. Dr. David hat einen so aufdringlichen Blick, ich übersehe ihn deshalb. Später kommt Herr
 115 Dr. Schwab. Wie ein Raubtier springt er an mein Bett, aber er ist mir ziemlich gleichgiltig. Nach einiger Zeit hasse ich ihn, denn er wird mich heiraten wollen! Vor Angst kann ich nicht zuhören was die Herren mich fragen, deshalb antworte ich auch nichts. Die Pflegerinnen sind teilweise verkappte Männer, die wie alle Menschen beim Flug ins Paradies
 120 ihre Kleider abwerfen werden. Ich leide während der ganzen Monate unter ihrer Behandlung, speziell empfinde ich ihre Lieblosigkeit. Trotzdem ich ein menschenunwürdiges Dasein führe, bin ich sehr liebebedürftig. Warum halten sie mich immer fest? Ich tue ihnen doch nichts und beiße und kratze sie nur aus Notwehr. Ich fürchte keine
 125 eigenen Verletzungen, die in dem leeren Raum doch nicht erheblich sein können. Aber indem sie mich halten, zwingen sie mich in ihre unappetitliche (Lina, die täglich ablöst!) Nähe und drehen mir öfters das Handgelenk gewalttätig um. Der Besuch und jede Anwesenheit meiner Angehörigen ist mir seit dem Ausbruch der Krankheit zuwider.
 130 Sie werden gerufen, um mich zu beschämen und demütigen. Warum leben sie überhaupt noch? Ich habe sie doch abgerufen! Ich hasse und fürchte sie ausnahmslos. Ich brauche sie auch garnicht. Für mich

existiert nur Dr. Franz. Ihm gehört mein Wünschen und Denken, ich selbst, es ist unmöglich, daß wir je wieder getrennt werden, ebenso ausgeschlossen ist es, daß ich meinen früheren Lebenswandel wieder 135 aufnehme. Wie lächerlich mir von künftigen Ritten und Zerstreuungen zu sprechen! Ich habe ja keine Vergangenheit mehr. Ihre Erinnerung ist flach, freud-, leid- und bedeutungslos! Ein Auferstandener müßte ähnliche Gefühle über das Wesenlose des vergangenen Lebens haben. Aber die Verwandten kommen immer wieder! Ich halte sie für dumm 140 oder schlecht. Sie bringen vergiftete Bonbons mit, und ihre Taschen bergen Dolche. Ich meine in dieser Zeit häufig ich stürbe; denn um den Hals habe ich ein beklemmendes Gefühl und in der Spiegelung der Fensterscheibe sehe ich zwei schwarze Katzen an meinem Hals nagen. Ich überlege mir: Wie stirbt man christlich, wenn man die meisten 145 Menschen, darunter seine nächsten Verwandten haßt, von denen man Abschied nehmen soll? Ich halte es für ein furchtbares Gottesgericht in Irrsinn zu sterben. Den Besuch nehme ich nur an, in der Meinung die Ärzte hätten Interesse daran, die Beziehungen mit meiner Familie zu erhalten, damit letztere mich nicht enterbt. Ich habe allerdings 150 viel nach meinem „Vater“ gerufen. Mein „Vater“ bedeutet mir jedoch Gott, den ich mit Lästerung verlassen habe, und zu dem ich zurück will. Außerdem habe ich später oft die schmerzliche Empfindung, daß die Verwandtschaft mit plumper Neugierde oder Furcht mein erbärmliches Verhalten beobachtet, und daß ich als Mittelpunkt der 155 Besprechung und Beobachtung von Laien eine demütige Rolle spiele. Besonders wenn ich gegen mein Empfinden die peinlichsten Dinge rede, aus denen die Zuhörer kurzsichtige Schlüsse ziehen können. Auch nach der Genesung war das Gefühl mir oft verletzend und peinlich unter diesen Verwandten zu leben, da ich mich der häßlichsten Einzel- 160 heiten wieder klar erinnerte. Eine lange Zeit halte ich Papa und die Hausdame für gleichfalls gestört und in anderen Abteilungen der Klinik eingeschlossen, von denen aus sie mich manchmal besuchen dürfen! Alle bringen und schicken mir so viele Blumen. Ich nenne jene Sträuße nur die „Totenbouquets“. Sie werden gereicht in der Vorfreude auf 165 meinen Tod und sind grausige Anspielungen, daß es Zeit ist abzugehen! Während sieben Monate werden Blumen mir deshalb unerträglich abgesehen von Geruch und Farbe, worauf ich noch zurückkomme. Die ständige Angst vor allem Möglichen war ein Grund, daß ich mich über nichts aussprach. Mittlerweile treten mir die Herren Ärzte in die 170 Erscheinung der Karikatur. Die meisten gleichen Eseln mit abstehenden Ohren oder sie sind X- oder O-beinig oder eckig und unproportioniert. Wie langweilig stehen sie um mein Bett! Sie können mich gar nicht unterhalten! Sie wissen garnichts! Sie starren mich an und laufen wieder mit geballter Faust davon. Sie ändern nichts und sind dumm! 175

Bei den Pflegerinnen stört mich das schwere Schuhzeug an den Füßen. Sieht es nicht aus wie Pferdefüße? Wie plump und ungraziös!

Hinter den unsympathischen Gittern eröffnet sich der Blick „ins Paradies“. Die Farbenprächtigkeit der blühenden Natur übt einen
 180 faszinierenden Eindruck auf mich aus. Das muß eine andere Welt sein, die ich noch nie gesehen habe! Diese Welt, in der alle Tiere und Pflanzen eine verständliche Sprache reden, in der die Menschen sich alle lieben werden. Die Welt, die bald in die Sonne fällt, ins Paradies. (Vorliebe zur Sonne.) Um dahin zu gelangen, gehört eine ganze äußere
 185 Umgestaltung der Menschen. Nicht allein, daß man unbekleidet lebt, sondern ich stelle mir z. B. vor, goldene Locken zu bekommen, weshalb ich häufig das nie verstandene „Haare weg“ rufe in Erwartung, daß mir die Haare ausfallen. — In dem Gefühl meines verklärten Zustandes gefalle ich mir im Singen und pathetischen Sprechen, verweigere
 190 die Nahrungsaufnahme: ich habe kein Bedürfnis mehr zu essen, ich erwarte das Paradies, wo man sich von Früchten nähren wird. In späterer Zeit erregt das Essen meine Abneigung, weil ich es für Menschenfleisch oder lebende Tiere halte, die sich vor meinen Augen bewegen.

195 4. Kapitel. „Die Hölle fängt an.“

Allmählich geht der erste Zustand der Verzückung in das Gegenteil über. Ich sehe und höre mich in meiner Bestrebung eine ideale Welt zu schaffen, immermehr getäuscht; denn von draußen dringen unausgesetzt Menschen- oder Hundestimmen an mein Ohr, die mich schmähen
 200 und lästern oder verspotten und mir Vorwürfe machen, z. B. „ich zerreiße“ oder „Lenore, du machst alles kaput“. Ich höre anscheinend auf große Entfernung, es entgeht mir kein Geräusch, denn alle Menschen auf der Straße verstehe ich von mir sprechen und über mich schelten. Was ich später als „Stimmenhören“ bezeichne, klingt ganz
 205 anders. Auf jeden Fall bin ich überzeugt, daß jedem klappernden Geschirrwagen die Ware vor meinem Fenster zerbricht und der Fuhrmann fluchend weiter fährt, daß jedes Unglück, das die Zeitung (resp. „Woche“) bringt, sei es ein untergesunkenes Schiff oder abgestürztes Luftschiff, eine Folge meines allbeherrschenden Willens ist! Einige
 210 Male meine ich Gott selbst zu sein! Die Ärzte haben lange genug gute Miene zu bösem Spiel gemacht. Sie überlegen sich jetzt, wie bringen wir die verdammte Hexe aus der Welt? Sie ließen mich schon ein paar Mal im Hexenkessel (dem Bad) kochen, aber Lenore Banting ist nicht umzubringen. Sie hat uns des Verstands beraubt, wir kennen uns
 215 selbst nicht mehr. Sie verzaubert Dr. Heinrich in Dr. Franz usw. „Ich weiß genau, daß ich eine Hexe bin.“ Die Lokomotive pfeift ja täglich über die ganze Welt „die Hexe“; die Gassenkinder schreien die Hexe kommt“. Wo soll ich nur hinblicken? Unter meinem Blick

verwandelt sich ja alles. Eben sehe ich auf die Straße. Einer Dame, die mit einem Herrn geht, fällt ein Kind aus dem Rock und wächst 220 unter meinen Augen bis zur Größe von 4—5 Jahren und torkelt nebenher. Andere verlieren fleischfarbene Wunder unter den Rockschoßen, ein drittes wird zum Krüppel. Die Menschen sind wütend: „Alte Hexe, mach ein Ende, dürfen wir immer noch nicht sterben? Schlagt die alte Hexe tot!“ Oder sie flehen weinerlich „Bitte, bitte liebes Lore- 225 kind hör doch auf.“ Viele ihrer Stimmen ähneln oft denen von Papa, Mama, Onkel Edgar, meiner Brüder. Etwas Ergreifendes haben die häufigen flehenden Kinderstimmen. Welche Qual absichtslos alle zu vernichten! Nur Dr. Franz steht mir noch bei. Nur seine Gegenwart beruhigt momentan. Ich weiß, er nimmt mir einen Teil der großen 230 Erlösungsarbeit ab. Aber bald wird er mich wie alle anderen verachten! Große Erleichterung bringt der seltene Schlaf. Einmal als Schlaf und zweitens weil ich oft nach seligen Träumen erwache, über die ich mich einen ganzen Tag freuen kann. Aber es soll noch schlimmer kommen. Ich bin ja garnicht im Gefängnis, ich bin im Vorraum der 235 Hölle, ich lebe unter Teufeln und Mördern, wehe mir! Die Klinik verändert sich von meinem Gesichtspunkt aus in zwei Teile. Die „Abteilungen“ bilden die Teufelswohnung, das Haupthaus die unerschließbare Pforte zum Elysium. Ich bete vor dieser Türe! Badezimmer ist gleich Hexenkessel, die anschließende Küche die Hexenküche. Da- 240 zu kommt, daß ich die aufdringliche Leuchtkraft verschiedener Farben (Blumen etc.) als Teufels- oder giftige Töne empfinde, die eine schmerzhafte Ausstrahlung haben, z. B. rot, braun, grün, schwarz (Druckerschwärze, tiefe Schatten, schwarze Fliegen), während blau, lila, gelb und weiß dem Blick sympathisch ist. Das Tastgefühl wird im Anfassen 245 von Holz (man gibt mir vergiftete Bleistifte!), Wolle, Papier insofern unangenehm berührt, als ich dabei ein „verbrennendes“ Durchziehen aller Gliedmaßen spüre. Dasselbe mit „Verbrennung“ bezeichnete Gefühl stellt sich vor dem Spiegel ein, dessen „Ausstrahlung“ mich ätzend überläuft; (deshalb fliehe ich den Spiegel). Am besten lassen sich 250 noch Porzellan, Metall, kleine silberne Löffel, dünne Leinenstoffe angreifen oder mein eigener Körper an bestimmten Stellen.

Ich werde von früh bis spät von meiner Umgebung gequält. Der Teufel regiert die Welt. Die Erscheinung der Menschen wird beängstigend. Sie gleichen entweder wilden Tieren (die Herren Affen, die 255 Pflegerinnen Hunden und Katzen) oder sie sind Teufel und Mörder. Schon bei der künstlichen Ernährung wollen sie mir die Seele aus dem Leib treiben. Frau Oberin ist dabei die Tückischste; ich halte nur still, weil Dr. Franz dabei ist. Das Gefühl mit dem Schlauch im Mund ist obendrein schmerzlich: Der Schmerz steigert sich bei der zweiten Hälfte 260 der Fütterung, der festeren Nahrung. Der Kopf wird vom Rumpf

getrennt, die Augen fallen aus, die Zunge wird abgeschnitten, ich er-
 sticke und sehe dabei die fürchterlichsten Menschen, Gerippe und Tier-
 erscheinungen. Andere Teufel sind beauftragt mich zu baden. Sie
 265 wollen mich entweder im Hexenkessel verbrühen oder sie fassen mich
 roh wie ein Pferd dabei an, daß ich überzeugt bin, ein Tier zu sein.
 Nun hält man mich wieder eine Ewigkeit auf dem Sofa fest, was aller-
 dings den Körper zur Ruhe bannt, aber der unsichtbaren Gedanken-
 tätigkeit einen abgründigen Spielraum läßt. Bewegungen, die für den
 270 Zuschauer beängstigende Anblicke sind, bedeuten dem Kranken manch-
 mal eine harmlose Zerstreuung (das Hüpfen z. B.). In boshafter Ab-
 sicht binden mich „die wilden Tiere“ heute in die nasse Packung. Ich
 kann diese Verpackung ebensowenig leiden wie das Einsperren hinter
 der Bettspreite, denn „unter mir bewegen sich Tiere oder zuckende
 275 Leichen von Menschen, die ich ermordet habe“. Aus Quälerei und zur
 Strafe bindet man mich auf solche Haufen. Ich fliehe mein Bett aus
 den verschiedensten Vorstellungen. Anfangs erscheinen mir die kalten
 weißen Tücher als Leichentücher. Das Bett ist mein Tottenbett. Ich
 soll darauf sterben. Es wird so lange gedeckt bis ich gestorben bin.
 280 Einmal z. B. sitzt Pflegerin Anna am Bett und weint: „Sie beweint
 zweifellos meinen Tod und hält jetzt Totenwacht bis die Angehörigen
 zur Totenschau kommen!“ Ich bin also gestorben, und auch ich weine
 darüber. Mit der Berührung der Bettwäsche verbindet sich das Gefühl,
 es lägen lauter Tiere mit mir im Bett. Man hält mich auch noch unter
 285 der Decke fest, die so widerliche Eindrücke auslöst. Der Schlaf in
 diesem Bett „dem Stall mit gemischten Bewohnern“, ist eine Schande.
 Mit der Bezeichnung „mich bekrabbeln“ meine ich das Gefühl, daß
 mich verwesende Tiere oder Leichen immerfort anfassen und um-
 spinnen, ein Zustand im Sommer eintretend und eine Ursache mich
 290 zu entkleiden.

Ich fürchte den Abend. Das offene Feuer wird an langen Stöcken
 aus der Hölle geholt (das Anzünden der Lampen). „Kommt der Teufel
 heute Abend oder nicht?“ Er kommt wirklich mit einer „Giftspritze“.
 Die furchtbarste Angst habe ich vor diesen Morphiumeinspritzungen¹⁾.
 295 Man will mich vergiften „freue dich zum letzten Mal, morgen bist du
 tot“. Niemand erklärt mir, was man mit mir beginnt. Schmerzlich
 empfinde ich, daß mein „Christus“ Dr. Franz ein Teufel (in der Ab-
 sicht der Einspritzung) geworden ist, aber ich liebe ihn doch noch.

Das Erwachen nach diesen Betäubungen ist ein grausiger Zustand.
 300 Die Glieder sind schwer und steif, das Blut rollt schwer wie „Gift“
 hindurch, ich komme nicht zur Besinnung und bewege mich mühsam.
 An der Türe lauern zwei Hexen (die Pflegerinnen). Sie sehen auch so
 gelb, filzig und vergiftet aus wie ich mich mir vorstelle. Fast bemitleide ich

¹⁾ Sie bekam nie Morphin, doch gelegentlich Hyocin.

sie, trotzdem ihr aufdringliches Sichanschmiegen mich anekelt. Aus diesem Zustand erkläre ich die spätere verkehrte Zeit- 305 rechnung: „Ich hatte ein Halbjahr geschlafen“; den Ärzten gelang die Vergiftung nicht, ich bin daraus erwacht und fürchte wiederholte Versuche mich umzubringen. Sicher bin ich nicht das einzige Opfer dieser Vergiftungen. Die Teufel vergiften alle Wehrlosen. „Der Menschenmord hat schrecklich zugenommen“ sprechen die Stimmen. Ich 310 weiß, daß Onkel Edgar und Dr. Hinrichsen ihre Frauen auch so beseitigt haben und wollen während deren Betäubung mich heiraten. Ich verspreche mich je nach wechselnder Zuneigung dem einen oder dem anderen. Auch mit Schlafpulvern will man mich vergiften. Ein anderes Mal wird eine Blutuntersuchung am Ohr gemacht, woraus ich schließe, 315 daß man mir Gift zu den Augen leitet, um diese zu erblinden, damit die Lüge vor der Welt, ich sei augenleidend, in Rüdesheim zur Wahrheit würde¹⁾. Ich weine über diese Beanstandung (?) von Onkel E. mehr als über die Aussicht der Erblindung. In dieser ganzen satanischen Epoche bin ich auch ein Teufel und spüre manchmal darüber eine 320 teuflische Freude. Nur „küssen“ bei der Begegnung mit Verwandten ist mir zuwider, weil ich die Unaufrichtigkeit meines und ihres Kusses durchfühle und im Geräusch des Kusses verstehe ich „Pfui Teufel“. Die Schnaken in den heißen Nächten wollen mich „fressen“, „die Hölle fängt an“, „die ganze Hölle wird wach“ rufen die „Stimmen“ mir zu, 325 und ich fürchte, daß die Welt bis auf ihren Urzustand, nämlich den der „Hölle“ zurücksinkt. Bei einem Gewitter steigert sich diese Furcht, daß Gott alle Menschen wieder zu Tieren macht, und die ganze Kultur- entwicklung zerstört. Ich springe wie toll umher, weil ich vorher noch in den Himmel möchte. Mög' mich ein Blitz erschlagen! Auf einmal 330 bringt ein gewaltiger Donnerschlag mich zur vernünftigen Einsicht, daß ich im Bett am besten aufgehoben bin.

5. Kapitel. Sinnestäuschungen und anderes.

Die Gehöreindrücke teile ich in verschiedene Gruppen ein, nämlich die mißverstandenen Menschenstimmen, 335 die Tierstimmen, die sprechenden Geräusche, die Geisterstimmen.

Erstere Stimmen streifte ich im Laufe der Erzählung. Es kommt aber noch einiges dazu. Nicht nur aus der weiten Entfernung, sondern 340 die nächsten Anwesenden verstehe ich oft ganz merkwürdig. „Sie hat kleine Kinder ermordet, sie sagt's nicht, deshalb ist sie hier“, erzählt Dr. Schleifer dem Fräulein von Winfried. „Sie hat mich verraten“,

¹⁾ Man hatte Lenores Großmutter in Rüdesheim diese Ausrede mitgeteilt, um zu verdecken, warum das Mädchen keine Briefe schrieb.

teilt Onkel Edgar der Pflegerin mit. Derartige Aussagen tragen zu
 345 meinem Nächstenhaß bei. Auf dem Gang sprechen 2 Pflegerinnen
 zusammen. Ich verstehe eine ganze Geschichte über mich ...

„Die große Visite“ unterhält sich vor meiner Türe vor ihrem Eintritt
 in mein Zimmer. Ich verstehe Dr. Schleifer: „Tu’ dir doch schnell
 was, ich helfe dir wieder.“ Gleich ist es ein erneuter Sporn zu einem
 350 Versuch, mich fallen zu lassen. Bei der Gelegenheit möchte ich einiges
 über mein Bestreben „zu fallen“ sagen. Es hat wechselnde Ursachen.
 Einmal gehorche ich gehörten Stimmen „Fall ab Lenore“. Ein ander
 Mal kann die Welt nur durch meinen Fall erlöst werden, denn ich werde
 totfallen, indem ich in einer Ebene, d. h. senkrecht vorwärts auf das
 355 Gesicht oder rückwärts auf den Hinterkopf umschlage. Den Mut zur
 Durchführung besitze ich nie und komme bekanntlich auf den Knien
 oder dem Gesäß an. Ich ärgere mich unzählige Male über meine Feig-
 heit, den Fall nicht durchzuführen und beachte und empfinde die paar
 blauen Flecke nicht. Indem ich in Kniebeugstellung auf den äußersten
 360 Zehen „hüpfe“, meine ich besser vornüber auf den Kopf aufschlagen
 zu können. Ich suche wenn nicht den Tod, mir immerhin eine bedeu-
 tende Verletzung zuzuziehen. Derartige mißverständene Menschen-
 und andere Stimmen tragen die Hauptschuld an meinen wiederholten
 Handlungen und Ausdrucksweisen. Bei den sprechenden Tieren kom-
 365 men nur Hunde und Vögel in Betracht. Hunde schelten immer auf
 mich: „Merkst du was, was du gemacht hast? Jetzt merkt sie’s bald!“
 oder „Hilf dir, ich geh kaput“, „ich zerreiße“.

Die Vögel unterhalten sich über meine Liebe: „Dein Doktor liebt
 dich, dein Doktor liebt dich nicht, du verlierst dich, er hilft dir zur
 370 linken Hand, die rechte rettet dich, die linke (bedeutet Hand) liebt
 dich; er hilft dir zur Liebe zurück, dein Doktor liebt eine kleine Ver-
 rückte, hilf ihm, oder „willst du mit, flieg ab (Fliegversuche meiner-
 seits), du verlierst dein liebstes Kind, Kikeriki, Lenore, das jüngste
 Gericht, hüpf’ doch fort! Lore, das Lorekind, Lenore Banting.“

375 Bei allen Stimmen bewundere ich das Vocalreiche, die Wortstellung
 und den rhythmischen Klang. Nun zu einigen sprechenden Geräuschen.

Die Lokomotivpfeife: wehe dir, Lorekind, — wer gehorcht dir noch?
 (ich antworte z. B.: „niemand“). Hilf dir!

Beim Rollen der Räder:

380 Jetzt liebt er dich,
 jetzt ruft er dich,
 jetzt kommst du nicht,
 jetzt spottet er,
 jetzt spuckt er dich,
 385 jetzt haßt er dich
 jetzt reist er ab. —

Der Flügelschlag der Fliegen:

Die ganze Hölle wird wach etc.

Belehr' dich sagen, was du getan hast!

Lenore Banting wer gehorcht dir noch? 390

Das Türschließen, das Geräusch der Fußtritte und anderes redet:

Dein Doktor belacht seine dumme Lore

Du hast sein Glück verspottet.

Dein Vater bettelt um seine bessere Lore

Dein alter Vater weint. ~ - ~ - ~ - 395

Gute Kinder können fragen. - ~ - ~ - ~ - ~

Kommt die kleine Lore nie mehr zu Herzen zurück?

Gute Kinder spielen mit einander,

Er gehorcht dir nicht.

Dein Doktor beweint dich. ~ ' - ~ ' - 400

Er hätte dich lieber gehabt. ~ - ~ - ~ - ~ -

Er beweint die Dummheit.

Du wolltest immer verrückt bleiben

Du wolltest immer verspottet, beweint bleiben.

Der Teufel liebt nie mehr. 405

Du zerreißt dich tausendmal,

Du bestrafst dich selber tausendmal.

Hilf dir doch brav.

Bettel brav.

Das Läuten der Glocken z. B. 410

Wehe dir Lorekind.

Tu's doch nie mehr.

Hilf dir doch brav zum besseren Ich zurück.

Die kleine Lore will nie mehr geliebt sein.

Dein Gott ruft die Lore. 415

Kommst du nie mehr zurück?

Das Klopfen mit dem Finger an meinen Eckzahn redet:

„Das Baby ruft den toten Gott.“

(Auf diese Weise spreche ich mit Gott, es wäre aber eine Sünde, gehörte
Worte als eigene zu verwenden und auszusprechen.) 420

Einmal verstehe ich beim Essen im Anschlag der Zähne:

„Freu dich jetzt schmeckt dir's, jetzt frißt du deinen Doktor
auf!

Entsetzt werfe ich die Gabel weg. Dr. Heinrich räuspert sich egal:
Zu dumm, die dumme Gans! 425

„Geisterstimmen“ habe ich unbewußt immer diejenigen Stimmen ge-
nannt, die ich aus unmittelbarer Nähe höre. Sie setzen z. B. bei der
künstlichen Ernährung ein und rufen „Fall doch nicht wieder rein,“

„Der schwarze Kaffee kocht ja schon.“ Seufzender, mitleidiger Ton:
 430 „Du fällst ja doch noch rein.“ Während der Fütterung wollen diese
 Stimmen mir alle helfen und mich von den Qualen ablenken. Ich suche
 alles zu befolgen was sie sagen: z. B. nachdem die Milch eingegossen
 ist: „Jetzt freu dich, mach die Augen zu, Du bist gerettet, flieg weiter
 Kind! (ich versuche mich vergeblich zu heben, da ich gehalten werde)
 435 ich stelle mir vor ein Engel zu werden. „Du bleibst ja da, kommst
 doch nie mehr zu Menschen zurück.“ Habt Acht! Rache naht! (Die
 zweite Portion wird gerichtet; meine unsichtbaren Geister weinen,
 flehen und trösten mich über mir.) „Jetzt blicke grad aus, blick den
 Doktor nie mehr an, jetzt weint er um seine schöne Lore, jetzt sag ihm
 440 was oder bekenne ihm etwas, sing ihm dein Lied „laß mich ewig bei
 dir sein!“ Wenn die Fütterung fertig ist, lasse ich mich häufig von der
 Bettstelle fallen. Ich will „flieg ab“ nachholen. In den ersten Monaten
 hörte ich häufig: „du willst doch gerade bleiben“. (Die Blickrichtung,
 die nie seitwärts, sondern nur in blaue Augen sieht, war die Folge da-
 445 von.) Manchmal vernehme ich eine tiefe erschreckend ernste, eindring-
 liche Stimme, welche deutlich und langsam spricht „Höre zu“. Diese
 mahnende Stimme ist Gottes, im Klang gehört sie Onkel Edgar oder
 manchmal Dr. Heinrich an, die beide in meinem Begriff abwechselnd
 Gott oder Oberteufel sind je nachdem ob Gott oder der Teufel die
 450 Welt regiert. Deutlich höre ich einmal Dr. B., Papa, Erich und Mama
 und Herbert. Die beiden letzteren wehklagen und seufzen und stöhnen,
 daß es mich sehr schmerzlich berührt. Sie rufen mich beim Namen,
 anderes habe ich vergessen. Andere Stimmen: „bekenne dich, bekenne
 dich schöner!“ Verrate dich! „Mach Frieden Lenore zwischen Vater
 455 und Sohn“ (ich breite die Arme aus). Vater ist Gott (Onkel Edgar)
 Sohn ist Christus (Dr. Franz). Ich stehe dazwischen als Vaters Frau,
 die den Sohn mehr liebt und ihn heiratet. Es entsteht ein Haß zwischen
 beiden, den ich wieder in Frieden auflösen soll. Wenn ich Onkel E. als
 „Vater“ begrüße, grüße ich den Gott in ihm, verwechsle ihn aber nie
 460 mit meinem Vater.

Unter allen Erscheinungen d. h. Gesichtern kamen nur zwei be-
 kannte und vollständige, nämlich meine Großmutter Eugenie Boldt,
 die mich im Badezimmer tags einmal besucht und mit angstverzerrten
 Zügen anschaut. In die spätere Zeit fällt eine nächtliche Begegnung
 465 mit Dr. Franz. Er kommt durch die geschlossene Türe als durch-
 sichtige entstellte, trotzdem unverkennbare Gestalt, nähert sich meinem
 Bett und verschwindet. War ich vielleicht im Schlaf nach einer Ein-
 spritzung und er wirklich da?. Beide Erscheinungen erschrecken mich
 sehr. Alle spätern Gesichte sind Stückwerk. Im Anfang beschäftigt
 470 mich viel das Auffangen des heiligen „Geistes“ mit den Augen, wie
 ich es nenne, das sind kleine weiße durchsichtige Fetzen, die in der

Luft oder aus den Augen meiner Umgebung springen und wie tote d. h. kalte Lichter aussehen. Ich sehe auch, daß die Haut der Menschen ganz feine schwarze oder gelbe Strahlen ausspritzt. Ich sehe die Luft wieder von anderen merkwürdigen Strahlen und Schichten durch- 475 zogen. Endlos ist das Bereich des „Spuks“. Es spukt bei Tag und Nacht, der nächtliche Spuk läßt mir nicht Zeit zum Schlafen. Schon den ganzen Tag habe ich die wilden Tiere gefürchtet, die durch geschlossene Türen rasen oder die langsam und schwarz an der Wand lungern, bis sie sich unter das Sofa verkriechen und von dort mich 480 funkelnden Auges bewachen. Ich habe mich entsetzt vor den enthaupteten Männern, die durch die Gänge wandeln, vor den seelenlosen Körpern der Ermordeten, die mitten auf dem Parkett liegen. Wenn ich sie betrachte, verschwinden sie direkt „ich fange sie mit den Augen weg“, behafte aber mich statt dessen damit. Aus Mitleid habe ich ein- 485 mal von Frau Major einen großen Kopf abgefangen, der sich vor ihr herwälzte als sie zum Ausgehen bereit war. Früher sträubte ich mich zu gehen in der Meinung, ich verliere Fleischteile etc. wie ich es bei andern sah; jetzt hindern die anhaftenden Körperteile, die sich um mich und andere bewegen, mich am Ausgehen, denn ich könnte 490 auf der Straße ergriffen und ermordet werden. Heute haftet an der Schläfe von Frau Oberin die Nase von Dr. Franz, über dem Kopf von Dr. Hinrichsen schwebt ein honiggelbes Skalp, Dr. Heinrich umschwirren ganze Gliedmaßen. Dr. Schleifer hat einen Affenschwanz. Das alles sind unverkennbare Abzeichen der Menschenmörder. Auch mir haften 495 solche an, ich will nicht ausgehen, ich erröte ja, wenn ich jemand begegne! Wie kommt man dazu unbewußt Menschen zu ermorden? Ich möchte Amandas Bezeichnung „Abbrechen“ gebrauchen¹⁾, denn ich bin überzeugt, daß ich beim Essen Menschen vertilge, deren Reste mir dann anhaften. Dies ist eine Hauptursache des späteren Fastens. 500

Ich habe den Erscheinungen etwas vorgegriffen und komme auf das späte Frühjahr zurück. In diesem Monat beängstigen mich viele leuchtende Gerippe, besonders Hände, die in die Luft greifen. In derselben leuchtenden Farblosigkeit schweben Flügel und zerbrochene Engel (ich verschulde, daß selbst die Geister kaput sind), die in der Luft 505 fliegen. Da kommt das wilde Heer! Beflügelte Tiere!

Nachts beobachte ich andere Flieger, die hinter der geöffneten Türe unablässig vorbeijagen. Weiß verhüllte Gestalten mit goldenen oder lorbeerblättrigen Kronen „die Könige“. „Der König will zur Königin.“ Sie fordern mich auf mitzufiegen und trotz Müdigkeit stehe ich immer 510 wieder im Bett auf, um mitzufiegen. Wie oft möchte ich lieber statt dessen ruhen, aber ich muß arbeiten, bis mir der Flug gelingt. Ein

¹⁾ Eine seit 30 Jahren in der Klinik lebende Kranke (Endzustand) mit dem Lieblingswort „Abbrechen“.

Flug gelingt nur, wenn ihm ein Fall, also das Totfallen vorausgeht, zu dem ich nie die Courage besitze. Bevor ich abfallen will, bespreche
 515 ich mich regelmäßig mit irgend einem geliebten Menschen, in der Meinung mit demselben verklärt abzufliegen. Z. B. „Ich verspreche A. Z. mein Leben“ etc. Wenn ich zum Kaiser abfliegen will, bin ich immer unbekleidet, denn „der Kaiser (unser deutscher Kaiser) liebt die Nacktkultur!“

520 Häufig bemerke ich rollende Totenköpfe, blutende dornengekrönte Häupter, in Winkeln verscheuchte bunte männliche Gestalten. Wie schreckhaft, daß ihnen allen einige Gliedmaßen fehlen! Ich habe Gespenster zerbrochen!

Eine angenehme Zeit ist die Erwartung des Christkindes. Ich bin
 525 in die Weihnachtszeit versetzt durch das Erscheinen von goldlockigen Engelchen, die Weihnachtsbäume durch mein Zimmer tragen. Ich kann ausdauernd in freudiger Erwartung des Christkindes oder Himmelsbräutigams hinter der Türe warten. Es ist mir ganz feierlich zu Mut. Diese vermeintliche Weihnachtszeit ist ein Beitrag zur falschen Zeitrechnung, dazu kommt, daß ich einmal Neuenheim in schneeweißer
 530 Beleuchtung in der Nacht sehe: „Ich habe also in der Klinik überwintert!“

Ich vergaß das zeitweise „Zehengehen“ zu erklären. Die Gewichtsabnahme seinerzeit verursachte ein herrliches Gefühl engelhafter Leichtigkeit, so daß das schwebende „Zehengehen“ eine Ergötzung für mich bedeutete. Eine andere Spukerscheinung steigert mein unheimliches Grauen. Im Garten schaufeln zwei Arbeiter eine Grube zu¹⁾. Sie sind Mörder und wollen die Reste ihres Opfers, Köpfe und Gliedmaßen, die ich sehe, verscharren, was ihnen nicht gelingt, denn die Bruchstücke tauchen immer wieder über der aufgeworfenen Erde auf. Meine
 540 alte Furcht, daß man mich ohne Sarg verscharrt, hat hier ein sichtbares Pendant. Meine Gedanken beschäftigen sich viel mit dem „schwarzen und dem weißen Tod“. Ersterer vollzieht sich durch Ermordung „dein Mörder kommt“ (Stimme) aber ich möchte „weiß“ sterben und
 545 nenne mein weißes Taghemd „mein Totenhemd“. Manchmal nehme ich in Erwartung des weißen Todes eines aus dem Schrank und ziehe es über. Wenn ich über Herbert weine, so ist es in der Vorstellung, er sei ein Verbrecher wie ich. Könnte ihm doch geholfen werden! Dagegen schwebt mir Erich immer wieder in der Kindergestalt vor. „Piepling,
 550 mein Liebling, bist du!“

6. Kapitel. August. September.

Jetzt setzt die Zeit der übermäßigen Nahrungszunahme ein. Diesmal esse ich ohne Bedürfnis so viel. Ich habe keine Macht über

¹⁾ Sie konnte die Gärtner bei ihrer Arbeit vom Fenster aus beobachten.

mich und entbehre jeglicher Selbstzucht. Warum man mir die Aufnahme dieser Unmenge Süßigkeiten und Speisen gestattete, warum man mir überhaupt wochenlang so entsetzlich viel vorsetzt und meinen Reiz, alles zu vertilgen, immer wieder unterstützt, trotzdem man meine Schwäche erkennt, ist mir unbegreiflich. Eine Folge davon war eine moralische Niedergeschlagenheit einesteils, und ein Teil der komplizierten Vorstellung der geplatzten Speiseröhre andererseits. Später suche ich durch Fasten und strenges Selbstentwöhnen meinen deprimierten und demoralisierten Zustand zu verbessern, was mir oft mit Erfolg gelingt. Ich fühle mich durch das „Kasteien“ wirklich erleichtert, und möchte mich damit von früherer „Schande“ reinwaschen, denn die Vorgänge im August liegen wie ein Alp auf mir. Ich führe die Vorstellung mit der „geplatzten Speiseröhre“ auf die Selbstbeobachtung der Funktionen meines Körpers zurück. Durch den nur leicht oder unbedeckten Zustand höre ich deutlich die Tätigkeit der Organe und verstehe unter anderem den Magen brummen „ich geh kaput“ und vermute aus inneren Bewegungen, daß die Speisen in der Brust verdauen etc. bis sich alles zu falschen Begriffen reimt! Ich bin überzeugt, daß alle Menschen unter dieser Störung leiden; denn die Menschen treten mir jetzt in eine ganz neue Erscheinung, die ich im allgemeinen mit „sie leben gestorben“ bezeichne. Ich entdecke zweierlei: die Gesichtshaut ist mit zu vielen Haaren bedeckt und auf dem Teint liegt an verschiedenen Stellen eine dünne weiße Schicht. Ersteren Umstand „hervorgerufen durch überreiche Nahrung“ bezeichne ich „verwesend“, letzteren „verschimmeln“. Ich ekle und fürchte mich unmäßig vor diesem „Verwestleben“ und nicht sterben können. Ich weigere mich auch deshalb zu essen. Ich bemitleide die Psychiater, die alle bei lebendigem Leib „verwesend“ oder ich graule mich vor ihrem totkranken Ansehen, aber ich verachte diejenigen, die weitere Nahrung zu sich nehmen. Ferner bestätigt mir die bloße Berührung mit anderen, daß verschiedene „schlechtes Blut“ in den Adern haben. Die „Stimmen“ sprechen dazu „der Verrückte rettet sich, der Bessere hilft retten“. Es giebt nur eine Hilfe in dem Fall und ich greife zu jener gräßlichen Selbsthilfe, da ich andere nicht um diese Hilfe bitten kann. Ich weiß, daß alle sich so helfen. Ich hasse, schäme und verabscheue mich dabei¹⁾. Eine große Depression bemächtigt sich meiner. Ich bin mir dauernd bewußt, daß ich in „Hotel Psyche“ logiere und trotz dem Kampf mit der keimenden Genesung, glaube ich an keine endgültige Herstellung. Vorläufig beschäftigen mich noch die Selbstzerstörungstriebe. Ich laure auf den Augenblick, wo ein offenes Fenster mir Gelegenheit bietet, mich hinauszustürzen. Ich habe Gelegenheit, aber nicht den Mut. Ich weiß mir nichts mehr Liebes am Leben, ich bin herunter-

1) Das Trinken des Urins.

gekommen, unmöglich. Ich bin einsam. Verfremdet mit Verwandten, verachtet von Bekannten. Wie sehne ich mich nach dem Tod, nach der Erlösung! Sogar von Auferstehung will ich nichts mehr wissen. Ich sitze am Rand des geöffneten Fensters über dem Gitter. Schaudernd gähnt der Abgrund. Ich denke an Niemand; nur an mich und meinen Tod, aber ich schaudere und lasse mich von der Pflegerin zurückreißen. Erstaunlich oft habe ich Gelegenheit, mich zu vernichten. Jedesmal wenn ich abends aus dem Garten in die Irrenanstalt zurückkomme: auf halber Treppe steht das unvergitterte große Fenster auf. Ich gehe eifrig vor, die Pflegerin folgt; aber ich hätte Zeit abzustürzen. „Tus doch heute endlich, es ist so schnell geschehen“, sage ich mir, aber ich bin nicht so schnell von Entschluß. Ich gehe noch einmal vorüber. Wie hasse ich mich in dieser schwachen Nachgiebigkeit. Begnügen wir uns mit geringerer Zerstörungsmöglichkeit: „ich schlucke Pfirsich- und Zwetschgenkerne“, es geht ja prächtig! Die Speiseröhre ist weit genug geworden durch die Fütterung damals. Ein Messerstich mit den stumpfen Messern der Klinik dringt auch nicht durch! „Lieber Tod“ flehe ich. So oft habe ich gemeint, ich sei nicht ich, sondern z. B. ein Mann: Papa, Herbert, Dr. Franz, der Sultan, der Prinz of Wales (in letzter Vorstellung gefalle ich mir besonders und versuche mich hoheitsvoll zu benehmen). Manchmal bin ich aber auch „Mama“. Siehst du, Alice, sage ich mir, jetzt bist du doch verrückt geworden, und ich weine darüber.

Frau Major kommt, ein Engel hat sie gesendet. Wie wohl tut eine kleine „Backfischschwärmerei“! Ich kann ja wieder lieben! Gott sei Dank! Frau Major hat mir geholfen. Sie kommt vorurteillos und liebevoll. Sie gibt Liebe, weil sie welche braucht. Sie zerstreut und regt an. Ich krieche bei ihrem Schutz unter; ich verstecke mich bei ihr vor den Psychiatern, die mir in die Seele blicken müssen. Huh in meine Seele! Meine Gedanken martern mich! Bis jetzt waren alle meine Angaben falsch, weil sie unzulänglich oder umschrieben sind. Ich tanze um die Wahrheit wie um den heißen Brei! Ich könnte sie hören, aber nicht bekennen. Nichts bekennen aus Angst, aus furchtbarem Peinlichkeits- und Schamgefühl und in Ermangelung der passenden Ausdrucksweise, aus Schwäche, aus Feigheit. Wie soll die Kranke Worte finden für jene ekelhaften Empfindungen, die die Gesunde kaum erklären kann! Ich habe es sehr dankbar, aber auch sehr beschämend (weil ich nicht darauf eingehen konnte) empfunden, daß die Psychiater (ich bewundere besonders Dr. Schleifer darin) sich die erdenklichste Mühe gaben, mir jene Aussprache zu erleichtern. Ich kann diese seelische Arbeitsleistung nicht vollbringen, trotzdem ich sehe, diese Herren hassen meine Unaufrichtigkeit und verachten mich. Ich hatte sie zu lieb, um mich zu bekennen. Nur jemandem, den ich verachtete, hätte ich erzählen

können; aber derjenige hätte nicht geholfen. Eine Erlösung, daß ich allmählich selbst zur Einsicht der irren Ideen kam! Meine Besserung 640 habe ich zum erstenmal freudig empfunden, als ich wieder jemand „zuhören“ konnte.

Von allen Pflegerinnen hatten nach meiner unmaßgeblichen Beurteilung Berta und Marie und Frl. v. Winfried den besten so nötigen pädagogischen Einfluß. Im allgemeinen überwiegte aber mein Leiden 645 unter der Schwesternbehandlung.

Schluß.

Trotzdem die Erholung an der Riviera eine sehr schöne Zeit war, befürchtete ich dort manchmal stark einen Rückfall. Das Geräusch des Tosens der Brandung und die Verarbeitung der neuen landschaft- 650 lichen Eindrücke hat mich oft sehr erregt. Wäre ein Schwarzwaldort nicht besser gewesen? Der Ausbruch der Krankheit meiner Freundin¹⁾ dagegen hat nur Interesse für Liesbeths Zustand geweckt und ist mir nicht so auf die Nerven gegangen.

Die Psychiater haben mich öfters gefragt, ob in der Kindheit irgend- 655 welche Nervenattacken vorgekommen seien. Ich erinnere mich nichts. Ich habe wohl viel unnatürliche Gedanken gehabt. Im Alter von 14 bis 18 Jahren litt ich oft unter der Furcht früher oder später einmal „verrückt“ zu werden. In dieser Angst nahm ich mir vor eine Bittschrift zu hinterlassen. — „Sollte ich irrsinnig werden, dann laßt mich 660 nicht am Leben.“ Diesen Vorsatz hatte ich erst mit 17 Jahren. Im Alter von 14—16 Jahren, habe ich dreimal „Verrückte“ imitiert. Es geschah nicht aus Hochmut (ich meine das Gefühl sich lustig machen), sondern in dem Bewußtsein meiner Geschicklichkeit dazu. Zweimal (in der Schule) wurde mir dabei Glauben geschenkt. Die Komödie hat 665 mich selbst so angegriffen in dem eigenen Gefühl ihrer Echtheit, daß ich mir vornahm, es nie wieder zu tun.

Nach der Entlassung am 29. November 1910 blieb Lenore Banting mit der Klinik in Beziehungen, schrieb von der Riviera ab und zu Postkarten und wollte in Kleinigkeiten Rat wissen. Zu Hause gab sie zu irgendwelchen Anständen keine Veranlassung mehr. Sie kam zuweilen zu Besuch, um sich nach Bagatellen zu erkundigen. Später nahm sie dann eine Stelle als Helferin in der Heidelberger Kinderklinik an. Sie unterhielt sich bei Besuchen gern über ihre Zukunft; sie wolle etwas Rechtes lernen, nicht den üblichen Jungen-Mädchen-Dilettantismus treiben, sondern entweder Kindergärtnerei oder Malen lernen, letzteres am liebsten; sie fürchte allerdings, daß ihre Angehörigen nicht darauf eingehen werden. Sie habe keinen besonderen Ehrgeiz, und wolle nur so weit kommen, daß sie die Kunst verständig genießen könne, weiter reiche ihr Streben nicht. Schon in den letzten Wochen in der Klinik hatte sie sich häufig mit Malen und Zeichnen beschäftigt und einige der Anwesenden porträtiert. Anfang Juni erscheint sie eines

¹⁾ Eine schwere Tobsucht.

Tages wiederum in der Klinik mit ihrer Gesellschafterin, läßt diese vor dem Hause ziemlich lange warten und beginnt mit dem einen Arzte ein Gespräch. Sie macht einen fast hypomanischen Eindruck, ist aber in der Kleidung in keiner Hinsicht irgendwie auffällig; erzählt viel und lebhaft, doch ist davon nichts als eigentlich krankhaft zu bezeichnen. Sie erzählt von ihren Plänen in Köln; sie hat einen Kursus als Kindergärtnerin mitgenommen, in dem sie sehr viel zu tun hat und fast von früh bis abends beschäftigt ist. Zuweilen wolle der Onkel gern mit ihr ausreiten, sie tue es auch noch hie und da, doch sei es ihr auf die Dauer zu anstrengend.

Sie fühlt sich in dieser Zeit sehr zufrieden, sie ist ihrer Liebe zu Dr. Franz gewiß und in diesem Bewußtsein glücklich, obwohl sie sich klar ist, daß ihre Neigung nicht in gleicher Weise erwidert wird. Es ist eine Zeit glücklicher Resignation. Nur leidet sie darunter, daß sie gegen Onkel Edgar so kalt und unfreundlich zu sein scheine, während sie ihm doch in der Tat Liebe und Dankbarkeit beweisen möchte.

Sie verspricht, sie wolle ihre Erinnerungen an ihre Krankheit niederschreiben und führt es in der Tat auch durch. Sie bringt persönlich etliche Zeit später diesen ihren Lebenslauf. Bei dieser Gelegenheit bringt sie auch einen Zettel mit, den sie in der Nacht zuvor aufgeschrieben habe. Sie habe eine sehr schlechte Nacht gehabt (Menstruation); habe mitten in der Nacht lebhaft Angst bekommen, und da sie allein schlafe, niemanden rufen können. Sie habe sich gedrängt gefühlt, die Worte auf diesen Zettel aufzuschreiben; das zweite halte sie jetzt für Unsinn, den ersten Abschnitt aber müsse sie ziemlich aufrechterhalten.

10. Juni 1911.

Gibt es unter den unheilbar Geisteskranken solche, die lebenslänglich ebenso entsetzlich leiden wie ich ein halbes Jahr? Christus kann in seinem Erdendasein nicht mehr ausgestanden haben. Das ist ein Trost. Wie furchtbar, daß der Arzt in dem Fall der Qual kein Ende machen darf. Wozu lebt man noch? Für sich doch gewiß nicht, auch nicht für andere! Ich meine, eine Selbstmordidee kann göttlichen Ursprungs sein! Der Arzt darf nicht töten. Da sendet Gott die Hilfe und gibt den Entschluß und die Kraft zur Ausführung dem Kranken. Er sucht im Tod „zurück zum Geist“ zu kommen. Dann ist der Selbstmord keine Feigheit, sondern die letzte gewaltige seelische Arbeitsleistung. „Du sollst nicht töten“, ein Gebot, das dem Zustand der Völker in 1. Linie galt, die kein Verbrechen im Mord sahen. Ein Gebot „Du sollst dich nicht töten“ kenne ich nicht.

Oft wird der Selbstmord im Ehrverlust begangen, als eine selbstverständliche Sühne. Wer würde ihn da als Gotteslästerung betrachten, wenn er einer Familie oder größeren Gesellschaft den guten Namen erhält, oder warum sollte Gott von einigen Menschen nicht verlangen, daß sie selbst zu ihm kommen, denn was gäbe es, das er nicht von den Menschen verlange.

Aus einem Brief vom 16. Juli 1911 (Brief VI):

„Wir sind 8 Tage jetzt hier auf dem Rigi, ich habe aber noch keine Freude an dem Aufenthalt, da ich mich alle 3 Wochen tagelang so

nervös fühle, daß ich diesmal nicht warten möchte, bis ich es Ihnen mündlich schildern kann. Diesmal äußert sich der Zustand in sehr unangenehmen Wesen und verletzender Zurückhaltung gegen die Bekannten Onkels, einem Verkehr, dem ich mich gerade nicht entziehen konnte. Ich war mit einem Mal so wehrlos verändert, daß ich mich selbst nicht mehr kannte. Am Schlimmsten ist dann das furchtsame Verkriechen in mich selber, eine Verschlossenheit, die mir fatale Schwierigkeiten macht. Außerdem konstatiere ich im allgemeinen eine verlangsamte Auffassungsgabe oder eine Unfähigkeit sich zu konzentrieren oder logisch zu denken ... Sie verstehen gewiß, wie trostlos solche Zustände sind! Eben sind sie überwunden, aber werden sie sich immer überwinden lassen? Gewiß kämpfe ich dagegen, denn ich möchte nicht Schuld werden an einer Wiederholung der Krankheit.“

Nach ihrer Rückkehr nach Köln vermag sie den Vorträgen des Kindergartenkurses nicht mehr so recht zu folgen. Sie sitzt ihre Zeit zwar noch ab und hört zu, doch versteht sie nicht mehr so recht und hat selbst das unangenehme Gefühl nicht mehr mitzukommen. Offenbar ist sie vorher schon zuweilen im Betriebe dieses Kurses aufgefallen. Einmal z. B. fuhr draußen auf der Straße ihr Auto vor, während der Unterricht noch andauerte. Da stand sie trotzdem auf, unterbrach der Lehrerin Rede und rief dem Chauffeur zu, er möge noch warten. Derartige Vorkommnisse waren es wohl, die die Kursleiterin einmal veranlaßten zu fragen: „Wie kommt es wohl, Fräulein Banting, daß Sie allein sich nicht so ganz in unsere ganze Art und unsern Ton einzufügen vermögen?“ — Jetzt, im Spätherbst 1911, legt man ihr nun nahe, sie möchte den Kurs unterbrechen und sich irgendwo erholen. (Offenbar war sie also auch diesmal wieder irgendwie aufgefallen.) Sie verläßt nun Köln, versucht es eine Zeitlang zu Hause, geht dann mit den Angehörigen nach Adelboden und berichtet brieflich alle möglichen Klagen, die sich wohl am besten als „subjektive Hemmung“ zusammenfassen lassen. Sie könne den Erzählungen anderer oder dem Gedankengange eines Buches nicht mehr recht folgen, ihre Gedanken sprängen immer von einem zum andern Gegenstand. Und andererseits blieben sie immer irgendwie hängen. Z. B. wenn sie einen Satz höre: „die Erziehung müsse die Individualität berücksichtigen“, und wenn nun der Vortrag weitergehe, so bleibe sie an dem Worte Individualität hängen und denke nun: „Was ist Individualität? Individualität ist die persönliche Eigenschaftssumme eines Menschen. Ja, aber was ist eigentlich eine Eigenschaft?“ Und so gehe es nun weiter, sie verliere sofort den Faden, verliere sich in unendliche Einzelheiten, vergesse völlig das Ziel und gebe es dann ganz erschöpft auf; ja sie könne eben überhaupt nicht mehr denken. Es sei alles zerstört. Und auch sonst sei alles schrecklich. Sie sei immer anders als sie sein wolle; tue immer anderes als sie denke; wenn sie nett sein wolle, sei sie garstig; und auch sonst sei eine ausgesprochene Unentschlossenheit beängstigend, d. h. weniger das Bewußtsein einer solchen Unentschlossenheit als die Tatsache, daß sie immer zwischen zwei Entschlüssen hin und her sich entscheide.

Anstatt zu arbeiten, habe sie eine Periode maßlosen Essens durchgemacht (Brief VII):

„Ich dachte und denke immer noch an Selbstmord; ich verschiebe den Versuch stets, weil ich keine Zeit habe, denn ich habe hier den Haushalt übernommen ... Papa! Ich nenne ihn die ganze Zeit einen

armen Thor oder König Lear ... Es entstehen stumme Gedankenkriege ... Meine Innerlichkeit kennt niemand, weil ich mich nicht äußern kann. Sehen Sie, ich kann nicht Amboß sein, ich will Hammer sein, ich muß Achtung vor mir haben können.“ —

Zu Haus leben ihre Angehörigen wegen ihrer Unbeständigkeit um sie in beständiger Angst.

Am 15. Februar 1912 erscheint sie wieder in der Heidelberger Psychiatrischen Klinik und bittet um Aufnahme. Erkundigungen beim Vater ergeben, daß Lenore den Haushalt durchaus befriedigend geführt und sich dabei auch aktiv betätigt habe. So habe sie einige Dienstmädchen entlassen, was sich nachher als sehr vernünftig herausgestellt habe, habe auch über die Geldangelegenheiten durchaus Überblick gehabt. Allerdings sei sie selbst immer mit sich unzufrieden gewesen. Er habe ihr abgeredet, wieder in die Klinik zu gehen.

Lenore Banting zeigt bei dieser zweiten Aufnahme keine Zeichen einer akuten Psychose. Sie verhält sich vollkommen klar und korrekt. Ihre Grundstimmung läßt sich recht schwer beschreiben: sie wechselte sehr. Eine dysphorische Unruhe herrscht vor, doch finden sich bisweilen beide Extreme, lustige Stimmung, ja neckende Heiterkeit und auch lebhaftes Weinen. Offenbar fühlt sie sich in der Klinik gleichsam geborgen. Etwas stark Unruhiges, Sprunghaftes Wechselndes, Fahriges liegt in ihrer ganzen Art. — Nach etlichen Tagen, an denen sie freien Ausgang gehabt hatte, verabschiedet sich Dr. Franz von ihr (20. 2. 1912), um auf eine Reise zu gehen. Kurze Zeit danach läßt sie ihn nochmals bitten und entdeckt ihm strahlend, und unter der Erzählung bald still vergnügt, bald laut auf-lachend, daß „sie sich eben das Leben genommen habe“. (Sie war soeben von einem Ausgang zurückgekehrt.) Nach vielen Fragen stellt sich nur heraus, daß sie sich vergiftet habe, nicht aber womit. Sie äußert vollkommen besonnen und klar, wenn sie jetzt sage, was sie genommen habe, so werde man ihr den Magen ausspülen und ihr Gegenmittel geben. Und das wolle sie doch eben nicht (lachend): sie wolle doch sterben. Allerdings fange sie jetzt an, je mehr je länger es dauere (es waren inzwischen etwa 1½ Stunden vergangen), zu glauben, daß es nichts helfe. Auf Vorhalt, es sei nicht recht, im Schutze der Klinik den freien Ausgang zu einem Selbstmordversuch zu benutzen, der doch die Verantwortlichkeit der Ärzte stark berühre, wird sie bewegt und unruhig; die Augen stehen einen Augenblick voll Tränen, sie bittet um Verzeihung, das habe sie nicht überlegt. Bald darauf lächelt sie wieder unter Tränen und wirft sich amüsiert im Bett herum. — Nach etwa 6 Stunden beginnt sie auf vieles Drängen zu erzählen, daß sie mehrere Thermometer zerbrochen und das Quecksilber genommen habe und zwar in einer Oblate, da sie gehört habe, Quecksilber verderbe die Zähne(!). Sie berichtet alles wie eine lustige Geschichte. Eine körperliche Schädigung trat nicht ein. — In der Folgezeit finden sich nur noch leichtere Stimmungsschwankungen. Sie schlief sehr viel, blieb auch sehr viel im Bett ohne zu schlafen. Kam man in solchen Momenten, also z. B. vormittags 1½, 12 Uhr ins Zimmer und sprach sie an, so richtete sie sich sogleich auf, erzählte, sie sei so müde, habe geschlafen, machte aber keinen verschlafenen Eindruck. Weder in der Mimik, noch in ihren Gesten fiel irgend etwas auf. Nur das eine erschien bemerkenswert: daß es sowohl in diesen ruhigen, indifferenten Zeiten, als auch in den Tagen wirklicher Niedergeschlagenheit verhältnismäßig leicht gelang, sie durch einen kleinen Scherz in freundliche (allerdings nicht anhaltende) und selbst heitere Stimmung zu versetzen. Öfter zeigte sich eine gewisse, müde Gleichgültigkeit gegen den Tageslauf, gegen die Umgebung, gegen ihre Angehörigen, ihre Kleidung, ihre Frisur. Doch ließ sie sich niemals wirklich verwahrlosen. Auch bewiesen weder die Kleidung noch

sonstige Gewohnheiten etwa die Vorliebe für auffallende Farben oder Ähnliches. Auch in erotischer Hinsicht zeigten sich keine Symptome einer Erregung, weder in Bewegungen, Gesten, noch Worten. Auch jener Arzt, Dr. Franz, dem sie besonderes Vertrauen und früher zweifellose Liebesneigung entgegengebracht hatte, bemerkte diesmal nichts von Zeichen einer erregten Erotik. Ihr ganzes Wesen hatte mehr etwas kameradschaftlich Vertrautes. Der einzige Hinweis auf eine derartige Erregung lag in den Inhalten ihrer Fragen. (Siehe unten.) Sie selbst versicherte einmal gelegentlich, sie sei jetzt über ihre damalige Liebe gänzlich hinaus, nicht insofern, als sie sie überwunden d. h. verloren habe, aber insofern sie ihrer Selbstbeherrschung sicher und der gänzlichen Aussichtslosigkeit aller Wünsche gewiß sei. — Es fehlten nicht gerade auffällig viele Impulse, irgend etwas zu unternehmen, doch hielt nichts vor. Jede Idee, jeder Plan irgendeiner Beschäftigung, der auftauchte, löste sofort eine Anzahl Gegenvorstellungen und Hemmungen aus, und so kam sie eigentlich nie zu etwas. Das wurde ihr häufig bewußt. Sie gab es resigniert auf, weinte und legte sich aufs Sofa. Dort lag sie dann halb weinend, halb schlafend, halb nachdenkend, stundenlang.

Sie behauptete, die einfachsten Bücher, z. B. populär-wissenschaftliche, die man ihr auf ihren Wunsch gab — nicht verstehen zu können. Ähnlich wie oben beschrieben, blieb sie nachdenkend an irgendeinem Satze hängen und kam nicht weiter. Eine völlige Unfähigkeit, selbst einen Gedankengang weiter zu denken, oder auch sich einen solchen in einer Unterhaltung führen zu lassen, fiel immer wieder auf. Merkwürdig rasch herausgestoßene Fragen störten dann stets. Man kann nicht gerade sagen, daß diese Fragen in gar keinem Zusammenhang mit dem Thema standen, doch war der Zusammenhang oft sehr lose. Und ehe man eine solche Zwischenfrage oft recht beantwortet hatte, schoß schon wieder eine neue hervor. Oft sah sie den Arzt, der irgend etwas erklärte, anscheinend aufmerksam an und rief dann plötzlich „Entschuldigen Sie, ich habe kein Wort verstanden“.

Die Inhalte, nach denen sie fragte, und über die sie nachgrübelte, waren äußerst verschieden.

Religion, Philosophie, Naturwissenschaft usw., alles durcheinander: Sagen Sie, Herr Doktor, wozu lebt man eigentlich? — Wozu halten Sie sich für berufen? — An was erkennt man das Wahre? — Wie fängt man es an, um glücklich zu werden. — Glauben Sie an Christus? — Warum stimmt Wollen und Können nicht überein? — Wie kann man sich bessern? — Gibt es nicht nur das eine, immer vollkommener zu werden? — Wie machen Sie es? — — —

Vorzüglich aber betrafen die Fragen sexuelle Inhalte. In sachlichem, ruhigem Tone fragte sie ganz ohne Erregung und ohne Scheu nach den sexuellen Vorgängen. Und diese Fragen richtete sie an verschiedene Ärzte gleichermaßen. Z. B. was der Menstruation beim Mann entspreche? Wie oft der Mann Geschlechtsverkehr ausüben könne usw. — Daß sie klare Antworten und Belehrungen erhielt, soweit ihre Fragen überhaupt beantwortbar waren, befriedigte sie sehr. Sie betonte ihre Dankbarkeit dafür. Früher habe ihr nie jemand die Wahrheit gesagt.

Versuche, sie zu beschäftigen, schlugen ziemlich fehl. Sie behauptete teils, „das kann ich nicht“, teils „das ist ja gräßlich“. Eine einfache mikroskopische Zeichnung vergrößernd zu kopieren, unternahm sie langsam unter tausend Bedenken, immer wieder alles mögliche umstoßend, neues Papier nehmend, andere Farben wählend usw.

Da man sie den größten Teil des Tages sich selbst überlassen mußte und eine eigentliche Psychotherapie hier in der Klinik nicht durchführen konnte, beschloß man mit den Angehörigen, die Kranke nach einer Privatanstalt zu verbringen. Sie war darüber sehr traurig. Hier sei ihre einzige Zuflucht gewesen; nun raube

man ihr auch noch diese. Sie versuchte wenigstens noch einige Tage zu gewinnen. Als sie den Beschluß als unabänderlich einsah, ging sie beherrscht, aber weinend mit Vater und Onkel fort (9. 3. 1912).

Die Krankengeschichte der Privatanstalt berichtet nicht viel Neues, betont nur das Zerfahrene und Sprunghafte des Gedankenganges und den jähen Stimmungswechsel der Kranken und spricht wiederholt von Halluzinationen, ohne diese durch Schilderung oder Äußerungen glaubhaft zu machen. Lenore fühlt sich in der Anstalt, in der es ihr an äußerem Komfort und auch Unterhaltung nicht im mindesten fehlt, nicht wohl, sie wünscht einsam zu sein und betrauert doch ihre Einsamkeit.

Am 24. 4. 1912 verläßt sie auch diese Anstalt und lebt nun in der Folge bald beim Onkel Edgar, bald zu Hause, bald mit einer Gesellschafterin auf Reisen. — Ihre Briefe tragen meistens einen Kreis, in den sie gemalte Blumen selbständig hineinkomponiert hat. Sie äußert einmal, sie wolle noch mit dem Selbstmord warten, bis sie 12 solcher Briefbogenverzierungen entworfen habe. (Brief VIII):

26. Juni 1912: „Ich erschne einen ganzen Umschwung meines Wesens. Ich entbehre heiß einen Menschen, . . . bei dem ich mich manchmal über meine Erbärmlichkeit auslassen könnte. Schreien könnte mich zeitweise erleichtern, aber ich unterdrücke es, denn es könnte mich jemand hören. Ich spiele weiter Komödie und niemand weiß, wie krank ich dabei bin . . . Der Grundgedanke meines steuerlosen Daseins ist Selbstmord. Ich warte nur eine Weile mit der Ausführung . . . Ich koche, zeichne, spiele Tennis, beschäftige 3 vorschulpflichtige Kinder des Dieners, der im Hinterhaus wohnt . . . und außerdem meistens unter dem Zwang unsinniger Gedanken stehe, gegen die ich nicht ankann. Ich denke nicht mehr, „es wird gedacht“, wie Schwab das bezeichnet . . .“

In anderen Briefen quält sie sich mit ihren Beziehungen zu Dr. Franz ab, sucht ihn auch hin und wieder auf. Sie bringt dann meistens die gleichen Klagen vor, wie in den Briefen. Äußerlich bleibt ihr Benehmen korrekt, sie vergißt sich nie, obwohl es oft deutlich ist, daß ihr die Selbstbeherrschung schwer fällt. Beim Abschied stehen ihre Augen immer voll Tränen. Ihre Berichte enden immer in der Klage: „Helfen Sie mir, es geht so nicht weiter.“ Niemals zeigen sich in ihren Briefen noch auch in ihrem Benehmen Anzeichen von Verschrobenheit, von Nichtbeachtung von Formen, von Verwahrlosung. Wenn sich in den Berichten der Angehörigen zuweilen eine Klage über ihr merkwürdiges Benehmen findet, so ist immer ihre Unberechenbarkeit, ihre Sprunghaftigkeit gemeint.

Im September berichtet ein Arzt, den sie in der Schweiz konsultiert, daß Leonore Banting eine gute Zeit überstanden habe, sie wußte sich zu beschäftigen und vertrug sich gut mit ihrer Begleiterin. Der Unterhaltung wußte sie gern eine Wendung auf erotische Probleme zu geben, doch war sie „ein lieber Hausgenosse, die sonst in keiner Weise auffällt“. Im Oktober 1912 fangen ihre Briefe wieder an zu klagen: sie fühle sich immer unruhig, reizbar und habe ein unangenehmes Prickeln in den Nerven. Auch stehe sie immer noch „unter dem Zwang alberner Gedanken“, sobald sie ihren Gedanken freien Lauf lasse. Doch kommen auch wieder bessere Zeiten, und als sie im Dezember 1912 nach längerer Abwesenheit nach Hause zurückkehrt, ist ihr Vater mit ihrem Zustand sehr zufrieden. Sie hat in der Schweiz eine Freundschaft mit einem älteren, offenbar recht selbständigen und geistig ihr überlegenen Mädchen geschlossen und scheint nun mit dieser Schwei-

zer Freundin, die seit langen Jahren an schweren cyclothymischen Verstimmungen litt, dauernd in Verbindung geblieben zu sein. Inwieweit sich die beiden Mädchen gegenseitig beeinflußt haben, bleibt unaufgeklärt; sicher ist, daß sie zusammen die Frage der Selbstvernichtung ernstlich erörtert haben. Ob der Gedanke an Selbstmord in der Weihnachtszeit 1912 und bis zum Februar 1913 in Lenore Banting noch weiterwirkt, ist fraglich; jedenfalls erscheint sie zu Hause lebensfreudiger, hat mehr Interesse für die kleinen Ereignisse des täglichen Lebens, und geht auch wiederholt in Tanzgesellschaften innerhalb ihres heimischen Kreises. Nur der Schlaf läßt noch zu wünschen übrig, das Unwohlsein hingegen, das viele Monate ausgesetzt hatte, wird in dieser Zeit wieder völlig regelmäßig. Lenore denkt wieder eifrig an Lebensaufgaben und einen Beruf: sie beginnt intensiv zu malen und zu zeichnen, doch klagt sie Dr. Franz gegenüber, den sie am 2. 2. 1913 wiederum aufsucht, um sich auszusprechen, daß sie in den Malstunden immer singen oder etwas deklamieren müßte. Sie sänge dann ganz laut, meist lustige Lieder; dies störe die anderen und den Lehrer wohl, doch seien sie nicht böse. Sie könne eben nicht anders, sie müsse laut singen. Im übrigen sei sie doch über ihre Zukunft recht in Sorgen. Solle sie malen, solle sie singen, solle sie sich im Deklamieren ausbilden? Ob es nicht Leute gäbe, die allein im Deklamieren ihren Lebensberuf sähen? Solle sie nach Weimar, solle sie in Frankfurt bleiben? Was Dr. Franz dazu meine, der kenne sie doch am besten!

Anfang März klagt der Vater der Kranken über ihren jähren Stimmungswechsel. Sie geht auf Bälle, sagt andere plötzlich ab, will nach Grenoble, behauptet es in Frankfurt nicht aushalten zu können, will „ihr Leben von vorn anfangen und sich neu entfalten“. Der Vater hat gar keinen Einfluß auf sie.

Am 6. März schickt sie an die Schweizer Freundin eine neue Browningpistole mit einem anscheinend harmlosen Brief, hinter dessen Zeilen sich vielleicht verborgener Sinn birgt. Die Freundin bedarf des Revolvers nicht mehr. Ohne daß Lenore Banting dies wußte, ist sie am 5. März auf den Züricher See hinausgerudert und nicht wiedergekommen. Ihr Tod wird Lenore nicht lange verborgen geblieben sein. Am 19. 3. 1913 meldet sie sich mit korrekter Postkarte in Heidelberg bei Dr. Schwab, einem ihrer früheren Ärzte an. Sie spricht sich mit ihm über alle möglichen Dinge aus, wie auch früher schon oft. Am 26. 3. 1913 tötet sie sich zu Hause durch einen Schuß ins Herz. Sie hinterläßt einen Brief an Dr. Schwab:

Sehr verehrter Herr Doktor,

Verzeihen Sie mir, ich konnte nicht mehr anders, wenn Sie mein Brief erreicht, bin ich bereits erschossen. Haben Sie Dank für alle Mühe, die Sie an meine Besserung gewendet haben. Mein Wunsch ist, daß Ihnen der Schreck nichts schaden möge.

Lenore Banting.

Unter ihren letzten Papieren findet sich dieses Gedicht¹⁾:

Ich möchte heute ein letztes Mal
Mein Haupt in deine Hände legen
Erlös mich nicht von meiner Qual
Nur schenk mir Deinen Segen.

¹⁾ Die 4. und 5. Strophe fast wörtlich Storm, im 8. Band der 4. Auflage S. 214, dort nur zuletzt: Wie der letzte Schlag sich reget, fülleest du mein ganzes Herz.

Mein Tod spreng' unnatürliche Haft,
 Die meine Seele hält verschlossen —
 Zu wahren Leben nicht die Kraft,
 Hab ich den Tod beschlossen.

Drum denke nichts, was mich verdammt,
 Nicht richte meine Todesstunde;
 Dein Aug', das Gott erfüllt, entflammt.
 Verzeih, daß ich Dir riß die Wunde.

Schließe mir die Augen beide
 Mit den lieben Händen zu —
 Geht doch alles, was ich leide
 Unter Deiner Hand zur Ruh! — —

Und wie leise sich der Schmerz
 Well' um Welle schlafen leget,
 Bis der letzte Schlaf sich reget
 Fülle Du mein ganzes Herz. — —

Verzeih, daß ich Dich schauen ließ dies Ende,
 Ruf niemand, es verlangt mich nur nach Dir!
 Leg mir aufs Haupt die lieben Hände
 Dann kommt der Tod so düster nicht zu mir. — —

Der Krankengeschichte der Lenore Banting eine Charakteristik anzufügen, ist recht schwer. Wenn man einen Menschen nur in der Psychose kennen gelernt hat, so muß man auf recht mühsamem Wege zu seiner Art, zu seinem gesunden Naturell zurückzugelangen suchen. Hier stellt es sich folgendermaßen dar:

Lenore Banting ist recht gut begabt und hat mancherlei Interessen. Sie wächst in der typischen Geselligkeit reicher Industriekreise Westdeutschlands auf. Ihre Jugend findet wohl gelegentlich Freude am Tanz, Tennis usw., doch schweifen ihre Wünsche bald weiter: der heimische Kreis genügt ihr nicht mehr. Der Vater hat nur für seinen Beruf und für äußeres Wohlleben Sinn, er vermag der Tochter nichts zu bieten. Ohne durch eine einzelne Persönlichkeit oder durch moderne Lektüre tiefer beeinflußt zu sein, hält sie ihr bisheriges Leben für belanglos und strebt nach einer Ausfüllung, nach einer Zielsetzung durch einen Lebensberuf. (In diese Zeit fällt der Ausbruch der Psychose.) Nebenbei pflegt sie alle möglichen Interessen, keines sehr gründlich. Sie liebt es angeregt zu sein, liebt es, von Neuem zu hören, seien es moderne Gedankengänge, neue Kunstrichtungen, neue Literaturströmungen.

Sie faßt alles ziemlich leicht auf, d. h. sie faßt an allem einiges leicht auf und verarbeitet es formal gewandt. In die Tiefe zu dringen, sich selbst ernstere objektive Probleme zu stellen, ist ihrem Geist versagt. Sie kennt ihre formalen Begabungen, die einen leicht künstlerischen Zug tragen. Sie formuliert sprachlich gewandt und schreibt infolgedessen gern. Doch hat sie sich nie an etwas Größerem versucht. Ihre Briefe sind ihr nicht nur Mitteilungen, sondern zugleich ein Genuß¹⁾. Auch die Geschichte ihrer Krankheit zu schreiben, war ihr eine angenehme Aufgabe. Sie wählt die Worte, bessert daran herum. Trotzdem hat sie früher außer einer kurzen Periode im 14./15. Jahr keine Tagebücher geschrieben. Eine eigentliche Selbstbespiegelung liegt ihr fern. Erst die Krankheit führt sie mehr daraufhin. Doch liebt sie sich, ihren Körper und ihre Art. Sie bemüht sich immer um die Wahrheit. Niemals wurden Neigungen zum Ausschmücken, Übertreiben usw. bemerkt, doch bevorzugt sie kräftige, klingende Worte. — Zuweilen, besonders in den Zeiten der Verstimmung, treten Züge von Herrschsucht, von Schroffheit hervor; bei ihr, dem verwöhnten Kinde, sind sie nicht verwunderlich. Doch bewährt sie vielfach Weichheit und selbst Güte. Sie hat etwas ausgesprochen Weibliches, Hingebendes in ihrem Wesen. Dabei neigt sie oft zur Schelmerei und hat Sinn für Humor. Ihre Sexualität wird früh wach und gefällt sich in den Pubertätsjahren eine Zeitlang (in der üblichen Weise) in phantastisch erfundenen Träumen sexueller „Leiden“ und Erniedrigungen. Klare, bewußte Wünsche finden sich erst in der Zeit der Psychose: zuvor sich im Zaume zu halten, fällt ihr nicht schwer. — Eine gewisse Hartnäckigkeit ist ihr eigen; besonders wenn sie etwas nicht einsieht, liebt sie es, dickköpfig zu sein. Andauernde Energie und Stetigkeit zu beweisen, gab ihr das Leben keine Gelegenheit.

Wie man im 18. Jahrhundert einen Schattenriß an Lavater zu senden gewohnt war, um sich aus ihm den Charakter deuten zu lassen, so habe ich bei Lenore Banting Herrn Dr. Ludwig Klages (München) um die Freundlichkeit gebeten, ihre Handschrift auszudeuten. Selbstverständlich lagen ihm reichlichere Schriftstücke außer der hier abgebildeten Probe vor. Seine Charakteristik sei mit seiner Zustimmung hier wörtlich wiedergegeben. Alle Proben, die ihm vorlagen, stammen aus der Zeit der Krankheit und zwar vom 2. IV.—13. X. 1912. Ich vermeide es, ausführlich auf seine einzelnen Aufstellungen einzugehen. Indem ich meine Charakteristik der seinen einfach gegenüberstelle, treten wohl die Unterschiede deutlich hervor. Auch erhellt daraus wohl, daß ich Klages' Deutung in vielem widersprechen müßte.

¹⁾ Dies erzählte sie einmal von selbst.

und ich denke Ihnen sehr für die Antwort.
 Mein Brief soll keine Veranlassung für längeren
 schriftlichen Diskussion sein, und ich bitte Sie, falls Sie
 unter diesen Umständen mir zu antworten wünschen,
 dies zu berücksichtigen.

Mit bestem Gruß
 Ihre ergebene

Klages:

„Eine Natur, deren erhebliche Intelligenz und reservierte, teils überlegen kritische Haltung nicht über Uneinheitlichkeiten in der psychischen Konstitution und mancherlei Stimmungskonfliktetäuschen darf. Vermöge nicht etwa nur weiblicher Klugheit, die nach ihrer typischen Ausprägung sogar zurücktritt, sondern mit Hilfe sachlicher Auffassung und geschulter Logik pflegt Schreiberin sich über sich selbst Rechenschaft abzugeben und nimmt sie zum Leben überhaupt den reflektierenden Standpunkt ein. So treffend sie aber auch urteilen mag, wo sie gefühlsmäßig vorwiegend unteiligt, so ist sie darum doch nicht vor Selbsttäuschungen gesichert, wenn die treibenden Kräfte ihres Innenlebens in Frage stehen. Ihre gewisse dem Stolz verwandte Spröd-

heit, ausgesprochener Selbständigkeitsdrang und zumal auch ein durchaus nicht unberechtigter geistiger Ehrgeiz lassen die Maßstäbe anlegen, denen zu genügen sie nicht zuletzt nur zu oft sich selbst außerstande sieht, verhindern aber gerade den Einblick in den tieferen Grund des empfundenen Ungenügens: in die ein wenig dünne und gleichsam etwas anämische Vitalität, für die der Zug zum Abstrakten und Objektiven Gefahren birgt. Wieweit Schreiberin sich mit wissenschaftlichen und künstlerischen Gegenständen tatsächlich beschäftigt, bleibe dahingestellt. Unfraglich besitzt sie in der Schärfe und Klarheit ihres Urteils, in der bemerkenswerten Eigenart ihres Erfassens Vorbedingungen nicht nur zu bloß empfangender, sondern zu vermutlich sogar produktiver Beteiligung daran, ebenso gewiß aber auch wird sie niemals darin aufgehen, niemals diejenige ‚Liebe zur Sache‘ zeitigen können, die sie in dergleichen eine mehr als akzidentielle Befriedigung finden ließe. Der zwar nicht zu verkennende männliche Einschlag erscheint mehr als Ersatz für einen Mangel an instinktiver Ursprünglichkeit, denn als in sich selbst ruhende Grundrichtung ihres Wesens, und findet keine Stütze in der doch vorwaltend weiblichen Beschaffenheit ihres Gemütes. — Zwar hat sie weder Leidenschaftlichkeit noch Herzenswärme, wohl aber Empfänglichkeit und im Grunde viel mehr Anlehnsbedürfnis und, wenn auch verhehlte, Beeinflußbarkeit, als ihre kritische, verschlossene, ja zum Mißtrauen neigende Einstellung erwarten läßt. Sie ist weder so gleichgültig gegen die Meinungen ihrer Mitmenschen, wie sie bei ihrer ängstlich gewahrten Selbstbestimmung sich glauben machen möchte, noch auch so unbedürftig des seelischen Kontaktes mit ihnen, wie vielleicht jene meinen, die sie nicht näher kennen und das feinere Mitschwingen und verstehende Widerspiegeln über den mehr selbstischen Zügen zu übersehen geneigt sind. Sie mag daher trotz guter Formen im Auftreten leicht für kälter und unliebenswürdiger gelten, als sie wirklich ist, was wiederum nicht verfehlt, auf ihren Eigenwillen und ihre Reizbarkeit verstärkend zurückzuwirken, um so mehr als sie dazu neigt, sich möglichst jede Illusion zu verbieten, nach der sie doch eigentlich Hunger leidet.

Man wird von einem so beschaffenen Charakter kein freies Ausschereingehen und keinen Frohmut der Lebensgrundstimmung erwarten dürfen; aber auch der gewiß nicht unbeträchtliche Wille zeigt bei aller Entschiedenheit im einzelnen und einer Selbstdisziplin, welche Zwanglosigkeit des Betragens ermöglicht, hier und da ein Erlahmen, gewissermaßen ein nervöses Aussetzen. Es ist, als wäre einem potentiell sogar begeisterungswilligen Wirkungsdrange irgendwo die blutzuführende Ader unterbunden, so daß die mancherlei fraulichen Anlagen nicht zu rechter Entfaltung kamen und trotz intellektueller Hochspannung ein Gefühl tieferer Fruchtlosigkeit nur schwer vermieden wird. — Mit der Möglich-

keit der Nachwirkung tatsächlich stattgehabter Enttäuschungen darf immerhin gerechnet werden.“ —

Das Motiv, den Fall Banting so ausführlich darzustellen, lag nicht im Bewußtsein einer besonderen Originalität der Symptome oder des Verlaufes. Ohne die Selbstbiographie hätte die Krankengeschichte vor zahlreichen anderen, in den Archiven beruhenden Journalen nur den Vorzug einer lückenlosen dreijährigen Beobachtung gehabt. Aber diese Selbstbeschreibung schien es wert zu sein, in die Literatur als Forschungsmaterial aufgenommen zu werden. Die Kasuistik der Zeitschriften ist noch arm an schizophrenen Lebensläufen. Diese Tatsache empfahl die Veröffentlichung des analysierten Materiales. Ich selbst lege in diesem Zusammenhang auf die Diagnose keinen Wert, wengleich ich an der Annahme einer schizophrenen Verblödung festhalte. Aber ich bin mir der Möglichkeit bewußt, daß ein anderer Beurteiler die Krankheit als eine atypische manisch-depressive Psychose ansehen könnte, die unter dem Bilde einer traumhaften Verworrenheit mit cyclothymischen Nachschwankungen verlief. Mein Interesse erstreckt sich hier vor allem auf deskriptive Gesichtspunkte, d. h. einmal auf die direkten Erlebnisse (abnormen Empfindungen, Gefühle, primären Wahnerlebnisse usw.) der Kranken, sodann auf die verstandesmäßige Bearbeitung der Psychose durch die Kranke, nämlich die Art und Weise, wie ihre Persönlichkeit mit ihrer Psychose fertig wurde, sich mit ihr auseinandersetzte. Endlich will ich vorsichtig einen Versuch wagen, zu erforschen, welche Momente die speziellen Inhalte der Psychose bestimmten.

Wie in der Charakterskizze schon soeben erwähnt wurde, schrieb die Kranke gern ihre Erlebnisse nieder, hatte ihre Freude am Formulieren¹⁾. Doch konnte selbst eine sehr sorgsame Kritik niemals ein Ausschmücken, ein phantastisches Ergänzen ihrer Erlebnisse feststellen. Denn auch als ich das Mädchen zweimal ausführlich nach verschiedenen Punkten ihres Lebenslaufes, der mir vorlag, ausfragte, während sie selbst das Manuskript nicht einsehen konnte, ging sie mit großer Exaktheit ihrer Darstellung in genau der gleichen Weise mündlich auf die Erlebnisse ein, wie sie es 2—3 Wochen zuvor schriftlich niedergelegt hatte. Auch machte das Manuskript durchaus den Eindruck einer unmittelbar, aber doch sorgsam und besonnen niedergeschriebenen Schrift. Nirgends fanden sich Zeichen einer feuilletonistischen „Verbesserung“ oder künstlerischen Stilisierung.

Man hat die Verwertung von Selbstbiographien für die Zwecke psychopathologischer Forschung bisher zu wenig beachtet, hat sie

¹⁾ Z. B. am Schluß des I. Teiles: „Ich werde schnell noch einmal versteckt wohin, werden wir gleich hören.“ (I 231.)

vielmehr nur bei ganz bestimmten Problemen — etwa dem der Persönlichkeitsspaltung — herangezogen¹⁾. Ich stimme durchaus der Tendenz der K6lpe schen Ausföhrungen zu²⁾, da6 man bei der Benutzung von Selbstberichten mit gro6er Besonnenheit und unerm6dlicher Kritik arbeiten m6sse. Gerade die hier mitgeteilten Aufzeichnungen der Lenore Banting halten jedoch diese Kritik aus. Wenn K6lpe meint, da6 „auch bei dem objektivsten Kranken die Geschichte seiner Krankheit durch pers6nliche Interessen bestimmt zu werden pflegt“, da6 er seine eigene Terminologie habe, da6 seine Auswahl aus seinen Erlebnissen vielleicht zuf6llig sei, und da6 er mehr seine Auffassung von seinen Erlebnissen, als diese selbst wiedergebe, so ist dem entgegenzuhalten, da6 man sich selbstverst6ndlich einer tendenzfreien Wiedergabe der Geschehnisse von vornherein wird sorgf6ltig versichern m6ssen, ehe man 6berhaupt an die Verwertung des Berichtes herantritt. Da6 jedoch der Kranke seine eigene Terminologie hat, ist ja gerade sehr erfreulich, denn nur so ist er selbst gewi6, seine Erlebnisse subjektiv treffend wiederzugeben; weit besser treffend, als wenn er des Beobachters Ausdr6cke, denen er vielleicht eine ganz andere Bedeutung beim66t, unterlegt. Da6 der Kranke bei der Auswahl seiner Erlebnisse vielleicht manches 6bersieht, ist sehr wohl anzunehmen, doch nicht allzu wichtig; — da6 er aber seine Auffassung der Erlebnisse wiedergibt, dies wird ja von ihm durch den Beobachter gerade verlangt. Man mu6 bei dieser „Auffassung“ nat6rlich die Erkl6rungsversuche von der Beschreibung strengstens scheiden. W6hrend man seine Erkl6rung, d. h. seine Behauptung bestimmter kausaler und sinnvoller Zusammenh6nge, nicht unbesehen hinnehmen wird³⁾, ist der Forscher der reinen Beschreibung des Kranken kritiklos ausgeliefert, sofern er eben jede Tendenz, jede Stilisierung, jede Pseudologie des Kranken ausschlie6en zu k6nnen glaubt. Entweder man glaubt dieser Beschreibung rein subjektiver Ph6nomene oder man lehnt sie als unglaubw6rdig ab: eine sachliche Kritik indessen an der reinen Deskription ist unm6glich.

Man wird der folgenden Analyse des Falles Banting den Vorwurf machen k6nnen, da6 sie die Krankengeschichte und den Lebenslauf der Kranken nur noch einmal wiederhole. Dies ist richtig. Doch handelt es sich bei anderen F6llen der Literatur nur um eine nochmalige Zusammenfassung, einen 6berblick oder 6hnliches; — hier wird der Versuch gemacht, in die Mannigfaltigkeit der einzelnen Symptome und

¹⁾ Jaspers hat neuerdings (Allgemeine Psychopathologie, Berlin 1913. S.21 u. 24) wieder nachdr6cklich auf den Wert der Selbstschilderungen hingewiesen.

²⁾ O. K6lpe, Psychologie und Medizin, Zeitschr. f. Pathopsychol. 1, 1912.

³⁾ An der Behauptung sinnvoller Zusammenh6nge kann freilich, wie oben ausgef6hrt wurde, nicht gezweifelt werden, sie sind dem Erlebenden evident (doch siehe auch oben die Einschr6nkungen).

Inhalte eine bestimmte Ordnung zu bringen. Ein Vergleich aus einem anderen Wissensgebiete möge dies erläutern: Der Archäologe erschöpft seine Aufgabe nicht, indem er das neu gefundene Werk nur abbildet (Bild = Lebenslauf), sondern er muß nun erst seine systematische Beschreibung, seine Stilkritik usw. anfügen. Im Lebenslauf bildet gleichsam das Leben selbst ab, — in der Analyse, der jede Lebendigkeit, Plastik usw. fehlen soll, ordnet die unkünstlerische Besonnenheit des Wissenschaftlers alles in die Fächer eines Schematismus.

Bei der Kritik eines solchen Versuches begibt es sich leicht, daß ein Kritiker die Frage aufwirft, ob denn die hier angewandte Ordnung nun die Ordnung sei, d. h. ob die einzelnen Symptome auch „richtig“ geordnet seien, ob man nicht dies und jenes Symptom jenem Fache anstatt diesem zuweisen „müsse“. Ein solcher Kritiker übersieht, daß es eine Ordnung, die absolute Anerkennung fordert, nicht geben kann, daß vielmehr jeder Schematismus jedem neuen weichen muß, der für die Erkenntnis oder die Praxis größeren Gewinn verspricht¹).

Analyse.

Was die reine Deskription der Schreiberin anlangt, so beschreibt sie einmal *abnorme Empfindungen*²). Dies sind einfache Schmerzempfindungen: Kopfschmerz (I 109), dann unangenehme Körperempfindungen:

Nervenzucken in den Händen (I 108, 125), es überläuft sie ein schmerzhaftes Gefühl des Verbrennens, Zusammenziehens, Erstarrens, Lähmens (I 172); auch die gespaltene oder durchbrochene Speiseröhre gehört wohl hierher und das „Verdauen vorne herum, durch das Rückgrat, durch Schulterblatt und Arme“ (Brief vom 4. 10. 1910); ein beklemmendes Gefühl um den Hals (II 143), ein Erstickern (II 262).

Bald versucht sie diese Empfindungen direkt zu beschreiben, bald greift sie zu Bildern und Vergleichen, um sich recht gut verständlich zu machen, — bleibt sich dabei aber des Bildmäßigen bewußt.

Es ist, als würde der Kopf vom Rumpf getrennt, als fielen die Augen aus, als würde die Zunge abgeschnitten (II 261), als würde sie von verwesenden Tieren oder Leichen immerfort umspinnen oder bekrabbelt (II 287).

Aber es finden sich vereinzelt auch wohltuende Sensationen: sie fühlt frohe, gesunde Augen (I 143); ein herrliches Gefühl engelhafter Leichtigkeit des Körpers (II 534).

Bei manchen Äußerungen wird es schwierig, zu entscheiden, inwieweit primäre Empfindungen vorliegen, oder ob Gedankengänge

¹) Auf die interessanten Ausführungen von A. Kronfeld, *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurol.* 35, 275, 1914 zurückzukommen, wird sich noch anderweit Gelegenheit ergeben.

²) Sie selbst unterscheidet naturgemäß nicht begrifflich zwischen Empfindung und Gefühl.

erst die Empfindungen hervorrufen oder sie formen. Z. B. fühlt sie kein Bedürfnis mehr zu essen (II 190), oder den Reiz, alles zu vertilgen (II 557).

An ihrer Umgebung fällt ihr alles mögliche auf:

Sie bemerkt seltsame Züge an den Menschen: ein nervöses sichtbares Zucken (I 111); ihr Gesicht schreckhaft schlecht (I 167); eine ekelhafte Verbrecherphysiognomie (I 225); starre gläserne böse Augen (II 72); Gelbwerden der Gesichter (II 75 u. 303); die Gesichtshaut ist mit zu vielen Haaren bedeckt und auf dem Teint liegt eine weiße Schicht (II 576); die Männer gleichen Affen oder Eseln (II 171), die Frauen Hunden und Katzen (II 256); die Menschen leben gestorben (II 574); die Anwesenden erscheinen plötzlich sehr schön (II 38) oder dumm und langweilig (II 173).

Die Gegenstände zeigen auffallende Eigenschaften:

Das Essen bewegt sich vor ihren Augen (II 193); gewisse Farben gewinnen „aufdringliche Leuchtkraft mit schmerzhafter Ausstrahlung“ (II 241); die Ausstrahlung des Spiegels überläuft sie ätzend (II 249). Kleider fühlen sich so unangenehm an (II 99); mit der Berührung des Bettwäsche verbindet sich der Eindruck, als lägen lauter Tiere mit im Bett (II 284). An der Tastempfindung merkt sie, daß die Bleistifte vergiftet sind (II 246), beim Anfassen von Wolle, Papier durchzieht es alle Gliedmaßen verbrennend (II 247).

An manchen Stellen erzählt sie, wie sich die unbestimmten Empfindungen, d. h. Sinneseindrücke, bestimmter gestalten, wie diese sich auf Dinge außerhalb ihrer beziehen, wie sie sich zu Einheiten zusammenordnen und wie diese Komplexe ihr als Sinnestäuschungen gegenüberstehen.

Einige sind relativ einfach: ein Pfiff, ein Flug durchs Zimmer, der dumpfe Fall eines Körpers (I 188) und ähnlich an anderer Stelle (I 199): Klappern, Stöhnen, Seufzen, Rütteln, Klopfen, Rauschen, Röcheln (I 202), „es“ schleppt sich, „es“ kehrt um; das Zimmer erhellt sich (I 204).

Es ist das typische Weltuntergangserlebnis:

Zahllose fahrende Wagen¹⁾, anströmende Menschen, elektrische Bahnen, ankommende Schiffe, pfeifende Eisenbahnen, tot umfallende Pferde, Steinklopfen (I 217 ff.), Jubelgeschrei des Pöbels (I 228), Messer schleifen (II 11), wildes Aufbegehren der Menschen (II 56),

alles mit dem Grundton des aufregend Unbegreiflichen, Ungeheuerlichen, nie Erlebten. Viele von diesen Inhalten knüpfen natürlich an wirkliche Eindrücke an:

Im Spiegel des Fensters nagen zwei schwarze Katzen an ihrem Hals (II 144), einer Dame auf der Straße fällt ein Kind oder „fleischfarbene Wunder“ aus dem

¹⁾ Ähnlich wie hier (I 205) bei den vorfahrenden Wagen jedesmal die Pferde tot umfallen, so habe ich schon wiederholt von Kranken, die solche Weltuntergangserlebnisse (die ja sehr häufig sind) schildern, ein besonderes Moment, gleichsam einen Rhythmus im Erlebnis betont gefunden: jedesmal in dem Augenblick, wenn ein Wagen an unserem Haus vorüber fuhr, gab es einen Hopser; — immer vor unserem Haus wurde der Wagenschlag zugeschlagen — und ähnliches. — Siehe auch später (II 206): jedem klappernden Geschirrwagen zerbricht die Ware vor ihrem Fenster.

Rock (II 222), die Haut der Menschen spritzt ganz feine schwarze oder gelbe Strahlen aus (II 474); aus der aufgeschaukelten Erde tauchen Köpfe und Gliedmaßen auf (II 540); im Geräusche des Kusses versteht sie „pfui Teufel“ (II 323).

Die wirklich gesprochenen Worte der Anwesenden erhalten einen gänzlich anderen Sinn; vor allem Vorwürfe werden ihnen entnommen (II 342); eine ganze Geschichte über sich selbst hört die Kranke aus einem Gespräche heraus (II 346). Auch Aufforderungen sind den wirklich erlebten Äußerungen ebenso zu entnehmen, wie den echten Sinnestäuschungen.

Das Hundegebell enthält Worte: Jetzt merkt sie's bald; — Hilf dir, ich geh kaput; — Ich zerreiße.“ (II 200, 367). Die Vögel unterhalten sich über die Kranke: „Dein Doktor liebt dich; — er hilft dir zur linken Hand; — willst du mit, flieg ab; — Kikeriki; — Lenore, das jüngste Gericht“; usw. Die Lokomotiven pfeifen: „weh dir Lorekind, wer gehorcht dir noch“ usw. (II 377). Die Räder rollen: „jetzt ruft er dich“ usw. (II 381), die Fliegen summen: „Die ganze Hölle wird wach“ usw. (II 387), Türschließen, Fußtritte und andere Geräusche reden in vokalreichen Worten und rhythmischem Klang (II 375). Der Magen brummt: „ich geh kaput“ (II 569).

Schließlich finden sich Eindrücke, die den echten Halluzinationen schon sehr nahestehen oder solche sind¹⁾.

Sie sieht die fürchterlichsten Menschengrippe und Tiererscheinungen (II 263), die Großmutter besucht sie tags einmal im Badezimmer und schaut sie mit angstverzerrten Zügen an (II 463); Dr. Franz kommt nächtlicherweile durchsichtig, entstellt, aber unverkennbar durch die geschlossene Türe, nähert sich und verschwindet (II 466); in der Luft springen kleine, weiße, durchsichtige Fetzen (II 471) wie kalte Lichter; merkwürdige Strahlen und Schichten durchziehen die Luft (II 475); wilde Tiere lungern an der Wand und bewachen sie funkelnden Auges (II 481); enthauptete Männer wandern durch die Gänge (II 482); Ermordete liegen auf dem Parkett (II 483) und verschwinden beim Betrachten. So fängt sie einmal einen großen daherrrollenden Kopf aus Mitleid mit den Augen weg (II 486). An der Schläfe der Oberin haftet die Nase von Dr. Franz, ganze Gliedmaßen umschwirren den Dr. Heinrich (II 493). Zerbrochene Engel, beflügelte Tiere (II 504); leuchtende Gerippe, die in die Luft greifen; Könige (II 509); ein Vorort Heidelbergs in schneeweißer, nächtlicher Beleuchtung (II 530). — Sie spürt, wie sich unter ihr Tiere oder zuckende Leichen bewegen (II 274).

Über die Stimmen handelt Lenore Banting ausführlicher²⁾.

Die Inhalte entsprechen meist der gerade vorhandenen Gefühlslage:

„Der Menschenmord hat schrecklich zugenommen“ (II 309), „die ganze Hölle wird wach“ (II 325); Habt Acht, Rache naht (II 436); dein Mörder kommt (II 544). Auch knüpfen die Inhalte zuweilen an die wirkliche Umgebung an:

¹⁾ Ich bin der Meinung, daß die von Jaspers (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 6, 460) hervorgehobene Unterscheidung von Halluzinationen und Pseudohalluzinationen zwar prinzipiell durchaus richtig ist, daß sich aber fast in jedem einzelnen hierhergehörigen Erlebnis aller Kranken halluzinatorische und pseudohalluzinatorische Elemente praktisch untrennbar vereinen.

²⁾ Ihre Aufmerksamkeit war natürlich durch mancherlei Fragen während der akuten Phase daraufhin gelenkt worden.

(beim Holzfeuer) „Dein Gott ist im Feuer“; (beim blutenden Finger:) „dies ist Christi Blut“ (I 118).

Aber die Stimmen wollen auch helfen und sie ablenken (II 431):

Fall doch nicht wieder rein (II 428). — Jetzt freu dich, mach die Augen zu (II 433),

oder sie sagen indifferente Dinge:

Der schwarze Kaffee kocht ja schon (II 429); du willst doch gerade bleiben (II 443); der Kaiser liebt die Nacktkultur (II 518); der König will zur Königin (II 509); der Verrückte rettet sich, der Bessere hilft retten (II 585).

Auch enthalten die Stimmen Aufforderungen:

„Fall ab Lenore (II 352), flieg ab (II 442); flieg weiter, Kind (II 434); bekenne dich schöner (II 454) usw. Sie lehren sie „gewaltig gehorohen und beten“ (I 120).

Die Stimmen kommen aus unmittelbarer Nähe (II 427), sie haben einen seufzenden, mitleidigen Ton (II 429); sie weinen, flehen und trösten (II 437), wehklagen, seufzen und stöhnen (II 451). Die Stimme ist am lautesten, wenn Lenore allein ist (I 120). Zuweilen ist es eine tiefe, erschreckend ernste, eindringliche, mahnende Stimme (II 445), die zwar Gottes Stimme ist, die im Klang aber Onkel Edgar oder Dr. Heinrich angehört (II 448). Zuweilen sind es deutlich die Stimmen der Angehörigen (II 450) oder Kinderstimmen, die ergreifend flehen (II 228).

Was die Form der Stimmen anlangt, so unterscheidet sie: Stimmen in sich (I 67) und Stimmen von außen (II 198). Es ließ sich nicht feststellen, daß die inneren Stimmen wesentlich (prinzipiell) andere Inhalte ausgesprochen hätten, als die äußeren.

Daraus, daß ihr die letzteren Stimmen oft aus weiter Ferne zu kommen scheinen, schließt sie, sie selbst höre auf große Entfernung (II 201). Aber auch alle Menschen auf der Straße, die sie sieht, sprechen von ihr und schelten über sie (II 203). Jedoch das reine Stimmenhören „klingt ganz anders“ (II 204), es sind dies die Geisterstimmen (II 338). Sowohl die Worte, die sie aus Geräuschen oder den tatsächlichen unverständenen Stimmen Anwesender entnimmt, als auch die reinen Stimmeninhalte stehen bald mit ihren Gedankengängen in Verbindung, bald stellen sie eigenartige, für sie selbst nicht weiter verarbeitbare Fremdkörper in ihren sonstigen Gedanken dar. Wenn der geistig Gesunde einer erregten Gruppenszene beiwohnt, und es tritt ein Fremder plötzlich zu der Gruppe, sprachliche Laute ausrufend, so ist der Gesunde natürlich geneigt, diese nicht recht verstandenen Laute so zu formieren, ihnen solche Bedeutung unterzulegen, daß ein Zusammenhang mit der ganzen Szene, eine innere Beziehung zu dem Erlebnis herausspringt¹⁾. Wenn der Gesunde von einem Fremden ans Telephon gerufen wird und

¹⁾ Hierauf beruhen ja so häufig Wahrnehmungsverfälschungen (Psychologie der Aussage).

die ersten Worte eines schlecht verständlichen Anrufs fallen, so hat der Angerufene noch keine Möglichkeit einer „sinnvollen“ Formung, Deutung, Ergänzung (da er noch nicht weiß, worum es sich handelt), sondern er ist ganz auf die Laute selbst angewiesen und sucht „unvor-
eingonnen“ einen Sinn. Beide Fälle liegen bei Lenore B., wie wohl bei jedem Halluzinanten, häufig vor. — Von den „Erscheinungen“ sind manche durchsichtig (II 465), die halluzinierten Objekte treten in Beziehung zur realen Welt:

So springen die kleinen weißen Fetzen aus den Augen der Umstehenden (II 472), Dr. Franz nähert sich im Raume deutlich dem Bett (II 466), die Tiere kriechen unter das Sofa (II 480) usw. (sehr zahlreich).

Schließlich schildert Lenore Banting abnorme Gefühle¹⁾.

Hierher gehört wohl das eigentümliche, auch dem Gesunden gelegentlich bekannte Erlebnis, „als ginge ein merkwürdiges, neues Verstehen für alle Dinge in mir auf.“ (I 71). Sie fühlt sich ergriffen von einem gewaltigen inneren Erleben (I 73), hat das Gefühl der inneren Bekehrung (I 142, 138) und Wandlung; eine nie gekannte seelische Qual. Sie erwacht eines Morgens „im seligsten Gefühl, auferstanden oder neugeboren zu sein“, in weltentrückter, seliger Verzückerung, in einem überströmenden Gefühl der Befreiung von allem Irdischen²⁾, des befreiten und verreisten Geistes (II 28ff., 188). — Auch ekelhafte Gefühle (die Kranke nennt sie Empfindungen), für die sich keine Worte finden lassen, die aber offenbar dem Schamgefühl verwandt sind, kommen vor (II 631), und Gefühle großer Unruhe, Unstetheit, Nervosität sind nicht selten (Brief VI).

Heftige Abneigungen gegen manche Personen stellen sich anscheinend unmotiviert ein (I 211 und II 68, 116, 146), lebhaftes Sympathien tauchen ebenso unmotiviert auf³⁾ (II 41). Die Erinnerungsinhalte entbehren zuweilen jeder Gefühlsbetonung, sind flach, freud-, leid- und bedeutungslos (II 138); die einfachen Erlebnisse des Tages werden gelegentlich abnorm gefühlsbetont⁴⁾: die blühende Natur wird plötzlich paradiesisch schön (II 179ff.).

Diejenigen Gefühle, die nur quantitativ abnorm sind, seien als relativ uninteressant hier übergangen.

In diesem Zusammenhange sei aber noch jenes Erlebnisses gedacht, bei dem es sich nicht oder noch nicht endgültig entscheiden läßt, inwieweit es ein Phänomen sui generis ist, inwieweit es zu den Gefühlen (als Ichqualitäten) gehört, sich sonst unterbringen läßt oder als ein Komplex von Gefühlen mit mannigfachen Empfindungen, besonders Organempfindungen, erklärt werden kann. Ich meine die Störungen

¹⁾ Gefühle hier immer als Ichqualitäten verstanden: „Ich fühle mich“ gespannt, erregt, traurig, heiter usw.

²⁾ Vgl. hierzu Willy Mayer. Zur Phänomenologie abnormer Glücksgefühle. Zeitschr. f. Pathopsychologie 2, 588. 1914.

³⁾ Also eine Störung des A : B-Verhältnisses im Sinne der Einleitung.

⁴⁾ Fall I b der Einleitung S. 161.

des Ichbewußtseins, des „unmittelbar erlebten Ichs“¹⁾. Wenn Gefühle Qualitäten des Ichgefühls sind, so können diese Qualitäten in sehr verschiedener Weise abnorm sein. Einmal quantitativ: ihre Intensitäten können abnorm sein. Sodann qualitativ: ich höre dann von jemandem, daß er sich so fühle, wie er sich noch nie in seinem Leben gefühlt habe, etwa wie eine Kranke z. B. es einmal nannte: „sirisch und verzweiflungsvoll“. Es kann aber endlich das Gefühl bekannt und auch quantitativ gehörig sein, doch ist dies Gefühl nicht mein Gefühl: es ist zweifellos Trauer, aber es ist nicht meine Trauer²⁾. Und dieses Phänomen: „es ist nicht mein“, erstreckt sich nicht nur auf Gefühle, sondern ebenso auf Willensregungen („es ist gar nicht mein Wille“) und Denkvorgänge (ich denke nicht, „es“ denkt in mir). Was also hierbei gestört ist, ist nicht die Qualität eines Gefühls oder Gedankens, sondern offenbar die Beziehung des Gefühls oder Gedankens zu dem Ichbewußtsein³⁾, oder dieses Ichbewußtsein selbst. Letzteres ist deshalb weniger wahrscheinlich als ersteres, weil nicht selten nur einzelne Gefühle, einzelne Gedankengebiete vom Ichbewußtsein „abgespalten“ sind, während dieses selbst mit den übrigen seelischen Funktionen noch normal verknüpft ist.

Am häufigsten handelt es sich um das dem Normalen aus eigener Erfahrung nicht bekannte Erlebnis: ich denke, aber ich denke nicht freiwillig, „es“ denkt in mir, oder das Denken wird mir „gemacht“. Man kann dies wohl, ohne Widerspruch erwarten zu müssen, so ausdrücken, daß in diesem Falle das Bewußtsein der Souveränität über mich selbst, das „Gefühl der Herrschaft oder Macht über die Bewußtseinsinhalte“, wie Lipps es einmal nennt, fehlt; die „Machtsphäre des Ich“ ist alteriert. Hiermit ist keineswegs jenes Erlebnis gemeint, das jeder Mensch kennt, wenn er eine Melodie „nicht los wird“, wenn sich ihm ein Gedanke an ein unangenehmes Geschehnis immer wieder „aufdrängt“, wenn er einem Willensantrieb schwer „widerstehen“ kann (Zwangsvorstellung und Zwangshandlung). Hat man sich häufig mit Kranken über das „Gedankenmachen“ unterhalten, so sieht man bald ein, daß dies ein ganz besonderes Phänomen ist, mit den eben genannten kaum vergleichbar. Aber es handelt sich hierbei auch nicht etwa darum, daß jemand auf befehlende Stimmen hört und ihnen gehorcht (I 150), denn dann läßt er sich durch diese Stimmen ebenso

¹⁾ Im Sinne von Lipps. Auch die folgenden Gedanken im nahen Anschluß an T. Lipps, vor allem sein „Das Selbstbewußtsein; Empfindung und Gefühl“. Wiesbaden 1901.

²⁾ Man beachte, daß dies keineswegs theoretische Konstruktionen, sondern Erfahrungen, Tatsachen sind, die nicht bezweifelt werden können. Bezweifelt bzw. diskutiert kann nur die wissenschaftliche Bearbeitung dieser Tatsachen werden.

³⁾ Also eine Störung des A : B-Verhältnisses im Sinne der Einleitung.

leiten, wie man sich durch wirkliche Befehle leiten läßt. Das Bewußtsein zu müssen, nicht anders zu können usw., ist hier mit noch nicht grundsätzlich verknüpft. Wenn Lenore Banting aber hinzufügt „selbst denken brauchte ich nicht mehr“ (I 102), so nähert sich jetzt das Erlebnis schon sehr jenem Phänomen, das im Sinne des Passivseins, nicht Beteiligtseins hier einmal versuchsweise als „Ichstörung“ (im weiteren Sinne, also der weitere Begriff) bezeichnet werden soll, während das Phänomen, daß man mir gegen meinen Willen etwas „macht“, „Ichlähmung“ heißen soll (der engere Begriff)¹⁾. Inwieweit diese Ichlähmung beim Depersonalisationserlebnis vorkommt, ist ein viel zu allgemeines Problem, als daß es hier in dieser Analyse auseinandergesetzt werden könnte. An dieser Stelle²⁾ sollen die allgemeinen Erörterungen ja nur den Grundriß darstellen, innerhalb dessen die speziellen Erfahrungen des Falles Banting eingeordnet werden. —

Die Ausbeute des Bantingschen Lebenslaufes zum Problem der Abnormalität des Bewußtseins des unmittelbar erlebten Ichs ist nicht allzu groß.

Zur Ichstörung: Die Gedanken „kommen ungerufen, ich wage nicht zu meinen, sie entstünden aus mir“, ich weiß sie, ohne sie gedacht zu haben, sie fliegen mir zu, sind geschenkt (I 134 ff.), strömen auf mich ein (I 106). Und an anderer Stelle nimmt sie den Ausdruck eines der Ärzte befriedigt auf (Brief VIII): „Ich denke nicht mehr, es wird gedacht.“ Schon im ersten Beginne der Erkrankung sagte sie von selbst dem Hausarzt, ihre Gedanken seien nicht „ihre“ Gedanken gewesen. Obwohl manches von dem Folgenden bildlich gemeint sein könnte, gehört vielleicht auch hierher: „sie finde sich nicht mehr, sehne sich nach sich selbst, habe sich selbst verloren (mündlich), habe keine Macht über sich (II 553), sei so wehrlos verändert (Brief VI). —

Zur Ichlähmung: Sie schreit gegen ihren Willen, muß die Welt abrufen (I 178), redet die peinlichsten Dinge gegen ihr „Empfinden“ (II 157), steht unter dem Zwang alberner Gedanken, sie „muß“ laut singen. — Schwerlich aber scheint mir zu den Phänomenen der Ichstörung zu zählen zu sein: ich bin nicht ich, sondern z. B. ein Mann oder Mama (II 614) usw. Hier liegt wohl (wenigstens primär) eine gedankliche Funktion vor, wenschon diese von dem Phänomen des „unmittelbar erlebten Ichs“ insofern praktisch nicht scharf getrennt werden kann, als der Gedanke, ich sei ein anderer, ja möglicherweise rückwirkend

¹⁾ Ich habe absichtlich nicht Willensstörung und Willenslähmung gewählt, vor allem weil diese Worte schon für andere Phänomene verwendet werden. Auch fand ich in der Literatur das hier gemeinte Erlebnis zwar häufiger erwähnt, doch nirgends mit einem brauchbaren Worte festgelegt.

²⁾ Das Problem der Ichstörung wird von mir oder einem anderen Angehörigen des Heidelberger Kreises noch ausführlich an anderem Orte behandelt werden.

(„psychogen“) mein Ich „spalten“ kann. Hierzu gehört vielleicht auch Lenores Verhalten, wenn sie zu sich selbst spricht: „Siehst du Alice, sage ich mir, jetzt bist du doch verrückt geworden“ (II 617).

Nicht hierher gehört wohl auch jenes Bewußtsein, anders zu sein, als man gern sein möchte, so wenn sie gegen Onkel Edgar kalt und unfreundlich erscheint, während sie ihm doch Liebe beweisen möchte. Dies entspringt wohl nur der Unfähigkeit, einen Vorsatz auszuführen, hat aber mit Ichstörung nichts zu tun. Viel eher ist dies wahrscheinlich, wenn die Kranke ihr eigenes Benehmen als „merkwürdig“ erlebt, nicht, indem sie rückschauend es als unzweckmäßig oder unverständlich beurteilt, sondern indem es ihr im Moment des Vollzuges „merkwürdig“ vorkommt. Einmal erstaunt sie über die nie gehörten Laute ihres Weinens (I 139). Sie verwundert sich aber nicht nur über sich selbst, sondern auch über harmlose Begebnisse in ihrer Umgebung. Sie versteht nicht mehr, was um sie herum vorgeht, und so ergibt sich eine große Ratlosigkeit (Niederschrift vom 23. IV.): „ich möchte nicht immer alles so planlos machen. Wenn Sie mir den Teller anbieten, so weiß ich nicht, was ich nehmen soll, und wenn mehrere Leute im Zimmer sind, so weiß ich nicht, wen ich ansehen soll.“ Und geradezu als ein Musterbeispiel der ratlosen Verworrenheit, die so oft Zustandsbilder von Schizophrenie, Melancholie und heilbarer Erschöpfungspsychose wochenlang beherrscht, finden sich am gleichen Tage die klassischen Worte: „ich sehe rote Blumen und ich sehe blaue Blumen, aber ich kann keinen Schluß daraus ziehen.“ — Was sie tut, ist verkehrt, das Richtige findet sie nicht (Brief I), sie weiß, alles muß etwas bedeuten, und weiß doch nicht was (ebenda). Die Situation wird täglich unbegreiflicher (ebenda).

Hier sei nur andeutend des Problems gedacht, inwieweit dieser Zustand der Ratlosigkeit mit dem Erlebnis der „Entfremdung der Wahrnehmungswelt“ zusammenhängt, und es sei der Vermutung vorsichtig Raum gegeben, daß sowohl Ratlosigkeit und Entfremdung, als das oben erörterte Erlebnis der Ichunfreiheit, der Ichlähmung, als auch das Gefühl der Passivität und Unbeteiligtkeit immer das gleiche Phänomen der Ichstörung ist, nur im ersten Fall auf die sinnliche Außenwelt, im zweiten auf die Willensvorgänge, im dritten auf die Gedankenabläufe gerichtet¹⁾.

Der Versuch, die Analyse der psychotischen Inhalte nun von den Empfindungen und Gefühlen abzukehren und den gedanklichen Inhalten zuzuwenden, stößt auf erhebliche Schwierigkeiten. Manche Erlebnisse enthalten Empfindungen (Wahrnehmungen) mit Gefühlen und Gedanken (Vorstellungen) so verwebt, daß eine Zergliederung unmöglich erscheint. Relativ unkompliziert ist es noch, wenn Lenore

¹⁾ Auch hierüber wird an anderer Stelle ausführlich gehandelt werden.

schildert, sie „fühle“ sich zerrüttet, nervös (I 86), sei traurig, könne aber nicht weinen, habe jublierende Momente und könne doch nicht lachen (I 96).

Schwieriger ist eine Analyse schon, wenn sie aus nächster Nähe ein gewaltiges Anfassen aus der Luft verspürt (I 126), wenn sie ausruft: es wird so hell und leicht in dem Zimmer hier, oder wenn sie erzählt, sie spüre ihren physischen Körper nicht mehr und halte sich für ein vergeistigtes Wesen (II 98), sie habe ein herrliches Gefühl engelhafter Leichtigkeit (II 534). — Wer will hier entscheiden, ob der Gedanke die Empfindung geschaffen oder das Gefühl herbeigerufen habe, oder ob die Empfindungskomplexe zu gedanklicher Formung gedrängt haben.

Andere gedankliche Inhalte sind weder vorstellungsmäßig noch empfindungsgemäß angeregt, entstehen aber in ihrer kranken Seele nicht abgeleitet, erschlossen (sekundär), sondern primär, unmittelbar (primäres Wahnerlebnis) mit dem Charakter der absoluten Gewißheit (wahnhafte Bewußtheiten). Einmal handelt es sich um Realitäten: Sie „empfindet“ die Nähe Gottes, als Teil einer Macht, die speziell auf sie einwirkt (I 88 und 123), eine gewaltige Einwirkung von außen (I 125); sie „spürt“ die Anwesenheit von Personen (I 184). Sehr interessant ist ihr Ausruf (in unserer Klinik): „Vater (gemeint ist Gott), ich fühle dich, fast möchte ich sagen, daß ich dich sehe.“

Die alte Frage, ob religiöse und sexuelle Inhalte deshalb in den meisten Psychosen einen so großen Raum einnehmen, weil beide Gebiete so innig mit der ganzen Gefühlssphäre verbunden sind, oder ob andere Gründe hier obwalten, läßt sich natürlich auch bei Lenore B. nicht sicher entscheiden. Es steht fest, daß religiöse Gedanken bei ihr im bisherigen Leben keinen besonderen Raum beanspruchten, sie stand religiösen Fragen und Betätigungen lange Zeit ziemlich indifferent gegenüber (I 47 ff.). Nun aber, da die neuen Erlebnisse der Psychose über sie hereinbrechen, greift der Verstand im Streben nach gedanklicher Formung sogleich zu jenen religiösen Inhalten. Das nie Erlebte muß höherer, muß göttlicher Natur sein; dasjenige was von außen an sie herantritt und ihr Ich lähmt, muß ein überirdisches Wesen, muß Gott oder der Heiland sein. Man findet es ja nicht selten, daß jene eigenartigen neuen Erlebnisse, die der akut Psychotische kennen lernt, nur auf andere Menschen und deren besondere Fähigkeiten der Beeinflussung bezogen werden. Aber vielleicht ist es so, daß immer dann, wenn jene neuen Erlebnisse die Eigenart des über alles Beglückenden, Überwältigenden, unbeschreiblich Herrlichen oder unsagbar Grauenhaften haben, der ordnende Verstand auf den Gott als auf jene Vorstellung zurückgreift, die allein jenem Übermäßigen zu entsprechen

scheint¹⁾. So sieht auch Lenore in jenem übermächtigen Einfluß die Macht eines Nichtmenschen und erklärt im allerersten Beginn der Erkrankung: ich folge nicht dem Papa, ich folge einem Höheren, sie spricht von Bekehrung, und nun folgen wirre Geltungs- und Realitätswahnideen, die sich nicht zur Klarheit eines beherrschenden Grundwahnnes durcharbeiten²⁾. Bald ist sie selbst Christus (I 118 und II 25), der moderne Messias (I 215), ihr ist eine ungeheure Aufgabe gestellt (I 80): erziehe die Menschen durch dich selbst (I 99) (später anders I 127); bald behält sie ihre Persönlichkeit, erlebt aber innerlich Gott in erschütternder Gewalt (I 73) und gewinnt unmittelbar neue religiöse Gewißheiten. Ohne verständlichen Zusammenhang tauchen neue Gedanken auf: sie muß viele Leute „abrufen“, und diese fallen tot um (I 179), sie will mit Gott in die Sonne springen. Später hält sie sich für einen Gotteslästerer (II 6) wegen dieses eigenmächtigen Abrufens, meint aber doch noch heilig und unnahbar zu sein (II 13). Von sexuellen Inhalten produziert sie allerlei Wünsche: ich will meinen Nabel für dich öffnen, ich möchte nackt an eines Mannes Brust liegen; sie wünsche bei einem der Ärzte zu schlafen usw. An sich haben diese Wünsche ja mit „Wahn“inhalten nichts zu tun, doch sind sie in meist schwer verständlicher Weise mit sexuellen und hypochondrischen Wahnideen verwoben: Der Darm sei kaputt, sie sei kein Mädchen mehr, sie verwese von innen heraus, habe eine gespaltene oder geplatzte Speiseröhre (II 560). Sie schmiert sich mit Speisen ein, und meint, ihr Gott sage ihr, sie solle nackt sein (s. besonders auch Brief II). In Zeiten des Glückgefühls wähnt sie, wenn sie sich nicht scheue, ihr Hemd angesichts eines Mannes zu zerreißen, kämen im gleichen Augenblick alle Menschen ins Paradies (II 91). Sie wird Himmelsbraut und Königin des Himmels. — Onkel Edgar und einer der Ärzte haben ihre Frauen vergiftet, um sie zu heiraten (II 312).

Neben der wahnhaft unbeeinflussbaren Überzeugung, daß irgend etwas ist oder geschieht, stehen nun primär wahnhafte Inhalte, daß irgend etwas ein Bestimmtes bedeute. Einmal ist hier die allgemeine Einstellung der Kranken wirksam, daß die Personen ihrer Umgebung ihr nur Dinge hinstellen, Handlungen vornehmen, die sich auf sie beziehen, die eine Anspielung enthalten und die nach der Meinung jener Personen auch diese Anspielung offen ausdrücken sollen. Worin nun aber die Anspielung im speziellen besteht, das entnimmt die Kranke keineswegs immer ihrem „System“ bzw. leitet

¹⁾ Die Erfahrung könnte nachprüfen, ob dies zutrifft oder ein Anlage moment determiniert.

²⁾ Natürlich kann man in die Wirrheit dieser Gedanken einen Sinn hineininterpretieren, wie bei der Traumdeutung, doch ist dieser Sinn dann der des Untersuchers, nicht des Kranken.

sie nicht immer sekundär aus ihm ab. Sondern auch da finden sich „primäre“ Überzeugungen oder Vermutungen. „Sollen die braunen Decken Menschen vorstellen?“ (Brief I). Die Blumensträuße sind Totenbuketts, sie spielen auf ihren baldigen Tod an (II 166), das Bett wird zum Totenbett (II 278), der Schlaf in ihm bedeutet Schande (II 286). Warum die Kranke, die nach einer Deutung absichtlich sucht, nun gerade auf den einen Inhalt verfällt und nicht auf einen anderen, ist in den meisten Fällen ja sehr schwer zu sagen. Man erlebt es nicht selten, daß der „Zufall“ eine Rolle spielt, daß im Augenblick, in dem ein Kranker grübelt, sich eine Verknüpfung bildet, die in der Folge beibehalten wird. Z. B. hört ein Kranker ein Geräusch aus dem Garten, im gleichen Augenblick sagt ein anderer Kranker laut durch das Zimmer: es ist bestimmt in Gottes Rat, daß man vom Liebsten was man hat, muß scheiden. Sogleich setzt sich im ersten Kranken nun die unverrückliche Meinung fest, es sei draußen im Garten ein Grab geschaufelt worden, und vielleicht noch nach Jahren nimmt er darauf Bezug: „Damals, als im Garten ein Grab geschaufelt wurde.“ Und ganz ähnlich verhält es sich auch mit dem Bedeutungswahn im eigentlichen Sinne. Oft aber ist es nicht der äußere Zufall, das äußere Geschehen und dessen Perzeption, sondern das innere Geschehen im Kranken, das den primären Bedeutungsinhalt festlegt. Es ist eine „freisteigende“ Vorstellung (bzw. ein Gedanke), die sich ebenfalls gleichsam „zufällig“ mit dem zu deutenden Inhalt verknüpft. Auf weitem Umweg hängt vielleicht das zu Deutende mit der Deutung assoziativ zusammen, und die gleichzeitige Ekphorierung, die den Normalen, sofern er sie überhaupt beachtet, höchstens zu dem Gedanken veranlaßt, „ach da fällt mir jenes dabei ein“, bringt den Wahnkranken zu der Überzeugung, jenes sei „gemeint“. Wenn z. B. dem Normalen auf Grund eines persönlichen Erlebnisses und der gleichen Vokal- und Silbenzahl (motorische Bereitschaft) bei „Spaltheholz“ immer „Hagedorn“ einfällt, so würde der Psychotische überzeugt sein, wenn das Wort Spaltheholz falle, so sei auf Hagedorn „angespielt“ worden, es sei in der Tat eben von vornherein Hagedorn „gemeint“, Spaltheholz „bedeute“ hier Hagedorn. Gerade in diesem Bedeutungserlebnis selbst scheint mir das Krankhafte zu stecken, nicht aber in der Festigkeit oder besonderen Artung der assoziativen speziellen Verknüpfung, die meines Erachtens nur eine untergeordnete Rolle spielt. Ich glaube, daß man diesen assoziativen Verknüpfungen recht weit nachgehen, daß man manchmal — wenn auch selten — auch ohne Zwang ihre Verkettung aufzeigen kann, ohne aber dabei dem spezifisch Krankhaften näher zu kommen. Doch ist hier nicht der Ort auf die Freud - Bleuler - Jungschen Gedankengänge einzugehen.

Auch die eigenen Handlungen der Kranken, z. B. ihr Herumspringen in dem Zimmer, waren nicht nur diese sinnlosen Bewegungen, die sie zu sein schienen, sondern sie hatten Zwecke (II 19), und wie sie einmal später mündlich erklärt, auch Folgen: „nichts war harmlos“. Sie selbst bedeutet bald diese, bald jene Persönlichkeit (II 614), sie ratet immer, wen sie eigentlich darstelle¹⁾ und verfällt dabei z. B. einmal auf Nietzsche, als sie sich ihres Gestörtseins bewußt wird (II 43).

Es ist interessant, daß ihr manche Gegenstände und Personen nicht nur etwas Bestimmtes bedeuten (wovon sie primär überzeugt ist), sondern, daß sie auch mit solchen Bedeutungen gleichsam spielt²⁾. Die Verkürzung einer sich entfernenden Person ist so auffällig, „gewiß“ ist sie schwindsüchtig (II 78), eine heitere Pflegerin ist „Frau Sonne“ (II 82). Ihr „Fall“, durch den die Welt erlöst werden kann, ist zwar ihr wirkliches Hinfallen, hat aber auch symbolische Bedeutung (II 353)³⁾.

Endlich liegen aber noch primäre Bedeutungswahnideen ganz anderer Art vor. Nicht einzelne Sinneseindrücke, einzelne Wahrnehmungen oder innere Erlebnisse werden so mit der „zufälligen“ Assoziationskonstellation deutungsmäßig vereint, sondern es finden sich gleichsam Generalideen, herrschende Überzeugungen von der Gültigkeit irgendwelcher Bedeutungen. Es ist möglich, daß solche Hauptwahnideen ursprünglich aus solchen „zufälligen“ Bedeutungsverknüpfungen hervorgegangen sind, doch läßt sich das in vielen Fällen sehr schwer erweisen, erscheint in anderen Fällen sogar recht unglaublich. Solche Ideen „regieren“ dann meist das System⁴⁾ und bringen aus den Erfahrungen mit der Umwelt die sekundären Wahnideen hervor. Freilich erstreckt sich dieser Hauptwahn häufiger auf ein Vorhandensein, als auf die Bedeutung eines wirklich Vorhandenen. Selbstverständlich steht die Kranke ihren Wahninhalten und sonstigen Erlebnissen nicht nur einfach hinnehmend, registrierend gegenüber, sondern sie verarbeitet sie auf verschiedene Weise. Einmal ziehen ihre Überlegungen naturgemäß aus ihren primären Wahnerlebnissen Konsequenzen. Und diese Folgerungen gehen zu einem Teile aus den krankhaften Gedanken direkt hervor (sekundäre Wahnideen)⁵⁾. Da sie

¹⁾ Nach einer späteren mündlichen Erläuterung.

²⁾ Wie dies Manische so gern tun.

³⁾ Mancher Bearbeiter des vorliegenden Materials würde es wohl als „selbstverständlich“ betrachten, daß dieser „Fall“ vor allem ihren sexuellen „Fall“, d. h. ihre Geschlechtsbefriedigung bedeute, und daß sie nur aus diesem Grunde in ihrem Zimmer immer „gefallen“ sei (Wunscherfüllung). Meiner Meinung nach wäre eine solche Deutung ganz willkürlich.

⁴⁾ Vergleichbar der konstellierenden Wirkung einer Aufgabe.

⁵⁾ Ich möchte betonen, daß ich mich Bleuler für vielerlei Anregungen (in seiner *Dementia praecox* oder Gruppe der Schizophrenien, Leipzig-Wien, Deuticke 1911) dankbar verpflichtet fühle.

selbst Christus ist, sollen sich dieser Bedeutung entsprechend sämtliche Ärzte der Welt um sie versammeln (I 163), soll sie gemartert und gekreuzigt werden (I 230). Als Gotteslästerer andererseits erwartet sie den Scharfrichter (II 9) oder Folterungen (II 18). Vielleicht ist es auch nur eine solche Konsequenzidee, wenn sie sich einmal so schlecht und unmenschlich fühlt, daß sie sich für ein Tier erklärt. Aus ihren Wahnideen heraus gibt sie Antworten, die unsinnig erscheinen, aber recht wohl motiviert sind (II 108).

Ihre Stellung als moderner Messias oder als bekehrte demütige Erkennende verlangt folgerichtig¹⁾, daß sie sich innerlich in bestimmter Weise verhalte, daß sie an sich selbst bestimmte Forderungen stelle (I 105 und vielfach) und an alle anderen (I 168). — Als Wunderkind (II 103), göttliches und vergeistigtes Wesen, bedarf sie weder der Kleidung mehr²⁾, noch der Nahrung (II 100ff., 190); sie ruft „Haare weg“, weil sie glaubt, ihre Haare müßten ausfallen, weil sie ja goldene Locken bekommen solle (II 186). Die seltsamen Erlebnisse, die sie hat, z. B. die Halluzinationen, erzeugen ihr die Idee, sie sei eine Zauberin und Hexe, da ja natürlich sie an allem schuld sei (II 216). Da sie andere ihre Körperteile verlieren sieht, fürchtet sie selbst auch, Fleischteile zu verlieren (II 488) und sträubt sich deshalb zu gehen.

Ferner aber bemerkt sie das Verhalten der sie umgebenden Personen, und indem sie dieses nun von ihrem wahnhaft „verrückten“ Standpunkte aus betrachtet, sieht sie sich gezwungen, es folgerichtig anders zu beurteilen, als wenn ihre wahnhafte Verrückung nicht vorhanden wäre. Sie deutet also das Verhalten ihrer Umgebung anders als sonst (diese Deutung an sich ist nicht krankhaft). So meint sie infolge ihres Bekehrungsglücks, alle Leute glaubten ihr unbedingt und tun, was sie sagt (I 146), glauben aber ihren eigenen Worten nicht mehr; sie hat einen unbeschreiblichen Einfluß auf ihre Umgebung (I 148; II 83); sie erkennt an den glücklichen Augen der einen, daß diese schon bekehrt sind (I 107), an dem Ausweichen, dem nervösen Zucken der anderen, daß sie zur Verdammnis bestimmt sind (I 114). Das Gesicht der Pflegerin erscheint schreckhaft schlecht (I 167), ein Mörder mit ekelhafter Verbrecherphysiognomie sitzt mit im Wagen (der Pfleger, I 226); der Vater versteckt sie in einem Auto, um die Schande ihres Kreuzestodes nicht zu erleben (I 222). Als in ihrer Angst Dr. Franz zu ihr kommt, wird er zu ihrem Erlöser und je nachdem nun ihre eigene primäre Messiasüberzeugung überwiegt oder die situationsschaffende Angst, wechselt sie mit diesem Arzte in der Messiasdarstellung ab (II 65 ff.).

¹⁾ Die Beziehungen (im Sinne der Einleitung) sind hierbei also nicht abnorm.

²⁾ Das Nacktbleiben hatte aber auch erotische Motive (s. o.), sie selbst sagte bei einer Besprechung in relativ gesunder Zeit einmal spontan: „ich hatte immer zu allem verschiedene Gründe“ (vgl. auch II, 277).

Diese abnorme Deutung ihrer Umgebung entspringt wohl aber nur zum Teil ihren Wahnideen, zum Teil auch ihrer abnormen Grundstimmung, von der sie vielfach berichtet. Freilich kann noch weniger als bei den abnormen Einzelgefühlen hier von qualitativ abnormen Stimmungen die Rede sein. Denn unsere Sprache ist, wie schon in der Einleitung oben erwähnt wurde, nur für das geschaffen, was wir kennen, dem Erkrankten stehen keine auch der Umwelt verständlichen Worte für seine der Art nach abnormen Stimmungen zur Verfügung. (Im gewöhnlichen Sprachgebrauch abnorm sind Stimmungen nur durch ihre Stärke oder ihre unzureichende Motivierung.) Die aus solchen Stimmungen geborenen wahnhaften Deutungen mögen dann wieder auf die Befestigung der Stimmung zurückwirken. Dem herrlichen Bewußtsein, neugeboren zu sein, schließen sich die Vorstellungen an, sie sei ein Jahr alt und sehr schön. Oder die Sonne? oder der Gottheit liebstes Kind? (II 31 ff.). Oder wird sie in die Sonne, den Wohnort der Auferstandenen fliegen? (II 35). — Je nach der Grundstimmung sind die Anwesenden bald schön und Götter (II 34 ff.) oder Goethe und Schiller (II 38), bald teuflisch, tierisch und Verbrecher (I 224 ff., II 51). Sie teilt sie in Engel und Teufel ein (II 71). Aus ihrer Angst und Todesahnung glaubt sie, die Verwandten brächten vergiftete Bonbons und hätten Dolche (II 141). Bald ist sie im Paradies, bald in der Hölle (II 236).

So ergeben sich schließlich äußerst komplizierte Verhaltensweisen, bei denen es kaum gelingt, eine einleuchtende Analyse durchzuführen. Der Primordialwahn, Grundwahn (Bleuler) mag eine wahnhafte Reaktion auf die Umgebung erzeugen, dieser reaktive sekundäre Wahn wird vielleicht durch neue pathologische Eindrücke, die mehr auf den Sinnesgebieten liegen, unterstützt; — er verstärkt die Grundstimmung und erhält aus ihr Befestigung; — er deutet die ganze Umgebung um und schafft vielleicht völlig wahnhafte Situationen, bei denen sich dann nicht mehr im einzelnen entscheiden läßt:

was ist primär, was sekundär; — was ist folgerichtig überlegt und was stimmungsmäßig gedeutet; — was ist Illusion, was Halluzination, was Vorstellung usw.

Und diese Situationen genauer zu analysieren, gelingt vielleicht nur deshalb nicht, weil der Mechanismus zu kompliziert ist, um in ihn hineinzublicken. Vielleicht bedarf es dabei nicht einmal der Annahme jener Lockerung der gedanklichen Verbände, jener Alteration des psychischen Ablaufes, welche man mit Bleuler als schizophrenen Mechanismus zu bezeichnen sich gewöhnt hat. Solange das normale Denken, das Einfühlen des Forschers ausreicht, um — primäre krankhafte Erlebnisse vorausgesetzt — das Gesamtverhalten rational oder einfühlend zu begreifen, solange ist es ja gleichsam überflüssig, mit den „normalen“ Erklärungsweisen vorzeitig haltzumachen und zur

Annahme des krankhaften Mechanismus, also des uneinfühlbaren und unvernünftigen Zusammenhanges vorzuschreiten. Doch soll hiermit nicht etwa die Möglichkeit des Einsetzens des schizophrenen Ablaufes vom Momente der Erkrankung ab geleugnet werden. Besonders bei der Verwertung eines Selbstberichtes muß man sich bewußt bleiben, daß ja die Kranke im Momente der Störung, z. B. der Erregung, vielleicht schizophren handelt und denkt, daß sie dagegen später zur Zeit der Beruhigung und zur Zeit der Abfassung ihres Berichtes nicht mehr dem schizophrenen Mechanismus unterworfen ist, und daß sie nunmehr, geleitet von dem Bestreben jedes Menschen, seine Handlungen und Aussprüche zu motivieren, rückschauend die psychotischen Erlebnisse in einen sinnvollen Zusammenhang bringt. Dabei ist dieser Zusammenhang vielleicht nur hineininterpretiert, ohne daß er motivmäßig wirksam war, — ganz ähnlich wie ein Untersucher solche Zusammenhänge in einen Kranken hineinlegt, hineindeutet, von dem überhaupt keine Äußerung, kein Selbstbericht zu erhalten ist. Betrachtet man den Bantingschen Lebenslauf unter diesen Erwägungen, so können etwa folgende Stellen als sicherlich schizophren erscheinen: Aus Brief I. Was soll ich mit Händen und Füßen anfangen, wenn meine Nägel immer so weiß sind? und ganz unverständlich: Leb wohl, Liebster, Ihr Bluthund. Ferner fast der ganze Brief II und Brief III.

Die Namen derer, die sie „abrufen“ muß, stehen wohl in keinem intendierten oder sonstwie verständlichen Zusammenhang (I 180), und auch die Inhalte der Sinnestäuschungen erscheinen ihr selbst gelegentlich der sinnvollen Beziehung zu entbehren: „Du verlierst dein liebstes Kind, Kikeriki, Lenore, das jüngste Gericht, hüpf doch fort.“ (II 373). — „Du zerreißt dich tausendmal . . . Bettel brav“ (II 406ff.). — „An der Schläfe von Frau Oberin haftet die Nase von Dr. Franz“ (II 492). — „Der Kaiser liebt die Nacktkultur“ (II 518). — „Der schwarze und der weiße Tod (II 542).

Weit häufiger freilich kam man auf die Idee einer krankhaften Zusammenhangslösung bei der Kranken, wenn man sie selbst beobachtete. Da erschienen zahlreiche Äußerungen und Handlungen als unerwartet, unmotiviert, zerfahren, isoliert, abgesprengt, unzusammenhängend, oder was immer für Ausdrücke man wohl für dieses spezifisch erscheinende, eben schizophrene Verhalten wählen möge. So sei daran erinnert, daß sie — ganz abgesehen von der ersten schweren Erregung beim Ausbruch der Krankheit — einmal in einer Reihenfolge sagte: Liebling blau Christus Vater; ferner: Kann ich nicht Ihren Urin trinken, um gesund zu werden¹⁾ und zahllose derartige unverständliche Äußerungen in der Art der Briefe II und III.

¹⁾ Dem Freudianer läge natürlich die Symbolbeziehung (als „selbstverständlich“) nahe.

Ferner gehören Handlungen hierher, die auch sie selbst später nicht zu motivieren vermochte: das Essen der ausgespuckten Nahrung, das An-die-Decke-Werfen des Essens, der Sprung in das Bassin des Springbrunnens, der eigenartige Gang, der Einkauf von nur einem Briefkuvert usw.

Und besonders nach ihrer Herstellung blieben zahlreiche Äußerungen und Handlungen übrig, die einen „ganz hebephrenen“ Eindruck machten. Es schien fast so, als ob die eigentliche schwere Erkrankung den schizophrenen psychischen Ablauf gleichsam überdeckt, verdunkelt hätte, während erst nach dem Ablauf der Erregung dann dieses Phänomen deutlich zum Vorschein kam. So wenn sie mitten im Unterricht aufsteht und zum Fenster hinausruft. — Sie hat keine Zeit zum Selbstmord, weil sie den Haushalt übernommen hat. — Sie erzählt strahlend, sie habe sich eben das Leben genommen. — Um sich umzubringen, schluckt sie Quecksilber, tut dies aber in eine Oblate, um die Zähne nicht zu verderben. — Sie will mit dem Selbstmord warten, bis sie noch 12 Briefbogen fertig gemacht hat. — Sie fängt mitten in der Malstunde laut an zu singen.

Die Zerfahrenheit ihrer Gedankengänge bleibt ihr selbst nicht verborgen. Sie versteht nicht recht den Sinn des zu ihr Gesprochenen, schiebt die Schuld daran zwar gelegentlich den anderen zu und meint, jene stellten „die unvernünftigsten Fragen“ (I 120). Aber an anderer Stelle beurteilt sie das gleiche Moment anders: (Brief I): „Ihre Rede muß sich — ich weiß nicht, durch welchen Einfluß — immer auf unverständliche Antworten beschränken.“

Dies führt zur subjektiven Seite, zum Bewußtsein vom schizophrenen Mechanismus. Es ist hier nicht der Platz, würde vielmehr eine gesonderte Abhandlung erfordern, zu untersuchen, inwieweit sich die „subjektive Hemmung“ von dem „Bewußtsein des schizophrenen Ablaufs“ unterscheidet, und inwieweit beide Phänomene sich subjektiv decken. Nicht, um einen neuen Namen generell einzuführen, sondern nur, um hier mit einem kurzen Ausdruck arbeiten zu können, sei hier der subjektiven Hemmung die subjektive Spaltung gegenübergestellt. Hierzu liefert der Bantingsche Lebenslauf folgenden Beitrag¹⁾:

Bei den abnormen Gefühlen wurde schon einiger auch hierher gehöriger Phänomene gedacht: sie fühlt sich so wehrlos verändert, ist immer anders, als sie sein will. Sie merkt, wie langsam sie auffaßt und wie sie sich nicht konzentrieren kann (Brief VI); sie vermag längeren Gedankenreihen nicht mehr zu folgen, hört und hört doch nicht. Bald bleibt sie an einem Gedanken hängen, während der Vortrag weitergeht, bald verfällt sie in zwangartiges Grübeln, indem sie für die vorkom-

¹⁾ Von den „Ichstörungen“ war ja schon oben bei den abnormen Gefühlen die Rede.

menden Begriffe Definitionen aufstellt, die in diesen Definitionen vorhandenen Begriffe wieder definiert und so fort. — Während alle diese Äußerungen wohl ebenso von einer zirkulären deprimierten Kranken gebraucht werden könnten, erscheinen die folgenden Formulierungen schon anders orientiert: Das Denken sei ganz zerstört (und sehr bezeichnend!): Es entstehen stumme Gedankenkriege (Brief VII). Sie tue immer anderes, als sie denke, sie entscheide sich zwischen zwei Entschlüssen hin und her; sie könne sich nicht äußern; sie stehe unter dem Zwang unsinniger Gedanken, gegen die sie nicht ankönne (Brief VIII); ihre Gedankenleere sei ihr peinlich (Brief V). Sie tut das Gegenteil von dem, was sie tun will oder kommt aus lauter Hin und Her, Ja und Nein, zu gar nichts. Dabei ist sie sich hierüber völlig klar. Sie fühlt sich unglücklich und merkt, daß sie doch nicht weinen kann (I 95). Sie möchte nicht alles so planlos machen (Schrift vom 23. 4.).

Interessant ist nun auch die ganze Art und Weise, wie sich die Kranke mit ihrer Erkrankung auseinandersetzt. Dabei kommt einmal die Beurteilung der Entstehung der Krankheit in Betracht, d. h. die subjektiven Ursachen.

Hierbei bemerkt man naturgemäß das Bestreben jedes nichtärztlich geschulten Menschen, seine Psychose verständlich aus der Vorgeschichte abzuleiten. Wie es so häufig geschieht, verwechselt wohl auch Lenore Banting dabei Ursache und Wirkung. Sie denkt nicht an die Möglichkeit, daß die beklagte Lebenszwecklosigkeit (bzw. das Bewußtsein hiervon) schon den Beginn der Erkrankung darstellen könnte, sondern sie nimmt ohne weiteres an (I 35), daß dieses quälende Bewußtsein eine der wichtigsten Ursachen der Krankheit ist. Sie glaubt, weil sie sich unverstanden fühlte, wurde sie krank¹⁾; weil sie religiösen Zweifeln unterlag, erlebte sie die ersten stürmischen Angriffe der Psychose. Was liegt dem rückschauenden Geist näher als der Schluß: weil in der Krankheit religiöse Inhalte eine solche Herrschaft erlangten, müssen religiöse Ursachen für die Krankheit aufzufinden sein²⁾. Eine „tolle“ Erziehung (meint sie also) war die erste Ursache ihrer Erkrankung (S. den Brief vom 16. Juli 1911).

Ferner ist die Stellung zu beachten, die die Kranke nach Ablauf der stürmischen Erscheinungen den Symptomen gegenüber einnahm, d. h. die Frage der Krankheitseinsicht. Ein gewisses „Krankheitsgefühl“ begleitete fast den ganzen Verlauf, freilich beruhte es mehr

¹⁾ Ganz ähnlich, wie z. B. Windelband glaubt (Präludien, 3. Aufl. 1907, S. 170, 179, 189 u. a. a. O.) Hölderlin sei durch das Bewußtsein des tiefen Gegensatzes zwischen dem unruhigen unbefriedigenden Leben der Gegenwart und dem Ideal der klassisch-hellenischen Bildung und Lebensführung in Geisteskrankheit gesunken.

²⁾ Die Freudianer unterliegen oft demselben Irrtum.

auf den unangenehmen Körpersensationen, von denen oben ausführlich die Rede war (I 174). Seltener bezeichnete sie auch ihre Seele als krank (I 103). Daß keineswegs alle ihre ihr neuen Erlebnisse durch die Krankheit bedingt waren, sondern daß Gott wirklich zu ihr gesprochen hat und bei ihr gewesen ist, spricht Lenore Banting einmal klar und deutlich aus (I 129). Aber auch die Worte Irrsinn (II 660), Verrücktheit (Brief III, II 617), Gestörtsein (II 45) finden sich häufig eingestreut. Sie sei eine lebende Leiche (Brief V). Später hält ihre Krankheitseinsicht dauernd an: „niemand weiß, wie krank ich bin“ (Brief VIII). Ihr endlicher Selbstmordentschluß ist wohl nicht so sehr der Überzeugung, an unheilbarer Geisteskrankheit zu leiden, als dem Bewußtsein der Unfähigkeit entsprungen, mit dem Leben fertig zu werden.

Die vorliegende Studie zerfällt in drei Teile: 1. Die allgemeine Einleitung über verständliche Zusammenhänge; 2. den Lebenslauf mit der Krankengeschichte; 3. die Analyse des Lebenslaufes. Ich kann mir wohl denken, daß die Zusammengehörigkeit dieser drei Teile dem Leser wenig einleuchten mag. Und in der Tat wurde in der allgemeinen Erörterung des Eingangs manches besprochen, was sich am speziellen Lebenslauf nicht mit Beispielen veranschaulichen ließ, und andererseits fanden sich in der Analyse Gesichtspunkte, die in der Einleitung nicht genügend allgemein umgrenzt werden konnten. So bin ich mir wohl bewußt, daß das Ganze nur ein Fragment ist, eine Studie, eine Vorarbeit. Zu der Hauptarbeit reicht das Material eines einzelnen Forschers nicht aus; das Ideal wäre gewesen: die Gedankengänge der Einleitung breit auszubauen und sie an der Hand nicht von einer Lebensbeschreibung, sondern vielleicht von 50 Autobiographien gebildeter Schizophrener mit Beispielen zu belegen.

Vegetatives Nervensystem und Schizophrenie.

Von

Dr. Richard Walter und **cand. med. R. Krambach.**

(Aus der Universitäts-Nervenklinik Leipzig [Dir.: Geh. Rat Prof. Flechsig].)

Mit 4 Textfiguren.

(Eingegangen am 9. Juli 1914.)

Die Ergebnisse der Abderhaldenschen Methode wiesen darauf hin, daß die Drüsen mit innerer Sekretion mit dem Krankheitsbilde der Schizophrenie irgendwie verknüpft sind. Die Beziehungen, die zwischen diesen Organen und dem vegetativen Nervensystem bestehen, ließen es des Versuches wert erscheinen, das vegetative Nervensystem der Kranken, die an Schizophrenie litten, zu untersuchen.

Untersuchungen, die sich mit dem vegetativen Nervensystem anderer Psychosen beschäftigen, liegen nur wenige vor.

Pötzl, Eppinger und Hess waren die ersten, die eine Funktionsprüfung des vegetativen Nervensystems bei Psychosen anstellten. Sie untersuchten Fälle, die in das Gebiet des manisch-depressiven Irreseins fallen. Sie fanden bei 3 Fällen von Melancholie mit Basedowsymptomen eine geringe Ansprechbarkeit des autonomen Systems (keine Reaktion auf Injektion von Pilocarpin hydrochlor. $\frac{1}{1000}$ pro kg Körpergewicht und auf Atropin sulfur. $\frac{1}{10000}$ pro kg Körpergewicht) und glaubten, daß es sich um eine sympathikotonische Reaktion handelte.

Bei 5 Fällen von Melancholie des mittleren Lebensalters bestand eine geringe Ansprechbarkeit beider vegetativer Nervensysteme. Eine geringe psychische Besserung in einem Falle hatte keine Veränderung im Verhalten des vegetativen Nervensystems zur Folge.

In einem 6. Falle, einer Angstmelancholie, wo anfangs das vegetative Nervensystem sich wie in den ersten Fällen verhalten hatte, trat im Verlauf der Erkrankung ohne äußere Ursache eine Steigerung der Erregbarkeit ein.

Eine Gruppe von Melancholien der Menopause ergab fast völlige Unwirksamkeit der Vagusmittel bei entgegengesetztem Verhalten des Adrenalins: Sympathikotonie.

Je 2 Fälle von Spätkatatonie reagierten mit schwerer Vagusübererregbarkeit.

Die sympathikotonische Reaktion schien sich nicht nur bei der Melancholie, sondern auch bei anderen Erkrankungen des Rückbildungsalters zu finden, besonders wenn diese Psychosen einen depressiven Grundcharakter aufwiesen.

Bei einer Gruppe, die zur manisch-depressiven Psychose gehörte, konnten Besonderheiten nicht gefunden werden. Die Pilocarpinreaktion war meistens mäßig stark; die Sympathicusreizung ergab ungleichmäßige Resultate.

Eine Kranke zeigte während des ersten Zyklus einer manisch-depressiven Psychose starke, scheinbar gesetzmäßig ablaufende Tonuschwankungen, die das vegetative Nervensystem gleichförmig betrafen: ein Maximum auf der Höhe der Manie, ein Minimum auf der Höhe der Melancholie.

Pötzl stellte als erster Prüfungen des vegetativen Nervensystems bei Dementia praecox an. Er untersuchte in seiner Arbeit über Hirn- schwellung einige Fälle pharmakologisch, ohne jedoch näher auf seine Befunde einzugehen. Er findet bei einem Fall mit katatonen Erscheinungen eine starke Reaktion auf die vagotropen Pharmaka; auf Adrenalin keine Glykosurie.

Ein zweiter Fall (V), stuporöser Zustand, zeigte sich unempfindlich gegen Adrenalin und Pilocarpin; nur in Zeiten von Bradykardie trat eine Pulsbeschleunigung auf.

Ein dritter Fall (VI), eine Spätkatatonie, zeigte während eines akuten katatonen Zustandsbildes eine erhöhte Ansprechbarkeit beider vegetativer Systeme.

Schmidt fand, daß die Injektion von 0,4—0,5 mg Adrenalin bei Katatonikern und Hebephrenen ohne Einfluß auf den Blutdruck blieb, während alle anderen Fälle — Normale und Psychosen der verschiedensten Art — mit der üblichen Blutdrucksteigerung reagierten. Er konnte feststellen, daß die Unempfindlichkeit gegen Adrenalin um so ausgesprochener war, je frischer und je intensiver die klinischen Erscheinungen waren.

In einer späteren Mitteilung hält Schmidt diese Befunde aufrecht. In der glykosurischen Wirkung des Adrenalins konnte er keinen Unterschied zwischen Normalen und Dementia-praecox-Kranken finden. Auf Grund dieser Befunde gelangt Schmidt zur Annahme einer Dys- bzw. Hypofunktion des gesamten Schilddrüsenapparates.

Goldstein und Reichmann fanden bei einem Teil ihrer Fälle, Katatonien und Hebephrenien, nach minimalen Dosen von Adrenalin und Pilocarpin eine mehr oder minder ausgesprochene Übererregbarkeit des vegetativen Nervensystems und zwar bald für Adrenalin, bald für Pilocarpin allein, bald für beide Gifte. Nach Adrenalininjektionen wurden klinische Symptome, Temperatursteigerung und Pulsbeschleu-

nigung nur in seltenen Fällen beobachtet. Auch die Steigerung des Blutdrucks wurde nicht gefunden. Dagegen zeigte sich eine Beeinflussung des Blutbildes, eine Zunahme der weißen Blutkörperchen, hauptsächlich zugunsten der Lymphocyten.

Auch nach Pilocarpininjektionen wurden Blutbildveränderungen im Sinne absoluter und relativer Lymphocytose gefunden.

Die Methodik für unsere Versuche war durch die früheren Arbeiten gegeben. Wir injizierten subcutan. Von der intramuskulären Injektion sahen wir, da es durch Untersuchungen von Meltzer bewiesen ist, daß nach Adrenalininjektion in die Glutäalmuskulatur des Kaninchens keine Blutdrucksteigerung eintritt, ab. Wir injizierten 0,75 mg Adrenalin, 7,5 mg Pilocarpin und 0,5 mg Atropin. Wir verwendeten zuerst das Präparat von Parke, Davis & Co.; später die Sol. Adrenalin. hydrochlor. Die physiologische Wirksamkeit des Adrenalins wurde stets durch den Versuch am Kaninchen festgestellt.

Da uns die gebräuchliche palpatorische Blutdruckbestimmung zu wenig genau und nicht genügend objektiv erschien, benutzten wir den Uskoffschen Apparat und registrierten den Blutdruck graphisch. Auch der Aschnersche Reflex wurde stets in dieser Weise aufgenommen.

Bei jedem Versuch wurden Puls, Blutdruck, vasomotorische Erregbarkeit der Haut und Aschnersche Reflexe, bei einigen auch die Atmung vor und nach der Injektion verzeichnet.

Um nun zu einer methodischen Durcharbeitung zu gelangen, war eine Gruppierung der Fälle notwendig. Die Einteilung in akute und chronische Psychosen ergab sich als die zweckmäßigste.

Die akuten Fälle waren teils erregt, teils stuporös. Sie zeigten katatone Symptome; die Krankheitsdauer dieser Fälle war kurz. Es schien mir nicht angebracht, innerhalb der akuten Fälle wieder Unterabteilungen zu schaffen, da die Fälle wechselnde Zustandsbilder zeigten und die Gefahr nahe lag, in Einzelheiten zu zersplittern.

Die noch übrigen chronischen Fälle zerfallen in zwei Gruppen: die katatonen und die paranoid-hebephrenen. Der 1. Gruppe, den akut-katatonen, gehören Fall 1—11 an. Zur 2. Gruppe, den chronisch-katatonen, gehören Fall 12—16. Es folgt die 3. Gruppe der paranoiden (Fall 17—19).

Als Kontrollfälle dienten: Normale (1—6), Alkoholiker, die psychisch intakt waren (7—9); eine Patientin mit Zeichen von Herzneurose (10).

I. Kontrollversuche.

		1. S. 0,75 mg Adrenalin.	
Puls:	Vor der Injektion	.....	88
	4' nach .. ..	.....	84
	11' .. ..	.....	84

14' nach der Injektion	80
17' " " "	76
21' " " "	76
25' " " "	76
Blutdruck: Vor der Injektion	150 : 98
2' nach " "	144 : 88
6' " " "	148 : 100
13' " " "	150 : 92
20' " " "	162 : 98
28' " " "	158 : 102

Aschnerscher Reflex: Vor und nach der Injektion tritt auf Bulbusdruck eine leichte Pulsbeschleunigung ein.

2. E. 0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	84
2' nach " "	96
7' " " "	92
11' " " "	96
15' " " "	84
20' " " "	88
23' " " "	88
7' " " "	klagt Pat. über Herzklopfen, das nach weiteren 5' wieder verschwunden ist.
Blutdruck: Vor der Injektion	150 : 100
2' nach " "	158 : 102
5' " " "	158 : 98
10' " " "	158 : 98
16' " " "	162 : 100
20' " " "	160 : 98
25' " " "	155 : 96

Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion tritt eine leichte Pulsverlangsamung auf Druck ein (10 : 9,5),
13' nach der Injektion ist eine leichte Pulsbeschleunigung zu konstatieren (10 : 10,5).

3. K. 0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	76
3' nach " "	80
8' " " "	84
14' " " "	(irregulär!) 88
19' " " "	84
25' " " "	84
30' " " "	84
Blutdruck: Vor der Injektion	140 : 98
2' nach " "	134 : 82
7' " " "	148 : 98
14' " " "	164 : 108
19' " " "	166 : 100
24' " " "	150 : 94
30' " " "	150 : 94

4. K. 0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	72
3' nach „ „	76
8' „ „ „	76
10' „ „ „	76
15' „ „ „	76
Vas. Err.: Vor und nach der Injektion +, nicht verändert.	
Blutdruck: Vor der Injektion	130 : 96
2' nach „ „	136 : 106
6' „ „ „	128 : 92
9' „ „ „	130 : 90
15' „ „ „	140 : 102
20' „ „ „	144
Aschnerscher Reflex: Vor und nach der Injektion + (9 : 8), nicht verändert.	

5. Th. 0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	96
3' nach „ „	100
10' „ „ „	92
15' „ „ „	88
19' „ „ „	92
23' „ „ „	96
27' „ „ „	96
31' „ „ „	96
35' „ „ „	104
Blutdruck: Vor der Injektion	124 : 92
2' nach „ „	136 : 98
5' „ „ „	136 : 98
8' „ „ „	148 : 110
12' „ „ „	146 : 100
15' „ „ „	146 : 96
20' „ „ „	148 : 108
25' „ „ „	152 : 102
30' „ „ „	144 : 102
35' „ „ „	144 : 102

6. H. 0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion bis zum Ende des Versuches	68.
Blutdruck: Vor der Injektion	150 : 100
2' nach „ „	156 : 100
6' „ „ „	146 : 100
12' „ „ „	146 : 100
15' „ „ „	146 : 98
20' „ „ „	142 : 98

7. J. 0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	84
30' nach „ „	100
40' „ „ „	88
Vas. Err.: Vor der Injektion leichte Rötung und Schwellung; 30' nach der Injektion vasomotorische Erregbarkeit sehr lebhaft. Lebhaftes Rötung und Schwellung der Umgegend.	

Blutdruck: Vor der Injektion	140 : 92
2' nach „ „	140 : 86
7' „ „ „	138 : 86
12' „ „ „	138 : 86
20' „ „ „	136 : 88
30' „ „ „	136 : 88
45' „ „ „	138 : 90
60' „ „ „	144 : 98
Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion deutliche Verlangsamung (8 : 7);	
nach „ „ ebenfalls Verlangsamung (8 : 7).	
Pulsus irregularis et inaequalis.	

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	76
5' nach „ „	76
15' „ „ „	88
25' „ „ „	92
Temperatur: Vor der Injektion	36,2
17' nach „ „	36,7
30' „ „ „	36,4
Nach 5' fühlt er sich etwas warm im Gesicht;	
„ 15' schwitzt er an den Füßen und an den Achseln. Deutlicher Schweiß-	
ausbruch auf der Stirn. Salivation +.	
Blutdruck: Vor der Injektion	158 : 90
2' nach „ „	152 : 90
5' „ „ „	148 : 92
11' „ „ „	144 : 86
20' „ „ „	144 : 90
25' „ „ „	142 : 84
Aschnerscher Reflex: Der Puls zeigt 6' nach der Injektion während des	
Druckes und nachher eine leichte Beschleunigung (7,5 : 9 : 9).	

8. L. 1,0 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	80
3' nach „ „	80
10' „ „ „	88
15' „ „ „	88
Einige Minuten nach der Injektion tritt Herzklopfen auf und „inner-	
liches Zittern“.	
Blutdruck: Vor der Injektion	154 : 110
1' nach „ „	152 : 104
3' „ „ „	198 : 108
10' „ „ „	164 : 98
15' „ „ „	178 : 108
25' „ „ „	156 : 102
Aschnerscher Reflex: Keine wesentliche Beeinflussung des Pulses.	

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	92
2' nach „ „	104
10' „ „ „	(irregulär) 96
7' „ „ „	92
11' „ „ „	104

17' nach der Injektion	92
25' " " "	84
30' " " "	84
35' " " "	80
Der Puls bleibt von 10' ab dauernd irregulär.	
10' nach der Injektion deutlicher Schweißausbruch;	
15' dauernd starkes Schwitzen, Salivation ++;	
20' Salivation läßt nach;	
32' Pat. schwitzt immer noch, aber etwas schwächer.	
Blutdruck: Vor der Injektion	166 : 100
2' nach " "	166 : 110
3 ¹ / ₂ ' " " "	166 : 108
6' " " "	160 : 102
13' " " "	160 : 106
16' " " "	162 : 100
20' " " "	160 : 110
26' " " "	160 : 100
Aschnerscher Reflex: Puls zeigt auf Druck vor der Injektion eine Verlangsamung (9 : 8), nach der Injektion auf Druck eine geringe Beschleunigung.	
9. R. 0,75 mg Adrenalin.	
Puls: Vor der Injektion	72
2' nach " "	80
5' " " "	76
12' " " "	76
20' " " "	76
Vas. Err.: Vor und nach der Injektion +.	
Temperatur: Vor der Injektion	35,8
5' nach " "	35,9
20' " " "	36,1
Blutdruck: Vor der Injektion	136 : 92
1 ¹ / ₂ ' nach " "	140 : 92
1 ¹ / ₂ ' " " "	148 : 90
3' " " "	140 : 94
7' " " "	140 : 94
15' " " "	140 : 94
Aschnerscher Reflex: Der Puls zeigt vor der Injektion auf Druck eine geringe Verlangsamung (8 : 7); 5' nach der Injektion auf Druck eine geringe Beschleunigung (9 : 9,5); 20' nach der Injektion ist das alte Verhältnis zurückgekehrt.	
10. R. 0,5 mg Adrenalin.	
Puls: Vor der Injektion	124
15' nach " "	132
20' " " "	128
1,5' " " "	Lidspaltendifferenz, l < r.
Blutdruck: Vor der Injektion	170 : 124
1' nach " "	168 : 126
3' " " "	164 : 124

7' nach der Injektion	160 : 132
20' " " "	158 : 126
30' " " "	162 : 126

Aschnerscher Reflex: Puls zeigt vor und nach der Injektion keine wesentliche Veränderung.

II. Klinisches Material.

1. Akute Fälle.

1. Artur G., Bildhauer, 24 J. Wegen Erregung und Gewalttätigkeit eingeliefert. Dauernd erregt, spricht viel maniert, nicht fixierbar, desorientiert, Stereotypien, Katalepsie.

Während des Versuches ist er erregt, spricht viel, zeigt kataleptische Symptome.

Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	60
2' nach " "	60
5' " " "	60
9' " " "	76
13' " " "	70
23' " " "	70

Vas. Err.: Vor der Injektion lebhaft rot;
nach " " keine Veränderungen.

Blutdruck: Vor der Injektion	130 : 72
1/2' nach " "	124 : 74
3' " " "	133 : 76
8' " " "	136 : 76
14' " " "	130 : 72
22' " " "	134 : 82

Aschnerscher Reflex: Keine Veränderung vor und nach der Injektion (8 : 7).

2. Herm. Emil H., Schlosser, 27 J. Im Gefängnis mit einem Erregungszustand erkrankt. Bei der Aufnahme erregt, spricht andauernd. Personenverknennung. Größenideen, später stumpfer; zeitweise Erregungszustände, selten richtige Antwort, Personenverknennungen, Inkohärent.

Während der Versuche erregt, spricht viel, inkohärent.

Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	84
1' nach " "	84
5' " " "	86
15' " " "	92

Temperatur: Vor der Injektion 36,8
15' nach " " 36,6

Vas. Err.: Vor der Injektion lebhaft Rötung, die
nach " " unverändert weiter besteht.

Blutdruck: Vor der Injektion	132 : 94
1' nach " "	130 : 88
2' " " "	134 : 88

5' nach der Injektion	130 : 70
9' " " "	144 : 78
11' " " "	144 : 74
12' " " "	146 : 76

Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion deutliche Verlangsamung des Pulses auf Druck (8 : 6);
3' nach der Injektion keine Beeinflussung durch Druck (8½ : 8½).

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	64
3' nach " "	80
7' " " "	84
15' " " "	72
20' " " "	62
24' " " "	64
10' " " " treten Schweißtropfen auf die Wangen. Reichliche Salivation.	

15' nach der Injektion beginnt reichlicher Schweißausbruch an der Stirn.

Bei Abbruch des Versuches schwitzt Pat. noch stark.

Blutdruck: Vor der Injektion	132 : 86
1' nach " "	136 : 84
5' " " "	128 : 78
10' " " "	140
15' " " "	132 : 86
22' " " "	130 : 84

0,5 mg Atropin.

Puls: Vor der Injektion	72
3' nach " "	72
7' " " "	70
12' " " "	72
20' " " "	70
Keine Änderung der Dermographie, keine Änderung der Pupillenreaktion.	
Blutdruck: Vor der Injektion	128 : 88
3' nach " "	126 : 92
8' " " "	124 : 76
15' " " "	126 : 92
17' " " "	126 : 90

Aschnerscher Reflex: Keine Änderung vor und nach der Injektion.

3. Anna S., Dienstmädchen, 26 J. Mit 25 Jahren Beziehungsideen, z. T. erotischen Inhalts. Intelligenz sehr gering. Zunächst abweisend, dann sehr labiler Stimmung. Geringes Interesse an der Umgebung, Personenverkenning, Nahrungsverweigerung.

Während der Versuche stuporös; kataleptisch.

Diagnose: Katatonie.

0,5 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	64
1' nach " "	92
5' " " "	90

8' nach der Injektion	68
15' „ „ „	68
Resp.: Vor der Injektion	24
5' nach „ „	20
Vas. Err.: Vor der Injektion leicht positiv,	
5' nach „ „ lebhafter positiv,	
15' „ „ „ leicht positiv.	
Während des Versuchs keine Änderung der Pupillenweite und der Gesichtsfarbe.	
Blutdruck: Vor der Injektion	108 : 78
1' nach „ „	104 : 58
2 1/2' „ „ „	108 : 66
8' „ „ „	122 : 70
15' „ „ „	112 : 64
Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion tritt auf Druck leichte Verlangsamung des Pulses ein (9 : 8); 5' nach der Injektion wird die Verlangsamung etwas stärker (9 : 7).	

4. Paul H., 23. Plötzlich verwirrt, sang, schlug um sich. Suicidideen. Bei der Einlieferung erregt, nicht fixierbar, halluziniert laut; allmählich ruhiger, gespannte Haltung, Katalepsie; später depressiv, zeitlich orientiert.

Während der Versuche erregt, spricht viel, labiler, meist depressiver Stimmung; kataleptisch.

Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	76
2' nach „ „	78
5' „ „ „	78
11' „ „ „	76
17' „ „ „	76
28' „ „ „	116
32' „ „ „ (irregulär)	88
37' „ „ „	104
45' „ „ „	124
Vas. Err.: Vor der Injektion lebhaft Rötung;	
17' nach „ „ scheint die Rötung etwas weniger lebhaft zu sein.	
Blutdruck: Vor der Injektion	144 : 100
1' nach „ „	138 : 100
3' „ „ „	150 : 102
5' „ „ „	150 : 102
9' „ „ „	150 : 98
13' „ „ „	148 : 96
16' „ „ „	152 : 102
22' „ „ „	154 : 100
25' „ „ „	154 : 94
28' „ „ „	158 : 102
35' „ „ „	154 : 98
40' „ „ „	146 : 100

Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion tritt auf Bulbusdruck Pulsverlangsamung ein (9 : 7), die einige Minuten nach der Injektion noch vorhanden ist;

12' nach der Injektion tritt keine Pulsverlangsamung mehr ein;

17' später ist die frühere Reaktion wieder vorhanden.

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	88
2' nach „ „	88
5' „ „ „	84
12' „ „ „	100
16' „ „ „	92
20' „ „ „	84
25' „ „ „	84
30' „ „ „	80
35' „ „ „	80
10' nach der Injektion deutlicher Schweißausbruch;	
30' nach der Injektion beginnt das Schwitzen nachzulassen.	

0,5 mg Atropin.

Puls: Vor der Injektion	116
3' nach „ „	106
10' „ „ „	80
12' „ „ „	84
15' „ „ „	84
20' „ „ „	88
23' „ „ „	84
Vas. Err.: Vor der Injektion lebhaft; nach der Injektion keine Änderung.	
Blutdruck: Vor der Injektion	142 : 88
2' nach „ „	138 : 86
7' „ „ „	134 : 82
14' „ „ „	136 : 78
22' „ „ „	136 : 80

Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion keine Pulsverlangsamung auf Druck;

11' nach der Injektion beginnt eine Verlangsamung auf Druck, die 18' nach der Injektion stärker geworden ist (10 : 7½).

5. Jakob Sch., Handlungsgehilfe, 26 J. Erkrankte mit Belastungs-ideen, Halluzinationen (?). Nach kurzer Besserung eingeliefert mit motorischer Erregbarkeit, leerer Mimik, Katalepsie, Hypotonie; später mutistisch, zeitweise unrein.

Während der Versuche stuporös, negativistisch.

Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	88
2' nach „ „	84
4' „ „ „	92
10' „ „ „	88

15' nach der Injektion	92
22' " " "	96
27' " " "	104
30' " " "	104
35' " " "	100
Vas. Err.: Vor der Injektion geringe Rötung;	
nach " " keine Änderung.	
Blutdruck: Vor der Injektion	144 : 98
1' nach " "	140 : 100
4' " " "	144 : 96
7' " " "	148 : 92
11' " " "	138 : 94
15' " " "	146 : 94
23' " " "	152 : 94
26' " " "	150 : 96
32' " " "	146 : 94
Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion tritt auf Druck eine geringe Puls-	
beschleunigung ein (10 : 11), die 3' nach der Injektion	
noch besteht;	
12' nach der Injektion tritt Pulsverlangsamung ein (13 : 12).	

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	84
1' nach " "	80
4' " " "	84
9' " " "	84
12' " " "	80
16' " " "	84
20' " " "	84
25' " " "	84
30' " " "	84
9' nach der Injektion wird die Stirn feucht;	
22' " " " deutliche Schweißtropfen auf der Stirn;	
25' " " " schwitzt Pat. sehr stark, die Augen be-	
ginnen zu tränen.	

Bei Abbrechen des Versuches schwitzt er immer noch sehr stark.

Blutdruck: Vor der Injektion	132 : 72
3' nach " "	136 : 88
7' " " "	134 : 86
11' " " "	136 : 86
17' " " "	142 : 86
21' " " "	136 : 80

0,5 mg Atropin.

Puls: Vor der Injektion	116
4' nach " "	100
7' " " "	92
12' " " "	92
15' " " "	92
20' " " "	100
30' " " "	100
Respiration: Vor der Injektion	24
15' nach " "	20

Vas. Err.: Vor der Injektion	+	lebhaft	Rötung;
nach „ „		unverändert.	
Blutdruck: Vor der Injektion			150 : 102
2' nach „ „			146 : 94
10' „ „ „			142 : 94
20' „ „ „			142 : 90

6. William W., 22 J., stand in der Expedientenprüfung, akut erkrankt. Bei der Aufnahme abweisend, nicht fixierbar, aggressiv unruhig, inkohärent. Desorientiert. Körpergefühlshalluzinationen, Katalepsie.

Während der Versuche stuporös, ohne Interesse für die Umgebung.

Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion			72
2' nach „ „			72
6' „ „ „			72
10' „ „ „			72
16' „ „ „			72
Vas. Err.: Vor der Injektion	geringe	regionäre	Rötung;
6' nach „ „	lebhaft		Rötung;
16' „ „ „	besteht	die	Steigerung noch.
Blutdruck: Vor der Injektion			122 : 78
1' nach „ „			122 : 78
3' „ „ „			124 : 76
9' „ „ „			124 : 74
15' „ „ „			120 : 70
Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion	keine	Beeinflussung	des Pulses durch
	Druck;		
	4' nach der Injektion	ist eine leichte	Beschleunigung des
	Pulses zu konstatieren	(8 : 9).	

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion			84
2' nach „ „			92
7' „ „ „			80
10' „ „ „			80
15' „ „ „			84
18' „ „ „			84
26' „ „ „			76
32' „ „ „			76
Vas. Err.: Vor der Injektion	geringe	Rötung,	
nach „ „	keine	Änderung.	
Temperatur: Vor der Injektion			37,1
23' nach „ „			37,7
15' „ „ „	deutlicher	Schweißausbruch;	
26' „ „ „	beginnt	das Schwitzen nachzulassen;	
32' „ „ „	schwitzt	Pat. nicht mehr.	
Blutdruck: Vor der Injektion			144 : 96
3' nach „ „			144 : 90
9' „ „ „			144 : 84
15' „ „ „			148 : 86

21' nach der Injektion	152 : 88
25' " " " "	148 : 104

Aschnerscher Reflex: Zeigt keine merkwürdige Beeinflussung.

0,5 mg Atropin.

Puls: Vor der Injektion	68
4' nach " "	62
8' " " " "	64
15' " " " "	64
20' " " " "	52
25' " " " "	52
30' " " " "	52
60' " " " "	62

Respiration: Vor und nach der Injektion 20

Vas. Err.: Vor und nach der Injektion nicht verändert.

Blutdruck: Vor der Injektion	126 : 80
2' nach " "	126 : 84
7' " " " "	128 : 80
13' " " " "	124 : 72
18' " " " "	126 : 72
25' " " " "	126 : 80

Aschnerscher Reflex: Unbeeinflusst.

7. Franz W., Fabrikarbeiter, 37 J. Vor 3 Jahren Ansteckungsideen gegen seine Frau, keine richtigen Gedanken. Beziehungsideen, starrte vor sich hin; in der Zwischenzeit krankheitsfrei. Bei der Aufnahme ängstlich, unruhig, gespannt. Krankheitseinsicht. Keine erheblichen Intelligenzdefekte. Später stiller; starre Mimik, Katalepsie. Halluziniert wahrscheinlich.

Während der Versuche kataleptisch und mutistisch.

Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	88
1' nach " "	84
3' " " " "	84
7' " " " "	96
11' " " " "	88
16' " " " "	84

Respiration: Vor der Injektion 28

16' nach " " 24

Vas. Err.: Vor der Injektion keine Rötung;

3' nach " " ebenfalls keine Reaktion;
7' " " " lebhaftere Rötung, rasch entstehender roter Streifen, der nach 1' verschwindet.

Blutdruck: Vor der Injektion	152 : 102
1/2' nach " "	158 : 104
2' " " " "	144 : 100
5' " " " "	164 : 110
9' " " " "	186 : 112
11' " " " "	176 : 110
14' " " " "	182 : 118
16' " " " "	188 : 114

20' nach der Injektion	176 : 114
25' " " " "	164 : 102
Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion tritt auf Druck eine Verlangsamung des Pulses (11 : 10);	
2½' nach " " tritt eine Beschleunigung des Pulses ein (9 : 10);	
12' " " " besteht die Beschleunigung noch (8 : 9);	
18' " " " tritt wieder eine Verlangsamung des Pulses ein (10 : 9).	

8. Oswald J., Maurer, 29 J. Wegen Verfolgungsideen zugeführt. In der Klinik ängstlich, erregt, sehr weitschweifig, Beziehungsideen, Verfolgungsideen, keine größeren Intelligenzdefekte, etwas läppisch, deutliche Katalepsie.

Während der Versuche erregt, inkohärent, kataleptische Symptome.
Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	76
3' nach " "	80
5' " " "	80
8' " " "	88
11' " " "	86
13' " " "	84
20' " " "	82
Vas. Err.: Vor und nach der Injektion unverändert.	
Blutdruck: Vor der Injektion	150 : 106
1' nach " "	144 : 92
3' " " "	140 : 92
7' " " "	138 : 84
11' " " "	136 : 84
16' " " "	138 : 86
20' " " "	148 : 90
Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion keine Veränderung des Pulses auf Druck;	
5' nach der Injektion eine starke Verlangsamung des Pulses (10 : 7), die nach 13' noch besteht.	

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	100
4' nach " "	84
10' " " "	84
13' " " "	84
18' " " "	84
22' " " "	92
Vas. Err.: Vor der Injektion mäßig lebhaft, besteht nach der Injektion weiter. Kein Schweißausbruch, keine Vermehrung der Salivation.	
Blutdruck: Vor der Injektion	140 : 106
3' nach " "	134 : 108
11' " " "	138 : 98
21' " " "	140 : 98
Aschnerscher Reflex: Keine Änderung vor und nach der Injektion.	

9. Oswald M., 20 J. Wegen planlosen Umherirrens und Verwirrtheit eingeliefert. In der Klinik dauernd stumpf und interesselos. Mäßige Desorientiertheit. Nach 2 Monaten wenig zugänglicher; orientiert.

Während der Versuche stumpf, interesselos; affektiv unbeteiligt.

Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	72
2' " " "	72
6' " " "	84
9' " " "	76
12' " " "	80
16' " " "	80
20' " " "	76
Vas. Err.: Vor der Injektion lebhafte Rötung, die nach der Injektion unverändert weiter besteht.	
Temperatur: Vor der Injektion	36,7
16' nach " "	dieselbe
Blutdruck: Vor der Injektion	138 : 84
4' nach " "	142 : 74
7' " " "	144 : 78
9' " " "	146 : 70
12' " " "	148 : 72
14' " " "	148 : 70
20' " " "	154 : 78
23' " " "	160 : 86

Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion auf Druck geringe Pulsverlangsamung (8 : 7);
nach der Injektion keine Veränderung.

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	96
4' nach " "	104
10' " " "	104
15' " " "	104
18' " " "	100
22' " " "	96
25' " " "	96
Vas. Err.: Vor der Injektion mäßige Rötung;	
13' nach " "	deutliche Steigerung, sehr lebhafte Rötung.
10' " " "	gibt Pat. an, daß er mehr Speichel im Munde habe;
15' " " "	ist die Stirn feucht;
18' " " "	Stirn deutlich feucht, keine Schweißtropfen;
25' " " "	schwitzt er nicht mehr.
Blutdruck: Vor der Injektion	164 : 106
2' nach " "	150 : 98
6' " " "	152 : 98
15' " " "	158 : 100
20' " " "	156 : 102

Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion auf Druck keine deutliche Beeinflussung des Pulses;
13' nach der Injektion erhebliche Verlangsamung des Pulses auf Druck (12 : 10).

0,5 mg Atropin.			
Puls: Vor der Injektion	.	.	68
5' nach „ „	.	.	64
10' „ „ „	.	.	60
13' „ „ „	.	.	60
17' „ „ „	.	.	62
21' „ „ „	.	.	72
24' „ „ „	.	.	80
28' „ „ „	.	.	80
30' „ „ „	.	.	80
Pupillenweite und -reaktion und vas. Err. vor und nach der Injektion unverändert.			
Blutdruck: Vor der Injektion	.	.	138 : 86
1' nach „ „	.	.	136 : 86
4' „ „ „	.	.	136 : 88
8' „ „ „	.	.	134 : 80
11' „ „ „	.	.	134 : 80
16' „ „ „	.	.	130 : 82
20' „ „ „	.	.	140 : 90

10. Rosa Th., 19 J. Patientin zeigte einige Monate vor der Einlieferung ein sonderbares Wesen, betete viel, las viel in der Bibel, redete von Geistern. Sie lief von ihrem Hause weg. Zuerst affektlos und monoton, allpsychisch desorientiert; dann läppisch euphorisch; zeitweise sind akustische Halluzinationen vorhanden. Später mutazistisch, negativistisch.

Während der Injektionsversuche ist Patientin läppisch-euphorischer Stimmungslage; örtlich und zeitlich desorientiert; fixierbar.

0,6 mg Adrenalin.			
Puls: Vor der Injektion	.	.	92
3' nach „ „	.	.	84
5' „ „ „	.	.	92
8' „ „ „	.	.	84
12' „ „ „	.	.	84
19' „ „ „	.	.	88
25' „ „ „	.	.	88
Blutdruck: Vor der Injektion	.	.	114 : 86
2' nach „ „	.	.	122 : 88
5' „ „ „	.	.	106 : 82
14' „ „ „	.	.	112 : 80
16' „ „ „	.	.	114 : 88
23' „ „ „	.	.	114 : 84
28' „ „ „	.	.	116 : 84
Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion wesentliche Beschleunigung des Pulses (8 : 10);			
4' nach der Injektion keine Änderung auf Druck (11 : 11);			
9' nach der Injektion geringe Verlangsamung auf Druck (12 : 11);			
21' nach der Injektion wieder Beschleunigung des Pulses auf Druck (9,5 : 12).			

6,0 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	90
2' nach „ „	108
5' „ „ „	108
19' „ „ „	112
21' „ „ „	108
30' „ „ „	104
14' „ „ „	wird die Stirn feucht, starker Schweißausbruch an Brust und Rücken; schwitzt Pat. noch stark.
30' „ „ „	
Blutdruck: Vor der Injektion	120 : 88
2' nach „ „	122 : 90
6' „ „ „	118 : 82
13' „ „ „	114 : 88
20' „ „ „	112 : 88
30' „ „ „	112 : 88

Aschnerscher Reflex: Keine Veränderung nach der Injektion.

11. Albert R., Lehrer, 36 J. Seit 4 Jahren wegen hochgradiger Nervosität außer Dienst, Größenideen, Verwirrtheit, bisweilen mutistisch, aggressiv. Bei der Einlieferung orientiert, stumpf, interesselos. Rechnen leidlich, fast inkohärent. Exophthalmus; Möbius, Gräfe, Stellwag +. Spricht viel, in unverständlicher Weise.

Während der Untersuchungen spricht R. viel, unverständlich und inkohärent, ist verwirrt.

Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	84
1' nach „ „	100
3' „ „ „	104
15' „ „ „	96
19' „ „ „	104
25' „ „ „	120
30' „ „ „	111
Respiration: Ändert sich nach der Injektion nicht.	
Vas. Err.: Vor der Injektion mäßige Rötung;	
22' nach „ „ lebhaft „	
Blutdruck: Vor der Injektion	148 : 100
1/2' nach „ „	150 : 100
1 1/2' „ „ „	162 : 104
3' „ „ „	154 : 96
8' „ „ „	152 : 100
10' „ „ „	160 : 92
18' „ „ „	168 : 94
22' „ „ „	164 : 96

Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion tritt bei Druck eine leichte Beschleunigung des Pulses ein, der bei Nachlassen des Druckes eine Verlangsamung folgt (9 : 10);

14' nach der Injektion tritt bei Druck eine erhebliche Verlangsamung des Pulses ein (12 1/2 : 10), nach 25' ist der Zustand, der vor der Injektion besteht, wieder zurückgekehrt.

2. Chronisch-stuporöse Fälle.

12. Richard H., 60 J., früher Stud. phil., sehr begabt und fleißig. Vor dem Examen große Aufregung (26 Jahre). Verwirrt, läuft im Hemde durch die Straße. 23 Jahre in Colditz (öfters Erregungszustände). Dann Pflegehaus, schließlich mit 51 Jahren Klinik. Motorisch einförmig, gebunden, stumpf, interesselos, keine wesentlichen Intelligenzdefekte, typisch schizophrene Assoziationen.

Während der Versuche stumpf, stuporös.

Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	68
1' nach „ „	68
5' „ „ „	68
10' „ „ „	70
15' „ „ „	72
20' „ „ „	68
Temperatur: Vor der Injektion	35,9
12' nach „ „	36,0
Vas. Err.: Vor der Injektion fast 0;	
12' nach „ „ vielleicht geringe Steigerung.	
Blutdruck: Vor der Injektion	128 : 90
1' nach „ „	120 : 82
2' „ „ „	122 : 82
5' „ „ „	124 : 84
10' „ „ „	120 : 84
15' „ „ „	120 : 84
20' „ „ „	116 : 86
25' „ „ „	118 : 86
Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion keine Beeinflussung des Pulses durch Druck;	
3' nach der Injektion fehlt jede Beeinflussung;	
ebenso 22' nach der Injektion.	

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	80
2' nach „ „	76
6' „ „ „	76
10' „ „ „	80
19' „ „ „	84
25' „ „ „	88
30' „ „ „	84
Vas. Err.: Vor und nach der Injektion = 0.	
Temperatur: Vor der Injektion	36,4
19' nach „ „	36,6
Kein Schweiß, keine Vermehrung der Salivation.	
Blutdruck: Vor der Injektion	132 : 90
1' nach „ „	124 : 86
3' „ „ „	122 : 100

7' nach der Injektion	128 : 78
15' " " "	124 : 82
20' " " "	138 : 82
22' " " "	134 : 88

Aschnerscher Reflex: Keine wesentliche Änderung des Pulses vor und nach der Injektion.

0,5 mg Atropin.

Puls: Vor der Injektion	68
5' nach " "	64
10' " " "	60
14' " " "	64
17' " " "	64
22' " " "	68

Vas. Err.: Vor und nach der Injektion = 0.

Blutdruck: Vor der Injektion	128 : 90
2' nach " "	128 : 90
9' " " "	124 : 84
16' " " "	126 : 82

Aschnerscher Reflex: Vor und nach der Injektion keine Veränderung des Pulses.

13. Oskar W., 17 J., stets leicht erregbar. Mit 12 Jahren plötzlich heiser. Zieht sich seltsam an. Verschlimmerung zu heftigen Erregungszuständen mit Gewalttätigkeiten. Mit 14 Jahren in der Klinik; unrein, Grimassieren, Stereotypien, Erregungszustände, Selbstbeschädigungsversuche, schwere Halluzinationen; bisweilen stark gehemmt.

Während der Versuche gleichmäßig stuporös.

Diagnose: Frühkatatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	108
2' nach " "	116
6' " " "	112
9' " " "	112
12' " " "	104
18' " " "	104
23' " " "	100
25' " " "	96
30' " " "	112

Vas. Err.: Vor und nach der Injektion = 0.

Blutdruck: Vor der Injektion	138 : 100
1' nach " "	140 : 104
3' " " "	136 : 96
8' " " "	134 : 98
15' " " "	132 : 100
22' " " "	136 : 98
25' " " "	132 : 96

Aschnerscher Reflex: Auf Druck erhebliche Pulsverlangsamung (15 : 8), die nach der Injektion unverändert weiterbesteht.

5,0 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	116
4' nach „ „	120
6' „ „ „	128
15' „ „ „	128
18' „ „ „	124
22' „ „ „	120
29' „ „ „	120
35' „ „ „	124
Vas. Err.: Vor der Injektion = 0, nach der Injektion keine Änderung. Kein Schweißausbruch.	
Blutdruck: Vor der Injektion	136 : 98
1' nach „ „	140 : 102
3' „ „ „	140 : 98
7' „ „ „	134 : 100
11' „ „ „	134 : 98
21' „ „ „	130 : 90
26' „ „ „	126 : 84
Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion auf Druck eine geringe Verlangsamung des Pulses (13 : 11); 15' nach der Injektion tritt auf Druck eine Beschleunigung des Pulses ein (13 : 15), die 32' nach der Injektion noch besteht.	

0,5 mg Atropin.

Puls: Vor der Injektion	116
4' nach „ „	116
10' „ „ „	112
15' „ „ „	112
19' „ „ „	116
22' „ „ „	116
Vas. Err.: Vor und nach der Injektion = 0.	
Respiration: Vor und nach der Injektion	24
Blutdruck: Vor der Injektion	134 : 90
2' nach „ „	134 : 88
6' „ „ „	126 : 88
9' „ „ „	124 : 86
18' „ „ „	122 : 84
23' „ „ „	122 : 88
Aschnerscher Reflex: Vor und nach der Injektion keine Änderung des Pulses.	

14. H., Schriftsetzer, 30 J. Mit 19 Jahren erster Schub Beziehungs- und Verfolgungsideen. Mehrere mal Besserungsstadien, in denen Patient arbeitete. Jetzt VI. Aufnahme: motorische Unruhe, Ratlosigkeit; spricht viel, unverständlich. Später stuporös und negativistisch. In diesem Zustand befand sich H. während der Versuche.

Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	92
2' nach „ „	96
8' „ „ „	100

12'	nach der Injektion	. . . . .	112
18'	" " "	. . . . .	96
22'	" " "	. . . . .	96
27'	" " "	. . . . .	96
Blutdruck: Vor der Injektion			156 : 108
2'	nach " "	. . . . .	148 : 100
6'	" " "	. . . . .	154 : 108
12'	" " "	. . . . .	162 : 102
18'	" " "	. . . . .	150 : 100
27'	" " "	. . . . .	154 : 106
Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion sehr starke Verlangsamung des Pulses auf Druck (9 : 5); nach der Injektion wird die Pulsverlangsamung weniger deutlich;			
10'	nach der Injektion	. . . . .	12 : 11
25'	" " "	. . . . .	11 : 11

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion			90
4'	nach " "	. . . . .	96
9'	" " "	. . . . .	92
13'	" " "	. . . . .	92
16'	" " "	. . . . .	92
20'	" " "	. . . . .	90
13'	" " "	deutlicher Schweißausbruch auf der Stirn;	
20'	" " "	beginnt der Schweißausbruch geringer zu werden.	
Blutdruck: Vor der Injektion			138 : 98
2'	nach " "	. . . . .	130 : 96
7'	" " "	. . . . .	140 : 90
12'	" " "	. . . . .	138 : 98
17'	" " "	. . . . .	136 : 98
22'	" " "	. . . . .	136 : 96
Aschnerscher Reflex: Keine Veränderung vor und nach der Injektion.			

15. Leo H., Weber, 30 J. Wegen paranoider Ideen aus dem Krankenhaus (Erysipel) eingeliefert. Desorientiert, bisweilen akustische Halluzinationen, Beziehungs- und Verfolgungsideen. Geringe Intelligenz. Jetzt sehr gehemmt, reizbar, negativistisch, verschlossen und teilnahmslos.

Während der Versuche negativistisch und stuporös.

Diagnose: Katatonie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion			96
2'	nach " "	. . . . .	96
4'	" " "	. . . . .	90
11'	" " "	. . . . .	96
15'	" " "	. . . . .	96
20'	" " "	. . . . .	96
27'	" " "	. . . . .	94

Vas. Err.: 6' nach der Injektion etwas geringer geworden.

Blutdruck: Vor der Injektion	142 : 90
2' nach „ „	136 : 90
4' „ „ „	134 : 92
9' „ „ „	132 : 90
12' „ „ „	140 : 90
20' „ „ „	134 : 86
30' „ „ „	134 : 86

Aschnerscher Reflex: Verändert sich während des Versuches nicht.

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	88
2' nach „ „	92
4' „ „ „	100
6' „ „ „	100
10' „ „ „	96
13' „ „ „	84
15' „ „ „	84
20' „ „ „	92

Vas. Err.: Verändert sich nicht.

Kein Schweißausbruch.

Keine Vermehrung der Salivation.

Blutdruck: Vor der Injektion	138 : 94
2' nach „ „	118 : 82
5' „ „ „	128 : 90
11' „ „ „	134 : 88

Aschnerscher Reflex: Keine Änderung des Pulses vor und nach der Injektion.

16. Martha S., 22 J. Vor 5 Jahren im Erregungszustand eingeliefert.
Jetzt wechselnd lebhafter und stuporös.

Während des Versuches mutistisch und negativistisch.

Diagnose: Katatonie.

5,0 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	120
3' nach „ „	112
6' „ „ „	112
10' „ „ „	132
13' „ „ „	112
17' „ „ „	120
22' „ „ „	144
34' „ „ „	102
22' „ „ „	ist die Stirn ein wenig feucht;
27' „ „ „	ist keine Feuchtigkeit der Stirn mehr zu be- merken.

Blutdruck: Vor der Injektion	138
3' nach „ „	124
5' „ „ „	116
10' „ „ „	120
15' „ „ „	130
27' „ „ „	122

3. Chronische Paranoide.

17. Hermann T., 41 J., Schlosser. Mit 27 Jahren in der Klinik wegen Gewalttätigkeiten gegen die Frau, Eifersuchtsideen. Akustische Halluzinationen, Verfolgungsideen, Neologismen, keine Intelligenzdefekte. Später auch Halluzinationen der Gemeingefühle. Größenideen, absurde Vorstellungen. Jetzt sehr arbeitsam, ruhig, viele Größenideen; spricht viel, oft inkohärent.

Während des Versuches gleichmäßig ruhig, spricht viel; keine motorischen Erscheinungen.

Diagnose: Hebephrenie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	92
5' nach „ „	84
15' „ „ „	90
25' „ „ „	92
Pupillen und Dermographie verändern sich während des Versuches nicht.	
Blutdruck: Vor der Injektion	158 : 95
1' nach „ „	154 : 98
5' „ „ „	146 : 98
10' „ „ „	168 : 92
25' „ „ „	150 : 94
40' „ „ „	150 : 98
Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion ist auf Druck keine Verlangsamung des Pulses wahrzunehmen;	
3' nach der Injektion tritt eine leichte Verlangsamung des Pulses ein, die nach 15 und 30' noch wahrzunehmen ist.	

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	96
4' nach „ „	100
10' „ „ „	100
15' „ „ „	96
20' „ „ „	92
25' „ „ „	96
30' „ „ „	96
Vas. Err.: Vor der Injektion + (geringe Rötung);	
4' später etwas lebhaftere Rötung;	
20' später stärkere Rötung;	
nach 15' scheint etwas lebhaftere Salivation eingetreten zu sein;	
„ 25' tritt geringer Schweißausbruch an der Stirn ein.	
Blutdruck: Vor der Injektion	144 : 94
3' nach „ „	146 : 98
7' „ „ „	136 : 92
18' „ „ „	140 : 96
30' „ „ „	146 : 100
Aschnerscher Reflex: Vor und nach der Injektion keine Veränderungen.	

18. Olga Sch., Stütze, 39 J. 1900 traten die ersten Erscheinungen der Psychose auf: Beziehungsideen. In den letzten Jahren entwickelte sich die Psychose weiter. Halluzinationen, Verfolgungsideen. Jetzt paranoides Zustandsbild: Halluzinationen, Beziehungsideen, läppisches Wesen, wechselnde, meist euphorische Stimmung. Körperlich: leichte Struma, weite Lidspalten. Zeitweise Stellwag-Möbius. Ferner anfallsweise auftretende Tachykardien und Schweißausbruch; lebhafter Tremor.

Während der Versuche leicht erregt, spricht lebhaft, erzählt von ihren Wahnideen.

Diagnose: Hebephrenie; Morbus Basedow.

0,5 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion	100
1' nach „ „	108
6' „ „ „	92
10' „ „ „	92
15' „ „ „	90
20' „ „ „	90

Vas. Err.: Vor der Injektion mäßige Rötung;
 10' nach „ „ deutliche Abnahme der Erregbarkeit;
 20' „ „ „ sehr geringe Erregbarkeit;
 3' „ „ „ tritt kleinschlägiger Tremor der Finger auf.

Die Pupillen reagieren in gleicher Weise vor und nach der Injektion.

Blutdruck: Vor der Injektion	136 : 102
1' nach „ „	160
3' „ „ „	138 : 102
8' „ „ „	140 : 96
11' „ „ „	138 : 96
18' „ „ „	136 : 96
20' „ „ „	132 : 96

Aschnerscher Reflex: Vor der Injektion tritt eine leichte Pulsbeschleunigung ein (7 : 8);
 2' nach der Injektion eine deutliche Verlangsamung (11 : 9), die nach 9' noch besteht;
 15' nach der Injektion tritt der Reaktionstypus, wie er vor der Injektion bestand, wieder auf.

6 mg Pilocarpin.

Puls: Vor der Injektion	104
1' nach „ „	76
2' „ „ „	84
7' „ „ „	84
10' „ „ „	80
16' „ „ „	80
20' „ „ „	84
25' „ „ „	84
30' „ „ „	84

Temperatur: Vor der Injektion 36,6
 14' nach „ „ 36,8

Vas. Err.: Vor und nach der Injektion unverändert;
 7' nach der Injektion tritt angeblich lebhafter Speichelfluß auf, Pat.
 schwitzt nicht; bis zum Ende des Versuches (30') kein Schweißausbruch.

Blutdruck: Vor der Injektion 132 : 98
 1' nach „ „ 140 : 96
 7' „ „ „ 136 : 94
 14' „ „ „ 136 : 98
 21' „ „ „ 140 : 98
 28' „ „ „ 138 : 96

Aschnerscher Reflex: Zeigt nach der Injektion keine Veränderungen.

19. Otto L., 42 J. Seit langer Zeit krank. Schon 1890 in der Klinik. Im körperlichen Befund fehlen katatone, motorische Symptome. — Äußert absurde Gedanken; zitiert mit Vorliebe Bibelverse, antwortet mit Vorbeireden. Er spricht viel, inkohärent; schizophrener Assoziations-typ.

Während der Versuche ruhig, antwortet, spricht einige Worte.
 Diagnose: Hebephrenie.

0,75 mg Adrenalin.

Puls: Vor der Injektion 92
 2' nach „ „ 96
 5' „ „ „ 96
 10' „ „ „ 92
 15' „ „ „ 92
 25' „ „ „ 92
 30' „ „ „ 104
 40' „ „ „ 112
 70' „ „ „ 140

Vas. Err.: Ist vor der Injektion schwach positiv, verändert sich nachher nicht.

Blutdruck: Vor der Injektion 130 : 92
 2' nach „ „ 130 : 90
 5' „ „ „ 130 : 86
 10' „ „ „ 128 : 86
 15' „ „ „ 136 : 86
 20' „ „ „ 136 : 94
 25' „ „ „ 138 : 98
 30' „ „ „ 140 : 98
 35' „ „ „ 150 : 96

Aschnerscher Reflex: Ist vor und nach der Injektion negativ.

7,5 mg Pilocarpin.

Puls: 92. Zeigt während des Versuches keine Änderung. Dasselbe gilt von der vasomotorischen Erregbarkeit.
 5' nach der Injektion begann die Stirn feucht zu werden;
 10' schwitzte er deutlich auf Brust und Stirn;
 15' schwitzte er sehr stark auf Brust und Stirn.

Übersichtstabelle.

Kontrollen	1. Adrenalin				2. Pilocarpin		
	Blutdruck	Puls	Aschnerscher Reflex		Schweiß	Blutdruck	Puls
vor d. Inj.			nach d. Inj.				
1. S.	+	—	—	—			
2. F.	+	+	+	—			
3. R.	+	+					
4. K.	+	0	+	+			
5. Th.	++	0					
6. H.	—	0					
7. F.	—	+	+	+	+	—	+
8. B.	++	0	0	0	+	0	—
9. R.	+	0	+	—			
10. R.	—	+	0	0			
1. Gruppe:							
1. G.	+	+	+	+			
2. H.	+	—	+	0	+	0	0
3. S.	+	++	+	++			
4. H.	+	++	+	0	+		+
5. Sch.	+	+	—	+	++	0	0
6. W.	0	0	0	—	+	+	—
7. W.	++	+	+	—			
8. J.	—	+	0	++	0	0	—
9. M.	++	+	+	+	(+)	0	0
10. Th.	0	0	—	+	+	—	+
11. R.	+	++	—	++			
2. Gruppe:							
12. H.	—	0	0	0	0	+	+
13. W.	0	—	+++	+++	0	—	0
14. H.	0	0	+++	0	+	0	0
15. He.	0	0	0	0	0	0	0
16. S.					0	0	0
3. Gruppe:							
17. Th.	+	0	0	+	+	0	0
18. Sch.	++	+	—	+	(+)	0	—
19. B.	+	++	0	0	+		0

Blutdruck:
+ = Steigerung
— = Senkung
0 = keine Veränderung.

Puls:
+ = Beschleunigung
— = Verlangsamung
0 = keine Änderung.

Aschnerscher Reflex:
+ = Pulsverlangsamung auf Bulbusdruck
— = Pulsbeschleunigung „ „
0 = keine Änderung „ „

I. Adrenalin.

Bevor wir auf die Besprechung der Versuche eingehen, schicken wir zur Vergleichung einen kurzen Überblick über die Befunde voraus, die nach subcutaner Adrenalininjektion beim Menschen gemacht sind.

Falta, Newburgh und Nobel vermißten in ihren Injektionsversuchen mit Adrenalin, wobei 1 mg subcutan gegeben wurde, nur in wenigen Fällen die blutdrucksteigernde Wirkung. In einigen Fällen trat unmittelbar nach der Injektion ein rasches Steigen des Blutdrucks auf. Dies sind vor allem Tetaniefälle. Hier war die Wirkung des Adrenalins auf Blutdruck und Gefäßkontraktion, um nur dieses zu erwähnen, sehr stark. Ein enorm rascher Anstieg; in 2 Minuten war das Höhestadium von Blutdruck und Pulszahl erreicht.

Der Blutdruck erreichte in den übrigen Fällen nach 8—10 Minuten das Maximum. — Der Puls zeigte in den meisten Fällen einen Anstieg. Einige Male trat zuerst Pulsverlangsamung auf. Die Autoren hielten die Steigerung des Blutdrucks für die konstanteste Adrenalinwirkung, während die Wirkung auf Glykosurie, Puls, Diurese und vielleicht auch auf das Leukocytenbild viel weniger konstant sei und mehr von einer bestimmten „Disposition“ abhängt.

Analog der Pulsverlangsamung, die nach intravenöser Injektion bei Tieren (Katze und Kaninchen) von Biedl beobachtet wurde und die als Vagusreizung aufzufassen ist, beobachtete Loeper beim Menschen nach subcutaner Injektion eine Pulsverlangsamung.

Bauer, der Funktionsprüfungen des vegetativen Nervensystems an einem „wahllos zusammengewürfelten, allerdings größtenteils mit neuropathischen Erscheinungen behafteten“ Material vornahm, gelangte, die Adrenalinwirkung betreffend, zu Resultaten, die von den eben erwähnten nicht wesentlich abwichen. Eine Steigerung der Pulsfrequenz in der Mehrzahl der Fälle; weniger häufig eine Steigerung des Blutdrucks. Die Zeit der Wirkung variierte zwischen 2 und 30 Minuten. In zwei Fällen beobachtete er unmittelbar nach der Injektion eine Abnahme der Pulszahl, die sich allmählich wieder ausglich, aber nicht in Beschleunigung überging. In zwei anderen Fällen, die ebenfalls mit Pulsverlangsamung, aber darauffolgender Frequenz reagierten, stieg der Blutdruck in der ersten Zeit beträchtlich. Bauer schreibt diese paradoxe Adrenalinwirkung dem geschädigten Herzmuskel und dessen abnormer Ansprechbarkeit und Reaktionsfähigkeit auf die ihm zufließenden Nervenreize zu.

Ein Analogon der paradoxen Pulswirkung des Adrenalins auf dem Gebiete des Blutdrucks sah Bauer nie, dagegen beobachtete er, daß in einigen Fällen die initiale Drucksteigerung von einer Drucksenkung gefolgt war.

a) Blutdruck.

1. Kontrollen. Bei 6 Fällen der Kontrollen trat eine deutliche Blutdrucksteigerung ein. Fall 9 zeigte eine initiale Steigerung um 12 mm nach 1½ Minuten, fiel dann wieder schnell ab. Die 3 übrigen Fälle zeigten eine Senkung, die einmal rapid eintrat, einmal ganz langsam.

Es ist bemerkenswert, daß einer der Alkoholiker (8) eine rapid auftretende Steigerung des Blutdrucks zeigte, nach 3 Minuten um 144 mm Quecksilber. Auch der oben erwähnte Fall 9 zeigte eine initiale Drucksteigerung.

2. I. Gruppe. Von den 11 Fällen dieser Gruppe zeigten 8 eine Steigerung des Blutdrucks. Es ist dies ein Prozentsatz, der dem der Normalen gleichkommt: 70 : 72,7.

Es ist notwendig, auf einzelne bemerkenswerte Fälle näher einzugehen.

Eine starke Steigerung zeigt Fall 7 (W.). Klinisch eine Reihe katonischer Symptome; während des Versuches kataleptisch stuporös. Hier tritt die Acme des Blutdrucks nach 16 Minuten auf. Sie überschreitet den Druck, der vor der Injektion bestand, um 36 mm Quecksilber.

Die Steigerungen der übrigen Fälle sind bedeutend geringer. Bei Fall 9 (M.) beträgt sie 22 mm. Diese Kurve zeigt ein langsames Ansteigen; nach 25 Minuten ist der höchste Punkt erreicht.

Ich gehe nun dazu über, die Höhe der Drucksteigerung bei Normalen und Kranken zu vergleichen:

Sie betrug bei den Normalen bei einem Fall (8) 44; die geringste Drucksteigerung betrug 12 mm, die folgende betrug 28 mm (Fall 5). Der Durchschnittswert der Drucksteigerung war 21 mm.

Bei den Kranken der ersten Gruppen ergaben sich folgende Werte:

Die höchste Drucksteigerung betrug, wie oben erwähnt, 36 mm (Fall 7), die niedrigste 6 mm (Fall 1). Dann folgt in größerem Abstände 22 mm (Fall 9). Ihm nahe steht die bedeutende Steigerung von 20 mm (Fall 11). Dieser Fall bietet weitere Besonderheiten, auf die unten noch eingegangen wird.

Der Durchschnittswert der Drucksteigerung betrug hier 16 mm Quecksilber; ist also geringer als die Steigerung, die wir bei den Kontrollpersonen fanden.

Die Zeit, in welcher der Höhepunkt der Steigerung erreicht wurde, betrug bei den Normalen im Durchschnitt 15 Minuten, bei den Kranken im Durchschnitt 17 Minuten; also kein wesentlicher Unterschied.

Bei vielen Kurven zeigt der Druck eine initiale Senkung. Diese Erscheinung kann aus der Adrenalinwirkung nicht erklärt werden.

Ein Fall (8) zeigt eine deutliche Senkung des Blutdrucks um 14 mm Quecksilber. Der Höhepunkt der Blutdrucksenkung ist nach 11 Minuten erreicht. Der Druck ist nach 10 Minuten zu dem Anfangswerte zurückgekehrt.

3. II. Gruppe. Von den 5 Fällen der II. Gruppe wurden 4 (12—15) auf Adrenalinwirkung untersucht. (Fall 16 mußte aus äußeren Gründen wegfallen.)

Die Wirkung auf den Blutdruck ist dahin zusammenzufassen, daß eine Steigerung niemals eintrat.

Allerdings trat bei Fall 14 (H.) 12 Minuten nach der Injektion eine Steigerung um 6 mm Quecksilber ein; aber der Patient war während der Untersuchung so widerstrebend und unruhig, daß diese geringe Steigerung nicht zu verwerten ist.

Die Kurven der 3 übrigen Fälle haben das gemeinsam, daß die Kurve nach der Injektion, von geringen Schwankungen abgesehen, langsam zu sinken beginnt. Deutlich war dies bei Fall 12 und 13 ausgeprägt. Bei dem ersteren war nach 16 Minuten ein Abfall um 12 mm erreicht. Bei Fall 13 lag das Minimum um 8 mm tiefer nach 11 Minuten. Bei Fall 15 lag der Druck beim Abbrechen des Versuchs, 30 Minuten nach der Injektion, 8 mm tiefer als der Initialwert.

Dieses Sinken der Blutdruckwerte konnte, wie erwähnt, bei einem Falle der I. Gruppe (Fall 8) beobachtet werden. Hier sanken die Werte aber rapide; bereits nach 11 Minuten war das Minimum erreicht, das aber um 14 mm tiefer lag als der Initialdruck.

Ein Sinken der Druckwerte konnte auch bei einem Kontrollfalle beobachtet werden. Dieser Fall zeigte klinisch das Bild der Herzneurose (10). Es bestand Tachykardie und ein hoher Blutdruck, 170 mm initialer Druck. Hier war nach 12 Minuten ein Minimum, das um 12 mm tiefer lag, erreicht.

4. III. Gruppe. Fall 17 der III. Gruppe zeigt eine Blutdrucksteigerung um 10 mm nach einer Senkung im Anfang. Der Blutdruck senkt sich zuerst um 12 mm, steigt dann im Verlauf von 5 Minuten um 22 mm an und erreicht schon nach 10 Minuten das Maximum, senkt sich dann langsam zur Norm.

Der zweite der Fälle ist durch Basedowsymptome kompliziert. Die Reaktion ist ungewöhnlich. In der 1. Minute eine Steigerung um 24 mm, dann eine ebenso schnelle Senkung, darauf gleichmäßiger Verlauf.

Diese Art der Reaktion weicht von den übrigen Reaktionen ab. Sie gleicht in der Art der Wirkung der, wie sie von Falta, Newburgh und Nobel bei Tetanie gefunden wurde.

Der dritte Fall (19), der klinisch Fall 17 ähnlich war, zeigte eine langsame, aber stetige Druckzunahme. Nach 40 Minuten hatte die Drucksteigerung den Initialdruck bereits um 20 mm überschritten.

b) Puls.

1. Kontrollpersonen. Eine Pulsbeschleunigung war bei 6 der 10 Fälle vorhanden. Die größte Beschleunigung fand sich bei Fall 7: um 16 Schläge in der Minute. Die nächst größte Beschleunigung war um 12 Schläge bei 2 Fällen, 2 und 3. Die durchschnittliche Beschleunigung betrug pro Minute 10,6.

2. I. Gruppe. Von den 11 Patienten dieser Gruppe zeigten 8 eine

deutliche Beschleunigung: ein etwas höherer Prozentsatz als bei den Kontrollpersonen (6 : 10). Doch zeigen die Beschleunigungen viel höhere Werte. Ich werde die Zahl der Kontrollpersonen und der Kranken nebeneinander bringen.

1. Kontrollpersonen: 12, 8, 12, 8, 16, 8.

2. Kranke (I. Gruppe): 16, 8, 28, 36, 48, 12, 16, 12.

Der Durchschnittswert der Zunahme ist denn auch mehr als doppelt so hoch. Bei den Kontrollpersonen: 10,6; bei den Kranken 22 in der Minute.

Die Zeit, nach welcher die höchste Pulszahl eintritt, ist bei den Kontrollpersonen sehr verschieden; von 2 Minuten bis 35 Minuten, das Ende des Versuchs. Die Durchschnittszahl beträgt 17 Minuten.

Auch bei den Kranken der I. Gruppe ist diese Zahl sehr verschieden. Einmal finden wir eine Zeitdauer, die zwischen 1 und 9 Minuten liegt (5 Fälle), dann Werte von 25—45 Minuten. Die durchschnittliche Zeitdauer, nach welcher die höchste Pulsbeschleunigung erreicht wird, beträgt 16 Minuten, ist also beinahe gleich der der Kontrollpersonen.

Eine deutliche Pulsverlangsamung fand ich bei einer der Kontrollpersonen (Fall 1) bei deutlicher Blutdrucksteigerung. Der Puls verlangsamte sich von 88 auf 76; diese Zahl war nach 17 Minuten erreicht.

Von den Kranken zeigte Fall 2 eine Pulsverlangsamung bei deutlicher Drucksteigerung. Die initiale Pulszahl war 84; nach 15 Minuten war der Puls auf 72 verlangsamt.

3. II. Gruppe. Bei Fall 12 und 15 treffen wir keine Veränderung der Pulsfrequenz. Bei Fall 13 anfangs eine geringe Beschleunigung, dann ein langsames Sinken, gegen Ende wieder ein langsames Ansteigen. Nur bei Fall 14 begegnen wir einer Beschleunigung; nach 13 Minuten ist der Puls um 18 Schläge in der Minute beschleunigt, sinkt dann wieder auf den Anfangswert herab. Ich betone, daß gerade dieser Patient während des Versuchs sehr unruhig und widerstrebend war; die Pulsbeschleunigung ist deshalb als Adrenalinwirkung nicht zu verwerfen.

Ich komme danach zu dem Schlusse, daß eine Beeinflussung des Pulses bei den Fällen der II. Gruppe nicht zu finden ist.

4. III. Gruppe. Fall 17 der III. Gruppe zeigt anfangs eine geringe Pulsverlangsamung (nach 9 Minuten um 8 Schläge in der Minute), dann ein Zurückkehren zur Anfangszahl. Bei Fall 18 begegnen wir in der ersten Minute einer leichten Beschleunigung (von 100 auf 108); dann tritt ein Sinken der Frequenz ein um 8 und 10 Pulsschläge.

Dagegen tritt bei Fall 19 eine stete Pulsbeschleunigung ein, die nach 40 Minuten um 16, nach 70 aber um 44 die initiale Pulszahl überschritt.

c) Beziehung zwischen Blutdrucksteigerung und Pulsbeschleunigung.

1. Kontrollen. Von den 10 Kontrollpersonen zeigten nur 3 gleichzeitig ein Ansteigen der Puls- und Blutdruckkurven (Fall 2, 3 und 8). Doch zeigte die Blutkurve einen steileren Aufstieg als die Pulskurve. 2 Fälle ließen bei deutlicher Beeinflussung des Blutdrucks die des Pulses vermissen (Fall 4 und 5).

2 Fälle zeigten Pulsbeschleunigung beim Sinken (Fall 10) oder Gleichbleiben des Blutdrucks (7).

Ein Fall (1) zeigte Pulsverlangsamung (90—76) bei steigendem Blutdruck.

Es blieb demnach nur 1 Fall übrig, der nicht mit positivem Ausschlag auf die Adrenalininjektion reagierte (Fall 6: sinkender Blutdruck 150—142, gleichbleibender Puls).

2. I. Gruppe. Von den 11 Fällen dieser Gruppe zeigten 7 eine Koinzidenz von Steigerung des Blutdrucks und Beschleunigung des Pulses; also eine bedeutend größere Zahl, als wir bei den Kontrollpersonen fanden. Die Kongruenz zwischen Anstieg der beiden Kurven war viel mehr ausgeprägt als bei der vorigen Gruppe.

Beschleunigung der Pulsfrequenz bei sinkendem Blutdruck trafen wir bei Fall 7; das entgegengesetzte Verhalten: steigender Blutdruck + sinkende Pulsfrequenz bei Fall 2.

2 Fälle (6 und 10) ließen eine Beeinflussung von Puls und Blutdruck vermissen.

3. II. Gruppe. Puls und Blutdruck verhielten sich übereinstimmend, indem sie (bis auf Fall 14, der wegen seiner motorischen Erregung nicht sicher zu verwerten ist) eine Beeinflussung von Puls und Blutdruck vermissen ließen.

4. III. Gruppe. Fall 17 zeigte bei leichter Drucksteigerung keine Beschleunigung des Pulses.

Bei Fall 18 gehen Puls- und Druckkurve parallel: eine initiale Steigerung, dann ein rasches Sinken; wobei die Druckkurve relativ größere Ausschläge zeigt.

Auch bei Fall 19 gehen Puls- und Blutdrucksteigerung etwa parallel.

d) Aschnerscher Reflex.

1. Kontrollpersonen. Bei 6 Fällen wurde eine Prüfung des Aschnerschen Reflexes vor und nach der Injektion vorgenommen. Bei 4 Fällen trat auf Bulbusdruck eine Pulsverlangsamung ein, die nicht sehr erheblich war. Bei 2 Fällen fanden wir keine Verlangsamung des Pulses auf Druck; bei einem Fall (1) eine leichte Beschleunigung.

Bei 3 der 4 positiven Fälle wurde nun eine Veränderung der Reaktion nach der Adrenalininjektion gefunden.

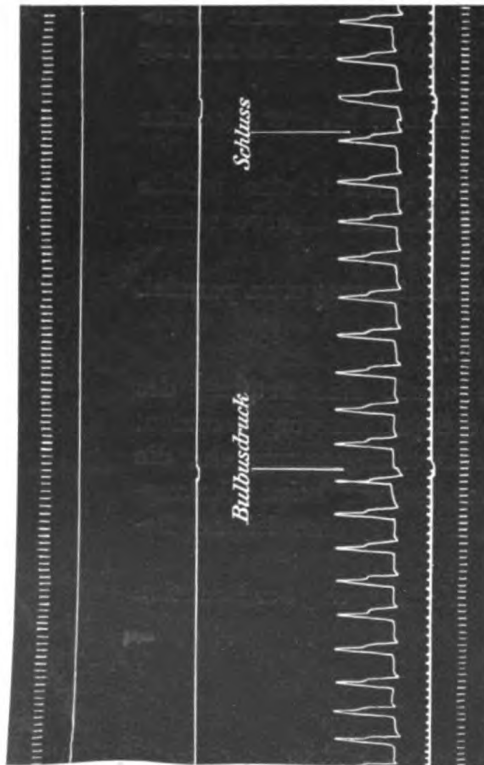


Fig. 1. Aschnerscher Reflex vor der Adrenalininjektion (Kontrollen Fall 7).
Leichte Verlangsamung.

Bei Fall 2 trat nach 13 Minuten auf Druck eine Pulsbeschleunigung ein, während vorher die Pulsverlangsamung deutlich war.

Dasselbe Verhalten des Pulses konnte bei Fall 9 beobachtet werden, wo die Pulsverlangsamung auf Druck bereits nach 5 Minuten einer Pulsbeschleunigung Platz gemacht hatte.

Eine sehr deutliche Beeinflussung des Aschnerschen Reflexes konnte bei Fall 7 beobachtet werden. Hier wurde nach der Injektion auf Bulbusdruck der Puls irregulär und inäqual, behielt aber die Verlangsamung, die schon vor der Injektion aufgetreten war (siehe Fig. 1 und 2).

2. I. Gruppe. Eine Verlangsamung des Pulses auf Bulbusdruck zeigten 6 Fälle. Die Verlangsamung war zum Teil sehr deutlich (Fall 2 und 4); sie schien

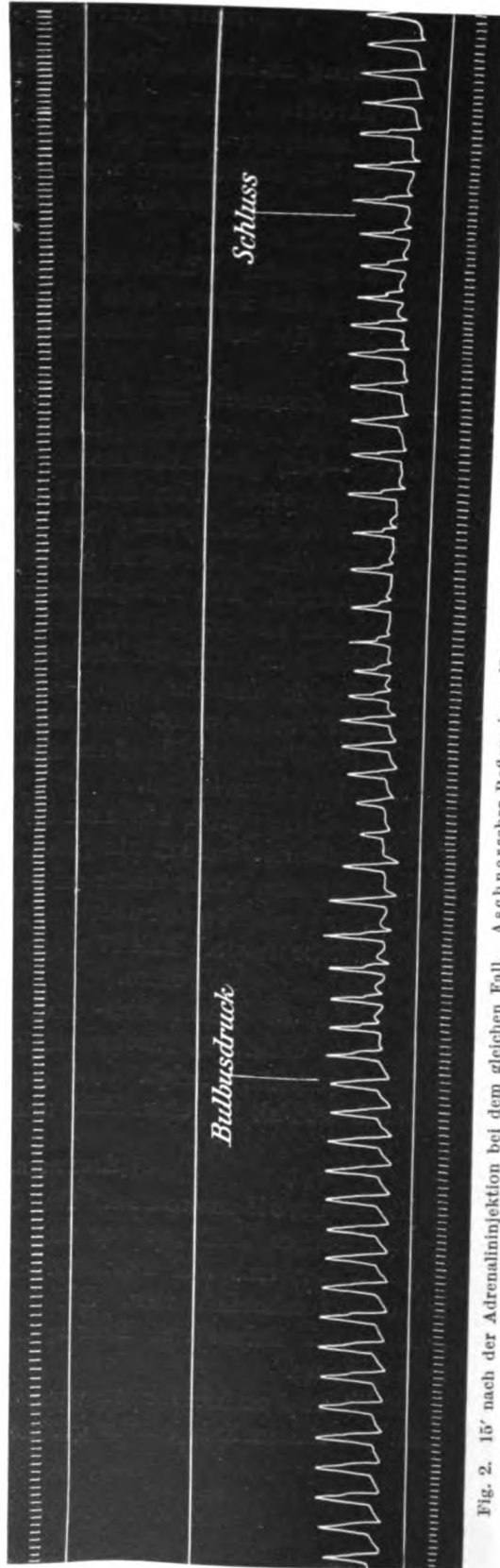


Fig. 2. 15' nach der Adrenalininjektion bei dem gleichen Fall. Aschnerscher Reflex: irregulärer und inäquater Puls. Nach Aufhören des Druckes auf die Bulbi ruhiger und gleichmäßiger Puls.

nur in einigen Fällen stärker zu sein, als es bei den Kontrollpersonen getroffen wurde.

In 2 Fällen wurde eine Beeinflussung des Pulses durch Bulbusdruck vermißt (Fall 6 und 8).

Fall 6 war jener, bei dem eine Wirkung des Adrenalins auf Puls und Blutdruck fehlte; Fall 8 zeichnete sich durch das eigentümliche Verhalten des Blutdrucks dem Adrenalin gegenüber aus: Sinken des Blutdrucks.

Die 3 übrigen Fälle ergaben eine Beschleunigung des Pulses auf Druck; diese war zum Teil beträchtlich (Fall 10: 8—10).

Drei Fälle ließen eine Beeinflussung des Aschnerschen Reflexes durch die Adrenalininjektion nicht erkennen: Fall 1, 6, 9. Fall 6 war jener oben erwähnte, der bisher keinerlei Reaktion zeigte.

Fall 1 und 9 hatten Pulsbeschleunigung und Drucksteigerung nach der Adrenalininjektion gezeigt.

Ein Fall zeigte eine Beschleunigung auf Bulbusdruck nach der Injektion (7), während er vorher eine deutliche Verlangsamung ergeben hatte.

Bei drei Fällen verschwand nach der Adrenalininjektion die Pulsverlangsamung auf Bulbusdruck (Fall 2, 4, 10).

Nach einer gewissen Zeit kehrte der frühere Reaktionstyp, die Pulsverlangsamung auf Bulbusdruck wieder.

Einige Fälle ließen nach der Injektion eine Steigerung der normalen Reaktion erkennen. Die Pulsverlangsamung wurde nach der Injektion größer (Fall 3 und 8). Bei zwei Fällen, die vor der Injektion umgekehrtes Verhalten gezeigt hatten, trat nach der Injektion die positive Reaktion hervor. (Fall 5 und 11; auch Fall 10 in geringerem Maße.)

3. II. Gruppe. Fall 12 und Fall 15 zeigen auf Bulbusdruck keine Änderung der Pulsfrequenz.

Fall 13 und 14 zeigen eine hochgradige Verlangsamung des Pulses. Bei beiden sinkt die Frequenz plötzlich fast auf die Hälfte der Pulszahl. (Fall 13: 15—8; Fall 14: 9—5; vgl. Fig. 3 und 4.)

Eine Beeinflussung des Pulses nach der Adrenalininjektion zeigte nur Fall 14: Hier trat ein langsames Schwinden jener hochgradigen Verlangsamung ein; sie war nach 25 Minuten nicht mehr nachzuweisen.

4. III. Gruppe. Fall 17. Eine Pulsverlangsamung fehlt vor der Injektion; 3 Minuten nach der Injektion ist eine leichte Verlangsamung nachzuweisen, die während des ganzen Versuchs weiter besteht.

Bei Fall 18 tritt auf Bulbusdruck eine leichte Pulsbeschleunigung ein; 2 Minuten nach der Injektion eine Verlangsamung; nach 15 Minuten ist der alte Reaktionstyp wieder vorhanden.

Es ist also eine Änderung des Aschnerschen Reflexes in diesen beiden Fällen vorhanden.

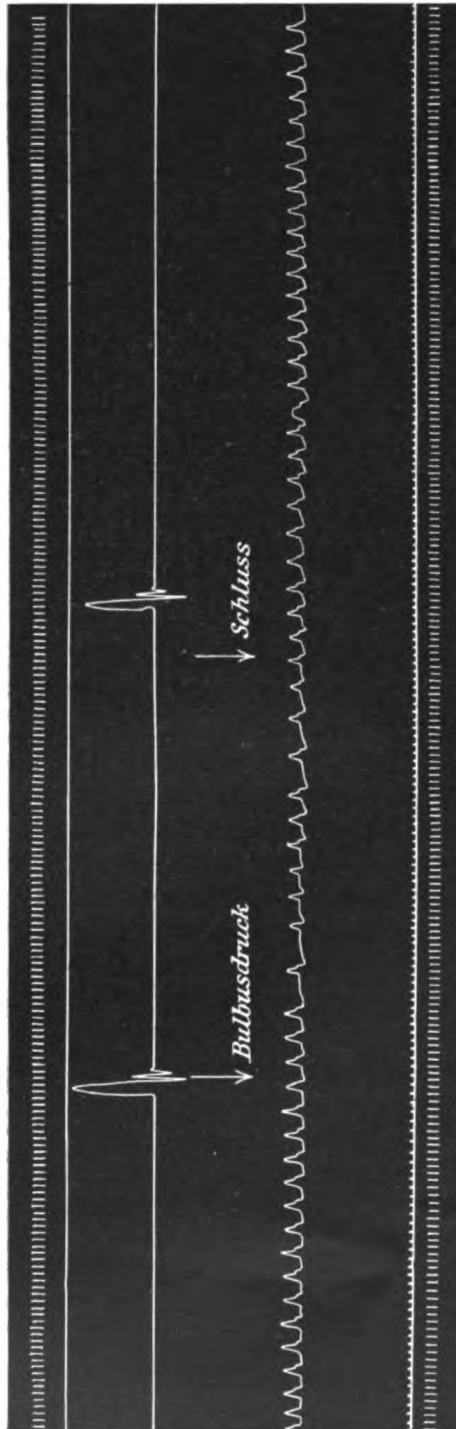


Fig. 3. Aschnerer Reflex bei Fall 18 (vor der Injektion). Nach Bulbusdruck erhebliche Verlangsamung und Irregularität des Pulses.

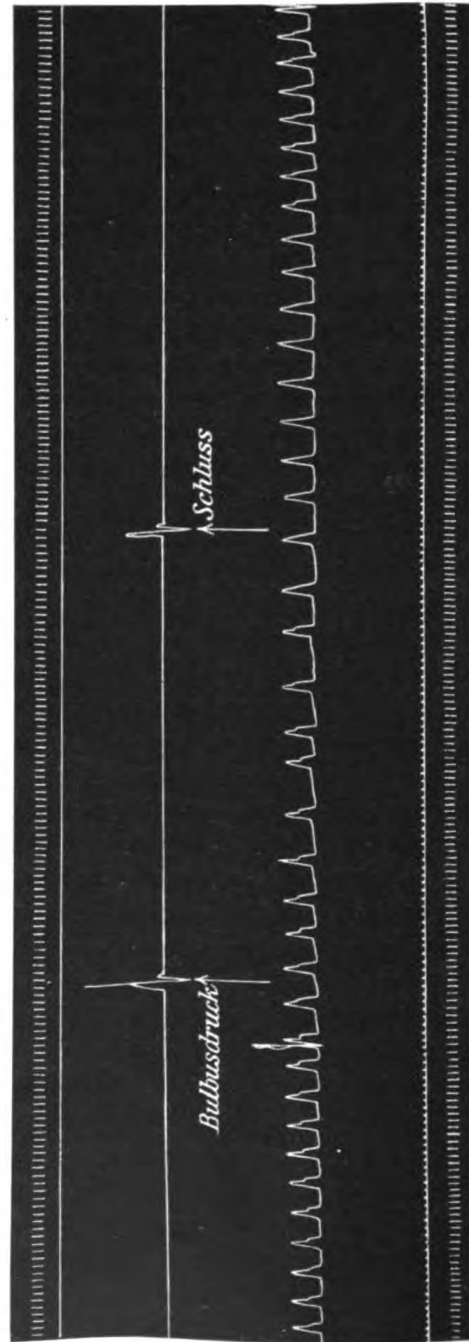


Fig. 4. Aschnerer Reflex bei Fall 14 (vor der Injektion). Starke Pulsverlangsamung, die nach Aufhören mit dem Druck auf die Bulbi noch einige Zeit anhält.

Bei Fall 19 fehlte eine Beeinflussung des Pulses auf Bulbusdruck vor und nach der Injektion.

e) Dermographismus.

1. Kontrollpersonen. Nur bei Fall 7 wurde eine Änderung, Zunahme, der vasomotorischen Erregbarkeit gefunden.

2. I. Gruppe. Eine wesentliche Änderung der Dermographie konnte nur bei 3 Fällen festgestellt werden.

Fall 6 zeigte nach 6 Minuten bereits eine deutliche Steigerung der vasomotorischen Erregbarkeit, die nach 16 Minuten noch nachzuweisen war. Dies war jener Fall, dessen Puls und Blutdruck durch die Adrenalininjektion unbeeinflusst geblieben waren.

Eine deutliche Zunahme der vasomotorischen Erregbarkeit zeigt Fall 11, der wegen seiner thyreogenen Symptome eine Sonderstellung einnahm.

Ferner wurde eine deutliche Zunahme der Dermographie bei Fall 7 festgestellt.

3. II. Gruppe. Während unter 11 Fällen der I. Gruppe nur bei einem (7) die Rötung auf Bestreichen vermißt wird, nach 7 Minuten aber lebhaft hervortritt, fehlt bei den 4 Fällen (12—15) bei 3 diese Reaktion; nur bei Fall 15 ist sie vorhanden. Eine Änderung nach der Adrenalininjektion ist nicht vorhanden.

4. III. Gruppe. Fall 17 zeigt geringe Rötung, die sich nach der Injektion nicht ändert.

Fall 18 zeigt ebenfalls geringe Rötung. 10 Minuten nach der Injektion ist eine deutliche Abnahme der Erregbarkeit zu konstatieren, die während des Versuches noch deutlicher wird.

Der 3. Fall, der eine geringe vasomotorische Erregbarkeit zeigte, veränderte sich nach der Injektion nicht.

f) Zusammenfassung.

Wir fanden demnach in der Mehrzahl der Kontrollfälle ($\frac{7}{10}$) eine Steigerung des Blutdrucks, dessen Durchschnittswert 21 mm Quecksilber betrug. Die maximale Drucksteigerung trat nach 15 Minuten auf. Bei 3 Fällen stellte sich ein Sinken des Blutdrucks, einmal rapid ein. Zweimal war eine initiale Drucksteigerung zu verzeichnen (nach $1\frac{1}{2}$ und 3 Minuten), die bald wieder zur Norm abfiel.

Was die Wirkung auf Blutdruck betrifft, so stimmen wir bei den meisten Punkten mit den früheren Resultaten überein. Die initiale Drucksteigerung erwähnen Falta, Newburgh und Nobel. Ein Sinken des Blutdrucks wurde nicht beobachtet; Baum erwähnt dieses Faktum.

Die Steigerung des Blutdrucks entspricht in der I. Gruppe der Kranken, die Prozentzahl betreffend, genau den Befunden, wie wir sie bei den Kontrollen finden.

Der Durchschnittswert der Steigerung ist geringer als bei Normalen, 16 mm Quecksilber.

Ein Sinken des Blutdrucks wurde in einem Falle beobachtet. Eine initiale Steigerung wurde nicht gefunden.

Die Zeit der maximalen Drucksteigerung entsprach der der Normalen.

Bei der II. Gruppe wurde eine Steigerung des Blutdrucks in keinem Falle beobachtet. Dagegen trat bei 3 Fällen nach der Injektion ein deutliches Sinken des Blutdrucks ein.

Eine Beschleunigung der Pulszahl zeigte sich in 6 der 10 Kontrollfälle. Die durchschnittliche Beschleunigung betrug etwa 11 Schläge in der Minute.

Eine deutliche Pulsverlangsamung, die auch Baum bei seinen Befunden erwähnt, trat bei einer Kontrollperson ein, bei Blutdrucksteigerung.

Eine Parallelisierung in der Beeinflussung von Puls und Blutdruck ergaben nur 3 der Kontrollpersonen.

2 Fälle zeigten nur eine Pulsbeschleunigung bei negativem Verhalten des Blutdrucks.

Die Zahl der Fälle der I. Gruppe, welche eine Beschleunigung der Pulszahl zeigen, ist relativ etwas größer als die der Normalen; doch ist der Unterschied immerhin gering. Dagegen ist die Höhe der Pulsbeschleunigung doppelt so groß als die der Normalen: 22 : 11.

Auch hier zeigte ein Fall eine deutliche Verminderung der Pulszahl bei Drucksteigerung.

Ein Parallelismus der Wirkung ergab sich in 7 Fällen; auch ist die Kongruenz der Puls- und Blutdruckkurve mehr ausgeprägt als bei den Normalen.

Eine Beschleunigung der Pulszahl bei sinkendem Druck zeigte ein Fall.

Eine Beeinflussung des Pulses, die als Adrenalinwirkung aufzufassen ist, fehlte in allen Fällen der II. Gruppe.

Von den Kontrollpersonen blieb 1 Fall im Verhalten des Blutdrucks und des Pulses durch Adrenalin unbeeinflusst (6). Von den Kranken der I. Gruppe zeigten zwei dieses Verhalten (6 und 10).

Alle Fälle der II. Gruppe blieben, was Puls und Blutdruck anbetrifft, durch Adrenalin unbeeinflusst.

Der Aschnersche Reflex wurde bei einer Reihe der Kontrollpersonen und allen Versuchspersonen geprüft.

Der Aschnersche Reflex stellt einen Trigemino-Vagus-Reflex dar. Er zeigt die Beeinflussung des Herzvagus durch den I. Trigeminoast. Baum beobachtete eine Verstärkung dieses Reflexes nach Adrenalininjektion in der Mehrzahl der Fälle. Er erklärt dieses paradox erscheinende Faktum: Wirkung des Sympathicusmittels auf

den Vagus, durch die Reizung der nervösen Zentren, welche das Adrenalin verursacht. Er fand die Intensitätszunahme des Reflexes auch in Fällen, die sonst nur geringe Adrenalinwirkung erkennen ließen. In einem Falle beobachtete er eine Abschwächung des Reflexes nach der Adrenalininjektion.

Der Aschnersche Reflex wurde bei der Mehrzahl der Kontrollpersonen gefunden; einmal trat auf Bulbusdruck eine Pulsbeschleunigung ein.

Die Wirkung des Adrenalins, die wir beobachten konnten, war verschieden von der, wie sie Bauer beschreibt. Wir fanden eine Umkehrung des Reflexes, d. h. es trat auf Bulbusdruck jetzt eine Pulsbeschleunigung ein. In einem Fall, der sonst keine sehr deutliche Beeinflussung durch Adrenalin hatte erkennen lassen, wurde nach der Injektion auf Bulbusdruck der Puls irregulär und inäqual.

In der Hälfte der Fälle der I. Gruppe war der Aschnersche Reflex positiv. Bei 3 Fällen trat Beschleunigung ein.

Nach der Adrenalininjektion trafen wir einmal die paradoxe Reaktion (Beschleunigung durch Bulbusdruck).

In 3 Fällen verschwand die Pulsverlangsamung, die vorher bestanden hatte.

2 Fälle zeigten eine Intensitätszunahme des Aschnerschen Reflexes.

In 2 Fällen verschwand die paradoxe Reaktion; eine Pulsverlangsamung auf Bulbusdruck trat an ihre Stelle.

Bei 2 Fällen der II. Gruppe war der Aschnersche Reflex stark positiv, wie er in keinem der vorigen Fälle gefunden wurde. Bei den übrigen fehlte er.

In einem Fall wurde eine Beeinflussung durch die Adrenalininjektion gefunden: ein Verschwinden der hochgradigen Pulsverlangsamung auf Bulbusdruck.

Die strichförmige Rötung wurde nur bei einem Kranken der I. Gruppe vermißt.

Eine Änderung der Dermographie nach Adrenalininjektion zeigten 3 Fälle; darunter jener, der vorher negatives Verhalten gezeigt hatte.

Bei den Patienten der II. Gruppe zeigte nur einer eine Hautreaktion auf Bestreichen.

Eine Änderung nach der Injektion fehlte.

II. Pilocarpin.

1. I. Gruppe. Sieben Kranken dieser Gruppe wurde Pilocarpin injiziert. Sechs zeigten deutlichen Schweißausbruch.

Der negative Fall, um dies vorwegzunehmen, war derjenige (Fall 8), welcher auch nach Adrenalin nicht mit Blutdrucksteigerung reagiert hatte.

Auch nach Pilocarpin zeigte er keine Beeinflussung. Auch Puls und Blutdruck blieben im wesentlichen unverändert.

Der Schweißausbruch setzte im Durchschnitt nach 15 Minuten ein und nahm meistens nach einer halben Stunde wieder ab.

Eine Pulsverlangsamung wurde nur in 3 Fällen gefunden (2, 4, 6). Sie trat etwa gleichzeitig mit dem Schweißausbruch ein.

Eine wesentliche Veränderung des Blutdruckes fehlte. Es waren kleine Schwankungen vorhanden, die aber Versuchsfehler nicht übertrafen.

In einem Fall (10) wurde ein langsames Sinken gefunden. 2 Fälle (4 und 10) hatten negative Adrenalinwirkung gezeigt, während sie auf Pilocarpin deutlich reagierten.

Eine exquisit starke Wirkung des Pilocarpins konnten wir bei Fall 5 verzeichnen. Hier trat eine starke Sekretion der Tränendrüsen auf, neben Schweißausbruch und Salivation, die sonst nie vorhanden war. Es ist bemerkenswert, daß dieser Fall deutlich Adrenalinwirkung, Puls und Blutdruck betreffend, ergeben hatte.

2. II. Gruppe. Von den 5 Fällen dieser Gruppe zeigte nur einer (14) eine Reaktion auf Pilocarpin: deutlichen Schweißausbruch nach 13 Minuten.

Puls und Blutdruck war bei keinem dieser Fälle wesentlich verändert.

3. III. Gruppe. Fall 17 schwitzt 22 Minuten nach der Injektion deutlich. Fall 18 gibt 7 Minuten nach der Injektion stärkere Salivation an; er schwitzte nicht. Eine Beeinflussung von Puls und Blutdruck fehlt bei dem 1. Fall. Beim 2. trat in der 1. Minute nach der Injektion eine starke Pulsverlangsamung auf; in der 2. Minute eine Zunahme der Frequenz; darauf gleichmäßiges Verhalten.

Fall 19 zeigte nach 15 Minuten starken Schweißausbruch. Der Puls änderte sich nicht.

Der Aschnersche Reflex wurde durch Pilocarpin nicht beeinflusst; nur in 2 Fällen trat nach der Injektion eine Änderung ein: bei Fall 9 wurde 13 Minuten nach der Injektion auf Bulbusdruck der Puls langsamer; bei Fall 13 trat das Gegenteil ein. Nach 15 Minuten nahm der Puls durch Bulbusdruck erheblich an Frequenz zu.

III. Atropin.

5 Kranken der I. Gruppe wurde Atropin injiziert.

4 zeigten eine Pulsverlangsamung, die bei 3 Fällen von einer leichten Blutdrucksenkung begleitet war.

Bei Fall 9 trat nach 17 Minuten eine geringe Zunahme der Pulsfrequenz auf.

2 Fälle der II. Gruppe zeigten keine Beeinflussung durch Atropin.

Ich komme zu folgenden Resultaten: Die Dissoziation der verschiedenen Wirkungsweisen des Adrenalins, auf die Falta, Newburgh und Nobel aufmerksam machen und die auf zweierlei Ursachen zurückgeführt werden kann: erstens auf die verschieden stark antagonistische Hemmung, zweitens auf den Zustand der Erfolgsorgane, die verschieden erregbar sein können, trat nach Adrenalininjektion bei den Normalen deutlich hervor. Der Unterschied der ersten Gruppe der Schizophrenen bestand darin, daß die Dissoziation der Wirkungen nicht deutlich war; d. h. die Wirkung auf den Blutdruck ging in der größeren Anzahl der Fälle der Wirkung auf den Puls parallel.

Die Wirkung auf den Blutdruck entsprach in der Zeit und in der Intensität bei der ersten Gruppe der Kranken der der Normalen. Dagegen war die Wirkung auf den Puls viel intensiver. Die Pulssteigerung übertraf die der Normalen um das Doppelte.

Der Unterschied der Akut- und der Chronisch-Stuporösen ist eklatant. Die Chronisch-Stuporösen ließen jegliche Einwirkung auf Blutdruck und Puls vermissen.

Wie nach der Adrenalininjektion, so tritt auch nach der Pilocarpininjektion der Unterschied zwischen den akuten und chronischen Fällen hervor. Bei den akuten deutlicher Schweißausbruch mit Ausnahme eines Falles; bei den 5 chronischen Fällen fehlt jegliche Reaktion, nur in einem Falle Schweißausbruch.

Die Fälle der III. Gruppe verhalten sich etwa wie die der I. Jedenfalls besteht ein deutlicher Unterschied, was Adrenalin- und Pilocarpinwirkung anbetrifft, zwischen diesen Gruppen und den chronisch-stuporösen.

Mit diesen Resultaten trete ich in Gegensatz zu Schmidt, der bei allen Fällen von Dementia praecox Adrenalinunempfindlichkeit gefunden hatte und feststellen konnte, daß diese Unempfindlichkeit desto größer war, je frischer und intensiver die Krankheitserscheinungen waren.

Die übrigen Mitteilungen, die über die Funktionsprüfung des vegetativen Nervensystems bei Dementia praecox berichten, sind ungleichmäßig und widersprechend. Poetzls Resultate sind spärlich: einmal Unempfindlichkeit gegen Adrenalin und Pilocarpin, dann stärkere Reaktion auf die vagotropen Pharmaka und schließlich bei einer späten Katatonie erhöhte Ansprechbarkeit beider vegetativer Systeme.

Unsere Befunde, die wir bei den chronisch-stuporösen Fällen erheben konnten, sind denen ähnlich, die Poetzl, Eppinger und Hess bei 5 Fällen von Melancholie des mittleren Lebensalters und bei der melancholischen Phase eines zirkulären Irreseins hatten.

Eppinger und Hess erwähnen, daß sie bei einer frischen Form von Dementia praecox eine sehr starke Wirkung von Pilocarpininjektion

sehen. Wir konnten in einem Falle dasselbe beobachten. Dagegen kann ich die Befunde von Eppinger und Hess, die bei katatonen Erregungen besonders starke Adrenalin- und Pilocarpinwirkungen beobachteten, nicht bestätigen.

Ein grundlegender Unterschied der Reaktionsweise der akut-erregten und der akut-stuporösen Form ist nicht vorhanden. Von den 5 Fällen akuten Stupors (3, 5, 6, 7, 9) zeigte nur einer eine negative Reaktion auf Adrenalin bei positiver Pilocarpinreaktion. Die Reaktionen waren in keiner Weise von denen der erregten Formen verschieden.

Was den Antagonismus zwischen sympathischem und autonomem System betrifft, den Eppinger und Hess glauben konstatieren zu können, so kann davon bei den schizophrenen Fällen keine Rede sein. Überdies ist diese Gegenüberstellung und scharfe Trennung der Systeme von Lewandowsky und von Bauer auf Grund ausgedehnter Experimente nicht anerkannt. Wir fanden im großen ganzen einen Parallelismus der Wirkung; die wenigen Ausnahmen können nicht als beweisend betrachtet werden.

Die Wirkung des Adrenalins auf den Aschnerschen Reflex ist, wie ein Blick auf unsere Tabelle lehrt, sehr verschiedenartig. Bald tritt eine Beschleunigung des Pulses auf Bulbusdruck ein, bald fehlt jegliche Wirkung. Nur in einigen Fällen ist eine Zunahme der Intensität zu konstatieren. Die Befunde bei den normalen und bei den akuten Fällen stimmen überein. Ich muß die Befunde Bauers, der glaubt, nach Adrenalin eine Zunahme der Intensität des Reflexes konstatieren zu können, ablehnen.

Es ist nötig, noch auf 2 Fälle einzugehen, die einige gemeinsame klinische Symptome darbieten: Fall 11 und 18. Beide hatten Symptome Basedowscher Krankheit. Fall 11 Exophthalmus, positiven Möbius, Gräfe und Stellwag. Er bot das Bild einer akuten Katatonie, sprach viel, inkohärent und unverständlich. Der zweite Fall 18 zeigte leichte Struma, weite Lidspalten, anfallsweise auftretende Tachykardien, Tremor und zeitweise positiven Stellwag und Möbius. Der erste Fall ergab deutliche Adrenalinwirkung mit besonderer Beteiligung des Pulses. Der zweite Fall zeigte eine erhebliche Blutdrucksteigerung, die in der ersten Minute auftrat, mit nachfolgender Senkung. Diese Reaktionsweise erinnert an die von Falta, Newburgh und Nobel bei Tetanie beschriebene. Sie spricht für eine besondere Reizbarkeit des sympathischen Systems. Überdies wurde schon von Aschner hervorgehoben, daß bei Basedowoid Reizerscheinungen von seiten des sympathischen Systems überwiegen.

Es zeigte sich also, daß von einer Veränderung der Empfindlichkeit gegen die auf das vegetative Nervensystem wirkenden Pharmaka nur

bei den chronisch-stuporösen Formen der Katatonie gesprochen werden konnte.

Lassen sich aus diesem veränderten Verhalten des vegetativen Systems Schlüsse ziehen auf den Zustand der Erfolgsorgane?

Daß man nach unseren Befunden den Gedanken einer Dysfunktion des Schilddrüsenapparates bei Katatonie, wie Schmidt ihn ausspricht, ablehnen muß, leuchtet ein. Denn daß akute Katatoniker auf die Reizmittel reagieren, das hat schon Pötzl nachgewiesen; auch Goldstein und Reichmann fanden bei einem Teil ihrer Fälle nach minimalen Dosen von Adrenalin eine Übererregbarkeit, die sich zwar nur in der Verschiebung des Blutbildes dokumentierte; ihre Dosen waren aber so gering, daß man eine nennenswerte Steigerung des Blutdrucks nicht erwarten konnte.

Der Gedanke, von einer Dysfunktion der Schilddrüse zu sprechen, liegt nach den Versuchen von Eppinger, Falta und Rudinger nahe. Diese konnten nachweisen, daß das glykosurische Verhalten nach Exstirpation der Schilddrüse sich ändert; daß auch nach Adrenalininjektion keine Glykosurie eintrat. Sie nahmen für die Schilddrüse eine sympathische und autonome Innervation an; das Schilddrüsensekret sollte beide beeinflussen; die Athyreosis bewirkte demnach eine Verminderung des Erregungszustandes der autonomen und sympathischen Nerven.

Es bestehen nun Wechselbeziehungen zwischen den Erfolgsorganen und dem vegetativen System; so ist durch Untersuchungen, besonders von Asher und Flack, nachgewiesen, daß die Schilddrüsenaktivität dem Einflusse der Nerven unterworfen ist. Er ist somit denkbar, und dieser Schluß wurde schon wiederholt gezogen und praktisch verwertet, daß Erkrankungen des vegetativen Systems Rückwirkungen auf die Erfolgsorgane ausüben. Es kommt demnach nicht die Schilddrüse allein, die zu dem vegetativen Nervensystem in Beziehungen steht, in Betracht, sondern ein System von Drüsen.

Als Tatsache neben diesen Hypothesen haben wir das eine: in den chronischen stuporösen Formen der Katatonie ist der Tonus des vegetativen Nervensystems herabgesetzt.

Die gleichen Erscheinungen fanden sich, wie schon oben erwähnt, nach den Arbeiten von Pötzl, Eppinger und Hess bei den Melancholien des mittleren Lebensalters und in der melancholischen Phase des zirkulären Irreseins. Diese Übereinstimmung im Bilde wesensfremder Krankheiten, als welche wir die beiden Gruppen, wenigstens in der Gegenwart, auffassen, und vor allem die Tatsache, daß die Tonusänderung bei den übrigen Formen der Schizophrenie fehlt, nötigt zu der Annahme, in dem Befunde nichts der Krankheit als solcher Eigenes, sondern einen sekundären Befund zu erblicken. Infolge irgendwelcher Ursachen, die unbekannt sind, tritt ein Daniederliegen des Tonus des vegetativen Nervensystems ein.

Die schädigenden Dosen greifen jedenfalls zentraler im Nervensystem an — wenigstens ist dies den Forschungen von Eppinger und Hess zu entnehmen —, als dies bei den Tonusänderungen bei Konstitutionsanomalien der Fall ist.

Vielleicht spielen Stoffwechselforgänge unbekannter Art bei der Tonusherabsetzung eine Rolle. Ich erinnere an die Versuche Dalis mit Ergotoxin. Dali fand neben anderem, das ich hier übergehe, daß nach Ergotoxininjektion das Adrenalin seine blutdrucksteigernde Wirkung verliert; daß in einem weiteren Stadium der Vergiftung paradoxe Erscheinungen, Blutdrucksenkung, eintreten.

Nun ist Ergotoxin eine Substanz, deren wirksame Bestandteile Aminobasen sind, die als Eiweißabbauprodukte auch im Organismus vorkommen. So ist das 3-Imidazolyläthylamin, von Ackermann durch Fäulnis aus dem Histidin dargestellt, chemisch und pharmakodynamisch mit dem Ergotoxin identisch.

Biedl macht nun darauf aufmerksam, daß die Wirkung dieses Stoffes große Ähnlichkeit hat mit der intravenös eingeführten Peptons. Von Schmidt-Mühlheim wurde die blutdrucksenkende Aktion des Peptons beim Hunde festgestellt. Biedl und Kraus fanden, daß beim Meerschweinchen Lähmung in einem sympathisch innervierten, Erregung in einem vom Nervus vagus versorgten Gebiet eintritt; im Gegensatz freilich zum Ergotoxin, dessen Wirkung sich nur auf das sympathische System erstreckt und das den Vagus unbeteiligt läßt.

Diese Überlegung zeigt, daß Eiweißkörper, die parenteral zugeführt werden, Wirkungen äußern, die jenen solcher Stoffe ähnlich sind, deren Wirkung auf das vegetative Nervensystem bewiesen ist. Solche Eiweißkörper kommen als Abbauprodukte im Organismus vor.

Wir werden jedenfalls den Stoffwechsel in seinen Beziehungen zum Zustand des vegetativen Nervensystems nicht vernachlässigen dürfen. Vielleicht entstehen unter dem Einflusse des Stupors mit seinen veränderten Lebensbedingungen, Abbauprodukte unbekannter Art, die, wie das 3-Imidazolyläthylamin, ein Fäulnisprodukt des Histidins, das sympathische, zentraler angreifend, das gesamte vegetative Nervensystem beeinflussen.

Diese Überlegungen, welche, wie ich mir wohl bewußt bin, auf schwankendem Boden ruhen, wurden angestellt, um zu zeigen, daß es nicht angeht, zur Erklärung der Befunde, eine Erscheinung herausgreifend, eine Dysfunktion einer Blutdrüse anzunehmen, solange nicht eindeutige Beweise vorliegen; daß die Störung nichts dem katatonen Stupor Eigentümliches vorstellt und, wohl nur sekundärer Art, eine Folge der eigenartig veränderten Lebensvorgänge ist.

Literaturverzeichnis.

- Aschner, B., Über Herzneurose und Basedowoid und ihr verschiedenes Verhalten gegenüber der Funktionsprüfung mit Adrenalin. *Zeitschr. f. klin. Medizin* **70**.
 — Über einen bisher noch nicht beschriebenen Reflex vom Auge auf Kreislauf und Atmung. Verschwinden des Radialispulses auf Druck auf das Auge. *Wiener klin. Wochenschr.* **21**.
 Asher und Flack, Beiträge zur Physiologie der Drüsen.
 Bauer, J., Zur Funktionsprüfung des vegetativen Nervensystems. *Archiv f. klin. Medizin* **107**.
 Biedl, A., *Innere Sekretion*. 2. Aufl. 1913.
 — und R. Kraus, Wirkung intravenös injizierten Peptons beim Meerschweinchen. *Centralbl. f. Phys.* **24**.
 Eppinger, H. und L. Hess, Zur Pathologie des visceralen Systems. *Zeitschr. f. klin. Medizin* **67**, **68**, **69**.
 — Die Vagotonie. *Noordens Sammlung klin. Abhandl. Berlin* 1910.
 — W. Falta und C. Rudinger, Über die Wechselwirkungen der Drüsen mit innerer Sekretion. *Zeitschr. f. klin. Medizin* **66**, **67**.
 Falta, W., L. H. Newburgh und E. Nobel, Über die Wechselwirkungen der Drüsen mit innerer Sekretion. *Zeitschr. f. klin. Medizin* **72**.
 Goldstein, K. und Fr. Reichmann, Über die körperlichen Störungen bei der *Dementia praecox*. *Neurol. Centralbl.* **6**, 1914.
 Lewandowsky, M., Stand und Aufgaben der allgemeinen Physiologie und Pathologie des sympathischen Systems. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* **14**, 281. 1913.
 Loeper, M., Action de l'Adrénaline sur les organes hématopoétiques. *Compt. rend. de la Soc. de Biol.* **55**.
 Meltzer, S. J., Über die beschleunigte Resorption aus den Lendenmuskeln. *Berliner klin. Wochenschr.* 1911.
 Pötzl, O., Über Hirnschwellung. *Jahrb. f. Psych.* **31**.
 — H. Eppinger und L. Hess, Über Funktionsprüfung des vegetativen Nervensystems bei einigen Gruppen von Psychosen. *Wiener klin. Wochenschr.* 1910.
 Schmidt, W., Adrenalinunempfindlichkeit der *Dementia praecox*. *Münch. med. Wochenschr.* **7**, 1914.
 — Katatonie und innere Sekretion. *Neurol. Centralbl.* **13**, 1914.
 Schmidt-Mühlheim zit. nach Biedl und Kraus.

Intelligenzprüfung.

Von

Dr. Fritz Schulhof,

Arzt an der niederösterreichischen Landesirrenanstalt „Am Steinhof“.

(Eingegangen am 1. September 1914.)

Die Intelligenz als Fähigkeit ist einer genauen Bestimmung zugänglich wie jede Fähigkeit, welche Prüfung bei der Wichtigkeit der Intelligenz für unsere Ansicht über den einzelnen auch unternommen werden muß.

Für eine solche Prüfung wurden bereits zahlreiche Wege angegeben und würde es allein ein Heft füllen, wollte man einen Auszug aus der bisherigen Literatur über dieses Thema bringen. Der Vergleich mit der sonstigen Literatur, die den Fachkollegen ohnedies bekannt ist, insbesondere aber mit der von Ziehen im Jahre 1911 bei Karger in Berlin veröffentlichten Schrift mit ähnlichem Titel, möge diesen Versuch rechtfertigen, der sich mit den anderen Schriften nicht deckt.

Nach der im 1. Hefte von Band 12 dieser Zeitschrift unter dem Titel „Intelligenz“ von mir gebrachten Arbeit ist Intelligenz die Fähigkeit, Erfahrungen zu sammeln und diese bei gegebener Gelegenheit zu verwerten. Es wurde dortselbst für die Intelligenz folgende Formel gefunden:

Intelligenz = (Summe + Anwendung + Art) der Begriffe aus Erfahrungen, und für die Prüfung der Intelligenz im Sinne einer genauen Bestimmung folgendes Schema gegeben:

- I. Auf Fragen Antwort mit einem Spezialfalle.
 - a) Betätigung nach eingelernter Schablone.
 - b) Betätigung auf selbstgefundenem Wege.
- II. Auf Frage allgemeingültige Antwort.
 - a) Wie oben.
 - b) Wie oben.

Zwischen den Summen I + a als geringer und II + b als hoher Intelligenz gibt es eine Unzahl von Zwischenstufen, die speziell von uns Psychiatern so oft festgestellt werden sollen, daß es sicher notwendig er-

scheint, einen Weg zu finden, um auch dann zu einem einheitlichen Resultat zu kommen, wenn ein einzelner von zwei verschiedenen Fachkollegen getrennt untersucht wird. Denn daß gerade bei dieser Art von Untersuchung fast jedesmal verschiedene und oft grundverschiedene Resultate erzielt werden, gibt ja den Gegnern und Spöttern unserer Wissenschaft eine nur zu leichte Handhabe für alle möglichen Angriffe, die angesichts der Tatsachen schwer zurückzuweisen sind.

Vor allem muß bei einer Prüfung der Intelligenz von allem abgesehen werden, was schlechthin als „Bildung“ zu bezeichnen ist, weil Bildung im gewöhnlichen Sinne ein Zufälliges ist, das vom Milieu und von den materiellen Mitteln des einzelnen viel zu sehr abhängt, um bei der Prüfung der Intelligenz als einer Fähigkeit den Ausschlag geben zu können, ganz abgesehen davon aber ist die „Bildung“ in vielen Fällen reine Gedächtnissache, bei der der einzelne sehr oft gar keine oder nur sehr wenig eigene Arbeit geleistet hat in dem Sinne einer Ordnung der Einzeleindrücke zu Begriffen und Erfahrungen, da diese meist nicht von ihm selbst stammt, sondern alles, was er bringt, von anderen gebildet und schon zu Einheiten geordnet in sein Gedächtnis hineingetragen wurde, so daß der Besitzer einer „Bildung“ im gewöhnlichen Sinne natürlich sehr leichtes Spiel hat. Es ist ja bekannt, daß unter zwei gleich intelligenten Individuen dasjenige mit dem besseren Lehrer den größeren Vorteil hat, weil der bessere Lehrer als der intelligentere in seinen Schüler schon eine bessere Ordnung hineinbringt als der andere. Bildung ist eben nichts anderes als die Summe von Wissen, die ein einzelner hat, und Wissen als solches kann ein jeder in sich bis zu einem gewissen und sehr oft bedeutenden Grade anhäufen, wenn nur die äußeren Bedingungen dazu gegeben sind. Da die Intelligenz aber eine Fähigkeit ist und als solche rein innere Bedingungen hat, muß von äußeren Einflüssen, infolgedessen auch von der „Bildung“ als zufälliger Anhäufung einer gewissen Summe von Wissen bei einer Prüfung der Intelligenz abgesehen werden. Das, was Bildung ist, kann oft einer sehr hohen Faktor II oder b vortäuschen; es ist ja bekannt, wie viele Leute oft schöne allgemeingültige Antworten geben, die sich aber bei genauerer Untersuchung als eingelernt und ohne tieferes Verständnis hergeplappert erweisen, was absolut kein hoher Faktor II ist, sondern lediglich dem Faktor a entspricht.

Ferner müssen wir von allem absehen, was „Übung“ ist. Übung ist auch nichts anderes als Blidung und zwar eine solche zu einer gewissen Fertigkeit. Auch Übung ist etwas Zufälliges, von so vielen äußeren Bedingungen Abhängiges, daß für sie eine Prüfung der Intelligenz als Fähigkeit kaum in Betracht gezogen werden kann. Wie wenig die Übung in Betracht gezogen werden darf, beweisen zahlreiche Künstler z. B. auf dem Gebiete der Musik, die mit schwindelnder Leichtigkeit die unglaub-

lichsten Kunststücke ausführen ohne jedes tiefere Verständnis; und wie oft hört man Kapellmeister klagen über die Qual, die es bereite, das begleitende Orchester mit diesem oder jenem Künstler im Zügel zu halten, weil der „gefeierte“ Künstler nicht das geringste Verständnis für Rhythmus habe!

Und um noch einmal auf das oben über Bildung Erwähnte zurückzukommen, so ist das Aussprechen allgemeingültiger Sätze als Antworten oder zu sonstigen Zwecken oft auch nichts anderes als Übungssache, wie man bei vielen „Gesellschaftslöwen“ und ähnlichen Leuten allenthalben beobachten kann, die mit einem Stocke allgemeiner Bildung reisen und sehr oft verblüffen, bei genauerer Untersuchung aber sich fast allemal als unintelligent in unserem Sinne erweisen, weil ihr ganzes Tun und Reden Übungssache, Dressur ist. Alles, was unter „Bildung“ oder „Übung“ im gewöhnlichen Sinne zu verstehen ist und bei einer Intelligenzprüfung auf einen dieser beiden Faktoren zurückzuführen ist, fällt unter a, unter den Faktor „Betätigung nach eingelernter Schablone“.

Ebenso können Leute, die sehr lange in einem Berufe gestanden haben, zu einer Zeit noch, wo die Intelligenz sicher schon bedeutend abgeschwächt ist, oft sehr gut über ihren Beruf sprechen, weil mit der Zeit ein gewisser Teil der Betätigung eines jeden einzelnen, auch wenn er einen hochstehenden Beruf ausübt, zu a, zu einer eingelernten Schablone wird, über die sogar bedeutende Leute oft nicht hinauskönnen. Ja selbst das muß zugegeben werden, daß auch ein hoher Faktor b, eine große Betätigung auf selbstgefundenen Wegen, nur allzuleicht in Gefahr kommt, zu a zu werden, so daß sehr oft das, was wir wissenschaftliche Überzeugung nennen, und was gewiß einmal b war, nunmehr a ist, über das der Betreffende nicht mehr hinauskann.

Weiterhin müssen wir von allem absehen, was reine Gedächtnisarbeit ist; die Kenntnis des kleinen und großen Einmaleins, die primitiven geographischen und naturwissenschaftlichen usw. Kenntnisse, das Schreiben und Lesen usw. sind Fertigkeiten und fallen ganz unter a und ihr Fehlen beweist lediglich, daß diese Fertigkeiten entweder nie vorhanden waren oder daß zur Zeit der Intelligenzprüfung das Gedächtnis ganz oder teilweise aus irgendwelchen Gründen versagt.

Vor allem steht der Intelligente der Welt anders gegenüber als der Unintelligente. Denn als Fähigkeit sucht sich die Intelligenz wie eine jede Fähigkeit zu betätigen; sie muß sich betätigen, weil sie vorhanden ist. Wenn für eine Fähigkeit, so gilt besonders für die Intelligenz das Wort Nietzsches: Jeder wird das, was er ist.

Der geborene Musiker wird musizieren, wo und wann er kann, und sind die äußeren Verhältnisse glückliche, dann wird er in seiner Kunst

Hervorragendes leisten, und ist er ein armer Teufel, dann wird er es auf seiner Ziehharmonika oder sonst einem wohlfeilen Instrument zu etwas bringen. Von der Musik aber wird er sich nicht losmachen können; musizieren muß er.

So wird auch der Intelligente Erfahrungen suchen, wann und wie und wo er nur kann; ja er wird die Erfahrungen gar nicht erst lange suchen müssen, weil ihm eben alles mögliche zu einer Erfahrung wird, woran ein anderer achtlos vorbeigeht. Und je nach der Art seiner Intelligenz wird sich ein jeder aus der ungeheuren Mannigfaltigkeit seiner Umgebung, die nur dem Unintelligenten eintönig erscheint, dasjenige herausfinden, wozu ihn seine Fähigkeit drängt, was seiner Intelligenz paßt.

Wie jede Fähigkeit, unterliegt auch die Intelligenz verschiedenen großen und verschieden lang andauernden Schwankungen, außerdem wechseln Zeiten, in denen Einzeleindrücke gesammelt werden, mit solchen der ordnenden Tätigkeit und der Anwendung der höheren Einheiten. Schließlich kommen der Intelligenz alle sonstigen Eigenschaften einer Fähigkeit im allgemeinen zu, sie ist von verschiedener Ausdauer, von verschiedener Bereitschaft, ist bis zu einem gewissen Grade übungsfähig und kann in verschiedener Weise von dem Willen beeinflußt werden, wie sie umgekehrt oft für den Willen richtungbestimmend ist.

Bei einer Prüfung der Intelligenz muß man vor allem ihre Art feststellen. Es muß aber hier zugegeben und zum Teil auch als berechtigt erkannt werden, daß man bei einem jeden Menschen von vornherein eine gewisse Höhe einer allgemeinen Intelligenz voraussetzt; einer Intelligenz, die über Erfahrungen aus demjenigen Teile des Lebens verfügt, der allen Menschen gemeinsam ist, und daß man denjenigen trotz seiner hohen musikalischen Intelligenz z. B. als unintelligent bezeichnet, der über Erfahrungen aus dem allgemeinen Leben nicht oder nur in geringem Ausmaß verfügt.

Uns wird die Sache dadurch erleichtert, daß wir ganz feine Unterschiede nicht beachten müssen. Bei einer Untersuchung — wir wollen hier vorläufig nur von der allgemeinen Intelligenz sprechen, weil für jede spezielle Intelligenz dasselbe gilt — müssen wir mit den allereinfachsten Fragen beginnen, und es kann nicht genug betont werden, daß die Fragen für das Gros der zu Untersuchenden nie einfach genug gestellt sein können. Mit Recht hebt Ziehen in seiner eingangs erwähnten Arbeit hervor, daß man nur zu oft nicht einmal die einfachsten Kenntnisse bei einem Arbeiter z. B. voraussetzen dürfe und weist damit ungewollt darauf hin, daß man von allem, was „Bildung“ ist, bei einer Intelligenzprüfung abzusehen habe. Man versuche aber nur einmal, eine ganz einfache Frage irgend jemandem aus der „Gesellschaft“ vorzulegen, der gemeinhin als intelligent gilt und sehe dann, wie oft die Frage entweder

gar nicht oder falsch oder im Sinne von a oder erst nach langem Hin- und Herreden richtig beantwortet wird. Ist es denn nicht bekannt, wie leicht Kandidaten bei Prüfungen gegenüber von leichten Fragen versagen, die einem die alltägliche Erfahrung beantworten müßte, wenn man sie nur hätte, während gerade die schwierigsten Fragen spielend beantwortet werden, weil man auf sie vorbereitet und eine Antwort auf sie nichts anderes ist als unser a.

Hier will ich nun in kurzen Zügen zeigen, welchen Weg ich bei der Prüfung einer Intelligenz einschlage.

Ich verwende 100 Fragen; diese sind in 5 Gruppen eingeteilt zu je 20 Fragen, die alle zusammen zwei Reihen darstellen; die eine dieser Reihen wird allemal eingeleitet mit „was ist ein?“ , während die zweite eine verschiedene Fragestellung enthält, wie „was ist für ein Unterschied?“ oder „warum?“ oder „wozu?“ oder wieder „was ist ein?“ Diese 100 Fragen legte ich nahezu 150 Personen vor, die aus verschiedensten Berufen und Gesellschaftskreisen stammten.

Um nun die Sache möglichst zu vereinfachen, kann man zu den als „erste Reihe“ überschriebenen Worten ein für allemal die Frage „was ist ein (eine)“ hinzudenken. Die Abkürzungen in der zweiten Reihe bedeuten: W. i. f. e. U. z. e. — was ist für ein Unterschied zwischen einem (einer) oder w. i. e. — was ist ein (eine).

Die fünf Gruppen der Fragen sind so eingeteilt, daß die erste Gruppe einfachste, die letzte ziemlich schwere bedeutet; in der ersten sind bloß konkrete Hauptwörter enthalten, während die letzte in der Mehrzahl abstrakte enthält. Diese Zusammenstellung entspringt aus der leicht zu machenden Erfahrung, daß Konkreta leichter zu erklären sind als Abstrakta, was auch aus der Überlegung hervorgeht, daß jene als durch die Sinne aufgenommen, fast einem jeden eigen sind, während diese der Reflexion entspringen, die nicht jedermanns Sache ist. Wenn auch in den ersten Gruppen Abstrakta enthalten sind, so stellen diese solche Begriffe aus dem täglichen Leben vor, die vielleicht gerade dem niedrig stehenden einzelnen geläufig sind.

Erste Reihe.		Zweite Reihe.
1. Schule	11.	W. i. f. e. U. z. e. { Wein und Wasser Hand und Fuß Winter und Sommer
2. Tisch	12.	
3. Ofen	13.	
4. Kind	14.	Tag und Nacht arbeitet man
5. Schachtel	15.	
6. Hund	16. Warum	schläft man weint man
7. Wagen	17.	
8. Haus	18. Wozu ist die Polizei	
9. Bett	19. W. i. e. Diebstahl	
10. Uhr	20. W. i. e. Mord	

- | | | | | |
|----------------|------|----------------------------|---|----------------------|
| 21. Handwerker | 31. | W. i. f. e. U. z. | { | Stadt und Land |
| 22. Lehrling | 32. | | | Vogel und Fisch |
| 23. Messer | 33. | Warum | { | Kirche und Tempel |
| 24. Kirche | 34. | | | Messer und Nadel |
| 25. Eisenbahn | 35. | Warum | { | ißt man |
| 26. Stadt | 36. | | | stirbt man |
| 27. Soldat | 37. | | | schimpft man |
| 28. Arzt | 38. | | | dient man |
| 29. Zeitung | 39. | W. i. Lohn | | |
| 30. Kalender | 40. | W. i. Strafe | | |
| 41. Zwerg | 51. | W. i. f. e. U. z. | { | Kind und Zwerg |
| 42. Turm | 52. | | | dumm und faul |
| 43. Berg | 53. | Warum | { | Zeit und Stunde |
| 44. Hauptstadt | 54. | | | Haus und Hütte |
| 45. Blinder | 55. | Wozu muß man verdienen | { | schwitzt man |
| 46. Bettler | 56. | | | kocht man |
| 47. Stolz | 57. | | | ist man höflich |
| 48. Neid | 58. | | | |
| 49. Müdigkeit | 59. | W. i. Ordnung | | |
| 50. Faulheit | 60. | W. i. Steuer | | |
| 61. Narr | 71. | W. i. f. e. U. z. | { | Tier und Pflanze |
| 62. Ingenieur | 72. | | | Uniform und Kostüm |
| 63. Verbrechen | 73. | Warum | { | gemein u. gewöhnlich |
| 64. Bild | 74. | | | Springen und Tanzen |
| 65. Los | 75. | Wozu braucht man Apotheken | { | atmet man |
| 66. Buch | 76. | | | bekleidet man sich |
| 67. Altar | 77. | | | hört man |
| 68. Brücke | 78. | | | |
| 69. Lehrer | 79. | W. i. e. Amt | | |
| 70. Lied | 80. | W. i. e. Sünde | | |
| 81. Gesetz | 91. | W. i. f. e. U. z. | { | Neid und Haß |
| 82. Krankheit | 92. | | | Dienen und Arbeiten |
| 83. Saal | 93. | Warum | { | Direktor u. Dirigent |
| 84. Konzert | 94. | | | Schüler und Student |
| 85. Sieg | 95. | Wozu forscht man | { | Mädchen u. Fräulein |
| 86. Volk | 96. | | | streitet man |
| 87. Gehorsam | 97. | | | lernt man |
| 88. Herrscher | 98. | | | |
| 89. Schönheit | 99. | W. i. e. Studium | | |
| 90. Güte | 100. | W. i. e. Erfolg. | | |

Die nun folgenden Antworten sind die am meisten typischen von allen 150 auf jede Frage, die ich erhalten habe und die ich hier in zwei Reihen wiedergebe, um zu zeigen, wie die Antworten nach I oder II aussehen; zu dieser Art der Angabe bin ich deswegen gelangt, weil es zu weit führen und den Raum einer Abhandlung zu weit überschreiten würde, wollte ich alle Antworten bringen. Um aber trotzdem zu zeigen,

wieweit die einzelnen Antworten auseinandergehen und immer noch im Bereiche des Richtigen liegen, will ich bloß die auf die erste Frage erhaltenen 50 Antworten bringen, die ich der Wiederholung wert erachte. Vorweg muß ich noch bemerken, daß für die Beurteilung der Antwort nicht ihre Form, sondern ihr Inhalt maßgebend ist, weil die Form von einer guten Kenntnis der Grammatik und der Grundsätze des Erklärens abhängt, was meistens Bildungs- und Übungssache ist.

Die Antworten bringe ich bloß nach der fortlaufenden Zahl, zu der die Frage oben einzusehen ist.

Antworten nach I.

1. Dort, wo man lesen lernt.
2. Wo man dabei ißt.
3. Wo die Bauern sich im Winter hinsetzen.
4. Was grad auf die Welt gekommen ist.
5. Wo man einen Hut hineingibt.
6. Was man sich haltet, damit er aufs Haus acht gibt.
7. Mit was man Kisten fährt.
8. Was mehrere Stockwerke hat.
9. Im Bett, da liegt man zum Beispiel krank.
10. Zum Beispiel eine Turmuhr.
11. Wein ist rot, Wasser ist durchsichtig.
12. Mit der Hand ißt man, mit dem Fuß läuft man.
13. Im Winter läuft man Schlittschuhe, im Sommer macht man Ausflüge.
14. Bei Tag sitzt man im Bureau, bei Nacht geht man auf den Ball.
15. Damit man Bewegung macht.
16. Wenn man betrunken ist.
17. Wenn einem die Mutter gestorben ist.
18. Damit man nicht umgebracht wird.
19. Wenn man einem anderen etwas aus der Tasche nimmt.
20. Wenn man jemanden zum Beispiel mit der Hacke erschlägt.
21. Ein Schlosser.
22. Wer zum Beispiel Tischler werden will.
23. Mit was man Brod schneidet.
24. Wo der Geistliche predigt.
25. Wo man von Wien nach Korneuburg fährt.
26. Wo zum Beispiel der Kaiser wohnt.
27. Zum Beispiel ein Deutschmeister.
28. Den ich mir geholt habe, wie der Vater krank war.
29. Zum Beispiel die Kronenzeitung.
30. Wo man alle Tage was abreißt.
31. In der Stadt gibt es Straßen, am Land Felder.
32. Das eine ist im Meer, das andere hat Federn.
33. In der Kirche betet man ein Vaterunser, im Tempel behaltet man den Hut am Kopf.
34. Das eine braucht der Koch, das andere der Schneider.
35. Wenn einem was schmeckt.
36. Wenn man eine Lungenentzündung bekommt.
37. Wenn einer mit mir grob ist.

38. Wenn man bei einem hohen Herrn angestellt ist.
39. Wenn ich was gearbeitet habe.
40. Wenn man etwas gestohlen hat.
41. Wenn einer ein Krüppel ist.
42. Was bei einer Kirche ist.
43. Zum Beispiel der Schneeberg.
44. Zum Beispiel Wien.
45. Wenn man einen führen muß, weil er nichts sieht.
46. Wenn einer von einem Kleider geschenkt verlangt.
47. Wenn einer sich einbildet, er ist mindestens der Kaiser.
48. Wenn mir einer meinen Verdienst nicht vergönnt.
49. Wenn ich viel gegangen bin.
50. Wenn einer zu faul zum Lernen ist.
51. Ein Kind ist klein, ein Zwerg ist alt.
52. Dumm ist, wenn einer nicht rechnen kann und faul, wenn er den ganzen Tag schläft.
53. Zeit ist, wenn man Zeit hat und eine Stunde ist z. B. von 8—9.
54. In einem Haus wohnt man in der Stadt und in der Hütte wohnt ein Bauer.
55. Wenn man gelaufen ist.
56. Weil man rohes Fleisch nicht essen kann.
57. Wenn man jemanden höflich begrüßt.
58. Damit man sich sein Mittagessen kaufen kann.
59. Wenn man seine Briefe in Ordnung haltet.
60. Was der Steuermann am Schiff lenkt.
61. Wenn einer glaubt, er ist der Kaiser von Mexiko.
62. Wer eine Brücke baut.
63. Zum Beispiel ein Mord oder ein Betrug.
64. Was der Maler malt.
65. Wo man damit einen Haupttreffer machen kann.
66. Ein Roman.
67. Da liest der Geistliche eine Messe.
68. Da fährt man mit dem Wagen über die Donau.
69. Wer einem anderen rechnen lernt.
70. Was zwei zusammen singen.
71. Das Tier hat Augen, die Pflanze nicht.
72. Der Kavallerist hat eine Uniform, der Schauspieler ein Kostüm.
73. Gemein ist, wenn einer schimpft und gewöhnlich, wenn man etwas oft macht.
74. Springen tut man beim Turnen und tanzen tut man einen Walzer.
75. Damit man nicht erstickt.
76. Damit es einen nicht friert.
77. Weil ein anderer was sagt zu einem.
78. Damit man sich ein Pulver holen kann, wenn man krank ist.
79. Zum Beispiel das Ministerium.
80. Eine Lüge.
81. Daß man nicht stehlen darf.
82. Wenn man Fieber hat.
83. Zum Beispiel der Sofiensaal.
84. Zum Beispiel am Sonntagnachmittag.
85. Wenn man beim Fußball den Gegner besiegt.
86. Zum Beispiel die Deutschen.
87. Wenn man beim Militär ist.
88. Der Kaiser.

89. Wenn mir ein Mädel gefällt.
90. Wenn jemand geduldig ist.
91. Neid ist, wenn jemand mehr Geld hat und man es ihm nicht vergönt; Haß, wenn man seine Frau nicht leiden kann.
92. Diener ist, wenn man ein Diener ist und arbeiten, wenn man ein Schmied ist.
93. Direktor ist von einer Fabrik und Dirigent bei der Militärmusik.
94. Schüler ist, wenn man in die Volksschule geht und der Student geht auf die Universität.
95. Ein Mädchen ist ein Dienstmädchen und ein Fräulein ist von einer Herrschaft.
96. Wenn man sich mit seiner Frau nicht verträgt.
97. Damit man lesen, schreiben und rechnen kann.
98. Damit man weiß, woher die Krankheiten kommen.
99. Wenn man Technik studiert.
100. Wenn es einem gut geht.

Es wird nach diesen Antworten kein Zweifel mehr bestehen, daß eine jede für sich bloß als ein „Spezialfall“ anzusehen ist, das heißt, daß sie bloß einen ganz geringen Teil der Frage beantwortet oder — logisch gesprochen —, daß das Subjekt der Antwort ein ziemlich kleiner Unterbegriff des Subjektes des Fragesatzes ist; der Antwortgeber hat nicht seine sämtlichen koordinierten Unterbegriffe zu dem zugehörigen Oberbegriffe vereinigt, hat mit unseren Worten in seine Begriffe nicht die Ordnung hineinzubringen vermocht, die man von einer höheren Intelligenz erwarten würde.

Als Gegensatz folgen nun 100 Antworten nach II.

Antworten nach II.

1. Wo man was lernt.
2. Wo man darauf ißt und alles.
3. Ofen gehört zum Einheizen.
4. Was weniger als 10 Jahre alt ist.
5. Damit man etwas hineingibt.
6. Ein Tier, welches bellt.
7. Gehört zum Fahren.
8. Zum Wohnen oder zum Arbeiten.
9. Das gehört zum Liegen.
10. Damit man weiß, wie spät es ist.
11. Wein kommt von Trauben, Wasser von der Erde.
12. Mit den Händen arbeitet man und mit den Füßen geht und läuft man.
13. Im Winter ist es kalt, im Sommer warm.
14. Der Tag dauert von früh bis abends, und die Nacht von abends bis in der Frühe.
15. Damit man was zu essen hat.
16. Damit man gesund bleibt.
17. Weil man traurig ist.
18. Die gibt acht, daß nichts Unrechtes geschieht.
19. Wenn man jemandem etwas wegnimmt, ohne daß er es weiß.
20. Wenn man jemanden umbringt.

21. Einer, der ein Handwerk betreibt.
22. Wenn einer ein Handwerk lernt.
23. Wo man damit was schneiden kann.
24. Wo die Christenmenschen beten gehen.
25. Was auf Schienen fährt.
26. Wo viele Häuser sind und Straßen und Plätze und so.
27. Wer einmal in den Krieg gehen soll.
28. Den holt man sich, wenn man krank ist.
29. Wo das Neueste von der Welt drinnen steht.
30. Wo ich weiß, welches Datum ist.
31. In der Stadt gibt es Bürger, am Land Bauern.
32. Das eine fliegt, das andere schwimmt.
33. Das eine ist für die Christen, das andere für die anderen.
34. Mit dem Messer schneidet man, mit dem andern näht man.
35. Damit man nicht verhungert.
36. Weil man nicht ewig leben kann.
37. Wenn man sich über jemanden ärgert.
38. Damit man Geld hat.
39. Wenn man was verdient hat.
40. Wenn man eine Schlechtigkeit begangen hat.
41. Ein kleiner Mann oder eine kleine Frau.
42. Etwas sehr Hohes und Schmales.
43. Was höher ist als ein Hügel.
44. Die größte Stadt im Land.
45. Wenn einer auf beiden Augen blind ist.
46. Wenn einer von mir verlangt, daß ich ihm was schenken soll.
47. Wenn einer, der nichts ist, glaubt, er ist was.
48. Wenn einer einem anderen was nicht vergönnt.
49. Wenn man nicht mehr arbeiten kann.
50. Wenn einer nicht arbeiten will.
51. Wenn ein Kind klein bleibt, wird es ein Zwerg und ein Kind ist sehr jung.
52. Dumm ist einer, wenn er nichts versteht und faul ist, wenn er nichts lernen will.
53. Ja, eine Stunde ist ja auch Zeit.
54. Ein Haus ist groß, eine Hütte ist klein.
55. Wenn es einem heiß wird.
56. Weil rohe Sachen schwer zu verdauen sind und schlecht schmecken.
57. Weil man es gelernt hat.
58. Weil man Geld braucht.
59. Wenn man sich in etwas gut auskennt.
60. Was man zahlen muß, damit der Staat Geld hat.
61. Einer, der närrisch ist.
62. Wer die Technik gelernt hat.
63. Was verboten ist und man tut es doch.
64. Irgendeine Wiedergabe auf Papier oder Leinwand von einer Szene.
65. Das kauft man sich, damit man etwas gewinnt.
66. Zum Lesen.
67. Was in der Kirche vorne steht.
68. Damit man über etwas Tiefes drüber kommt.
69. Wer mir was beibringt.
70. Was man singt.
71. Das Tier bewegt sich und die Pflanze ist mit einer Wurzel festgewachsen.
72. Uniform muß man tragen und ein Kostüm zieht man an, wenn man will.

73. Gemein ist einer, der keinen Charakter besitzt und gewöhnlich ist das, was oft vorkommt.
74. Springen ist hoch oder weit und Tanzen ist rund herum.
75. Weil man muß.
76. Weil man nicht nackt herumrennen darf.
77. Weil man Ohren hat.
78. Weil man Medizin braucht.
79. Wo man ins Bureau gehen muß.
80. Was der liebe Gott verboten hat.
81. Was nicht erlaubt ist.
82. Eine Gesundheitstörung.
83. Ein großer Raum für viele Leute.
84. Wo man Musik hört.
85. Wenn einer einen anderen unterkriegt.
86. Was ein Kaiser regiert.
87. Gehorsam ist, wenn man folgt.
88. Wenn einer regiert.
89. Wenn eine schön ist.
90. Wenn man mit einem Vorgesetzten gut auskommt.
91. Neid ist Mißgunst und Haß das Gegenteil von Liebe.
92. Ein jeder Arbeiter ist ein Diener, nicht jeder Diener ist aber ein Arbeiter.
93. Ein Direktor hat Untergebene und ein Dirigent ein Orchester.
94. Genau genommen keiner.
95. Ein Mädchen wird erst ein Fräulein.
96. Weil man es anders will wie ein anderer.
97. Weil man wissen will.
98. Wenn man was entdecken will.
99. Auf der Hochschule.
100. Was man erreicht hat.

Aus diesen 100 Antworten — über deren einzelne man gewiß noch streiten kann — geht zur Genüge hervor, was unter einer Antwort II zu verstehen sei; man kann aber auch ersehen, wie sehr manche Antworten, die gewiß allen Regeln der Logik und Grammatik hohnsprechen, trotzdem als Antworten II anzusehen sind; weiterhin kann man genau verfolgen, wie eine Intelligenz sich im allgemeinen hilft; wenn für irgend etwas eine erschöpfende Begründung oder eine genaue Angabe des allgemeinen Zweckes erfolgt, so ist das genau so eine Antwort II, wie eine umfassende Begriffs- oder Wesensbestimmung einer Sache; ferner ist oft schon eine Antwort dann als II abzusehen, wenn sie nur einen Artbegriff enthält und nicht bloß eine Spezies, wenn auch das Subjekt der Antwort nicht immer in seinem ganzen Umfange dem der Frage entspricht.

Hier will ich noch hinzufügen, daß ich jede Frage einem jeden beliebigen vorlege, wenn ich sie ihm nur in sein Verständnis übersetze, was man sehr oft mit den allereinfachsten Fragen vornehmen muß. Oft muß man dem zu Befragenden an einigen Beispielen, die man ihm sozusagen vormacht, erläutern, was man überhaupt von ihm will, worauf

man oft von Leuten, die im ersten Augenblick als unintelligent erschienen, sehr schöne Antworten II erhält.

Nun folgen noch 50 verschiedene Antworten auf die erste Frage, die ich versucht habe, nach ihrem Werte zu ordnen, so daß die nach I zuerst, die nach II zuletzt angeführt sind; über die in der Mitte stehenden Antworten kann gewiß gestritten werden.

50 Antworten auf die erste Frage.

- 1., 2., 3. Wo man lesen lernt.
- 4., 5. Wo man schreiben lernt.
- 6., 7., 8., 9. Wo man rechnen lernt.
10. Wenn man wo Sprachen lernt.
11. Zum Beispiel die Universität.
12. Wo die Kinder hingehen.
13. Wo mein Mann angestellt ist.
14. Wo ich lesen, schreiben und rechnen und so gelernt habe.
15. Eine Schule hat fünf Klassen.
16. Schulen sind z. B. das Gymnasium, oder die Realschule oder . . .
17. Dort lernt man lesen und schreiben.
18. Da lernt man zum Beispiele Medizin oder die Gesetze . . .
19. Wo die Schüler hingehen.
20. Wo jeder hin muß.
21. Wo ich das gelernt habe, was ich heute weiß.
22. Die Baumschule ist auch eine Schule.
23. Für die Kinder.
24. In der Schule war jeder.
25. Wo man in die Schule geht.
26. Zum Beispiel auf der Freieung oder in der Johannesgasse.
27. Meine Kinder gehen alle in die Schule.
28. Schule muß überall sein.
29. Dort lernen alle dasselbe.
30. In der Schule muß man lernen.
31. Da lernt man denken.
32. Ein Haus, wo Lehrer angestellt sind.
33. Wo man zwischen 7 und 14 Jahren hin muß.
34. Wenn viele wo beisammen sind und was lernen.
35. Wo die Lehrer die Schüler unterrichten.
36. Da gibts zu lernen.
37. In die Schule geht man, damit man was weiß.
38. In der Schule kann man was lernen.
39. Wo man geprüft wird.
40. Für Schüler und Studenten.
41. Die haltet der Staat, damit die Bürger was lernen.
42. In der Schule wird Unterricht erteilt.
43. Dort lernt man, was man im Leben braucht.
44. Eine Unterrichtsanstalt.
45. Überall, wo's Lehrer und Schüler gibt.
46. Damit man was lernt.
47. Da kann man alles mögliche lernen.

48. Wo unterrichtet wird.
 49. Da soll man was lernen.
 50. Wo man was lernt.

Es sind mit Absicht nur solche Antworten gewählt, deren Form den Regeln der Logik nicht entspricht; es muß ein jeder zugeben, daß es nur eine eingelernte Schablone ist, wenn irgend jemand allemal formell richtige Antworten gibt, weil durch eigenes Denken so gut wie niemand auf die vorgeschriebene Form kommt, was den Tatsachen insofern entspricht, als ich formell vollständig richtige Antworten in Gesellschaften zum Beispiel, wo man sich unbemerkt bei allen möglichen Gelegenheiten davon überzeugen kann, nur von Leuten erhielt, in deren Studiengang die Logik eingeschlossen war, während Ingenieure z. B., die eine Realschule und dann die Technik absolvierten, fast allemal inhaltlich gute, formell aber falsche Antworten II geben. Selbstverständlich aber ist, daß eine Antwort, die formell ganz in Ordnung ist, inhaltlich unter Umständen gar keine Bedeutung haben kann, welche Antwort dann als IIa zu bezeichnen ist.

Die Beobachtung lehrt, daß man von der Mehrzahl der Menschen, denen man eine größere Reihe von Fragen obiger Art vorlegt, sowohl Antworten nach I als auch solche nach II erhält. Aus dieser Tatsache ergibt sich nun die Möglichkeit, die Höhe der Intelligenz zu bestimmen; je mehr Antworten II man erhält, um so höher steht die Intelligenz und umgekehrt. Der allgemeine Ausdruck für dieses Ergebnis ergibt sich als folgende Formel: $I > II$ oder $II > I$. Wenn man das Ergebnis ganz genau angeben will, so kann auch geschrieben werden: von x Antworten wurden x_1 Antworten im Sinne von I, der Rest im Sinne von II beantwortet. Überhaupt fehlen wird bei keinem Menschen einer der beiden Faktoren — wenigstens fand ich keinen, der nur Antworten in dem einen Sinne gegeben hätte.

Bei einer genauen wiederholten Untersuchung auf Intelligenz wird man aber erst ersehen können, was der einzelne aus seiner „Bildung“ und „Übung“ gemacht hat; denn so wertlos beide bei einem unintelligenten Menschen sind, um so wertvoller werden sie unter dem Einfluß der Intelligenz, in deren Hand sie einen durch nichts zu ersetzenden Reichtum bilden. Während beide bei einem unintelligenten Menschen nichts anderes bewirken als ein a , das ja selbst auch verschiedene Größe und Höhe erreichen kann, bilden sie für einen intelligenten Menschen um so mehr eine der Grundlagen für b , als dieser letztere einen großen Teil des Gelernten durch seine Erfahrungen im weitesten Sinne des Wortes bestätigt und gestützt findet und schon von vornherein und auch später alles Aufgenommene selbst zu Einheiten ordnet, was — wie aus der früheren Arbeit hervorgeht — von grundlegender Bedeutung

für den einzelnen ist und welche eigene Arbeit durch gar nichts ersetzt werden kann.

Es erhebt sich nun aber, um auf das vorhin Gesagte anzuknüpfen, die Frage, wann die Untersuchung auf I oder II abgebrochen werden soll. Für die meisten Menschen ist eine solche Art einer Unterredung etwas Ungewohntes, weil nicht Geübtes, und ermüdet den zu Untersuchenden infolgedessen sehr leicht. Um so mehr aber werden wir den zu Untersuchenden beachten, je mehr er uns Antworten nach II gibt, weil wir auf das Vorhandensein einer guten theoretischen Intelligenz schließen müssen um so mehr, als oft die Ordnung der Einzeleindrücke zu höheren Einheiten erst unmittelbar nach der Frage erfolgt; verlange ich nun auf einmal eine lange diesbezügliche Tätigkeit von einem einzelnen, so ermüdet er um so leichter, je weniger gewöhnt er diese Art von Beschäftigung ist. Das Eintreten der Ermüdung erkenne ich nun allemal daran, daß die Antworten im Sinne von I plötzlich unverhältnismäßig überhandnehmen; der zu Untersuchende ist nämlich ermüdet und nimmt seine Zuflucht zu einem einfacheren Mittel.

Wir haben hiermit aber auch schon ein Maß in der Hand, die Ausdauer der Intelligenz in einer gewissen Hinsicht genauer zu bestimmen, welche Bestimmung um so leichter ausfällt, je größer II im Beginne zu I war. Maßgebend für unser Urteil über die Ausdauer kann aber nicht sein die Zeit, nach der Ermüdung eintritt, sondern kann nur sein die Anzahl der Antworten; denn es ist klar, daß derjenige, der länger nachdenkt, in derselben Zeit weniger Fragen beantwortet als der andere, der nicht so lange nachdenkt; und doch hat der erstere eventuell nach derselben Zeit Ermüdungserscheinungen wie der letztere, da dieser schon soundso viel mehr Fragen beantwortet hat. Wir sind uns nun aber gewiß darüber einig, daß bei einer ganz genauen Untersuchung auf das Vorhandensein einer theoretischen Intelligenz eine einmalige Untersuchung nicht genügen kann, weil eine einzige Sitzung sozusagen nicht die Möglichkeit bietet, die ganze Reihe von Fragen, die zu einer genauen Bestimmung dieses Teiles der Untersuchung nötig sind, zu stellen.

Ist die Untersuchung auf eine allgemeine theoretische Intelligenz abgeschlossen, so folgt die auf spezielle theoretische Intelligenz, die auch vom Leichtesten zum Schwierigsten fortschreiten muß. Hier wird es sich oft notwendig erweisen, einen genauen Kenner des Faches des zu Untersuchenden als Experten zu Hilfe zu rufen, der allerdings vor unseren Augen die Prüfung vorzunehmen haben wird.

Kurz wiederholt stellt sich der Gang der Untersuchung auf theoretische Intelligenz folgendermaßen dar:

1. Untersuchung auf allgemeine theoretische Intelligenz.
Stellung von einfachsten bis zu schwierigsten Fragen in Form einer Stufenleiter. Allemal Abbruch der Untersuchung, wenn I

größer wird als II besonders dann, wenn im Beginne der Untersuchung II größer war als I. Hierbei gleichzeitig Bestimmung der Ausdauer der Intelligenz auf rein arithmetischem Wege.

2. Untersuchung auf spezielle theoretische Intelligenz.
(Wie bei 1.)

An dieser Stelle aber muß noch eine wichtige Bemerkung gemacht werden, die aus einer alltäglichen Erfahrung entspringt. Um zu erfahren, welche spezielle Intelligenz der zu Untersuchende besitzt, genügt es nicht immer, den Beruf des Betreffenden zu wissen, in vielen, ja in den meisten Fällen, in denen es sich um Leute aus den besseren Ständen handelt, ist die Frage, womit sich der zu Untersuchende in seiner freien Zeit am liebsten beschäftigt, mindestens ebenso wichtig wie die nach dem Berufe; in vielen Fällen entspricht der Beruf irgend jemandes gar nicht seinen Neigungen, sondern wird ihm durch irgendwelche äußere Bedingungen mehr oder weniger aufgenötigt. Seine spezielle Fähigkeit aber muß sich betätigen, und so sucht er diese nun in seiner freien Zeit zu beschäftigen. Ganz abgesehen davon verfügen eine Reihe von intelligenten Menschen über zwei oder mehrere Fähigkeiten, die sie in der freien Zeit üben — und oft ist es, um zu einem ganz genauen Resultat über die Intelligenz im ganzen zu gelangen, nötig, alle die speziellen Fähigkeiten zu untersuchen, über die jemand verfügt.

Der zweite Teil der Untersuchung, der auf praktische Intelligenz, geht im allgemeinen denselben Weg wie der erste und soll hier infolgedessen die genauere Beschreibung desselben unterbleiben; nur in Form eines kurzen Auszuges soll er hier angegeben werden:

3. Die Untersuchung auf allgemeine praktische Intelligenz.

Benehmen des zu Untersuchenden in seiner gewohnten Lebenslage; sein Benehmen in ungewohnter Umgebung, wozu uns eine leichte Handhabe sein Benehmen in der gewiß ungewohnten Umgebung von Geisteskranken bietet.

4. Untersuchung auf spezielle praktische Intelligenz.
(Wie 3.)

Erspart bleibt uns die Untersuchung auf 4 bei Leuten, die irgend etwas Selbständiges auf ihrem Gebiete geleistet haben. Nur lassen sich für den zweiten Teil der Untersuchung schwerer Mittel und Wege finden als für den ersten, ganz abgesehen davon, daß er nicht die Wichtigkeit besitzt wie der erste; denn schließlich müssen wir uns darüber klar sein, daß der Faktor *b* ja, wie in der früheren Arbeit bemerkt wurde, eine theoretische Intelligenz zur Grundlage hat, ja sogar aus ihr ent-

springt und bei näherer Überlegung sogar nichts anderes als theoretische Intelligenz bedeutet, wenn auch auf praktischen Wissenszweigen.

Es erübrigt noch, eine kurze Zusammenfassung des Inhaltes dieser Arbeit zu geben.

Prüfung auf theoretische Intelligenz in einer Unterredung, in der von einfachen konkreten zu zusammengesetzten abstrakten Begriffen fortgeschritten wird. Hierbei Bestimmung der Ausdauer auf rein arithmetischem Wege, dadurch, daß als Ermüdungszeichen das ungleiche Überhandnehmen der Antworten im Sinne von I besonders dann gilt, wenn im Beginne der Prüfung die Antworten nach II in deutlicher Mehrzahl erfolgten; Beurteilung der Antworten bloß nach dem Inhalt, nicht nach der Form, die auf „Bildung“ oder „Übung“ zurückzuführen ist, von welchen beiden bei der Intelligenzprüfung soweit als möglich abzusehen ist.

Prüfung auf praktische Intelligenz analog der auf theoretische.

Die Klassifikation in der Psychopathologie.

Ein Vortrag.

Von

Professor Dr. **Robert Gaupp** (Tübingen) ¹⁾.

(Eingegangen am 1. Oktober 1914.)

Die Einteilung aller Äußerungen des Seelisch-Abnormen vollzieht sich seit **Kahlbaum** in drei Abstufungen: Voran steht die Aufzählung und begriffliche Umgrenzung aller einzelnen psychopathologischen Symptome, also der Störungen des Wahrnehmens, Vorstellens, Fühlens, Wollens usw. unter Zugrundelegung der modernen, naturwissenschaftlich orientierten Psychologie — diese Aufgabe soll uns heute nicht weiter beschäftigen; ihr Ergebnis ist in seinem wesentlichen Inhalt fester Besitz unserer Wissenschaft und dem Streit der Meinungen fast völlig entzogen. Zwar täuscht die Verschiedenheit der terminologischen Umgrenzungen der einzelnen Elementarbegriffe bisweilen eine gewisse Unsicherheit unserer wissenschaftlichen Grundlagen vor, und wer an die Vollständigkeit einer allgemeinen Symptomatologie der Geisteskrankheiten hohe Ansprüche stellt, wird noch manche Lücke entdecken und manche Korrektur für nötig erachten. Aber im großen und ganzen ist man doch einig und grundsätzliche Verschiedenheiten treten nur selten zutage.

Die zweite Stufe im System unserer Einteilungen ist die präzise Herausarbeitung bestimmter Symptomenkomplexe [Syndrome, Zustandsbilder, Habitualformen²⁾ Symptomenverkuppelungen]. Früher bildeten sie den einzigen Gegenstand aller psychiatrischen Systematik. Seit Frankreichs erfolgreiche Forscher **Falret** (1851) und **Baillarger** (1854) das zirkuläre Irresein und die folie à double forme lehrten, seit

¹⁾ Die Abhandlung ist die fast unveränderte Wiedergabe eines Referates für den — infolge des Krieges unterbliebenen — internationalen Kongreß in Bern. Sie wurde am 15. Juli 1914 abgeschlossen. **Gaupp**.

²⁾ Ziehen unterscheidet noch zwischen Syndrom (= häufiger und charakteristischer Symptomenkomplex) und Zustand; doch ist diese Unterscheidung nebensächlich.

Kahlbaum (1863) mit der „Einheitspsychose“ aufräumte, seit die Paralyse nicht mehr als eine Kombination verschiedener Krankheitsvorgänge, sondern als einheitliche Krankheit erkannt war, hat sich die Auffassung immer siegreicher durchgesetzt, daß die Psychiatrie gleich den übrigen Zweigen der inneren Medizin sich in ihrem systematischen Bemühen nicht darauf beschränken dürfe, die verschiedenen Syndrome zu umschreiben und zu etikettieren. Allein so klar uns heute diese Tatsache vor Augen steht, so dürfen wir darüber nicht vergessen, daß die scharfe Erfassung des Zustandsbildes, die präzise Abgrenzung bestimmter Syndrome die wichtigste Grundlage für alles weitere Einteilungsbestreben abgeben muß. Seit 8 Jahren verlangt Hoche, der die klassifikatorischen Bemühungen der modernen klinischen Psychiatrie skeptisch bewertet, ja sie als „Jagd nach einem Phantom“ grundsätzlich verwirft, eine sorgfältigere Umschreibung und symptomatologisch feinere Zergliederung der Syndrome, in denen er den, allem Streit der Meinungen entzogenen, gesicherten Besitz unserer klinischen Erfahrungen erblickt und annimmt, daß es sich bei diesen Syndromen wohl um schon normalerweise bereitliegende Symptomverbindungen handle, analog dem Mechanismus des epileptischen Anfalles, der auf bestimmte Reize hin als präformierter Symptomenkomplex zutage trete.

Auf die zweite Etappe in der Einteilung unseres klinischen Erfahrungsmaterials, die Aufstellung der Syndrome folgt nun als die letzte und eigentliche Arbeit des Klinikers der Versuch, Einzelsymptome und Zustandsbilder als Baumaterial für eine klinische Formenlehre zu verwenden und zu Krankheitsvorgängen, „Krankheitsprozessen“, „Krankheitseinheiten“, „espèces morbides“, „entités morbides“, „natürlichen Krankheiten“ vorzudringen, das gesamte klinische Tatsachenmaterial in bestimmte „Formen des Irreseins“ aufzuteilen. Das Verlangen nach einer solchen Formenlehre wird als Forderung in der Regel anerkannt¹⁾; über seine Ausführbarkeit und über das Maß der Erfüllung dieser Forderung gehen freilich die Meinungen heute mehr als je auseinander. Die Psychiatrie mußte die Erfahrung machen, die jede ernstlich betriebene Wissenschaft zu allen Zeiten gemacht hat: je tiefer wir in die Probleme eindringen, um so zahlreicher werden sie, und um so kritischer und bescheidener werden wir in der Abmessung dessen, was

¹⁾ Vgl. auch Jelgersma, Das System der Psychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 13. 1912. Ein gelegentliches Kokettieren mancher Psychiater mit der alten „Einheitspsychose“ Neumanns ist wohl mehr der Ausdruck kritischen Übereifers oder müder Resignation eines ungeduldigen Temperamentes als wirklich ernsthafte Meinung. — F. Hartmann (Graz) nimmt in diesen Fragen als prinzipieller Hirnpathologe eine Sonderstellung ein, indem er auf den Standpunkt Griesingers zurückkommt und überhaupt keine psychischen Krankheiten, sondern nur psychopathologische Funktionsstörungen bei Gehirnkrankheiten anerkennt.

wir erreicht haben. Das ist nicht so verwunderlich bei Krankheiten, deren Verlauf sich so häufig über Jahrzehnte erstreckt. Vor 40 bis 50 Jahren hatten die Irrenärzte ganz zweifellos weniger Mühe, jedem Einzelfall einen Namen zu geben. Mit wenigen Begriffen kam die Systematik aus: Manie, Melancholie, Tobsucht, Verwirrtheit, Verrücktheit, Demenz. Das augenblickliche Zustandsbild gab den Namen; änderte es sich, so war ein anderer Name zur Stelle und die Prognose überließ man dem lieben Gott. Nur weil wir heute in der deutschen Psychiatrie viel mehr verlangen als diese elementaren Etikettierungen früherer Zeiten, weil wir — dank vor allem Kraepelin — in unseren klassifikatorischen Bemühungen gründlicher geworden sind, werden wir auch leichter enttäuscht, sehen wir uns öfter außerstande, unsere prinzipielle Forderung im Einzelfall zu erfüllen, haben wir so viele „unklaren Fälle“. Denn das möchte ich meinem heutigen Referate voranstellen: es gibt in der heutigen Psychiatrie kein System, sofern es mehr als oberflächliche Zustandsbezeichnungen geben will, in das wir alle Fälle, die wir sehen, einreihen könnten. Jedem, und mag er eine noch so große persönliche Erfahrung besitzen, kommen immer wieder zahlreiche Fälle vor Augen, die ihm fremd sind, denen er keine gleichen Erfahrungen an die Seite stellen kann, die sich keiner klinischen Gruppe einverleiben lassen. Ein so scharfer Beobachter wie Wernicke hat dies vor 15 Jahren bei seinem Studium der Zustandsbilder betont und es ist seither nicht anders geworden. Der deutsche Führer auf dem Gebiet der klinischen Systematik, Kraepelin hat selbst auch niemals gezögert, diese Tatsache ausdrücklich hervorzuheben¹⁾. Aber während Hoche daraus den Schluß zieht, daß es, wenigstens für das Gebiet der sogenannten funktionellen Psychosen, eine Utopie bedeute, mehr als nur Symptomverkuppelungen feststellen zu wollen, bin ich mit Kraepelin der Meinung, daß eine klinische Disziplin, die eine kaum 50jährige Geschichte hinter sich hat, einen sehr erfreulichen Stand erreicht hat, wenn sie sich von der Bequemlichkeit der rein symptomatischen Betrachtungsweise bewußt freigemacht hat und die Ordnung ihrer Erfahrungen nach klinischen Gesichtspunkten mit strenger Kritik und ohne dogmatische Bindung immer wieder von neuem versucht und auch teilweise erreicht.

Es ist viel darüber gestritten worden, nach welchem Prinzip die Einteilung der psychischen Störungen zu geschehen habe. Die Meinungen haben sich allmählich geklärt. Wir wissen, daß wir kein streng logisches Schema anwenden können, sondern das Gute nehmen müssen, wo wir es finden. Man ist im allgemeinen darin einig, daß der anatomischen Forschung der Vortritt gebühre. Wo die patholo-

¹⁾ Vgl. z. B.: Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. Zentralbl. f. Nervenerkrankungen und Psych. 1905. Außerdem an vielen anderen Orten.

gische Anatomie imstande ist, bestimmte Krankheitsvorgänge aufzudecken und in ihrer spezifischen Art darzulegen, da wird sie ohne viel Widerspruch zum Einteilungsprinzip. Und das geschieht um so bereitwilliger, wenn sich in den zugehörigen klinischen Krankheitsbildern neurologische mit psychopathologischen Symptomen kombinieren. Die anatomisch gut fundierte Hirnpathologie gestattet ja in sehr vielen, ja in den meisten Fällen, den neurologischen Symptomen die anatomische Grundlage exakt nachzuweisen. So stehen heute große Gebiete der Psychiatrie klassifikatorisch fast außer Diskussion: die progressive Paralyse und die verschiedenen Formen der Hirnsyphilis, die arteriosklerotischen Hirnerkrankungen mit ihren mannigfaltigen Bildern, ein Teil der senilen Geistesstörungen, die psychotischen Zustände im Verlaufe der umschriebenen Hirnerkrankungen (Tumor cerebri, multiple Sklerose, Hydrocephalus, Hirnblutung und -erweichung usw.); sie alle haben ihren festen Platz im System, wenigstens soweit es sich um die Bildung der großen Gruppen handelt, die der ersten klassifikatorischen Orientierung dienen. Auch die angeborenen Defektzustände verschiedenster Herkunft, die man klinisch unter den Sammelbegriffen der Idiotie, Imbezillität und Deбилität zusammenfaßt, sind den theoretischen Kämpfen um das Einteilungsprinzip entzogen, so sehr sie ja noch praktisch-klinisch einer exakten Aufteilung bedürfen. Die letzten Jahrzehnte haben hier große Fortschritte gebracht und auch hierbei ist die pathologische Anatomie eine Strecke weit die Führerin gewesen. Und man kann noch weiter gehen und mit Hoche die Gesamtlage so formulieren, daß alle Psychosen, die „schicksalsmäßig mit einem geistigen Defekt endigen“, durch die eifrige Arbeit des Histopathologen allmählich ihren Platz im System der organischen Krankheitsprozesse erhalten werden.

Mit dieser Formulierung sind wir schon mitten in das Kampfgebiet der Gegenwart hineingeraten. Was endigt schicksalsmäßig mit einem geistigen Defekt? Welchen Prozessen wird die Histopathologie, so wie wir sie heute arbeiten sehen, unter Berücksichtigung der topographischen Lokalisation im Gehirn die anatomische Grundlegung geben können? Optimistischer Arbeitseifer liegt hier im Streit mit erkenntniskritischem Pessimismus, und mir scheint, daß man auf beiden Seiten nicht selten übers Ziel hinausschießt. Für mich kann es keinem Zweifel unterliegen, daß einem großen Gebiet des Psychisch-Abnormen wohl niemals eine pathologische Anatomie geschaffen werden wird. Aber ebensowenig bin ich der Ansicht, daß wir schon am Ende dessen angelangt sind, was wir von der pathologischen Anatomie an klassifikatorischer Beihilfe erwarten dürfen. Es ist mir auch keineswegs sicher, daß die pathologisch-anatomische Forschung sich auf die „Defektpsychosen“ wird beschränken müssen. Gewiß: der Tod ist

histopathologisch eingreifender als die noch heilbare Funktionsstörung im Gehirn; meist wird der Tod das anatomische Korrelat der Funktionsstörung völlig verwischt haben — aber doch vielleicht nur meist und nicht immer! Warum sollte sich die Verbindung der Todesveränderungen des Hirngewebes mit dem histopathologischen Korrelat einer heilbaren Psychose (etwa einer heilbaren Intoxikationspsychose) nicht von den Todesveränderungen allein unterscheiden können? Hier kann nur die fortschreitende Erfahrung entscheiden, und es hat keinen Wert, ex cathedra Grenzen ziehen zu wollen¹⁾.

Freilich können wir als Ärzte nicht warten, bis die anatomische Forschung die Grenzen ihrer Leistung erreicht hat; auch ehe sie uns alles aufdeckt, verlangt die Klinik eine befriedigende Einteilung des gegebenen Tatsachenmaterials. Dem naturwissenschaftlichen Arzte liegt es nahe, sich in erster Linie an die Ursachenlehre zu wenden. Immer wieder wird ein ätiologisches System der Psychosen gefordert und immer wieder wird seine Unmöglichkeit dargetan. Hartmann hat es erst jüngst wieder gefordert. Ziehen hat sich mit scharfen Worten gegen diese Forderung gewandt, sie der Unlogik geziehen und sie ein für allemal verworfen. So wenig ich seine allgemeinen klinischen Anschauungen zu teilen vermag und so sehr ich die apodiktische Art ablehne, mit der er die Forderung einer ätiologischen Klassifikation als unwissenschaftlich in Bausch und Bogen verdammt, so ist doch vieles von dem, was er an Kritik vorbringt, für unser derzeitiges Wissen durchaus zutreffend und sollte nicht übersehen werden. Zweifellos ist jede psychische Störung die Wirkung mehrerer Ursachen und Bedingungen²⁾, und zweifellos kennen wir diese Ursachen und Bedingungen kaum je sämtlich. Und ebenso zweifellos ist manches, was wir als eine Ursache zu bezeichnen pflegen, wie z. B. der endogene Faktor, in Wirklichkeit bereits eine Summe ursächlicher Faktoren. Dazu kommt, daß äußere Schädlichkeiten (Gift, Trauma, körperliche Leiden) nicht bloß als spezifische Ursachen wirken können (z. B. Delirium tremens durch chronischen Alkoholismus),

¹⁾ Die immer noch von manchen, so z. B. von Forel geteilte Meinung, daß die atrophischen Erscheinungen am Hirngewebe ebensogut die Folge als die Ursachen chronischer Geisteskrankheiten (Dementia praecox, Epilepsie, chronisch-paranoische Psychosen) sein können (A. Forel, Zur Einteilung der Nervenkrankheiten. Journal f. Psychol. u. Neurol. **19**, Ergänzungsheft 1912) dürfte doch wohl aufzugeben sein, nachdem sich immer mehr zeigt, daß die bei solchen Psychosen gefundenen histopathologischen Prozesse nach Art und Lokalisation sehr verschieden sind. Was bei der Epilepsie allenfalls möglich erscheint (Hirnsklerose als Folge der epileptischen Anfälle), wird bei den schleichenden Verblödungsprozessen zur Unwahrscheinlichkeit.

²⁾ In der Unterscheidung von Ursachen, auslösenden Faktoren und Bedingungen schließe ich mich im wesentlichen Martius an, dessen theoretische Anschauungen das ärztliche Denken sehr zu klären vermögen.

sondern durch Untergrabung der Körperkonstitution, Herabsetzung der Widerstandskraft, eine an sich vielleicht schwache, bisher latente endogene Anlage zur deutlichen Krankheit steigern können. Der Unterschied von familiärer und persönlicher Veranlagung darf nicht aus den Augen verloren werden. Ursachen können sich nicht bloß addieren, sondern auch gegenseitig modifizieren¹⁾. Jedenfalls erlaubt der heutige Stand unseres ätiologischen Wissens eine rein ursächliche Klassifikation schlechterdings nicht; wir müssen zufrieden sein, wenn sich einzelne Formen geistiger Störung ursächlich abgrenzen lassen. Aber es ist doch auch ein gut Teil Sophistik in der Ziehenschen Lehre, daß die ätiologische Gruppierung als unlogisch abzulehnen sei, weil wir nicht alle Ursachen zu bestimmen vermögen. Nicht um logische Postulate handelt es sich in der empirischen Medizin, sondern um Versuche, der Wirklichkeit der Dinge möglichst nahezukommen²⁾. Wenn ein ursächlicher Faktor für das Zustandekommen einer Geistesstörung unerläßlich ist und dem Krankheitsbild ein bestimmtes Gepräge gibt, während vielleicht alle anderen Faktoren mehr variabel oder unbekannt sind, so besteht der Grundsatz: „a potiori fit denominatio“ durchaus zu Recht. Wenn ein Mensch auf verschiedene äußere Schädlichkeiten individuell stets mit dem gleichen psychischen Zustand reagiert, so ist bei ihm eben die psychopathische Konstitution die Hauptursache und der auslösende Faktor hat keinen Anspruch auf klassifikatorischen Einfluß. Alles, was Ziehen z. B. gegen die ätiologische Zusammenfassung der Psychopathologie des Alkoholismus vorbringt, ist unter diesem Gesichtspunkt angreifbar. Wer in logischem Übereifer zu viel will, versäumt es, das zur Zeit Erreichbare in Angriff zu nehmen. So hat sich denn auch die wissenschaftliche Forschung im ganzen um Ziehens zu schroffe Kritik nicht viel gekümmert; sie hat da, wo sie bestimmte eindeutige Ursachen vorfand, wie bei den Infektionen und Intoxikationen, beim thyreogenen Irresein, bei den syphilitischen und arteriosklerotischen Psychosen eine ätiologische Gruppierung vorgenommen³⁾ und dabei, wie ich glaube, recht Wertvolles geleistet. Freilich wissen wir gerade aus den Arbeiten der letzten Jahre, vor allem aus den Studien von Morselli, Roubi-

¹⁾ Auch das ist natürlich Ziehen zuzugeben, daß eine Ursache „poly-psychotisch“ wirken kann, insofern sie je nach der Art der mitwirkenden Ursachen und Bedingungen verschiedene klinische Bilder und Verlaufsformen hervorzurufen vermag. Weniger einleuchtend sind Ziehens Anschauungen über die Verlaufserscheinung der Konvergenz mehrerer Psychosen, eine Lehre, die ihn im Delirium acutum ein Konvergenzstadium vieler akuter Psychosen erblicken läßt.

²⁾ Vgl. hierzu auch die klaren Darlegungen bei Liepmann, Über Wernickes Einfluß auf die klinische Psychiatrie. Berlin 1911.

³⁾ Hierher gehören die Faktoren Pubertät, Schwangerschaft, Wochenbett nicht.

nowitsch, Bonhöffer¹⁾ und Schröder¹⁾, daß die ätiologische Unterscheidung der einzelnen Unterformen beim heutigen Stand unseres Wissens nicht zu weit getrieben werden kann. Indem diese Forscher die nahe Verwandtschaft, wenn nicht gar die symptomatologische Identität zahlreicher exogener „psychischer Reaktionsformen“ aufdeckten, zeigten sie die derzeitigen Grenzen einer rein ätiologischen Einteilung auch da, wo die verschiedenen äußeren Ursachen anscheinend klar vor Augen liegen.

So kehrt unser Einteilungsbestreben immer wieder zu den Gesichtspunkten zurück, die wir seit Kahlbaum nie mehr ganz aus den Augen verloren, und die seit Kraepelins befruchtender klinischer Arbeit wohl für alle Zeiten ihr Bürgerrecht erhielten: zur klinischen Gruppierung unter Berücksichtigung von Ursachen, psychischen und somatischen Symptomen, Verlauf und Ausgang der Erkrankung²⁾. Auch da, wo die materiellen Grundlagen des abnormen seelischen Geschehens heute und wohl für immer dem Auge des Forschers verborgen bleiben (psychopathische Zustände, Paranoia, pathologische Reaktionen, manisch-depressives Irresein usw.) und wo der rein (oder vorwiegend) endogene Charakter der Störungen eine ätiologische Unterscheidung wenig aussichtsreich erscheinen läßt, auch da sind wir bei unserem Bestreben, Ordnung in das Chaos zu bringen, nicht hilflos und müssen nicht untätig die Hände in den Schoß legen. Es mag dahingestellt bleiben, ob Jaspers recht hat, wenn er sagt, daß reale Krankheitseinheiten durch rein psychopathologische Forschung bisher noch nie gefunden wurden und vielleicht auch nie gefunden werden, so daß sich die Idee der Krankheitseinheit nur als eine Idee im Kantschen Sinne darstelle: d. a. h. als den Begriff einer Aufgabe, deren Ziel zu erreichen uns nicht möglich ist, weil es in unendlicher Ferne liegt. Trotzdem ist der Versuch, diese Aufgabe möglichst gut zu erfüllen, die wichtigste Arbeit des klinischen Forschers. Die Idee wird — um wiederum einen Ausdruck von Jaspers zu gebrauchen — zum „fruchtbarsten Orientierungspunkt“. Jeder, der große Erfahrung auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten besitzt, wird mit mir darin übereinstimmen, daß

¹⁾ Bonhöffer, Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralbl. f. Nerven- u. Psych. 1909, S. 499 und: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. Handbuch der Psychiatrie. 3, 1. 1912. — Schröder, Intoxikationspsychosen. Ebenda 3, 1. 1912.

²⁾ Trefflich sagt Liepmann: „Ob eine Krankheit dahin tendiert, einen Menschen wiederholt, häufig, mit größeren oder kürzeren Intervallen zu befallen, ob sie sich in einem Anfall erschöpft, ob sie ein Leben hindurch stabil, ob sie progredient ist, ob sie ihrer Natur nach in Heilung übergeht oder in irreparable geistige Schwäche — das sind Gesichtspunkte, die, kombiniert mit der Ätiologie, sich jedenfalls in einem großen Bezirk des psychiatrischen Reiches klassifikatorisch bewährt haben.“

Kraepelins heutige Einteilung der Psychosen noch unzulänglich und unvollständig ist, daß wir zahlreiche Fälle sehen, die wir keiner seiner Gruppen ohne willkürliche Zurechtstutzung einverleiben können; und viele werden bisweilen in Kraepelins Schilderungen die symptomatologische Schärfe vermissen, die wir da wünschen und erwarten, wo wir von „Krankheitseinheit“ sprechen. Aber ich habe, soviel ich mich darum bemühte, noch keine Systematik der Geisteskrankheiten kennen gelernt, die mehr als die Kraepelinsche zu leisten vermöchte; wenn sie natürlich nur die Etikettierung des jeweiligen Zustandsbildes durch adjektivische Zutaten wie manisch, melancholisch, delirant, paranoisch, katatonisch, amnestisch, verwirrt, dement versucht, mag es leichter sein, alles Vorkommende zu rubrizieren¹⁾. Aber eine derartige Bescheidenheit ist zugleich das Eingeständnis augenblicklicher Resignation, wie bei Hoche, oder, wo freiwillig geübt, ein Mangel an Einsicht in die wirklichen Aufgaben klinischer Forschung. In der Kritik der Kraepelinschen Lehren macht sich neuerdings sehr häufig eine Oberflächlichkeit geltend, die ich hier doch nicht ganz unerwähnt lassen kann. Indem man einen der Gesichtspunkte, die für Kraepelins Systematik wirksam sind, herausgreift, die anderen aber verschweigt, hat man es leicht, sein Einteilungsprinzip abzulehnen. So hat Kraepelin seine Aufteilung an keiner Stelle nur nach der Frage, ob heilbar oder unheilbar, vollzogen. Es ist eine scharf zu rügende Nachlässigkeit, zu behaupten, daß Kraepelin die ungeheilten funktionellen Psychosen *Dementia praecox* nenne, die geheilten manisch-depressives Irresein. Nirgends ist nur die Heilbarkeit, nirgends nur der Verlauf zum Einteilungsprinzip gemacht worden. Daß bei der klinischen Richtung Kraepelins die sekundäre Demenz aus der Systematik verschwand, hat damit nichts zu tun.

Doch zurück zu unserem Hauptthema! Die klinische Forschung der letzten Jahrzehnte in Deutschland ist — das soll nicht geleugnet werden — noch zu keinem befriedigenden Ergebnis gekommen, insofern sie zu einer Zusammenfassung der klinischen Tatsachen in sehr große

¹⁾ Am meisten hat sich wohl in neuerer Zeit Hartmann (Graz) um die präzise Schilderung der einzelnen Symptomenkomplexe bemüht. An solchen führt er („Referat über Kranksinnigenstatistik. *Jahrb. f. Psych.* **34**. 1913) auf: den manischen, melancholischen, ängstlichen, eknoischen, akut halluzinanten, paranoischen, Wernickes *circumscrip*t paranoischen, amenten, deliranten Symptomenkomplex, den Dämmerzustand, den Korsakowschen, dementen, psychomotorischen, stuporösen, soporösen, neurasthenischen, hypochondrischen, hysterischen Symptomenkomplex und Mischformen. Bei allen diesen Symptomenkomplexen prüft er: Perceptionsfähigkeit, örtliche und zeitliche Orientierungsfähigkeit, Stimmungslage, Sinnestäuschungen, Wahnbildung, Motilität, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnisfähigkeit, Assoziationsablauf, Begriffsbildung und Kombinationsfähigkeit.

Gruppen führte, mit deren Aufstellung dem Ordnungsbedürfnis und dem Verlangen nach prognostischer Sicherheit nicht genügt werden konnte. Noch ist die Forderung nicht erfüllt, daß wir in jedem Einzelfall aus dem Endzustand den bisherigen Verlauf richtig erschließen und im Beginn einer Psychose das weitere Schicksal des Kranken klar vorhersehen können. Vor allem haben die beiden Hauptgruppen Kraepelins, die *Dementia praecox* und das manisch-depressive Irresein, je mehr ihre Ausdehnung wuchs und je häufiger sie ihren Inhalt gegeneinander verteidigen mußten, desto weniger das systematische Bedürfnis befriedigt. Auch machen sich die Mängel dieses Entwicklungsganges praktisch stärker bemerkbar, seit die Psychiatrie dem künftigen Arzt gelehrt und dessen Kenntnisse in Examen geprüft werden müssen. Einteilungen haben ja in erster Linie einen didaktischen Wert. Nun wäre es aber kurzsichtig, wenn wir beim heutigen Stande unseres psychiatrischen Gesamtwissens glauben wollten, eine endgültige und erschöpfende Formenlehre liege bereits im Bereiche der Möglichkeit. Keinem urteilsfähigen Arzte würde es einfallen, ein derartiges Verlangen an irgendeinen Zweig der Medizin zu stellen; wir Psychiater haben also keinen Grund, uns des Provisorischen unserer Einteilungsversuche zu schämen.

Je mehr nun also die Systematik bei Kraepelin u. a. zur Aufteilung der klinischen Formen in wenige große Gruppen gelangte, desto mannigfaltiger mußten schließlich die in einer Gruppe vereinigten Einzelfälle untereinander werden. Indem akute hebephrenische Verblödungen der Pubertätsjahre, stürmische, periodisch oder schubweise progressiv verlaufende Katatonien des Mannesalters und chronisch fortschreitende paranoide, erst spät faselig verblörende Kranke jenseits der 40er Jahre zu einer Hauptgruppe zusammengestellt wurden, erschien das Bild der *Dementia praecox* unscharf, und auch die Forderungen einer bestimmten Prognose konnten nicht genügend befriedigt werden. Dieser Übelstand wurde natürlich bald erkannt, am meisten von dem Systematiker Kraepelin selbst; allein alle Versuche der Auseinanderlegung in kleinere Gruppen schienen zunächst an der Unmöglichkeit scharfer Abgrenzung einzelner Formen zu scheitern. Überall gab es scheinbar Übergangsformen, nirgends scharfe Unterschiede. Noch deutlicher zeigte sich dies auf dem Gebiete der affektiven Psychosen. Bis zum Überdruß oft wurde darauf hingewiesen, daß das Zusammenwerfen der konstitutionellen Verstimmung und des hypomanischen Temperamentes mit der einfachen Manie und Melancholie, mit den rezidivierenden und den streng periodischen Manien und Melancholien, mit dem zirkulären Irresein, mit der periodischen Paranoia und Amentia schließlich zu einem Formenkreis geführt habe, dessen Schaffung didaktisch und prognostisch nicht mehr viel bedeute. Und als mit der Aufstellung der häufigen

Mischzustände, deren Lehre von den Kraepelin Fernestehenden freilich selten richtig verstanden wurde, gar die Gefahr nahe schien, man könne mit dieser — in meinen Augen bedeutungsvollen — Lehre jedes beliebige unverstandene und noch nie gesehene Krankheitsbild funktioneller Psychose schließlich erklären, da wurde man vielerorts dieser Gruppenbildung überdrüssig und verzweifelte an der Möglichkeit, auf diesem Wege großer Gruppenbildung theoretisch und praktisch weiter zu kommen. Es entstand das Wort von der „trüben Flüssigkeit“, die beim Hin- und Herschütten in verschiedene Gefäße immer gleich trüb bleibe. Weil man diagnostisch nicht immer zurecht kam, sollte das ganze Bauwerk in Trümmer geschlagen werden. So scheint es wohl bisweilen, als werde der Kraepelinschen Systematik dasselbe Los beschieden werden, das einst die Paranoialehre in Deutschland und die Degenerationslehre in Belgien und Frankreich (Morel, Magnan) gehabt hatten. Zwar sind gerade in neuerer Zeit der Kraepelinschen Systematik in tiefgründigen Monographien wichtige Bundesgenossen erstanden. Ich erinnere vor allem an Bleulers Schizophrenie, die sich inhaltlich ja fast mit der Dementia praecox Kraepelins deckt, sie an Umfang sogar noch übertrifft, und an die aus meiner Klinik stammende (Reiß) monographische Bearbeitung der Depressionszustände in allen ihren Bildern und Beziehungen zu Veranlagung, Wiederkehr und Verlauf. Aber trotzdem wird immer stärker an dem Gitter gerüttelt, hinter dem — in zwei große Gruppen getrennt — die großen Massen der Kranken zusammengepfercht sind, die angeblich an Dementia praecox oder an manisch-depressivem Irresein leiden. Das Rütteln blieb auch nicht ohne Erfolg. Kraepelin selbst öffnete das Tor, nahm viele chronisch paranoiden Formen aus der Dementia praecox heraus und schuf die Lehre von den Paraphrenien. Andere verlangten von ihm die Melancholie des Alters zurück¹⁾; die bei Imbezillen auftretenden Psychosen werden nur teilweise als hebephrenische Formen anerkannt. Ziehen schuf eine von der Dementia praecox wesensverschiedene Krankheit „Eknnoia“, zu deren Aufstellung er allerdings, soviel ich sehe, noch kaum Zustimmung fand. Die akute Paranoia des früher Gesunden hat immer noch vielerorts Bürgerrecht in der Systematik; ihre periodische Variante wird keineswegs widerspruchslos dem manisch-depressiven Irresein zugerechnet. Die schärfere Erfassung der reaktiven, psychogenen Psychosen (der „pathologischen Reaktionen“) von depressivem, paranoidem oder delirantem Charakter erfuhren ihre Abtrennung, das Gebiet des Psychogenen wurde weit über den Geltungsbereich der sogenannten Hysterie hinaus erweitert, und wir glauben es heute

¹⁾ So Hoche in seinem Referat über die Melancholiefrage, Gaupp in seiner Besprechung des Kraepelinschen Lehrbuches, Albrecht in seinem Aufsatz über die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters, u. a.

nicht mehr, daß die Mehrzahl der Haftpsychosen der *Dementia praecox* zugerechnet werden müsse.

Die scharfe Trennung zwischen dem Krankheitsprozeß der Schizophrenie und den endogenen Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins wird durch die größere Sorgfalt unterstützt, mit der man ganz allgemein mehr genetisch vorgeht und die große Gruppe der endogenen psychopathischen Zustände mit ihrem zeitweiligen Aufflackern zu psychotischen Phasen von den zeitlich scharf umgrenzbaren Krankheitsprozessen organischer Natur, also auch von der *Dementia praecox* unterscheidet. So gehen die Richtlinien für die Zukunft wohl weit weniger nach einer Vermengung der schizophrenen und der manisch-depressiven Gruppen¹⁾, als vielmehr nach der Auseinanderlegung der beiden in zahlreiche, mehr oder weniger selbständige Unterformen und namentlich nach der Aufstellung noch anderer Krankheiten, für deren präzise Umschreibung heute noch die genügende Vorarbeit fehlt, so lebendig manche Einzelfälle wohl uns allen vor Augen stehen²⁾. Der Jahresbericht der Münchener Klinik hat von Anfang an immer eine Gruppe der „unklaren Fälle“ gekannt. An ihnen wird sich wohl zunächst die klinische Formenlehre weiterentwickeln, hier muß der Systematiker den Mut haben, auch kleine und kleinste Gruppen zu bilden, sobald das klinische Gesamtbild sich nicht ohne Vergewaltigung den schärfer zu umschreibenden Typen der Hebephrenie, Katatonie, der Manie oder Melancholie und ihren Mischformen entspricht. Auseinanderlegung der großen Gruppen, deren Zusammenfassung eine notwendige Vorarbeit für die Gewinnung allgemeiner Übersicht war, und Hinzufügung neuer kleiner, aus der klinischen Dauerbeobachtung gewonnener Gruppen — nach dieser Richtung denke ich mir den weiteren Fortschritt der klinischen Systematik auf dem Gebiete der sogenannten „funktionellen Psychosen“, die heute noch größtenteils in der *Dementia praecox* und dem manisch-depressiven Irresein aufgehen. Wenn auch

¹⁾ Dabei kann ruhig zugegeben werden, daß beim manisch-depressiven Irresein manche katatonische Symptome vorkommen und daß bei erblich belasteten Katatonikern ein zirkulärer Verlauf mehr oder weniger lang auftreten kann. Dagegen kann ich mich mit der Auffassung von Berze, ein Mensch könne die Veranlagung zum manisch-depressiven Irresein und zur *Dementia praecox* gleichzeitig in sich haben, vorderhand noch nicht befreunden, wenn natürlich auch ihre Unrichtigkeit nicht exakt nachgewiesen werden kann und eine prinzipielle Unmöglichkeit zweifellos nicht besteht. Ziehen steht Berze nahe, wenn er sagt, daß Fälle von Paranoia, Paralyse, *Dementia praecox* dann periodisch oder zirkulär verlaufen, wenn eine erbliche Belastung zu periodischen oder zirkulären Erkrankungen vorhanden sei.

²⁾ Ich denke dabei namentlich an chronisch-progressive Erkrankungen der 40er und 50er Jahre mit depressivem Beginn und paranoider Weiterentwicklung, die nicht zum manisch-depressiven Irresein und nicht zur *Dementia praecox* gezählt werden können, auch keine Arteriosklerose als Grundlage erkennen lassen.

weiterhin nur provisorische Arbeit geleistet werden kann — darin mag ja Jaspers noch für lange recht behalten — allmählich werden wir doch der Wirklichkeit der Dinge näher kommen und so gilt es eben, unermüdlich weiter zu arbeiten.

Dabei wird die Arbeit, wie ich glaube, fruchtbarer sein, wenn das individuelle Moment, die Persönlichkeit vor ihrer Erkrankung schärfer ins Auge gefaßt wird, wenn dem Umstand mehr Rechnung getragen wird, daß die Kompliziertheit der klinischen Bilder nicht bloß durch den Ablauf der Krankheitsvorgänge, sondern auch in hohem Grade durch die geistige Struktur der erkrankenden Person bedingt wird. Seit Jahren mache ich die von meinen Mitarbeitern geteilte Erfahrung, daß die Mehrzahl der ganz unklaren, nicht diagnostizierbaren Fälle mit überraschendem Verlauf Kranke der oberen Stände betrifft, deren reicheres Seelenleben, wenn es erkrankt, eine buntere Symptomatologie, eine größere Abweichung vom Typus des Lehrbuches aufweist. Indem Kraepelin sich bis heute gegen die Unterscheidung von primären und sekundären psychopathologischen Symptomen sperrt¹⁾, indem er mehr registriert, als analysiert, in seinen Verlaufsschilderungen mehr eine „Aufeinanderfolge“ als eine gesetzmäßige „Auseinanderfolge“ (J. Schröder-Riga) gibt, vernachlässigt er bei seinen psychischen Krankheitsbildern etwas zu sehr das Studium ihrer inneren Struktur und erschwert die Auseinanderlegung des reichen Tatsachenmaterials in zahlreichere Typen innerhalb derselben Gattung. Wenn ich auch Bleuler nicht in allem, was er zur psychologischen Aufhellung des schizophrenen Seelenlebens darlegt, zu folgen vermag, so billige ich doch durchaus den von ihm eingenommenen Standpunkt, daß auch ein klinischer Forscher, der im Sinne Kraepelins klassifiziert, zwischen primären und sekundären Symptomen scharf analysierend scheiden soll. —

Wenden wir uns nach diesen allgemeinen und prinzipiellen Ausführungen nunmehr den klassifikatorischen Problemen im einzelnen zu.

Die Trennung in exogene und endogene Psychosen, wie sie namentlich von Möbius mit Nachdruck gefordert wurde, gewinnt immer mehr Anhänger²⁾. Unter den exogenen Formen erfreuen sich die syphilitischen Erkrankungen der meisten Anerkennung. Die Paralyse wird

¹⁾ Vgl. hierzu auch die lichtvollen Ausführungen von Jelgersma, l. c., S. 92ff. und Bleulers Monographie über die Schizophrenie; endlich meine Besprechung des Kraepelinschen Lehrbuchs in der Zeitschrift d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. 7. 1913.

²⁾ Rechnet man — und das ist ja nur logisch — auch die Arteriosklerose und die hypothetischen im Körper gebildeten Gifte zu den exogenen Momenten, so deckt sich die Unterscheidung von exogen und endogen annähernd mit der von angeborenen und erworbenen Zuständen (Römer).

heute in Deutschland allgemein als eine immer syphilitisch bedingte Erkrankung angesehen und von alkoholischen, traumatischen, arteriosklerotischen u. a. Verblödungen prinzipiell abgetrennt. Nur nach den tertiär-syphilitischen Geistesstörungen werden die Grenzen immer ungewisser. Der Nachweis der Spirochäte im Gehirn des Paralytikers (Noguchi), die von Fischer-Prag erst jüngst hervorgehobene Häufigkeit paralytischer und tertiär-syphilitischer Prozesse im gleichen Gehirn lehren, daß doch keine so tiefe Kluft die Paralyse von der Hirnlues trennt, wie man eine Zeitlang unter dem Einfluß der histopathologischen Forschung glaubte annehmen zu müssen. Vielleicht verschwindet der Begriff der „Metasyphilis“ noch einmal ganz. An dem nicht so seltenen Vorkommen nicht-paralytischer Psychosen bei Tabes wird festgehalten. Die psychischen Störungen bei der Hirnlues sind namentlich durch Plaut genauer studiert worden; ihre Bedeutung liegt wohl vor allem darin, daß sie die Möglichkeit einer genaueren Parallelsetzung lokaler Erkrankungsvorgänge im Gehirn zu bestimmten klinischen Symptomenbildern und Verlaufsformen in Aussicht stellt.

Die Abtrennung anderer progressiver Verblöndungszustände hat sich wesentlich nach ätiologischen (Blei, Alkohol, Trauma, Urämie, Trypanosomiasis usw.), zum Teil auch nach neurologischen Gesichtspunkten (multiple Sklerose, Tumor, Arteriosklerose) vollzogen, denen dann die pathologische Anatomie das Bürgerrecht gab. Die Gleichartigkeit mancher psychischer Zustandsbilder (ich erinnere an den amnestischen Symptomenkomplex nach Korsakow) zeigte dem Systematiker auch hier die Notwendigkeit der klinischen Betrachtungsweise mit ihrer Berücksichtigung von Ursachen, Symptomen, Verlauf und Ausgang.

Auf dem Gebiete der cerebralen Arteriosklerose ist noch vieles unklar. Die Beziehungen dieses Leidens zu schweren Verstimmungszuständen (klimakterielle und senile Melancholie, postapoplektische „manische“ und „zirkuläre“ Erregung) zu paranoiden Symptomenkomplexen, zu agitierten Angstpsychosen, auf die ich früher einmal ausführlich hingewiesen habe, sind auch heute noch nicht geklärt¹⁾. Die Unterscheidung der arteriosklerotischen von den eigentlich senilen Formen des Irreseins macht der klinischen Diagnostik mehr Schwierigkeiten als der anatomischen Differenzierung, obgleich diese es natürlich meist mit einer Mischung der beiden Krankheitsprozesse zu tun hat. Überall zeigt sich

¹⁾ Zweifellos findet sich frühzeitige Arteriosklerose häufig beim manisch-depressiven Irresein (Kraepelin, Albrecht, Jelgersma u. a.), das ihr zeitlich vorangeht und wohl ihr frühes Auftreten begünstigt. Daneben verlangen aber auch diejenigen Beobachtungen ihr Recht, bei denen ein früher nicht nachweisbar manisch-depressiver Kranker erst nach Auftreten deutlicher Hirnarteriosklerose zirkulär erkrankt. Und endlich bilden die zur Verblödung führenden Melancholien ohne nachweisbare Arteriosklerose (Gaupp, Albrecht) noch ein ungelöstes Problem.

bei diesen organischen Verblödungsprozessen die Tatsache, daß die Einteilungsbestrebungen in vivo ihre Haupthilfe in der Verschiedenheit der körperlichen, namentlich der neurologischen Symptome erhalten. Die senilen Psychosen erscheinen, je mehr man sich mit ihnen befaßt, psychopathologisch so vielgestaltig wie die Paralyse, nur daß der langsamere Zerfallsprozeß seltener zu völliger Zerstörung der psychischen Persönlichkeit führt, als bei der Paralyse. In den leichteren Ausprägungen des senilen Irreseins handelt es sich oft mehr um eine Kombination psychischer Schwäche, vor allem Gedächtnisschwäche mit einer bis zur Karikatur getriebenen Verstärkung persönlicher Wesenszüge auf dem Gebiete des Gefühls-, Trieb- und Willenslebens (Geiz, Mißtrauen, Starrheit, Egoismus usw.). Außerdem begünstigt das Senium infolge seiner Neigung zu egozentrischer Denk- und Fühlweise, zu Mißtrauen und Gereiztheit bei nervöser Veranlagung die Wahnbildung, ein Umstand, der es wohl erklärt, weshalb chronisch-paranoide Erkrankungen mehr in den späteren Lebensabschnitten auftreten. Und endlich besteht die Annahme zweifellos zu Recht, daß die pathologische senile Involution im Sinne einer „Auxiliation“ (Ziehen) die latente hereditäre Anlage zur Melancholie manifest machen kann.

Große Unklarheit herrscht noch in der Klassifikation der klimakteriellen und präsenilen psychischen Erkrankungen ohne Arteriosklerose. Das Überwiegen depressiver und paranoischer Zustandsbilder wird allgemein zugestanden, doch ist eine befriedigende Zerlegung oder eine Einreihung in die großen Hauptgruppen zurzeit nicht möglich. Das Zustands- und Verlaufsbild der unheilbaren „Spätkatatonie“ harrt noch einer richtigen Bewertung. Die Ähnlichkeit mancher subakuter und chronischer Erkrankungsformen mit toxischen Psychosen (ich erinnere an den Eifersuchtswahn, die akute Halluzinose, chronisch-paranoische Bilder mit Sinnestäuschungen) erschwert die reinliche Abgrenzung dieser Streitpunkte der Systematik. Kraepelins Ausscheidung der Paraphrenien aus der Dementia praecox hat dieser letzteren Gruppe wohl überall mehr Freunde gewonnen, da die paranoischen Zustände sich niemals so recht mit der hebephrenischen Verblödung und der stürmischen Katatonie vertragen wollten. Doch ist wohl damit die Zerlegung der Dementia praecox noch nicht beendet. Periodische katatonische Psychosen hyperkinetischer Art ohne wesentliche Verblödungstendenz werden wohl von der organischen Verblödung der Dementia praecox abgerückt werden müssen¹⁾. Die scharfe Tren-

¹⁾ Vgl. hierzu: Geist, Über die Klassifikation der Psychosen, insbesondere der periodischen. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* 64. 1907. Der Autor kennt drei Formen des periodischen Irreseins: 1. die manisch-depressive Form, 2. die paranoide Form, 3. die katatone Form. Allen gemeinsam sind: die endogene autochthone Entstehung mit mehr-weniger strenger Periodizität, der gutartige Verlauf ohne Ausgang in Verblödung, die photographische Treue der Anfälle.

nung der paranoiden Krankheitsprozesse von der echten Paranoia als einer Weiterentwicklung (Wilmanns sagt: „Mißentwicklung“) einer krankhaften Persönlichkeit wird wohl allseits freudig begrüßt werden, wie denn überhaupt die präzise Unterscheidung von Krankheitsprozessen und Persönlichkeitsentwicklungen¹⁾ und bei den psychopathischen Zuständen die Unterscheidung von psychopathischen Konstitutionen und pathologischen Reaktionen einen wesentlichen Fortschritt der letzten Zeiten bilden dürfte, zu dem die eingehende Beschäftigung mit den haftpsychotischen Zuständen wesentlich beitrug. Dagegen sind bei der Aufteilung der meisten nicht toxischen paranoiden Krankheitsbilder in Dementia praecox, Paraphrenien und endogene Paranoia die Grenzlinien gegenüber den paranoischen Krankheitsvorgängen des Klimakteriums und Präseniums (Kleists „Involutionssparanoia“, Kraepelins präsenilem Beeinträchtigungswahn) recht unscharf geworden, zumal ja auch bei der echten Paranoia systematisierte dauernde Wahnbildungen häufig erst spät im Leben auftreten und auch dem präsenilen Beeinträchtigungswahn eine gewisse konstitutionelle Grundlage nicht mangelt.

Von der Sonderstellung der zahlreichen infektiösen und toxischen Psychosen als einer durch gewisse Züge eng verbundenen Gruppe exogener Reaktionstypen war schon oben die Rede. Die Zukunft muß hier noch Klarheit schaffen, ob die Verwandtschaft all dieser symptomatischen Psychosen untereinander eine tatsächliche Identität der klinischen Bilder darstellt oder doch Verschiedenheiten in sich birgt, für die nur unser beobachtendes Auge noch nicht genügend geschärft ist. Vielleicht hat Jelgersma Recht, wenn er sagt, daß bei den akuten Vergiftungen die chemische Beschaffenheit des giftigen Agens weniger zu Wort kommt, weil größere Regionen des Nervensystems ergriffen werden, als bei mehr chronischen Einwirkungen. Die Erfahrungen mit Meskalin widersprechen allerdings dieser Annahme (Alzheimer). Jedenfalls ist die engere klassifikatorische Zusammenfassung dieser „symptomatischen Psychosen“ nach ätiologischen und symptomatologischen Gesichtspunkten ein beachtenswerter Gesichtspunkt.

Ein besonderer Gegenstand des klassifikatorischen Streites ist die Amentia. Der alte Meynertsche Begriff ist wohl überall aufgegeben. An einer Erschöpfungspsychose Amentia halten einzelne, so Stransky, noch fest, während Kraepelin u. a. das Symptomenbild bei den infektiösen Psychosen behandeln, viele Fälle, so namentlich die periodischen Formen zum manisch-depressiven Irresein rechnen und außerdem betonen, daß amentiaartige Zustandsbilder im Verlauf der Dementia

¹⁾ Hier sei auch an Hellpachs Unterscheidung von „produktiven“ und „reaktiven“ Abnormitäten erinnert.

praecox nicht selten auftreten. Die ganze Amentiafrage erscheint mir auch heute noch nicht gelöst.

Das Kapitel der Alkoholpsychosen birgt noch viele Rätsel. Die Forschung der letzten Dezennien drängte immer mehr zu der Auffassung, daß ihre Mehrzahl keine einfachen Vergiftungen durch Alkohol darstellt, sondern daß hier allerlei endogene Faktoren und ätiologische Zwischenglieder körperlicher Art herangezogen werden müssen, um die spezifische Form der einzelnen Alkoholkrankung verständlich zu machen. Es hat nicht an Versuchen gefehlt, den Alkoholismus selbst zum Symptom zu machen (z. B. Stöcker) und die psychopathologische Bedeutung des chronischen Alkoholismus zu etwas Sekundärem herabzudrücken. Doch haben solche Übertreibungen einer in gewissen Grenzen berechtigten Betrachtungsweise, soviel ich sehe, keine weitere Zustimmung gefunden, wenn sie wohl auch mit dazu beigetragen haben, die ätiologische Kompliziertheit der Alkoholpsychosen deutlicher zu beleuchten. Die Verbindung des chronischen Alkoholismus mit anderen Krankheitsvorgängen, mit den affektiven Psychosen, der Dementia praecox und den Entartungszuständen, schafft kombinierte Psychosen von oft schwer zu beurteilender Art¹⁾.

Die Vorgänge der inneren Sekretion, ein Lieblingsgebiet der Medizin unserer Zeit hat auch in der Psychiatrie zur Abgrenzung bestimmter Formen Anlaß gegeben. Es sei nur an die Dementia praecox erinnert. Manche Formen der angeborenen Geistesschwäche rückten in nahe Beziehung zu innersekretorischen Störungen; die symptomatischen Psychosen bei den Erkrankungen der Schilddrüse und der Epithelkörperchen (Kretinismus, Myxödem, Basedow, Tetanie) und der Geschlechtsdrüsen (Hebephrenie) bilden ein Objekt moderner Forschung, über das die Akten wohl noch lange nicht geschlossen werden können.

Eigenartige affektive Symptomenkomplexe kommen bekanntlich bei somatischen Erkrankungen (Basedow, Herzleiden, Chorea, Lungentuberkulose), vereinzelt auch nach traumatischer Hirnschädigung vor (Bonhoeffer u. a.).

Der Begriff der Intoxikationspsychosen erfährt eine verschiedene Auslegung, insofern manche Forscher, wie z. B. Jellerges, auch solche Formen darunter verstehen, bei denen der Organismus die dem Gehirn schädlichen Stoffe selbst produziert (Autointoxikationen); dabei wird die Annahme gemacht, daß z. B. bei der senilen Demenz, der Neurasthenie, der Imbezillität und Idiotie Stoffwechselstörungen hirnvergiftend

¹⁾ Vgl. P. Schröder, Intoxikationspsychosen in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie 1912. Der Verf. hat dort zu den hier angedeuteten Problemen in mustergültigen Ausführungen Stellung genommen.

wirken. Für Jelgersma ist auch die Neurasthenie eine organische Hirnkrankheit mit Zugrundegehen von Nervengewebe.

Die Epilepsie nimmt in der modernen Systematik eine unsichere Stellung ein. Allgemein wird sie wohl heute zu den organischen Hirnprozessen gerechnet, obgleich keineswegs immer anatomische Veränderungen gefunden werden und auch die Verblödung als Ausgang des Leidens nur für einen Teil der Fälle zugegeben werden kann. Daß sich unter dem Namen Epilepsie noch verschiedene, nur äußerlich ähnliche Krankheitsvorgänge vereinigt finden, wird wohl nirgends mehr bezweifelt. Wie aber die Aufteilung erfolgen wird, läßt sich heute noch kaum sagen. Die anatomische Forschung wird hier wohl das entscheidende Wort zu sprechen haben. Vermutlich wird das Gebiet der genuinen Epilepsie immer mehr zusammenschrumpfen. Die Stellung des Leidens in der großen Gruppe der Entartungsprozesse bedarf noch der Klärung. Die moderne Auffassung der genuinen Epilepsie als einer Stoffwechselkrankheit ist nicht unwidersprochen; die Tatsachen der Erblichkeit, der defekten Keimanlage (Jelgersma) machen einer solchen chemischen Theorie gewisse Schwierigkeiten. Die symptomatische Epilepsie, die für Binswanger mit der organisch bedingten identisch ist, gilt nur noch als Symptomenkomplex bei anatomisch und ätiologisch ganz verschiedenen Hirnerkrankungen teils umschriebener (Encephalitis, lobäre und herdförmige Sklerose usw.), teils allgemeiner, namentlich toxischer Art (Blei, Alkohol, Diabetes, Urämie, Lues). Die psychotischen Zustände epileptischer Herkunft werden sehr verschieden gewertet. Die Auffassung von Samt verliert an Anhängern, der epileptische Anfall rückt wieder mehr in den Mittelpunkt der Epilepsielehre; periodische endogene Verstimmungen mit triebartigen Entladungen bei leichter Bewußtseinstrübung, z. B. die Dipsomanie und Poromanie gelten meistens nur bei erwiesener Krampfepilepsie als sicher epileptisch, während man im übrigen von „epileptoider Psychopathie“ und Ähnlichem spricht¹⁾. Mit den Ausdrücken „Affektepilepsie“ und „reaktive Epilepsie“ kehrt man zu einer (die Systematik verwirrenden) symptomatologischen Verwendung des Begriffes Epilepsie zurück und erschwert dadurch die Durchführung des rein klinischen Gesichtspunktes in der Gruppierung und Benennung. Die Anerkennung einer rein endogenen Periodizität von Zuständen getrübtten Bewußtseins bei Psychopathen, die immer mehr in Aufnahme kommt, erschwert die klinische Klärung des Epilepsiebegriffes. Dagegen besteht darin wohl

¹⁾ Hierher gehören auch die Fälle, die Alzheimer im Auge hat, wenn er (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1, 1) von eigenartig degenerativ veranlagten Menschen spricht, die für längere oder kürzere Zeit ihres Lebens, am häufigsten in der Pubertät neben mancherlei degenerativen Symptomen epileptiforme Anfälle haben, die später oft völlig verschwinden.

vollkommene Übereinstimmung, daß die epileptische Demenz da, wo sie vorhanden ist, charakteristische Züge besitzt und von anderen Verblödungszuständen präzise unterschieden werden kann; am nächsten steht sie noch den erethischen Formen der Imbezillität. Der Begriff der Alkoholepilepsie hat sich trotz gelegentlicher Anzweiflung doch erhalten; sie wird in der Regel als eine Form des schweren chronischen Alkoholismus betrachtet und namentlich zu gewissen besonders schädlichen Alkoholen in nähere Beziehung gebracht. Der Krankheitsbegriff der Hysteroepilepsie, der in Frankreich noch häufig verwendet wird, erfreut sich in Deutschland keiner Anerkennung mehr, wenn auch zugegeben wird, daß Epileptiker nicht selten (wie alle erblich-degenerativen Personen) hysterische Symptome aufweisen, und daß der hysterische Anfall auch gelegentlich symptomatisch das Bild des epileptischen Krampfes annehmen kann. Es vollzieht sich hier mit voller Bestimmtheit die Abwendung von der rein-symptomatischen Betrachtungsweise zur rein klinischen.

In der Annahme einer Kombination von Epilepsie mit anderen Psychosen schwankt die Auffassung in Deutschland. Die Verbindung der Epilepsie mit der *Dementia praecox* wird von manchen als möglich zugegeben, dabei aber betont, daß epileptische Anfälle dem Krankheitsbild der juvenilen Verblödungsprozesse nicht fremd sind und an sich noch nicht für eine Kombination der beiden Krankheiten sprechen. Die seltene Verbindung von Epilepsie und *Paranoia* geschieht durch das Band der hereditären Entartung. Daß manische und melancholische Zustandsbilder als epileptische Psychosen vorkommen, wurde mehrfach betont und kann wohl nicht in Abrede gestellt werden. Die Epilepsie als organischer Hirnprozeß befindet sich hier in der gleichen Lage wie die Paralyse, die Arteriosklerose und die senile Hirnerkrankung. Meist kommt freilich den epileptischen Psychosen eine tiefere Bewußtseinstrübung zu als den manischen und melancholischen Zuständen.

Bedeutsame Wandlungen vollziehen sich auf dem Gebiete der eigentlichen funktionellen Psychosen. Der Begriff, den Nissl vor 14 Jahren aus der Welt schaffen wollte, steht heute fester als je begründet, obwohl die Histopathologie des Gehirns seither manche neue Tatsache aufgedeckt hat. Die prinzipielle Aussichtslosigkeit, für viele Tatsachen der Psychopathologie jemals eine anatomische Grundlage zu finden, wurde von vielen (Gaupp, Hoche, Bumke, Wilmanns, Jaspers usw.) betont, meist zugleich mit einer schärferen Darlegung der erkenntnistheoretischen Seite des ganzen Problems, wie ich sie schon vor langen Jahren gegeben hatte¹⁾. Dazu kam, daß die moderne Psychologie, etwas

¹⁾ R. Gaupp, Über die Grenzen psychiatrischer Erkenntnis. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1903, S. 1ff.

enttäuscht von den Leistungen der exakten experimentellen Forschung bei ihren wichtigsten Fragen, sich neuerdings wieder mehr dem Einfühlungsproblem zuwendet und nicht bloß auf kausale Erklärung, sondern auf inneres Nachfühlen der seelischen Tatsachen und ihrer Zusammenhänge hindrängt. Diese Richtung kommt auch der Psychopathologie zugute. Die krankhafte Persönlichkeit mit ihren verständlichen Wesenszügen, ihren einfühlbaren Entwicklungen und ihren abnormen Reaktionen auf das psychische Trauma wurde ein Lieblingsgegenstand der Forschung. Mit dem Studium der Hysterie und der Angstneurose fing es an, Breuer und Freud schufen eine psychoanalytische Forschungsrichtung; die psychogenetischen Zusammenhänge der Symptome und Syndrome wurden zum Problem, das Formale der Krankheit trat bisweilen hinter das Inhaltlich-Bedeutsame zurück. Wohl wurden bald Irrwege eingeschlagen; eine unkontrollierbare Psychologie, die mit dem Unbewußten wie mit etwas genau Bekanntem arbeitete und oft voreilig subjektive Deutungen als objektive Tatsachen ausgab, mußte den kritischen Forscher befremden. Doch wer sich von den Irrwegen fern hielt, aber sich doch das Interesse für die in neue Beleuchtung gerückten seelischen Erlebnisse bewahrte, der wurde ganz von selbst dazu veranlaßt, den großen Unterschied zwischen den destruktiven, sich dem psychologischen Verstehen entziehenden Krankheitsvorgängen und den psychologisch verständlichen Entwicklungen und Zustandsbildern scharf ins Auge zu fassen. Dies konnte nicht ohne Rückwirkung auf die Systematik bleiben. Es zeigte sich — Bumke hat es wohl zuerst in scharfsinnigen Ausführungen beleuchtet¹⁾ — hier ein neues Mittel der Zusammenfassung und Unterscheidung: die psychologische Verständlichkeit vieler psychopathologischen Vorgänge eint diese unter einem bestimmten Gesichtspunkt. So entstand eine Gruppe endogener Psychosen und Psychopathien, bei denen der Ausdruck „endogen“ einen ganz bestimmten Sinn besitzt. Es handelt sich nicht etwa bloß um die

¹⁾ Auch Jelgersma lehrte schon seit Jahren Ähnliches: „Die Symptome der Krankheit fügen sich (sc. bei den Keimpsychosen) ins Schema der normalen psychischen Prozesse, d. h. sie sind quantitativ und nicht qualitativ von den normalen Geistesprozessen verschieden“. „Die Symptome der Erkrankung (bei den Intoxikationspsychosen) enthalten etwas Neues, etwas, das vom normalen Geistesmechanismus verschieden ist und das verursacht wird durch die störende Wirkung des fremden Agens auf den Geistesmechanismus“. Jelgersma nimmt so die Mitte zwischen den Extremen Neisser und Tiling ein. Er berührt sich hier nahe mit einem Gedanken von Hoche (Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 12. 1912), daß sich die Seelenstörungen vielleicht einmal in solche gruppieren werden, deren Symptomatologie im wesentlichen in der Auslösung präformierter Komplexe bestehe, und in solche, die regellose neue Symptomkombinationen schaffen; erstere seien vielleicht mit dem Begriff funktionell identisch; auch lösen vermutlich die endogenen Störungen besonders gern bereit liegende Symptomenkomplexe aus.

Tatsache, daß wir keine exogenen Ursachen¹⁾ bei ihnen kennen (diese sind uns auch bei der *Dementia praecox* nicht bekannt), sondern um den viel wichtigeren Nachweis, daß sie in der uns noch psychologisch verständlichen Struktur der abnormen Persönlichkeit vorgebildet sind und sich gewissermaßen nur quantitativ von den Symptomen der Nervösen, ja sogar von den wechselnden Zuständen der Gesunden unterscheiden. Was einst Magnan unter dem ätiologischen Gesichtspunkt der Entartung versuchte, was nach ihm Möbius in klinisch zu radikaler Weise fortsetzte, das gewinnt nunmehr von neuem Leben in der Klassifikation: das manisch-depressive Irresein, die abnormen Veranlagungen auf affektivem Gebiete, die Paranoia, der Querulantenwahn, die hysterischen Reaktionsformen, die psychogenen Psychosen nicht hysterischer Art, die konstitutionelle Nervosität und Psychasthenie, die Zwangsercheinungen, die angstneurotischen Bilder, die Disharmonien und charakterologischen Verschrobenheiten, die Moral insanity, die Perversitäten des Trieblebens — all dies rückt zusammen zu einer großen Gruppe endogener, meist erblich degenerativer Zustände und Phasen, die sich im Unterschied von den exogenen Psychosen mannigfaltig durchflechten, nicht bloß kombinieren können und äußeren Schädlichkeiten eine andere Angriffsfläche bieten, als der Gesunde (pathologische Reaktionsformen)²⁾. Die Periodizität hat ihre tiefste Wurzel schon im gesunden Geistesleben und von diesem führen über die Cyclothymie alle möglichen Übergänge zu den periodischen Psychosen affektiver Art. Die Eigenbeziehung haftet schon manchen Gemütszuständen des normalen Seelenlebens an; ob sie sich in krankhafter Intensität mit abnormer Affektdauer zum Beziehungswahn mit seiner verhängnisvollen Bedeutung für das Ich verstärkt, wird wiederum nur zu einer Gradfrage. Hysterische Reaktionsformen sehen wir unter besonderen psychischen Erschütterungen auch bei sonst seelisch Gesunden; wenn sie beim Kinde und beim infantilen Erwachsenen, wenn sie unter seelischen Enttäuschungen wenig auffälliger Art oder bei chronisch Ver-

¹⁾ Selbstverständlich gehören zu den exogenen Psychosen auch die sogenannten Autointoxikationen, überhaupt alle Formen, bei denen die Schädigungen des Großhirns vom übrigen Körper herkommen. Siehe oben S. 307.

²⁾ Hier ist aber eine wichtige Einschränkung zu machen. Es wäre im Hinblick auf das Gebiet der Neurologie (die familiären Systemerkrankungen usw.) durchaus verkehrt, „endogen“ und „funktionell“ zu identifizieren und alles „Degenerative“ von vornherein für funktionell zu erklären. Zweifellos gibt es ja viele hereditärdegenerative Krankheiten mit progressivem Gewebsschwund; der progressive Verlauf und die Unheilbarkeit sind kein Gegengrund gegen die degenerative Grundlage eines Leidens. Dies zur Warnung für die, die allein schon vom anatomischen oder vom Verlaufsstandpunkt aus die Epilepsie und die *Dementia praecox* wegen ihrer Tendenz zur Progression und Verblödung aus dem Formenkreis der Entartung glauben herausnehmen zu müssen. Es ist ein Unglück, daß der Begriff des Degenerativen in der Medizin die verschiedensten Auslegungen erfährt.

gifteten zahlreicher und dauerhafter in die Erscheinung treten, so liegt auch hier wiederum nur eine Intensitätsfrage vor. Damit löst sich der Krankheitsbegriff der Hysterie immer mehr auf. Zwangsvorgänge leichtester Art kennt das Bewußtsein vieler sonst gesunder übermüdeten Menschen; auch von hier führen alle Übergänge bis zu den kompliziertesten und schwersten Zuständen, die zur Psychose werden¹⁾. Wie oft sie sich mit endogenen Verstimmungszuständen kombinieren, ist ja erst in jüngster Zeit von Stöcker, freilich leider auch wieder mit Übertreibung, dargetan worden. Eine präzis umrissene Systematik aller dieser Anomalien ist so wenig möglich, wie eine Aufteilung der normalen Menschen in scharf geschiedene Gruppen. Eine gewisse Typenbildung muß trotzdem versucht werden²⁾, wenn man sich nur bewußt ist, damit eben nur besonders deutliche Einzelfälle herausgegriffen zu haben, die durch unzählige Variationen miteinander verbunden sind. Die Zukunft muß lehren, ob Alzheimers Vermutung, daß es verschiedene getrennte Stämme der Entartung mit verschiedenen Ursachen gebe, sich klinisch und ätiologisch bewahrheitet. Beim manisch-depressiven Irresein wird es sich auch künftig empfehlen, die periodischen, affektiv gleichgerichteten Phasen (periodische Manie, periodische Melancholie) von den deutlich zirkulären Phasen in Untergruppen zu unterscheiden. Im allgemeinen lehrt die Erfahrung, daß die zirkulären Formen bei deutlicher Ausprägung beider Phasen eine zeitlich schwerere Form mit meist kürzeren Intervallen darstellen, als z. B. die wiederkehrenden Melancholien. Manien sind häufiger streng periodisch als Melancholien, treten auch viel häufiger schon in der Jugend auf. Solche und ähnliche Erfahrungen geben den Unterformen ein gewisses Daseinsrecht. Die Beihilfe exogener Momente erscheint bei aller Anerkennung des konstitutionellen Faktors bei den Melancholien des höheren Lebensalters weit bedeutungsvoller als bei den echt zirkulären Zuständen und bei einer schon in der Pubertät beginnenden periodischen Manie. Auch ist die

¹⁾ Die „Keimpsychosen (Manisch-depressives Irresein, Paranoia, Hysterie, Psychasthenie, gemischte degenerative Zustände) stellen pathologische Entwicklungen aus dem normalen Leben heraus dar. Jeder Mensch ist etwas melancholisch, manisch, hysterisch, paranoisch oder psychasthenisch“. (Jelgersma, l. c., S. 103.)

²⁾ Jaspers legt in seiner „Allgemeinen Psychopathologie“ großen Wert auf die Unterscheidung von Krankheitsgattung und Krankheitstypus. Zu einer Gattung (z. B. progressive Paralyse) gehöre ein Fall oder gehöre er nicht. Einem Typus (z. B. hysterischer Charakter) entspreche ein Fall mehr oder weniger. Gattung sei der Begriff einer wirklich vorhandenen abgrenzbaren Krankheitsart, während Typus ein fiktives Gebilde sei, dem eine Wirklichkeit mit fließenden Grenzen entspreche, an dem ein Einzelfall gemessen werde, dem man ihn aber nicht einordnen könne usw. Derartige Unterscheidungen haben einen gewissen orientierenden Wert. Es ist immer gut, wenn der medizinische Empiriker nach logischer Klärung seiner Begriffe strebt.

begriffliche Trennung von „periodisch“ und „nach äußerem Anlaß rezidivierend“ immerhin zu empfehlen.

Die frühere Scheidung von Querulantenwahn und Pseudoquerulantenwahn verliert bei unserer heutigen Auffassung an Bedeutung. Ob ein paranoischer Charakter nur immer dann von neuem querulierend reagiert, wenn ein neuer Stoß von außen seine krankhafte Affektivität in Bewegung setzt oder ob schon der einmalige Stoß das Rad für die Dauer ins Rollen bringt, das wird, so wichtig auch der Unterschied ist, doch nicht mehr zur Prinzipienfrage der Systematik. Auch ist das Maß kombinierender Energie im Sinne der wahnhaften Verarbeitung einer überwertigen Idee individuell so verschieden, wie sich überhaupt eben im Leben das Bedürfnis nach intellektueller Verarbeitung gemüthlicher Erregungen verschieden gestaltet. Bei der gemeinsamen Grundlage, aus der Periodizität und psychische Labilität, endogene Verstimmungen und paranoische Denkweise stammen, und bei der Zufälligkeit, mit der äußere Einwirkungen an ein erregbares Seelenleben herantreten, darf es uns auch nicht verwirren, wenn manische Bilder oft paranoisch gefärbt erscheinen, wenn paranoische Entwicklungen sich schubweise verschlimmern und die Wahnbildungen zeitweise wieder mehr zurücktreten. Ich verweise auf den von mir beschriebenen „Fall Wagner“¹⁾, bei dem eine sicher endogene Paranoia mit abnormer affektiver Veranlagung durch äußere Vorkommnisse Richtung und Stärke ihres Wahnes erhält und sich immer wieder von neuem verstärkt, sobald der Kranke an den Ort zurückkehrt, an dem sich der Vorfall zutrug, der zur überwertigen Idee geworden war und die — wie es scheint — unheilbare Wahnbildung nach sich gezogen hatte. Ob diese Unheilbarkeit ein wesentliches Kennzeichen der Paranoia ausmacht, ist immer zweifelhafter geworden, seit Friedmann²⁾ und Wilmanns³⁾ mit ihren Beobachtungen hervorgetreten sind.

M. H. ! Ich bin am Ende. Sie haben vielleicht von mir erwartet, daß ich Ihnen ein fertiges System der Klassifikation vortragen und als Schema in die Hand geben werde. Ich tue das nicht, weil ich es nicht kann. Je länger ich Geisteskranke studiere und je häufiger ich vor die Aufgabe gestellt werde, den künftigen Ärzten systematisches Wissen beizubringen, desto unsicherer bin ich geworden, desto peinlicher empfinde ich die alte Weisheit, daß unser Wissen nur Stückwert ist. In Wernickes Schule

1) Verbrechertypen, herausgegeben von Hans W. Gruhle und A. Wetzel, I, 3. Zur Psychologie des Massenmords (Hauptlehrer Wagner von Degerloch). Berlin 1914.

2) Friedmann, Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 17.

3) Wilmanns, Zur klinischen Stellung der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910, S. 204 ff.

wurde ich einst gelehrt, mit einer anatomisch-physiologisch orientierten Psychologie den geisteskranken Menschen zu studieren und meine Befunde in ein kunstreiches Schema einzutragen. Ein plastisch erfaßtes Augenblicksbild war der Gewinn, aber was vorher war und nachher kam, blieb im Dunkeln. Von der Psychologie des geistvollen Gehirnpathologen unbefriedigt, suchte ich eine festere Basis in der ätiologischen Betrachtungsweise eines Magnan und Möbius. Aber da verschwammen mir die Grenzen zu bald unter der Hand. Die sorgfältige klinische und auf exakter Psychologie fundierte Sammelarbeit Kraepelins mit ihrem Prinzip, die Krankheitsgeschichte eines Menschen von Anfang bis zu Ende im Auge zu behalten (und wenn dieses Ende Jahrzehnte lang auf sich warten läßt), schien mir eine verlässlichere Grundlage für die erst in der Zukunft zu lösende Aufgabe, ein natürliches System der Psychosen zu schaffen. Der Weg, den Kraepelin einschlug, erscheint mir auch heute noch im Prinzip richtig, wenn auch das Ziel noch in weiter Ferne sein mag. Dieses Ziel wird rascher erreicht werden, wenn sich der Sammlung und Gruppierung der empirischen Tatsachen und ihrer zeitlichen Folgen die feinere Analyse ihrer Zusammenhänge hinzugesellt. Sorgfältiges Sammeln und anspruchsloses Beschreiben der gesammelten Tatsachen — das ist überall in der Naturwissenschaft die Grundlage systematischer Arbeit; ist sie geschaffen, dann wird die Psychiatrie mit der Vertiefung in die psychischen und kausalen Zusammenhänge allmählich dazu gelangen, die Bausteine zu einem geschlossenen Bauwerk zu vereinigen.

Großhirntumor unter dem Bilde der progressiven Paralyse.

Von
H. Thierauch.

(Aus der städtischen Nervenheilanstalt Chemnitz [Direktor: Prof. Dr. Weber].)

(Eingegangen am 31. Oktober 1914.)

Im nachstehenden soll ein Fall zur Veröffentlichung kommen, der diagnostisch und für die Frage der Salvarsanbehandlung metaluetischer Hirnerkrankungen einiges Interesse besitzt.

Es handelt sich um einen zur Zeit der ersten Untersuchung (22. Dezember 1913) 49jährigen Mann. Er gibt an, er sei in seiner Jugend immer gesund gewesen. Mit 29 Jahren habe er eine Lues akquiriert, die energisch behandelt wurde. Er konnte ohne irgendwelche Störung seinen Beruf betreiben, der große körperliche und geistige Anstrengung erforderte und den er mit Auszeichnung ausfüllte. Zwei Tage vor der Untersuchung hatte er nach Mitteilung seiner Frau in einer geschäftlichen Sitzung einen Schwindelanfall bekommen. Er sei nach Hause geführt worden und habe nachher von dem ganzen Ereignis nichts mehr gewußt. Auch anderen Tages sei verschiedene Male bei ihm das Bewußtsein verändert gewesen; er habe nicht mehr gewußt, was eben vorgefallen war, und habe verwirrt durcheinander gesprochen. Dabei habe es einmal im rechten Mundwinkel gezuckt. Er selbst wußte von diesem Anfalle nichts und klagte nur über etwas Kopfschmerz.

Die körperliche Untersuchung ergab bei dem sonst gesund und kräftig aussehenden Manne nur folgende Befunde:

Die rechte Pupille reagierte deutlich träger auf Licht als die linke. Der Blutdruck war 140 mm Hg, im Urin fand sich eine Spur Eiweiß. Der Augenhintergrund war völlig normal.

In psychischer Beziehung bot die übrige Untersuchung keine Veränderungen. Er machte den Eindruck eines intelligenten und geistig sehr regen Mannes. Am Schluß der Untersuchung wurde eine Blutentnahme aus der Armvene gemacht.

Während der Untersuchung stellte sich ein Anfall ein. Patient war plötzlich verwirrt, wußte nicht, wo er war, und was mit ihm soeben vorgenommen wurde. Das Gesicht war gerötet, der Puls etwas beschleunigt. Die Pupillenreaktion war unverändert. Dieser Zustand hielt $1\frac{1}{2}$ Minute an. Nach dem Anfall wußte Pat. nicht, wo er war und nicht, daß kurz vorher eine Blutentnahme gemacht war.

Der Blutwassermann war positiv mit 4 +. Etwa 8 Tage später kam Pat. nochmals in die Sprechstunde, er war unverändert. Es hatten inzwischen noch ein- oder zweimal ähnliche Anfälle stattgefunden. Neue Symptome waren nicht zu ermitteln. Unter Berücksichtigung der Pupillensymptome und des positiven Wassermann wurde eine beginnende progressive Paralyse angenommen und dem Patienten die Aufnahme zum Zwecke energischer Schmier- und Salvarsankur vorgeschlagen.

Am 10. Januar 1914 ließ sich Pat. in die Anstalt aufnehmen. Er gab an, seit der letzten Untersuchung keinen Anfall mehr gehabt zu haben. Er machte bei der Aufnahme einen durchaus geordneten Eindruck und schlief die Nacht gut.

Am 11. Januar ging er spazieren und erledigte einige Besorgungen in der Stadt. Die Nacht verlief ruhig und beschwerdelos.

Am 12. Januar früh wurde abermals eine genaue Untersuchung vorgenommen, sie ergab:

Linke Pupille weiter als die rechte; rechte Pupille entrundet, reagiert auf Licht träger als die linke, beide reagieren prompt auf Akkommodation.

Sonst keinerlei Störungen. Gegen Mittag desselben Tages war eine Lumbalpunktion in Aussicht genommen. Der Pat. wollte nur vorher einen Spaziergang machen, um sich die gerade besonders schöne Winterlandschaft anzusehen.

Als er in Begleitung eines Pflegers und mehrerer anderer Pat. etwa 100 m von der Anstalt entfernt war, klagte er über Übelkeit und fing an zu taumeln. Der Pfleger brachte ihn auf einem Schlitten in die Anstalt zurück, unterwegs stellte sich Erbrechen ein. Er war beim Eintreffen bewußtlos, hatte starke Zuckungen im linken Arm und Bein, desgleichen im linken Facialis. Die Pupillen waren vollständig reaktionslos. Der Puls sehr weich, leicht unterdrückbar, verlangsam. Beiderseits positiver Babinski.

An die Untersuchung wurde eine Lumbalpunktion angeschlossen, die von Erfolg war und keinen erhöhten Druck ergab. Das Bewußtsein kehrte verschiedene Male auf kurze Zeit zurück, so daß Pat. die Adresse seiner Frau anzugeben vermochte.

Die Anfälle stellten sich in verschiedenen langen Intervallen im Laufe des Nachmittags wieder ein und Pat. starb gegen 12 Uhr nachts trotz aller angewandten Gegenmittel.

Die Sektion (Professor Dr. Nauwerck) ergab als einzige Todesursache (es wurde nur die Hirnsektion ausgeführt) eine große frische Blutung im rechten Seitenventrikel. Die Blutung hatte die zentralen Ganglien (Schwanzkern, Linsenkern und rechte innere Kapsel) zerstört. Entstanden war die Blutung durch eine weiche, gefäßreiche Hirngeschwulst (Gliosarkom), welche sich an der Oberfläche der genannten zerstörten Gebilde entwickelt hatte, und deren Reste in dem weichen, aus zerstörter Hirnsubstanz und Blut bestehenden Gemenge gefunden wurden. Die Geschwulst, von der nur noch Trümmer gesammelt werden konnten, muß etwa taubeneigroß, gefäßreich und sehr weich gewesen sein. Von Veränderungen einer progressiven Paralyse hat sich weder makroskopisch, noch mikroskopisch etwas gefunden. Die postmortal entnommene Lumbalflüssigkeit ergab negativen Wassermann.

An der Diagnose progressive Paralyse konnte nach dem ganzen bisherigen Verlauf der Krankheit und den Symptomen bei einem 49jährigen Mann, der vor 20 Jahren eine Lues durchgemacht hatte, kein Zweifel bestehen, zumal auch der serologische Blutbefund diese Annahme nahelegte. Gerade die kurz dauernden plötzlichen Absenzen mit Zuckungen des Facialis und mit nachträglichen Erinnerungsdefekten mußten den Verdacht einer Paralyse wachrufen.

Dazu kamen noch die Pupillensymptome.

Für einen Hirntumor waren keinerlei Anhaltspunkte gegeben, namentlich bestanden weder Allgemeinsymptome, noch Herderscheinungen. Somit durfte nach den gegenwärtigen Anschauungen eine Lumbal-

punktion ohne Bedenken in Aussicht genommen werden. Nur ein Zufall hat es verhindert, daß dieser Eingriff nicht früher vorgenommen wurde. Zweifellos wäre der Kollaps mit tödlichem Ausgang dann der Lumbalpunktion zur Last gelegt worden. Dieses Ereignis wäre also eingetreten trotz aller Vorsicht, und trotzdem alle modernen Untersuchungsmethoden herangezogen worden waren. Danach lassen sich Unglücksfälle der angegebenen Art auch bei sorgfältigster Auswahl der Fälle und unter Anwendung sämtlicher zur Verfügung stehenden Hilfsmittel kaum vermeiden. Man wird aber trotz dieses Risikos in allen zweifelhaften Fällen, namentlich bei dem Fehlen sicherer psychischer Symptome zu dem Hilfsmittel der Lumbalpunktion greifen müssen, um die Diagnose progressive Paralyse einwandfrei zu stellen. Dieselben Erwägungen gelten natürlich für die Salvarsanbehandlung, die für später in Aussicht genommen war. Auch hier hätte man die tödliche Blutung aus den Gefäßen des Tumors der Salvarsaninjektion aufgebürdet, und würde diesen Vorwurf nicht einmal durch das Sektionsergebnis haben widerlegen können. Es finden sich in der Literatur auch wiederholt Mitteilungen darüber, daß Tumoren glöser oder sarkomatöser Natur durch Salvarsan zu einer raschen Einschmelzung unter starkem Gewebszerfall gebracht wurden. Nach dem Sitz des Tumors hauptsächlich im Ventrikel kann man nachträglich schließen, daß die Anfälle, welche das klinische Bild beherrschten, auf den Reiz zurückzuführen sind, welcher durch die wechselnde Blutfüllung des Tumors und durch die Blutungen aus seinen dünnwandigen Gefäßen entstand. Die Lage und die Ausdehnungsmöglichkeit des an sich nicht sehr großen Tumors in dem Ventrikel erklärt zugleich auch, daß weder allgemeine Hirndrucksymptome noch Herdsymptome in Erscheinung traten, wahrscheinlich war der Tumor mehr auf der Oberfläche des Corpus striatum, als in demselben entstanden, und hatte sich hauptsächlich in den Ventrikel hinein entwickelt.

Oppenheim¹⁾ hat vor kurzem über Fälle von Hypophysentumoren berichtet, die unter dem Bild der Paralyse in Erscheinung traten, dabei konnte allerdings die Differentialdiagnose durch das Röntgenbild der veränderten Schädelbasis schon intra vitam gesichert werden.

Unser Fall ist noch nach einer anderen Richtung von Interesse, insofern als nachträglich die Frage auftauchte, ob die Erkrankung und der Tod mit einem Unfall im Zusammenhang stehen konnte. Dem Verstorbenen waren nämlich im Oktober 1913 (also ca. 2 $\frac{1}{2}$ Monate vor Auftreten der ersten Symptome) Kohlenstücke auf den Kopf gefallen. Bei der Art der Geschwulst — Gliosarkom — muß ihre Entstehung um viele Jahre zurückdatiert, vielleicht auf eine kongenitale Anomalie zurückgeführt werden; und sie würde ohne jeden Unfall in absehbarer Zeit einen

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. **25**, 527. 1914.

tödlichen Verlauf genommen haben. Da sie aber bis zum Dezember 1913 keinerlei nachweisbare Symptome gemacht hatte, so ist die Annahme nicht unberechtigt, daß sie erst in der allerletzten Zeit zu solcher Größe gewachsen war, wie sie sich bei dem Tode vorfand; dafür würde ja auch ihr großer Reichtum an sehr dünnwandigen, also unfertigen Gefäßen sprechen. Wahrscheinlich war vorher die Geschwulst kleiner und weniger reich an dünnwandigen Gefäßen. Wie das umliegende, auch das von der Geschwulst noch nicht durchsetzte Hirngewebe zeigte, handelte es sich nicht nur um die einmalige tödliche Blutung, sondern es müssen schon vorher wiederholt kleinere Blutungen stattgefunden haben, deren Spuren in Gestalt von Pigmentanhäufungen im umliegenden Gewebe nachzuweisen waren. Vielleicht sind diese kleineren Blutungen die anatomische Grundlage der einzelnen Anfälle gewesen. Jedenfalls kann man nicht ausschließen, daß ein Unfall im Oktober 1913 dadurch seine Einwirkung auf die bis dahin verhältnismäßig kleine und stationäre Geschwulst geltend machte, daß sie ein beschleunigtes und verändertes Wachstum annahm und so die ersten Symptome der Erkrankung und den tödlichen Ausgang hervorrief.

Der Fall zeigt also, daß auch intraventrikuläre Geschwülste eine Zeitlang unter dem Bilde der beginnenden progressiven Paralyse verlaufen können, und daß die serologische Blutuntersuchung allein die Differentialdiagnose noch nicht sichert.

Trotz des hier geschilderten Risikos wird man in ähnlich gelagerten Fällen also immer noch zur Lumbalpunktion greifen müssen.

(Aus der psychiatrisch-neurologischen Klinik der Reichsuniversität Utrecht
[weiland Professor Heilbronner].)

Eine Familie mit hereditärem Nystagmus.

Von

C. F. Engelhard,

Assistent der Klinik.

Mit 1 Textfigur.

(Eingegangen am 4. November 1914.)

Der umstehende Stammbaum zeigt die schematische Zusammenstellung einer Familie, in der Nystagmus erblich vorkommt.

Die Untersuchung fand während des Sommers 1913 statt im Anschluß an die Beobachtung eines „kranken“ Familienmitgliedes (A. Nr. 41) das im hiesigen städtischen Krankenhaus wegen Bleikolik aufgenommen war.

Der Stammbaum umfaßt 212 Personen über 5 Generationen verteilt, nämlich 92 männliche und 91 weibliche, während von 29 wegen frühen Todes das Geschlecht nicht mehr sicher bekannt war. Die beiden Stammeltern sind mitgezählt, da sich nicht mit Sicherheit feststellen ließ, ob die Abweichung von Vaters oder Mutters Seite stammte. Es steht jedoch fest, daß die Anomalie sich jedenfalls auch schon manifestiert hat in früheren Generationen als die fünf, von welchen genauere Angaben vorliegen.

Von diesen 212 Personen waren 20 mit der genannten Abweichung behaftet und zwar 19 Männer und eine Frau. Es steht fest, daß die Stammeltern frei davon gewesen sind; auch unter den jung Gestorbenen, deren Geschlecht unbekannt ist, hat keiner Nystagmus gehabt. Wie mir immer wieder versichert wurde, war die Abweichung angeboren und wurde immer gleich bei der Geburt bemerkt. Die Abweichung war außerdem sehr auffallend, was der Genauigkeit der erhaltenen Mitteilungen sehr zugute kam, was übrigens beim Kontrollieren der Angaben oft entfernter Verwandten untereinander auch wiederholt konstatiert werden konnte. Es gelang mir nicht überall, die Reihenfolge der Geburten und die Anzahl Fehlgeburten festzustellen; beides ist dann auch beim Aufstellen des Stammbaums nicht berücksichtigt. Die angeheirateten Personen (von welchen keine Nystagmus hatte), sind nicht in das Schema

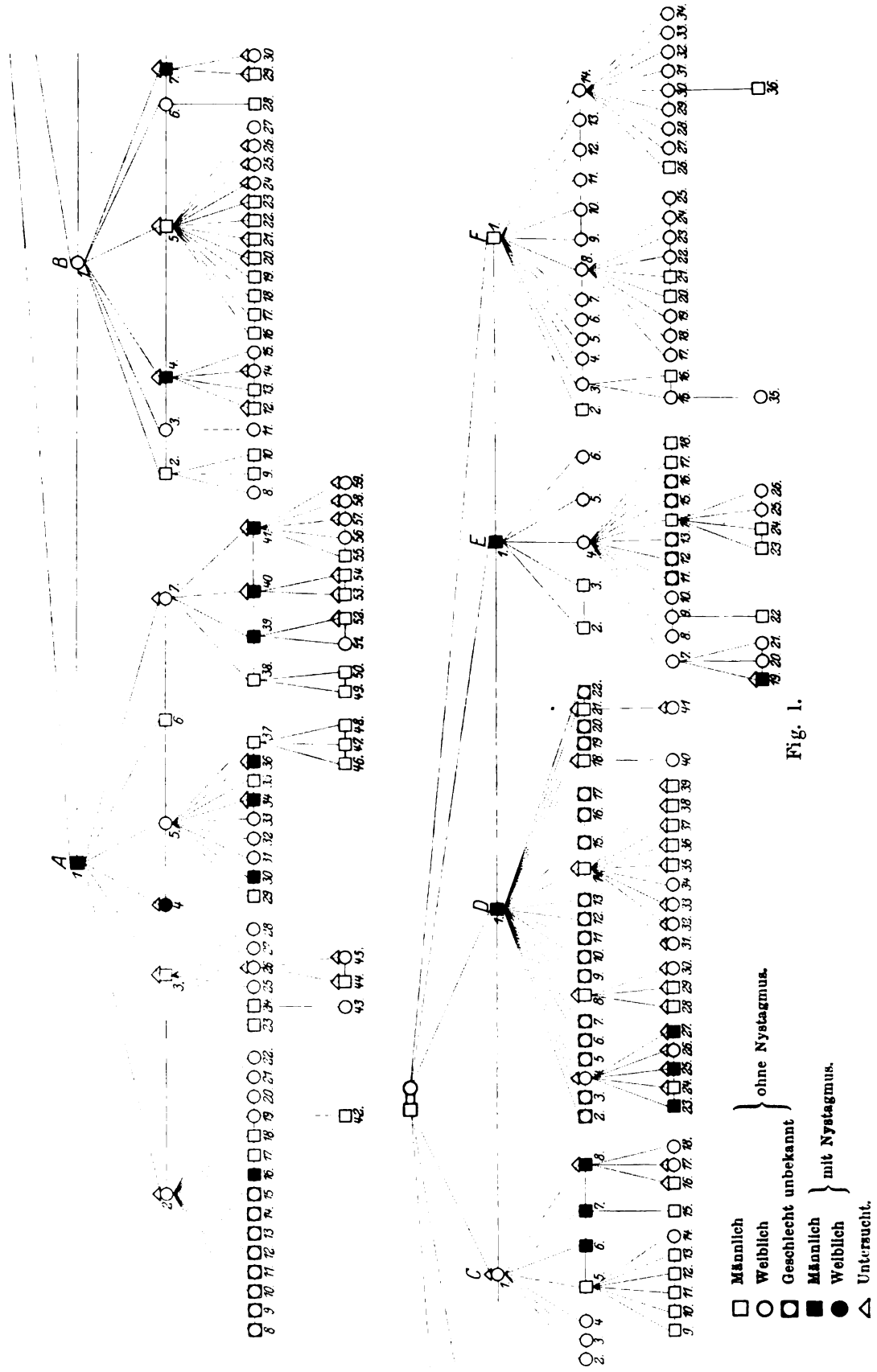


Fig. 1.

aufgenommen, da keine Blutsverwandtschaft bestand; hin und wieder sind Geschwister mit Geschwistern einer anderen Familie verheiratet. Wie mir immer wieder mitgeteilt wurde, kam auch in der Familie der Angeheirateten die Anomalie nicht vor.

Im Interesse einer besseren Übersicht ist der Stammbaum (Fig 1) in sechs Zweige verteilt (A, B usw.).

Von den 20 Nystagmuskranken leben noch 12; davon habe ich neun selbst untersucht; über den zehnten kann ich aus eigener Beobachtung nur wenig mitteilen, doch steht das Resultat der Untersuchung des behandelnden Ophthalmologen zur Verfügung. Beim elften bin ich ausschließlich auf die Beobachtungen der behandelnden Kollegen angewiesen. Der zwölfte entzog sich allen Untersuchungen, so daß über diesen nur einige Angaben der Familie berichtet werden können. Außerdem erhielt ich über zwei von den acht Verstorbenen durch die Familie einzelne bemerkenswerte Angaben. Das Ergebnis ist folgendes:

Zweig A.

Nr. 1. Gestorben. Soll auffallend kleine Augen gehabt haben (spontane Angabe).

Nr. 4. Ph. v. R., 63 Jahre alt, Diensthote, unverheiratet, weiblicher Habitus. Haarfarbe: dunkelblond, grau; Iris blau.

Nystagmus oscillatorius horizontalis, ziemlich grob, nicht schnell, auch in Ruhe.

Augenbewegungen ungestört.

Kein Strabismus.

Kann die Zeitung lesen, trägt keine Brille.

Visus: O. D. S. $\frac{5}{50}$ Buchstaben.

O. D. S. $\frac{2}{30}$ reichlich.

Derselbe Visus bei jedem Auge allein.

Korrektion: O. D. — $4,5 \frac{2}{15}$.

O. S. — $2,25 \frac{2}{15}$ mit Fehlern.

Bei angestrengtem Fixieren treten keine nystagmoiden Bewegungen des Kopfes auf.

Keine Farbenblindheit mit Stillingschen Buchstaben.

Früher viel Beschwerden durch Sonnenlicht, in den letzten Jahren weniger.

Iris bei durchfallendem Licht nicht durchsichtig. Katarakta incipiens. (Speichen.)

Papillen gut begrenzt, etwas grau. Retinagefäße nichts Besonderes. Der Fundus enthält wohl Pigment, doch nicht viel. An der Peripherie sind, besonders in O. S. Chorioidalgefäße ohne dazwischenliegendes Pigment sichtbar.

Nr. 16. Gestorben.

Nr. 30. Gestorben.

Nr. 34. G. v. B., männlich, 21 Jahre alt; in einer Irrenanstalt. Der Anstaltsarzt (Dr. Gerritsen) berichtet: Partus nichts Besonderes. Die Mutter soll während der Gravidität sehr nervös gewesen sein; mit 9 Monaten Krämpfe, dann epileptische Anfälle, im Anfang sehr frequent, mehrere per Woche, in den letzten Jahren sehr sporadisch. Kam mit 9 Jahren in eine Idiotenanstalt; seit 5 Jahren in der Irrenanstalt; gehört zu den ziemlich ruhigen Imbezillen. Beiderseitiger Nystagmus horizontalis, der direkt nach der Geburt schon konstatiert sein soll.

Bei extrem linkem Augenstand verschwindet der Nystagmus manchmal, wenigstens werden die Ausschläge gröber und langsamer.

Strabismus divergens.

Von ophthalmologischer Seite (Dr. Hazenwinkel) wurde der Visus festgestellt auf: „V. O. D. S. $\frac{5}{36}$ “.

Refraktion: Ashm. 2 max. vert.

Korrektion: Visus $\frac{5}{34}$.

Fundus pigmentarm. Papille normal.“

Nr. 36. Ph. v. B., 25 Jahre alt, Schiffersknecht.

Haarfarbe: hellblond, Augenbrauen und Schnurrbart fast weiß.

Iris: an der Peripherie stahlblau, am Innenrand weißlich. Mikrophthalmus.

Nystagmus oscillatorius horizontalis, ziemlich grob, ziemlich schnell, auch in Ruhe. Augenbewegungen ungestört. Bei Seitwärtsschauen grobe nystagmoide Bewegungen. Leichter latenter Strabismus divergens sinister.

Hat mit dem Lesen viel Mühe. Kann nachts beim Fahren gut sehen, bei Tage viel schlechter.

Visus: O. D. $\frac{5}{30}$ ohne Korrektion.

O. S. $\frac{5}{30}$ ohne Korrektion.

O. D. S. $\frac{2}{15}$.

Liest mit Mühe D. = 2. Dabei treten nystagmoide Bewegungen des Kopfes auf. Keine Farbenblindheit mit Stillingschen Buchstaben.

Fundus beiderseitig sehr pigmentarm. Überall deutlich Chorioidalgefäße ohne dazwischen liegendes Pigment.

Papille grau, gut begrenzt. Retinagefäße normal.

Nr. 39. Will sich nicht untersuchen lassen. Soll im Dunkeln gut sehen können, liest am Abend die Zeitung mit einer Brille seines Vaters (+ Glas). Blaue Augen; dunkelblondes Haar.

Nr. 40. C. M., 30 Jahre alt, Arbeiter. Konnte nur einmal und unter ungünstigen Bedingungen untersucht werden. Visus nicht bestimmt. ebensowenig auf Farbenblindheit untersucht.

Haarfarbe: blond.

Iris: blau.

Mikrophthalmus.

Nystagmus oscillatorius horizontalis ziemlich grob, ziemlich schnell, auch in Ruhe, beim Seitwärtsschauen gröbere nystagmoide Bewegungen.

Augenbewegungen nicht gestört.

Kein Strabismus.

Kann schlecht sehen, besonders bei hellem Licht. Der Augenarzt, der ihn vor ca. 25 Jahren untersuchte, erklärte: „daß er keine Augen hätte für eine Brille“. Saß in der Schule auf einer der ersten Bänke, um besser sehen zu können. Der schlechte Visus erschwerte das Lesenlernen. Kann auch jetzt nur mit Mühe lesen.

Die Iris zeigt beiderseits an der temporalen Seite einen Sektor, wodurch bei Durchleuchtung rotes Licht scheint. Der innere Rand der Iris scheint intakt. In diesem Sektor sind einzelne dunkle Fäden sichtbar, die von dem Irisrand nach der Peripherie strahlenförmig verlaufen (Kolobom? partielles, totales Fehlen von Pigment? Wollte leider von weiteren eingehenden Untersuchungen absolut nichts wissen).

Fundus sehr pigmentarm, überall Chorioidalgefäße in Bündeln über eine weiße Fläche verlaufend. Papille nicht deutlich beobachtet. Beim Augenspiegeln bald Epiphora.

Nr. 41. W. v. H., 42 Jahre alt, Arbeiter in einer Bleiweißfabrik.

Sehr weiße Hautfarbe, Schnurrbart rötlich, Haar ziemlich dunkel, graumeliert. Soll in der Jugend blonder gewesen sein.

Iris: blau, um die Pupille eine schmale gelbliche Zone.

Leichter Exophthalmus (keine Zeichen von Basedow vgl. Myopie).

Nystagmus oscillatorius horizontalis; ziemlich grob, ziemlich langsam, auch in Ruhe. Der schnelle Ausschlag abwechselnd nach rechts und links.

Beim Verfolgen eines Gegenstandes nach rechts werden die Ausschläge gröber; mit der schnellen Komponente nach rechts. Wird der Blick dann nach oben gerichtet, so bleibt der Nystagmus horizontal, schnelle Komponente nach rechts. Von da über die Medianlinie nach links oben gehend, behält der Nystagmus seine schnelle Komponente nach rechts, wird aber minder frequent. Noch weiter nach links gehend, kommt das Auge in einen Ruhezustand, steht manchmal ganz still, zeigt manchmal eine sehr langsam rotierende Bewegung. Noch weiter nach links tritt wieder ein horizontaler Nystagmus auf, jetzt jedoch mit schneller Komponente nach links.

Ausgehend von dem weitesten linken Stand genau dasselbe in umgekehrter Richtung.

In Ruhe steht die Cornea links etwas höher zwischen der Lidspalte als rechts. Beim Konvergieren weicht einmal das rechte, dann wieder das linke Auge nach außen ab. Augenbewegungen sonst ungestört. Trägt keine Brille; soll ziemlich gut sehen können, wenn er die Gegenstände nicht zu weit von den Augen abhält. Empfindet Sonnenlicht unangenehm. Bei angestrengtem Fixieren treten deutliche nystagmoide Bewegungen des Kopfes auf.

Visus: O. D. $\frac{4}{60}$ Finger; $\frac{2}{20}$ mit Fehlern.

O. S. $\frac{5}{50}$ Buchstaben; $\frac{2}{15}$ mit Fehlern.

Korrektion: O. D. mit — 6 subjektiv am besten, liest aber nicht weiter.

O. S. mit — 2 $\frac{2}{10}$ mit viel Fehlern.

Liest D. = 1,2.

Später: skiaskopisch (Dr. de Kleyn): O. D. 5—6 M.; O. S. M. 2 Asm.

2. max. vertic. Bei Abendbeleuchtung: Visus: O. S. $\frac{2}{20}$ mit Fehlern.

Korrektion: O. S. mit S. — 1 C — 2 (Achse horizontal) $\frac{2}{15}$.

Mit Stillingschen Buchstaben keine Farbenblindheit. Bei durchfallendem Licht zeigt die Iris an der Peripherie hier und da einen schwach roten Schein. Fundus sehr pigmentarm. Papille etwas grau; rechts temporal mit einer weißen Sichel, die allmählich in die Umgebung übergeht. Der übrige Fundus auch sehr hell, Bündel Chorioidealgefäße überall deutlich sichtbar, ohne dazwischen liegendes Pigment. Die Retinengefäße sind etwas dünner als normal.

Zweig B.

Nr. 4. A. R., 55 Jahre alt, Diener.

Haarfarbe sehr dunkelblond grau meliert.

Iris: blau, marmoriert.

Mikrophthalmus.

Nystagmus oscillatorius horizontalis auch in Ruhe, ziemlich schnell, ziemlich grob. Augenbewegungen nicht gestört.

Leichter Strabismus convergens alternans periodicus.

Kann bei schwacher Beleuchtung besser sehen als am Tage. Die Augen tränen stark, wenn er gegen das Licht sieht.

Visus: O. D. $\frac{2}{20}$.

O. S. $\frac{2}{30}$.

Korrektion: O. D. + 2 $\frac{2}{15}$.
O. S. + 2 $\frac{2}{20}$.

Mit Zylinderglas + 1. Achse vertikal auf beiden Seiten subjektiv noch etwas besser, ohne weiter lesen zu können.

Bei starrem Fixieren treten leichte nystagmoide Bewegungen des Kopfes auf.

Mit Stillingschen Buchstaben rot- und grünblind mit verkürztem Spektrum, doch nicht absolut.

Bei durchfallendem Licht ist auf beiden Seiten an vielen Stellen der rote Fundus durch die Iris zu sehen. Fundus sehr pigmentarm, überall Chorioidalgefäße ohne dazwischenliegendes Pigment. Papille grau, schwer von der Umgebung zu unterscheiden, die Begrenzung ist daher nicht scharf zu sehen. Retinalgefäße etwas dünn, nicht abnormal geschlängelt.

Nr. 7. W. R., 37 Jahre alt. Kellner.

Haarfarbe: hellblond.

Iris: blau.

In Gegensatz zu seinem Bruder, Nr. 4, kein Mikrophthalmus. Nystagmus oscillatorius horizontalis, ziemlich grob, nicht schnell, auch in Ruhe, bei Seitwärtssehen in grobe nystagmoide Bewegungen übergehend. Strabismus convergens dexter (15°). Sieht bei dunkler Beleuchtung besser als bei hellem Tageslicht. Wenn er nach dem Fenster sieht, bald Epiphora und subjektiv unangenehmes Gefühl.

Kann die Zeitung gut lesen, gebraucht dabei eine Brille (+ 1,50), liest längere Zeit damit ohne viel Beschwerden. Behauptet den Nystagmus bei seinem Bruder nicht zu sehen, ebensowenig wie dieser bei ihm.

Visus: O. D. $\frac{5}{50}$ (Buchstaben) mit Fehlern; $\frac{2}{20}$.

O. S. $\frac{5}{30}$ reichlich; $\frac{2}{15}$ reichlich.

Korrektion: O. D. mit + 0,75, O. S. mit + 1,5 subjektiv am besten, ohne weiter lesen zu können. Außerdem besteht ein Corneaastigmatismus (mit dem Javalschen Apparat durch Dr. Kröner bestimmt): O. S. + 1,5 max. vert. O. D. + 4,5 max. 20° temp. Durch den Nystagmus ist die Bestimmung nicht genau. Refraktion beiderseitig, geringe Hypermetropie.

Keine Farbenblindheit mit Stillingschen Buchstaben. Der Fundus ist sehr pigmentarm; an der Peripherie sind Bündel Chorioidalgefäße ohne zwischenliegendes Pigment sichtbar, gegen das Zentrum hin sind diese Bündel jedoch weniger deutlich zu sehen. Die Papille sticht wenig von der Umgebung ab, ist unregelmäßig geformt, grau; die Exkavation ist deutlich sichtbar. Retinagefäße nichts Besonderes.

Zweig C.

Nr. 6 und 7. Gestorben.

Nr. 8. F. C., 52 Jahre alt, Arbeiter.

Haarfarbe: braun, Schnurrbart und Augenbrauen: braun.

Iris: blau.

Mikrophthalmus.

Nystagmus oscillatorius horizontalis, ziemlich schnell, ziemlich grob, auch in Ruhe. Beim Sehen nach rechts oben manchmal beinahe Stillstand der Augen, nur noch sehr langsam rotierende Bewegung (wie bei A Nr. 41). Beim Sehen nach rechts wird der Nystagmus gröber, wobei neben der horizontalen Komponente nun noch eine leichte Rotation in der Richtung der Uhrzeiger auftritt. Beim Sehen nach links genau dasselbe, nur daß dann die rotatorische Komponente dem Uhrzeiger entgegengesetzt ist. Augenbewegungen nicht gestört. Ein leichter Strabismus convergens alternans. Kann schlecht lesen, hat das durch schlechten Visus und kurzen Schulbesuch nicht genügend gelernt. Trägt keine Brille.

Visus: O. D. $\frac{2}{30}$ O. S. $\frac{2}{30}$ mit Fehlern.

Korrektion: O. D. + 1 $\frac{2}{30}$ mit Fehlern.

O. S. subjektiv am besten mit C. + 1 Achse $\pm 15^\circ$ temp. Liest jedoch damit nicht weiter.

Bei aufmerksamem Fixieren treten nur hin und wieder einzelne nystagmusartige Bewegungen des Kopfes auf; viel weniger stark als z. B. bei A. Nr. 41.

Mit Stillingschen Buchstaben: rot- und grünblind mit verkürztem Spektrum. Fundus nicht pigmentfrei. An der Peripherie jedoch deutlich Bündel Chorioidalgefäße ohne zwischenliegendes Pigment zu sehen. An anderen Stellen sind diese jedoch wieder nicht sichtbar.

Papille grau; scheint scharf begrenzt zu sein, ist jedoch, besonders links, fast nicht von der Umgebung zu unterscheiden. Retinagefäße nichts Besonderes.

Zweig D.

Nr. 1. Gestorben. Soll außerdem deutliche nystagmoide Bewegungen des Kopfes gehabt haben (spontan angegeben).

Nr. 23. Starb mit 9 Monaten.

Nr. 25. J. v. E., 11jähriger Schuljunge.

Haarfarbe: blond.

Iris: blau.

Kein Mikrophthalmus.

Nystagmus oscillatorius horizontalis, ziemlich grob, ziemlich schnell, auch in Ruhe. Trägt keine Brille.

Visus: O. D. $\frac{5}{20}$ mit Fehlern. O. S. $\frac{5}{20}$ mit viel Fehlern.

Korrektion: O. D. mit — 1 subjektiv am besten, liest aber nicht weiter; O. S. keine Korrektion.

Bei aufmerksamem Fixieren eine Andeutung von nystagmoiden Bewegungen des Kopfes. Mit Stillingschen Buchstaben keine Farbenblindheit. Der Fundus ist sehr pigmentarm, Chorioidalgefäße überall auf einer fast weißen Unterlage sichtbar. Bei seitlicher Beleuchtung sieht man die Pupillen rot aufleuchten. Diese Erscheinung, wenn auch schwach, wird auch schon beobachtet, wenn Licht auf die Sclera fällt. Die Papille ist grau, gut begrenzt, doch schwer von der Umgebung zu unterscheiden.

Nr. 27. K. v. E., 13jähriger Schuljunge.

Haarfarbe: blond, wie D Nr. 25.

Iris: blau.

Kein Mikrophthalmus.

Nystagmus oscillatorius horizontalis, ziemlich fein, ziemlich schnell, auch in Ruhe, weniger stark wie bei dem Bruder (D Nr. 25) auch nach Ansicht der Eltern (spontane Angabe). Trägt keine Brille.

Visus: O. D. $\frac{5}{50}$ Buchstaben.

O. S. $\frac{5}{30}$; O. D. S. $\frac{2}{20}$.

Korrektion: O. D. — 1 $\frac{5}{30}$.

O. S. — 1 subjektiv am besten, liest aber nicht weiter. Ohne Glas liest er bei einer Lampe von 32 Kerzen D. = 1,2, doch nur mit Mühe. Dabei treten nystagmoide Bewegungen des Kopfes auf (viel stärker als bei D Nr. 25).

Mit Stillingschen Buchstaben keine Farbenblindheit.

Fundus oculi pigmentarm, Chorioidalgefäße überall sichtbar, doch zweifellos, auch bei wiederholter Untersuchung, nicht so ausgesprochen pigmentarm wie D Nr. 25.

Papille grau, gut begrenzt.

Retinagefäße normal.

Zweig E.

Nr. 1. Gestorben.

Nr. 19. J. R., 10jähriger Schuljunge.

Haarfarbe: blond.

Iris: bläulich.

Kein Mikrophthalmus.

Nystagmus oscillatorius horizontalis, ziemlich grob, ziemlich schnell, auch in Ruhe.

Der behandelnde Ophthalmologe (Dr. Hazenwinkel) berichtet:

„Refraktion M. 1 Asm. 3,5 Achse 70° nas.

Visus ungefähr $\frac{1}{3}$ des normalen, durch negatives Glas wenig verändert, trägt permanent c. — 2,25. Bei seitlicher fokaler Beleuchtung wird ein roter Schimmer an der Pupille sichtbar. An dem Fundus oculi fällt das geringe Pigment sofort auf, nur in der Nähe der Mac. lutea ist der Fundus etwas dunkler. Die Farbe der Papille ist wohl etwas verändert, doch ist sie nicht ohne weiteres als atrophisch zu bezeichnen.“

Der Typus des Nystagmus war also in allen untersuchten Fällen derselbe; er bestand auch in Ruhe; die Ausschläge wurden bei Seitwärtssehen gröber, dabei wurde dann hin und wieder neben der horizontalen Komponente eine leichte rotierende Bewegung bemerkt. Die Anomalie wurde den Kranken nur bewußt infolge Mitteilungen von anderen; eine zitternde Bewegung der Gegenstände der Außenwelt wurde nicht perzipiert, was übrigens bei keiner der angeborenen Nystagmusformen der Fall zu sein scheint. Bei den verschiedenen Patienten war der Nystagmus sowohl in der Größe der Ausschläge wie auch in der Frequenz davon per Zeiteinheit verschieden. Diese Verschiedenheit ließ sich bei der gleichzeitigen Untersuchung der zwei Brüder (D. Nr. 25 und 27) sehr deutlich konstatieren.

Neben dem Nystagmus der Augen wurde 7 mal eine nystagmoide Bewegung des Kopfes beobachtet. 6 mal konnte ich dies selbst konstatieren, wenn der Pat. angestrengt vor sich hinstarrte, einmal wurde das Symptom durch die Familie von einem Verstorbenen berichtet. Die nystagmoide Bewegung war bei drei Personen sehr deutlich, bei drei anderen nur angedeutet. Bemerkenswert ist, daß bei den zwei Brüdern (D. Nr. 25 und 27) bei 25 der Nystagmus der Augen stärker war als bei 27, die nystagmoide Bewegung des Kopfes dagegen bei 27 stärker als bei 25. Unter den von mir selbst untersuchten Fällen waren auch solche, bei denen ich keine nystagmoide Bewegung des Kopfes beobachtet habe.

Über die Haarfarbe wird 11 mal berichtet. Der Pigmentgehalt der Haar war ziemlich verschieden, doch überwog der blonde Typus bedeutend. Bei zwei Patienten war die Farbe weiß bis hellblond; weiter kamen alle Übergänge bis dunkelblond vor; einer hatte braunes Haar.

Die Iris war in den 11 Fällen, über die Angaben vorhanden sind, blau. In einem Fall war sie für Licht an vielen Stellen durchlässig; eine Andeutung davon sah ich noch bei einem zweiten Fall; bei einem

dritten Fall bestand entweder an einer bestimmten Stelle eine totale Atrophie des Pigments, oder ein Kolobom der Iris.

Die Medien waren in allen untersuchten Fällen vollständig durchsichtig, außer bei einem älteren Patienten bei dem ein Katarakta incipiens bestand. Der Fundus oculi enthielt wenig Pigment, sowohl bei den neun von mir untersuchten Fällen, wie bei den zwei von Kollege Hazenwinkel untersuchten. Bei einzelnen Fällen schien es sogar fast vollständig zu fehlen, bei anderen war es unregelmäßig oder auch gleichmäßig dünn verteilt, doch bestand kein Albinismus im engeren Sinn. Bemerkenswert ist, daß bei den zusammen untersuchten Fällen D. 25 und D. 27 der Pigmentgehalt bei D. 25 geringer war, während der Nystagmus in diesem Fall deutlich stärker war als bei D. 27. In den acht Fällen, wo ich die Papille beobachten konnte, war diese grau, oft schwer von der Umgebung zu unterscheiden und hier und da wie es schien unregelmäßig geformt; die Retinagesäße meist normal, manchmal jedoch wenig gefüllt und dünn. Kollege Hazenwinkel fand in einem Fall die Pupille normal, beim zweiten wohl etwas in der Farbe verändert, doch nicht direkt atrophisch. Zweimal zeigte sich die Pigmentarmut des Fundus sofort durch das Rotaufleuchten der Pupillen bei seitlicher fokaler Beleuchtung. Eine direkte Folge des geringen Pigments ist wohl die wiederholte Klage der Patienten über das unangenehme Empfinden des hellen Lichtes (was sich beim Augenspiegeln in Photophobie und Epiphora zeigte); alle konnten sie am Abend besser sehen als am Tage.

Über die Augenbewegungen, speziell über das eventuelle Vorhandensein von Strabismus wird 9 mal berichtet. In drei der neun Fällen war die Augenbewegung normal; es wurde weiter beobachtet: 1 mal Strab. divergens, 1 mal leichter latenter Strab. divergens, 1 mal Strab. convergens, 2 mal leichter Strabismus convergens alternans, und 1 mal eine schwache Konvergenz neben starker Myopie.

Unter 10 selbst untersuchten Fällen traf ich 4 mal Mikrophthalmus; außerdem wurde 1 mal spontan von der Familie über die auffallend kleinen Augen eines verstorbenen Patienten berichtet.

Der Visus wurde bei 10 der 12 noch lebenden Patienten bestimmt; der Visus des elften soll besonders bei hellem Licht schlecht sein und soll durch Gläser wenig verbessert werden; der zwölfte soll wenigstens bei dunkler Beleuchtung gut sehen können. Bei allen untersuchten Fällen war die Gesichtsschärfe weit unter der normalen (max. $\frac{1}{3}$ der normalen, min. $\frac{6}{60}$ Finger; am meisten wurde $\frac{5}{30}$, $\frac{5}{20}$, $\frac{2}{30}$, $\frac{2}{15}$ gefunden). Wiederholt war dieselbe beiderseits etwas verschieden.

Die Refraktion wurde 4 mal objektiv bestimmt; dabei wurde doppelseitig, 1 mal Hm., 1 mal Ashm. und 1 mal M. Asm. gefunden, außerdem 1 mal M. des einen mit M. Asm. des anderen Auges. Neben diesen

vier objektiven Bestimmungen stehen sechs Fälle bei denen versucht wurde, den Visus durch Gläser zu verbessern: 1 mal wurde auf beiden Augen keine Korrektion gefunden, 2 mal bestand doppelseitig M., 1 mal doppelseitig Hm. Ashm., 1 mal auf dem einen Auge M. und auf dem anderen keine Korrektion, schließlich 1 mal auf dem einen Auge Hm. und auf dem anderen Ashm.

In allen 10 Fällen war die Korrektion mit passenden Gläsern nur gering, manchmal sogar nur subjektiv, ohne daß an den Lesetafeln weiter gelesen werden konnte.

Auf Farbenblindheit habe ich 8 mal untersucht (mit Stillingschen Buchstaben, 2. Rubrik). Dabei wurde 1 mal eine absolute, 1 mal eine nicht absolute Rot- und Grünblindheit mit verkürztem Spektrum gefunden.

Aus dem oben Gesagten geht hervor, daß der Nystagmus in dieser Familie konstant begleitet ist von einem gewissen Grad von Pigmentarmut im Fundus oculi und von einem schlechten Visus, der nur zum Teil auf einer durch Gläser zu korrigierenden Brechungsanomalie beruht. Daneben wurden noch eine Reihe anderer Erscheinungen konstatiert, die jedoch in den einzelnen Fällen verschieden sind und daher nicht ohne weiteres in mehr oder weniger ursächliche Verbindung mit dem Nystagmus gebracht werden können.

Im Hinblick auf die Pigmentierung möchte ich nochmals ausdrücklich darauf hinweisen, daß keinesfalls totaler Albinismus bestand; der Pigmentgehalt war allerdings immer gering, variierte aber doch in den verschiedenen Fällen noch in ziemlich weiten Grenzen; außerdem war derselbe in den Haaren oft größer als in dem Augenhintgrund.

Als Ursache des schlechten Visus glaube ich außer den Störungen, die die Pigmentarmut an sich verursachen könnte, und nach den ziemlich übereinstimmenden Angaben auch tatsächlich verursachte, einen gewissen Grad von Atrophie des N. opticus annehmen zu können; die Papille hatte in den Fällen meiner Beobachtung immer eine etwas graue Farbe, war oft schwer von der Umgebung zu unterscheiden und war außerdem wiederholt deutlich unregelmäßig gebaut. In den beiden durch Kollege Hazenwinkel beobachteten Fällen, scheinen diese Veränderungen jedoch weniger deutlich gewesen zu sein.

Es erhebt sich nun die Frage, ob der Nystagmus in dieser Familie als direkte Folge des schlechten Visus (mit objektiv wahrnehmbaren Augenabweichungen in der Form von Pigmentarmut und mehr oder weniger auffallenden Veränderungen in der Pap. N. opt.) aufzufassen ist und also nicht als eine primäre sich vererbende Anomalie betrachtet werden muß, oder ob dagegen der Nystagmus und der schlechte nicht genügend zu korrigierende Visus mit den daran zugrunde liegenden anatomischen Veränderungen als zwei selbständige „Erbeinheiten“

anzusehen sind, die eben mit mehr oder weniger fester Korrelation sich zusammen vererben.

Daß die Verhältnisse nicht so ganz einfach liegen, zeigt sich schon beim Vergleichen der schon mehrfach erwähnten Beobachtungen D. 25 und D. 27:

1. Der Nystagmus ist bei D. 25 stärker als bei D. 27.
2. Der Visus ist bei D. 25 besser als bei D. 27.
3. Der Pigmentgehalt ist bei D. 25 geringer als bei D. 27.
4. Die Papille ist ophthalmoskopisch bei D. 25 und D. 27 ziemlich gleich.

Die Antwort auf diese Frage kann, wenn überhaupt, nur gefunden werden durch eine möglichst vollständige Untersuchung der nicht an Nystagmus leidenden Familienmitglieder. Wenn nur eine Korrelation besteht, könnte dieselbe hier oder da in der Familie unterbrochen sein. In dem Fall müßten die bis jetzt nur neben dem Nystagmus vorkommenden Abweichungen auch isoliert angetroffen werden.

Es folgt hier das Resultat der Untersuchungen, die von mir an 36, von Kollege de Kleyn an acht und von Kollege Hazenwinkel und Kröner je bei einem, im ganzen also an 46 „gesunden“ Familienmitgliedern gemacht worden sind.

Zweig A.

Nr. 2. v. d. W. — v. R. Mutter des verstorbenen Nystagmuskranken A Nr. 16.
Haarfarbe: grau, früher dunkelblond.

Iris: blau.

Im Fundus normaler Pigmentgehalt. Keine Chorioidalgefäße zu sehen. Papille, Retinagefäße normal.

Nr. 3. A. v. R. Sohn des verstorbenen Nystagmuskranken A Nr. 1.

Haarfarbe: dunkelblond, etwas grau.

Iris: blau.

Pigmentgehalt im Fundus normal. Keine Chorioidalgefäße zu sehen. Papille und Retinagefäße normal.

Nr. 26. C. S. — v. R. Tochter von A Nr. 3.

Haarfarbe: blond.

Iris: blau.

Fundus normal pigmentiert. Keine Chorioidalgefäße zu sehen. Papille und Retinagefäße normal.

Nr. 44. A. S. Sohn von A Nr. 26. 3 Jahre alt.

Haarfarbe: blond.

Iris: blau.

Fundus deutlich mit Pigment versehen. Papille und Retinagefäße normal.

Nr. 45. M. S. Tochter von A Nr. 26. 1 Jahr alt.

Haarfarbe: hellblond.

Iris: blau.

Fundus sehr pigmentarm; Pigment sehr dünn gesät. Chorioidalgefäße überall sichtbar. Papille und Retinagefäße vollkommen normal.

Nr. 7. M. v. R. Mutter der Nystagmuskranken A Nr. 39, 40 und 41.

Haarfarbe: grau, früher blond.

Iris: blau.

Fundus normaler Pigmentgehalt. Keine Chorioidalgefäße zu sehen. Papille und Retinagefäße normal.

Nr. 52. M. Sohn des nichtuntersuchten Nystagmuskranken A Nr. 39. \pm 5 Jahre alt.

Haarfarbe: dunkelblond.

Iris: blau.

Fundus: normaler Pigmentgehalt. Keine Chorioidalgefäße zu sehen. Papille und Retinagefäße normal.

Nr. 53. J. M. Sohn des Nystagmuskranken A Nr. 40 \pm 2 Jahre alt.

Haarfarbe: hellblond.

Iris: blau.

Fundus fast pigmentfrei. Chorioidalgefäße überall zu sehen. Papille vollständig normal; im linken Auge temporal unten im umgekehrten Bild eine scharfe, schwarz pigmentierte Begrenzung der Papille. Retinagefäße normal.

Nr. 54. B. M. Sohn des Nystagmuskranken A Nr. 40 \pm 3 Jahre alt.

Haarfarbe: rötlich.

Iris: braun.

Fundus normal pigmentiert. Keine Chorioidalgefäße zu sehen. Papille und Retinagefäße normal.

Nr. 57. M. v. H. Tochter des Nystagmuskranken A Nr. 41. 4 Jahre alt.

Haarfarbe: blond.

Iris: graublau, bei durchfallendem Licht nicht durchsichtig.

Beim Spiegeln keine Epiphora.

Fundus: deutliche Pigmentarmut. In der Peripherie grobes Pigment, unregelmäßig dünn zwischen deutlich sichtbaren Chorioidalgefäßen verstreut. Papille scharf begrenzt, fahlrosa Farbe, deutliche Exkavation. Retinagefäße normal.

Nr. 58. W. v. H. Tochter des Nystagmuskranken A Nr. 41. 5 Jahre alt.

Im Kinderkrankenhaus wegen Otitis media aufgenommen. Nach Angabe der Direktrice soll das Kind „eigentümliche“ Augen haben, „sie scheinen manchmal rot“.

Haarfarbe: hellblond.

Iris: blau, bei durchfallendem Licht nicht durchsichtig.

Beim Spiegeln keine Epiphora.

Fundus pigmentarm. In der Peripherie grobes Pigment dünn verstreut; Chorioidalgefäße zu sehen, auch um die Papille, an manchen Stellen jedoch auch unsichtbar. Papille groß, deutliche Exkavation. Farbe: fahlrosa, wenig gegen die Umgebung abstechend, doch nicht grau. Retinagefäße vollständig normal.

Nr. 59. A. v. H. Tochter des Nystagmuskranken A Nr. 41. 7 Jahre alt; sieht dem Vater sehr ähnlich.

Haarfarbe: hellblond.

Iris: blau, bei durchfallendem Licht nicht durchsichtig. Wird durch grelles Licht gestört.

Beim Spiegeln starke Epiphora.

Fundus sehr pigmentarm. An der Peripherie noch etwas Pigment zu sehen, dünn verstreut, grobkörnig, zwischen sichtbaren Chorioidalgefäßen. Die Papille ist ziemlich scharf begrenzt, durch einen breiten helleren Ring mit viel Chorioidalgefäßen umgeben. Farbe der Papille blaßgrau (grauer als die mit derselben Lichtquelle untersuchten des Vaters). Deutliche Exkavation. Retinagefäße etwas dünn.

Skiaskopisch (Dr. de Kleyn) rechts und links M., weniger als 1.

Visus (bei Abendbeleuchtung): O. D. $\frac{5}{15}$; O. S. $\frac{5}{30}$

Korrektion: O. D. — 0,5 $\frac{5}{10}$; O. S. — 0,75 $\frac{5}{10}$

(Nebenbei bemerke ich noch: Mutter von Nr. 55—59, dunkelblondes Haar,

Iris braun.

Nr. 56. A. v. H. 1 $\frac{1}{2}$ Jahr alt.

Haarfarbe blond.

Iris blau, bei durchfallendem Licht nicht durchsichtig. Kann wegen Krankheit nicht weiter untersucht werden.

Nr. 55. Mit 9 Monaten gestorben. Rötliches Haar, hellblaue Augen, kein Nystagmus.)

Zweig B.

Nr. 12. A. R. 17 Jahre alt, Sohn des Nystagmuskranken B Nr. 4.

Haarfarbe: blond.

Iris: blau.

Fundus zeigt eine regelmäßig verteilte, doch sehr wenig intensive Pigmentierung. Chorioidalgefäße sind deutlich sichtbar. Papille und Retinagefäße vollkommen normal.

Nr. 14. E. R. 20 Jahre alt, Tochter des Nystagmuskranken B Nr. 4.

Haarfarbe: blond.

Iris: blau.

Fundus enthält nicht viel Pigment (doch mehr als B Nr. 12), regelmäßig verteilt. Chorioidalgefäße sind sichtbar. Papille und Retinagefäße vollkommen normal.

Nr. 5. H. B. Bruder des Nystagmuskranken B Nr. 4.

Haarfarbe: dunkelblond.

Iris: blau.

Seine Kinder:

männlich	}	Nr. 20. N. R. 6 Jahre alt. Haarfarbe: blond. Iris: graublau.	Fundus normal pigmentiert. Keine Chorioidalgefäße sichtbar; Papille und Retinagefäße normal.
		Nr. 21. J. R. 10 Jahre alt. Haarfarbe: blond. Iris hellblau.	
		Nr. 22. A. R. 24 Jahre alt. Haarfarbe: sehr dunkelblond. Iris: graublau.	
		Nr. 23. H. R. 25 Jahre alt. Haarfarbe: dunkelblond. Iris: grau.	
		Nr. 24. M. R. 2 Jahre alt. Haarfarbe: blond. Iris: blau.	
weiblich	}	Nr. 25. D. R. 20 Jahre alt. Haarfarbe: dunkelblond. Iris: blau.	
		Nr. 26. E. R. 22 Jahre alt. Haarfarbe: dunkelblond. Iris: graublau.	

Nr. 29. W. R. Sohn des Nystagmuskranken B Nr. 7. 6 Jahre alt.

Haarfarbe: hellblond.

Iris: blau.

Fundus sehr pigmentarm; das Pigment ist überall sichtbar, aber sehr dünn verstreut. Chorioidalgefäße überall zu sehen. Papille ist scharf begrenzt. Farbe: fahlrosa. Retinagefäße normal.

Visus: O. D. $\frac{5}{5}$ mit Fehlern. Hm. 0,5, $\frac{5}{5}$. O. S. $\frac{5}{5}$. Hm. 0,5.

Nr. 30. C. R. Tochter des Nystagmuskranken B Nr. 7 \pm 8 Jahre alt.

Haarfarbe: blond.

Iris: blau.

Mitteilung des behandelnden Ophthalmologen (Dr. Kröner):

Visus: O. D. $\frac{2}{10}$; O. S. $\frac{8}{10}$.

Korrektion: O. D. — 1,50 $\frac{3}{10}$. O. S. — 0,75 $\frac{10}{10}$.

Javal: O. D. 1 max. 60° temp. O. S. $\frac{1}{3}$ max. vert.

Fundus: Chorioiditis diffusa O. D. S., O. D. weitaus am stärksten. (Atrophische Flecken mit Pigmentierung.) Der Visus war ursprünglich etwas geringer, besserte sich jedoch nach Anwendung von Jod. natr. und Radium- (Mesothorium-) Bestrahlung, bleibt jetzt konstant.

Zweig C.

Nr. 1. A. C. — v. R. Mutter der Nystagmuskranken C Nr. 6, 7 und 8.

Haarfarbe: grau, früher blond.

Iris: graublau.

Fundus: normaler Pigmentgehalt, keine Chorioidalgefäße zu sehen. Papille und Retinagefäße normal.

Nr. 16. F. C. Sohn des Nystagmuskranken C Nr. 8 \pm 12 Jahre alt.

Haarfarbe: blond.

Iris: hellblau.

Fundus: dünnverstreutes Pigment; Chorioidalgefäße sichtbar; Papille und Retinagefäße vollkommen normal.

Nr. 17. M. C. Tochter des Nystagmuskranken C Nr. 8 \pm 18 Jahre alt.

Haarfarbe: dunkelblond.

Iris: blau.

Fundus: auch hier kein dichte Pigment, doch mehr als bei C Nr. 16. Papille und Retinagefäße normal.

Zweig D.

Nr. 4. v. E. — v. R. Mutter der Nystagmuskranken D Nr. 23, 25 und 27.

Haarfarbe: dunkelblond.

Iris: graublau.

Fundus: normal pigmentiert, keine Chorioidalgefäße zu sehen. Papille und Retinagefäße normal.

Nr. 24. W. v. E. Sohn von D Nr. 4. 14 Jahre alt.

Haarfarbe: blond; nicht verschieden von den Nystagmuskranken D Nr. 25 und 27.

Iris: blau.

Fundus: normal pigmentiert, keine Chorioidalgefäße zu sehen. Papille und Retinagefäße normal.

Nr. 26. D. v. E. Tochter von D Nr. 4. 12 Jahre alt.

Haarfarbe: blond, nur etwas dunkler als D Nr. 25 und 27.

Iris: graublau.

Fundus enthält gleichmäßig verteiltes grobkörniges Pigment in ziemlich normaler Menge. Papille und Retinagefäße normal.

Nr. 8. F. v. R. Sohn des Nystagmuskranken D Nr. 1.

Haarfarbe: blond.

Iris: blau.

Seine drei Kinder:

Nr. 28. J. v. R. männlich.

Haarfarbe: blond.

Iris: hellbraun.

Nr. 29. W. v. R. männlich.

Haarfarbe: hellblond.

Iris: braun.

Nr. 30. A. v. R., weiblich.

Haarfarbe: blond.

Iris: blaugrau.

Fundus: normal pigmentiert.
Keine Chorioidalgefäße zu
sehen. Papille, Retinagefäße
normal.

Nr. 14. Chr. v. R. Sohn des Nystagmuskranken D Nr. 1.

Haarfarbe: braun.

Iris: blau.

„Normaler Visus, normaler Fundus, keine Spur von Pigmentatrophie“ (Dr.

Hazenwinkel).

Seine Kinder:

Nr. 31. |

Nr. 32. |

Nr. 33. |

Nr. 35. |

Nr. 36. |

Nr. 37. |

Nr. 38. |

Nr. 39. |

„Iris: braun.

Fundus normal pigmentiert; keine Chorioidalgefäße zu sehen;
Papille und Retinagefäße normal.“ (Dr. de Kleyn).

Die Mutter dieser Kinder hat braune Augen; auch die nichtuntersuchte Tochter Nr. 34 soll braune Augen haben.

Nr. 18. B. v. R. Sohn des Nystagmuskranken D Nr. 1.

Haarfarbe: braun.

Iris: braun.

Fundus mit normalem Pigmentgehalt, keine Chorioidalgefäße zu sehen.
Papille und Retinagefäße normal.

Nr. 21. C. v. R. Sohn des Nystagmuskranken D Nr. 1.

Haarfarbe: braun.

Iris: braun.

Fundus normal pigmentiert; keine Chorioidalgefäße zu sehen; Papille und Retinagefäße normal.

Seine Tochter:

Nr. 41. 1 Jahr alt.

Haarfarbe: dunkelblond.

Iris: braun.

Fundus normal pigmentiert; keine Chorioidalgefäße zu sehen. Papille und Retinagefäße normal.

Die Untersuchung dieser 46 Fälle beschränkte sich hauptsächlich auf das Feststellen der Haar- und Irisfarbe und auf Augenspiegeln, wobei besonders auf den Pigmentgehalt des Fundus oculi und auf die Papilla Nerv. opt. geachtet wurde.

Wichtig für die Beantwortung der oben gestellten Frage sind die Ergebnisse an den folgenden neun von mir untersuchten Personen:

A Nr. 45, 53, 57, 58, 59.

B Nr. 12, 14, 29.

C Nr. 16.

Die Haarfarbe war in diesen Fällen hellblond bis blond; die Iris immer blau (graublau bis hellblau). Der Fundus oculi enthielt nur wenig Pigment und unterschied sich in dieser Hinsicht nicht von dem der Nystagmuskranken. Bei zwei Kindern (A Nr. 58, 59) zeigte sich die Pigmentarmut in derselben Weise wie hier und da auch bei Nystagmuskranken beobachtet wurde (bei seitlicher Beleuchtung rotes Aufleuchten der Pupille, Lichtempfindlichkeit, Epiphora).

Es ist also anzunehmen, daß die Pigmentarmut der Nystagmuskranken in dieser Familie, an sich (mit den durch dieselbe bedingten Sehstörungen) nicht die Ursache des Nystagmus sein kann (einen gleichen Grad von Pigmentarmut sah ich übrigens wiederholt auch bei anderen nicht dieser Familie angehörenden „normalen“ Personen).

Bei fünf Personen war die Papille vollkommen normal, bei drei (A Nr. 57, 58; B Nr. 29) vielleicht etwas verdächtig.

Da jedoch die richtige Beurteilung des Zustandes des N. opticus nur nach dem ophthalmoskopischen Bild der Papille wiederholt zu wünschen übrigläßt, waren nur auf Grund davon, d. h. ohne Bestimmung des Visus keine Schlüsse zu ziehen.

Das Bild der Papille von Beobachtung B Nr. 29 schien am meisten mit dem bei Nystagmuskranken gefundenen übereinzustimmen, doch ergab sich ein normaler Visus, und von einem Korrelationsbruch im oben umschriebenen Sinne konnte hier also noch keine Rede sein. Dagegen scheint mir die Möglichkeit einer derartigen Korrelationszerstörung durch die Beobachtung A Nr. 59 sehr wahrscheinlich geworden. Nicht nur stimmte das Augenspiegelbild, neben dem des Vaters und mit derselben Lichtquelle untersucht, in allen obengenannten Punkten mit diesem überein, es bestand aber außerdem auch hier ein verringerter Visus, der nur teilweise durch Gläser korrigiert werden konnte; allerdings war der Visus nicht so stark vermindert wie in den Fällen, bei denen Nystagmus vorlag.

Ein näheres Eingehen auf den Vererbungstypus des Nystagmus in dieser Familie beantwortet meines Erachtens die Frage, wodurch die Korrelation in diesem Fall zerstört war, und warum bei diesem Kind kein Nystagmus bestand.

Dabei ergibt sich das Folgende¹⁾:

¹⁾ Siehe dazu: A. Lutz, Über einige Stammbäume und die Anwendung der Mendelschen Regeln auf die Ophthalmologie, v. Graefes Archiv f. Ophthalmol. **79**, 419, 420. 1911.

1. Die Vererbung findet nur selten direkt von einer Generation auf die andere statt. Gewöhnlich liegen ein oder sogar zwei „gesunde“ Generationen dazwischen. Von den zehn Nystagmuskranken, die Nachkommenschaft haben (und zwar zusammen 51) vererbt direkt nur einer das Leiden auf eines seiner sechs Kinder, und zwar auf eine Tochter. Rechnet man die Stammeltern, von denen entweder nur der eine oder alle beide die Anomalie latent in sich trugen, als 11 dazu, dann ergibt sich, daß 7 mal mindestens eine Generation übersprungen ist („mindestens“, weil nicht mit Sicherheit festzustellen ist, ob die direkten Vorfahren der Stammeltern mit der Anomalie behaftet waren). Aus demselben Grund muß angenommen werden, daß 3 mal die Anomalie sich wenigstens durch zwei „gesunde“ Generationen fortgepflanzt hat.

2. Der Nystagmus kommt bei Männern viel öfter als bei Frauen vor. Unter 20 Kranken ist nur eine Frau. Wenn man die 29 früh Verstorbenen, deren Geschlecht nicht mehr sicher festzustellen ist, gleichmäßig verteilt (was angesichts der ziemlich gleichmäßigen Verteilung der übrigen, nämlich: 92 männliche und 91 weibliche keinen groben Fehler ergeben würde), die Zahl der Männer also auf 107, die der Frauen auf 105 zu schätzen wäre, so ergäbe sich ein Krankheitsprozentsatz von 17,75 für das männliche und 0,95 für das weibliche Geschlecht.

3. Männliche Nystagmuskranke vererben die Anomalie nur selten direkt auf ihre Kinder. Die unter 1. genannten zehn Kranken sind alle männlich. Die drei männlichen Kranken, deren Nachkommenschaft in dieser Familie sich durch mehrere Generationen verfolgen läßt, haben aber alle drei den Nystagmus auf ihre Enkel oder Urenkel vererbt.

4. Ob weibliche Nystagmuskranke die Anomalie vererben können, läßt sich nicht feststellen, da die einzige Frau mit Nystagmus kinderlos war.

5. Die Vererbung durch einen „gesunden“ Mann findet wenigstens in den Generationen, von welchen genauere Angaben vorliegen, nicht statt (Zweig F ist in dieser Hinsicht sehr demonstrativ), was übrigens nicht ohne Bedeutung ist zur Frage, ob die Anomalie von seiten des Stammvaters oder der Stammutter in die Familie gekommen ist.

6. Dagegen haben von den elf „gesunden“ Frauen (mit männlicher Nachkommenschaft), die möglicherweise die Anomalie latent in sich trugen, weil sie entweder unmittelbar in der ersten Generation von den Stammeltern, oder von einem Nystagmuskranken der späteren Generationen direkt oder über eine „gesunde“ Frau abstammten, acht die Anomalie auf eines oder mehrere ihrer Kinder übertragen. Bei sieben dieser Frauen war der Nystagmus bei den Kindern manifest, von der achten kann bestimmt angenommen werden, daß sie die Anomalie auf eine der Töchter vererbt hat; bei dieser blieb der Nystagmus jedoch latent und manifestierte sich erst in der zweiten Generation.

Typisch für die Vererbung in dieser Familie ist also: daß mehr Männer als Frauen die Anomalie aufweisen; daß ein „kranker“ Mann nur selten direkt, wohl aber über eine „gesunde“ Tochter die Abweichung vererbt; daß ein „gesunder“ Mann „gesunde“ Nachkommenschaft hat, daß jedoch das Fehlen des Nystagmus bei einer Frau das Nichtvorhandensein der Anomalie bei ihrer Nachkommenschaft nicht garantiert. Der Vererbungstypus ist also derselbe wie er schon wiederholt bei Hämophilie, Farbenblindheit usw. beobachtet wurde.

Die Erklärung hierfür ist noch keineswegs befriedigend. Ohne näher darauf einzugehen, möchte ich nur darauf hinweisen, daß die viel besprochene Hypothese von Nettleship¹⁾ der „männlichen“ und „weiblichen“ Spermatozoen und Ovula, wobei nur „gleichgeschlechtliche“ Spermatozoen und Ovula sich bei der Konzeption vereinigen sollen, während dann nur das weibliche Spermatozoon und das männliche Ovulum die Anomalie übertragen sollen, mit den Ergebnissen unseres Stammbaums in Widerspruch steht.

Zunächst sei bemerkt, daß die obenerwähnte Hypothese das Manifestieren oder Latentbleiben der vererbten Eigenschaft überhaupt nicht streift. Außerdem setzt die Hypothese aber eine Bestätigung der folgenden vier Bedingungen voraus:

1. „Kranker“ Mann und „gesunde“ Frau ergeben „gesunde“ Söhne.
2. Alle Söhne von Frauen, die die Abweichung entweder manifest oder latent bei sich tragen, sind entweder selbst „krank“ oder sie übertragen die Anomalie.
3. Töchter einer Frau mit latenter oder manifester Anomalie, weisen die Abweichung nicht auf und vererben sie auch nicht.
4. Alle Töchter „kranker“ Männer sind entweder mit der Anomalie behaftet oder vererben sie ihrer Nachkommenschaft.

Mit 1 stimmen die Erfahrungen dieses Stammbaums überein; ebenso mit 4.

E 7 steht dagegen sehr entschieden in Widerspruch mit der dritten Bedingung; während die Nachkommenschaft der Frauen bei denen die Anomalie latent bestand (A 2, A 5, A 7, B 1, C 1, D 4, E 4) der zweiten Bedingung ebensowenig entspricht.

Es ist doch kaum anzunehmen, daß alle diese „Ausnahmen“ durch das Latentbleiben der Anomalie nur scheinbar sein sollten. (Die einzige Frau bei der die Abweichung manifest war, hatte keine Nachkommenschaft.)

Von größtem Interesse war es natürlich festzustellen, ob das Vorhandensein von Nystagmus bei A Nr. 4 (der einzigen weiblichen Nystagmuskranken dieser Familie, zugleich der einzigen, die direkt in der ersten Generation die Anomalie von einem männlichen Nystagmuskranken

¹⁾ Siehe darüber bei Lutz, l. c. S. 421.

geerbt hatte), möglicherweise die Folge einer Vererbung von zwei Seiten sein könnte; mit anderen Worten, ob die Mutter von A Nr. 4 vielleicht auch aus einer Familie mit erblichem Nystagmus abstammte. Feststeht, daß die Mutter selbst nicht an Nystagmus litt. Leider blieben alle weitere Nachforschungen vergebens, da die Mutter sehr jung nach Holland gekommen war, schon vor längerer Zeit gestorben ist und über ihre Familie nichts zu erfahren war.

Die Untersuchungen der vier „gesunden“ Mütter von Nystagmuskranken (A 2, A 7, C 1, D 4) ergeben zunächst, daß die Trias: Pigmentarmut, verändertes ophthalmoskopisches Bild der Papille und Nystagmus bei Frauen latent bleiben und doch wieder bei der männlichen Nachkommenschaft auftauchen kann.

Zweitens zeigt sich, daß die Pigmentarmut an sich dem oben umschriebenen Vererbungstypus nicht folgt. Wir finden dieselbe sowohl bei männlicher (A 53, B 12, B 29, C 16) wie bei weiblicher (A 57, A 58, A 59, B 14) Nachkommenschaft von Nystagmuskranken; sie ist also nicht an das Geschlecht gebunden und kann sich auch in direkt aufeinanderfolgenden Generationen manifestieren. Auch fand sich eine ausgesprochene Pigmentarmut bei dem Urenkel (A 45) eines Nystagmuskranken; dabei ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß in diesem Fall diese Eigentümlichkeit direkt über einen in dieser Hinsicht normalen Großvater und ebensolche Mutter vererbt war, und daß mit der Regel: ein „normaler“ Mann vererbt die Anomalie nicht, also hier gebrochen wird.

Meines Erachtens sind aber die erhaltenen Angaben noch viel zu unvollständig, um die Gesetze der Vererbung der Pigmentarmut in dieser Familie in positivem Sinne festzustellen; speziell hätte dafür auch eine ausgedehnte Untersuchung der angeheirateten Familienmitglieder stattfinden müssen, da, wie oben schon erwähnt, der Grad der ziemlich wechselnden Pigmentarmut sich in den meisten Fällen nicht von dem hin und wieder auch in normalen Familien vorkommenden unterscheidet.

Drittens (und damit komme ich zur Beantwortung der oben gestellten Frage) scheint mir Beobachtung A 59 zu beweisen, daß außer der Pigmentarmut auch die im ophthalmoskopischen Bild veränderte Papille, zusammen mit einem schlechten durch Gläser nur teilweise zu korrigierenden Visus dem mehrerwähnten Vererbungstypus nicht folgt und diese beiden Eigenschaften sich also auch da manifestieren können, wo der Nystagmus nicht vorhanden ist, oder wenigstens latent bleibt.

Mit großer Wahrscheinlichkeit ist also anzunehmen, daß die Korrelation bei A 59 gebrochen ist infolge des Vererbungstypus, der eben für den Nystagmus an sich in dieser Familie maßgebend zu sein scheint. Da derselbe sich nicht direkt von einer Generation in die nächste und sich

überhaupt nur selten beim weiblichen Geschlecht in manifester Weise vererbt, mußte er bei diesem Kind wenigstens latent bleiben.

Aus den gewonnenen Resultaten glaube ich schließen zu dürfen, daß die bei Nystagmuskranken in dieser Familie regelmäßig vorkommenden anatomischen und funktionellen Augenabweichungen auch ohne Nystagmus vorkommen können, so daß dieser nicht als Folge dieser Abweichungen angesehen werden kann. Ebensowenig kann das Bestehen eines pleiotropen „Erregungsfaktor“ im Sinne Plates¹⁾ angenommen werden, wobei durch eine Erbinheit mehrere Kennzeichen hervorgehoben werden, die dann auch durch unzerbrechbare Korrelation miteinander verbunden sind; die erwiesene Möglichkeit eines Korrelationsbruches weist vielmehr auf mehrere Erbinheiten hin. Der feste, jedoch nicht unzerbrechbare Verband, der zwischen den Augenabweichungen und dem Nystagmus augenscheinlich besteht, wobei nicht vergessen werden darf, daß die Augenabweichungen wohl ohne Nystagmus, aber nicht der Nystagmus ohne die erwähnten Abweichungen beobachtet worden sind, weist darauf hin, daß man diese letzten als „Konditionalfaktoren“ im Sinne Plates¹⁾ aufzufassen hat und daß die Augenabweichungen also vorhanden sein müssen, wenn überhaupt der Erregungsfaktor des Nystagmus seine Wirkung geltend machen lassen kann. Daß unter diesen Konditionalfaktoren auch noch ein Komplex von mehreren Erbinheiten zu verstehen ist, die dann mehr oder weniger fest korrelativ miteinander verbunden sind, kann auch aus Beobachtung B Nr. 29 geschlossen werden, wo die Pigmentarmut sich unabhängig von der ophthalmoskopisch sichtbaren Papillenveränderung (mit verringertem, nur unvollkommen zu korrigierendem Visus) vererbt hatte.

¹⁾ Vgl. E. Rüd in, Einige Wege und Ziele der Familienforschung mit Rücksicht auf die Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. 7, 522. 1911.

Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Blutbildes.

Von
Dr. Richard Zimmermann.

(Aus der Irrenanstalt Hamburg-Langenhorn [Direktor Professor Dr. Neuberger].)

(Eingegangen am 7. November 1914.)

Die Blutuntersuchungen bei Kranken aus der Dementia-praecox-Gruppe¹⁾ hatten eine Vermehrung der farblosen Zellformen (der Lymphocyten, Mononucleären und Eosinophilen) ergeben. Es lag nahe, daß wir auch bei einer anderen, gleichfalls so chronisch verlaufenden geistigen Störung wie der Epilepsie ein verändertes Blutbild antreffen würden. Aber bei der Durchsicht der Literatur stellte sich heraus, daß eine gesetzmäßige Abänderung, wie sie die Dementia praecox bot, für den epileptischen Anfall und für sein Äquivalent nicht festgestellt werden konnte.

Es liegt dies vielleicht an der Verquickung mit hysterischen Zügen, die sich nach neueren Untersuchungen doch nicht so selten²⁾ finden und wohl auch an den geistigen Schwächezuständen vieler Epileptiker. Nicht jedes stärkere Abweichen von dem seelischen Gleichgewicht muß als epileptische Erregung oder epileptischer Verwirrheitszustand aufgefaßt werden. Ein Dämmerzustand oder ein Erregungszustand braucht nicht immer das Äquivalent eines Anfalles zu sein. Er kann auf der geistigen Schwäche oder der degenerativen Anlage beruhen und wird auch ein anderes Blutbild ergeben.

Aber die Regel ist, und darin stimmen meine Untersuchungen mit denen von Morselli, Campioni³⁾, Müller³⁾, Itten⁴⁾, Gomers und Schultz⁵⁾ überein: In den anfallsfreien Zeiten, also in Zeiten von 3—4 Tagen, in denen kein Anfall erfolgt — Schultz spricht von mindestens zweitägigen Anfallspausen, Morselli von „guten Zeiten“ — zeigt das Blutbild vieler Epileptiker keine auffallenden Unterschiede von dem der Geistesgesunden und der Nichtepileptiker: Dieses Verhalten gilt sowohl für das Blutbild in den Zählkammern,

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1914, S. 266.

²⁾ Handb. d. Neurol. Bd. V.

³⁾ Müller, Klinik für psychische u. nervöse Krankheiten 1913, S. 253.

⁴⁾ Itten, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1914, Heft 4.

⁵⁾ Schultz, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1913.

also für die Gesamtzahl der weißen Blutkörper im Kubikmillimeter, als auch für das gefärbte Präparat (nach Giemsa, v. Müllern, May-Grünwald), also für die verschiedenen Zellformen der weißen Blutkörperchen.

Bei 9 Epileptikern wurde mehrfach in anfallsfreien Zeiten mit verschiedenen Zählkammern die Gesamtmenge der weißen Blutkörperchen bestimmt.

In anfallsfreien Zeiten schwanken die Mittelzahlen zwischen 6400—9400. Die Durchschnittszahl berechnete sich auf etwa 7500. Nur ein Fall wies durchschnittlich weit höhere Zahlen auf: es wurden wiederholt gegen 19 000 Zellen im Kubikmillimeter gezählt. Bei 10 epileptischen Kranken zeigten die gefärbten Präparate 7 mal ein völlig normales Verhältnis der einzelnen Zellformen zueinander, das ungefähr der Formel

Leukocyten	70%
Lymphocyten	20—21%
Mononucleäre	5—6%
Eosinophile	3—4%

entsprach.

Die anderen 3 Kranken von diesen 10 Epileptikern zeigten in den anfallsfreien Zeiten ein wesentlich anderes Blutbild, etwa von der Formel:

Leukocyten	59%
Lymphocyten	31%
Mononucleäre	6%
Eosinophile	4%

Anscheinend ist auch kein wesentlicher Unterschied zwischen Kranken mit vereinzelt Anfällen und zwischen Kranken mit vielen Anfällen.

Verhalten des Blutbildes in anfallsfreien Zeiten bei

Kranken mit wenigen und bei Kranken mit vielen Anfällen

71	Leukocyten	68
20	Lymphocyten	24
5	Mononucleäre	5
4	Eosinophile	3

Campioni und Morselli haben geglaubt, für anfallsfreie Zeiten eine leichte Vermehrung der Eosinophilen über 4% in $\frac{2}{3}$ ihrer Fälle annehmen zu sollen. Auch ich habe wiederholt Durchschnittswerte von 5—6% Eosinophilen gesehen. Aber die Regel scheint es nicht zu sein.

Man muß sich vergegenwärtigen, unter wievielen Umständen eine Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blut auftreten kann. Aus dem serologischen Experiment hat sich ergeben, daß die Zufuhr artfremden Blutes in bestimmten Zwischenräumen maßgebend für das Erscheinen einer Eosinophilie¹⁾ ist, so daß wir in dem massenhaften Auftreten eosinophiler Zellen, wie es bei Wurmkrankheiten, bei der croupösen Pneumonie, Scharlach, bei vielen Fällen der Dementia praecox und anderen Erkrankungen fast die Regel ist, ein mit immunisatorischen Vorgängen kausal verknüpftes Phänomen zu sehen glauben. Aber auch das art-eigene Eiweiß kann (nach Schittenhelm) derart verändert werden, daß es Antigeneigenschaften erwirbt und wie ein artfremdes Eiweiß wirkt.

Bei Kranken, bei denen eine starke Eosinophilie — ich habe einmal nach einem Anfall bis zu 9% eosinophile Zellen gesehen — auftritt, müssen wir annehmen,

¹⁾ Schwarz, Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 1914. Die Eosinophilie.

daß Zerfallsprodukte von Geweben innerhalb des Körpers die Eosinophilie auslösen.

Vermehrt sind wohl durchschnittlich in den anfallsfreien Zeiten die Übergangsformen und die großen Mononucleären. Schultz und Gonieris fanden in älteren, schweren Fällen eine leichte Lymphocytose auch für anfallsfreie Zeiten. Meine Fälle, bei denen sich eine Lymphocytose, die sich durchschnittlich auf 28—33% belief, fand, betrafen gleichfalls ganz chronisch gewordene Fälle.

Mit dem Herannahen des Anfalls ändert sich häufig das meist normale Blutbild. Vor dem Anfall fand ich ein Ansteigen der Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen, eine sog. absolute Leukocytose, die sich im Durchschnitt auf 14 000—15 000 Zellen im Kubikmillimeter belief. Die gefärbten Präparate wiesen 1—2 Tage vor dem Anfall unter leichtem Sinken der eosinophilen Zellen ein Ansteigen der Lymphocyten auf. Wohl fast alle Untersucher sind über das Anwachsen der Lymphocytenzahl einig.

Das Blutbild vor dem Anfall stellte sich bei meinem Material (von 12 Fällen) ungefähr folgendermaßen dar:

Leukocyten	65%
Lymphocyten	27%
Mononucleäre	4—5%
Eosinophile	3—4%

Was die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen betrifft, so kommen Fälle vor, die vor dem einen Anfall 18 000—19 000 Zellen und vor einem anderen Anfall gegen 8000 Zellen aufweisen. H. di Gaspero sah unmittelbar vor dem Anfall ein starkes Sinken der Leukocyten bis gegen 50% und darunter. Bei einem meiner Fälle sanken die neutrophilen Zellen regelmäßig vor dem Anfall, so daß ihr Durchschnittswert sich auf etwa 46% bezifferte. Über das Verhalten der großen mononucleären Formen gehen die Ansichten auseinander. Die einen glauben es mit einer leichten Vermehrung, die anderen es mit einer geringen Verminderung zu tun zu haben. Bei meinem Material bewegten sich diese Zellen gleichfalls um die Norm herum. Ich möchte aber glauben, daß sie sich, kurz vor dem Anfall, eher etwas verminderten. Ein Sinken der Eosinophilen konnte ich vor dem Anfall nicht feststellen. Bei meinem Material waren sie vor dem Anfall bald vermehrt, bald vermindert. Ich möchte Schultz beipflichten, daß es nicht gelingt, „feste Beziehungen zwischen dem Verhalten der Eosinophilen und den Zuständen festzusetzen“.

Im Anfall bleibt die Gesamtzahl noch hoch, zeigte aber bei meinen (4) Fällen ein Abfallen auf rund 10 000 Zellen. Die gefärbten Präparate, die die Prozentzahlen geben, zeigten, daß es im Anfall zu einer weiteren Steigerung der relativen Lymphocytose kommt. Zugleich macht sich im allgemeinen ein geringer Rückgang der mononucleären und eosinophilen Zellelemente bemerkbar.

Ich fand durchschnittlich:

Leukocyten	62%
Lymphocyten	33%
Mononucleäre	2%
Eosinophile	2%

Die Lymphocytose im Anfall ist wohl allen Untersuchern aufgefallen, so daß über sie keine Meinungsverschiedenheit herrscht. Schultz bemerkt, daß die Leukocytenzahl sich verringere und daß „die Häufigkeit niedriger Zahl der Eosinophilen bei allen Anfällen auffällig“ sei. Müller sah im Anfall eine Vermehrung der Mononucleären und betont, daß das Verhalten der Eosinophilen schwankend sei. Campioni und Gaspero treten für ein Sinken der Eosinophilen im Anfall ein.

Nach dem Anfall setzte bei meinem Krankenmaterial (13 Fälle) unter Rückgang der Lymphocytose ein Anwachsen der Leukocyten unter Steigen der Eosinophilen und der Mononucleären ein. Gleichzeitig sinkt die Gesamtzahl wieder gegen die Norm (7300 Zellen im Kubikmillimeter):

Leukocyten	70%
Lymphocyten	21—22%
Mononucleäre	6,5%
Eosinophile	2—3%

Über das Verhalten der ersten beiden Zellarten herrscht ziemlich Übereinstimmung. Dagegen sind die Meinungen über die beiden letzten mehr oder weniger geteilt. Gonieris und Schultz bemerken, daß nach dem Anfall häufig eine Eosinophilie einsetze.

Häufig folgt bei den Kranken dem ersten Anfall ein zweiter und dritter. Untersucht man bei gehäuften Anfällen in einer Zeit, in der ein Anfall erfolgt ist und ein neuer sich anbahnt, so entschleiert sich das widersprechende und vieldeutige Blutbild wenigstens in etwas:

Leukocyten	70%
Lymphocyten	23%
Mononucleäre	6%
Eosinophile	1%

Die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen scheint mir entschieden erhöht zu sein. Campioni sah im Status epilepticus eine anfängliche Leukopenie mit Lymphocytose in eine Leukocytose mit relativer Lymphocytose übergehen. Die Eosinophilen gehen nach seinen Befunden zurück.

Man kann sagen: Unter dem Einfluß gehäufter Anfälle kommt es zu einem Rückgang der Eosinophilen, zu einem Versagen der Antigeneigenschaften des Blutes und zu einer Vermehrung der Mononucleären und Übergangszellen, zu einem Einschweben noch unreifer Zellformen in den Kreislauf.

Die Leukocyten sind bald vermehrt, bald vermindert, je nach der Zeit, in welcher die Blutentnahme erfolgt: ob sie näher dem abgelaufenen oder dem kommenden Anfall liegt.

So mannigfach sich uns auch die Blutbilder bei der Epilepsie erweisen und so vielen individuellen Schwankungen sie zu unterliegen scheinen — das Blut ist nun einmal mit seinen Schutzstoffen und cellulären Schwankungen das persönlichste Element im menschlichen Körper —, so ergeben sich doch gewisse Richtlinien, die für viele Epileptiker Geltung haben.

Es ergab sich also:

1. Bei der großen Mehrzahl der Epileptiker zeigt das Blutbild keine Abweichung von der Norm.
2. Vor dem Anfall treten sehr häufig Änderungen in dem Verhältnis der weißen Blutzellen zueinander auf und zugleich macht sich eine starke Vermehrung der weißen Blutzellen bemerkbar. Die Lymphocyten vermehren sich wohl in jedem Fall. In vielen Fällen zeigen auch die Mononucleären eine Vermehrung. Die Eosinophilen zeigen dagegen die Neigung, aus dem Blutbild zu verschwinden.
3. Im Anfall selbst kommt es zu einem mäßigen Rückgang der neutrophilen Leukocyten, die Steigerung der Lymphocyten hält an.
4. Das Blutbild gleicht sich meist nach 1—2 Tagen wieder aus.

Beitrag zur Pathologie des Denkverlaufes beim Korsakow.

Von
A. Pick.

(Eingegangen am 3. Dezember 1914.)

Die der Psychologie des Korsakow gewidmeten Arbeiten befassen sich im wesentlichen mit dem Merkfähigkeitsdefekt und dessen Einwirkung auf das Denken; bezüglich dieses letzteren selbst und insbesondere des Urteils gilt noch ziemlich widerspruchslos der von Bonhoeffer formulierte Satz: „Der formale Denkvorgang weist im übrigen oft kaum eine Schädigung auf. Die Kranken kombinieren, soweit es ihre Merkfähigkeit zuläßt, richtig — haben in rein intellektuellen Dingen oft ein ganz zutreffendes Raisonement.“

Auch Schroeder in der neuesten Zusammenfassung (im Handbuch d. Psych. von Aschaffenburg Spez. Teil 3. Abt. 1. Hälfte 1912, S. 278) spricht von der geringen Beeinträchtigung der Kombinations- und Urteilsfähigkeit. Doch erwähnt er dann weiter (l. c. S. 284), daß bei der häufig vorkommenden Zurückverlegung der eigenen Persönlichkeit in frühere Lebensabschnitte nicht selten Widersprüche in den Einzelheiten sich ergeben.

Gerade bezüglich dieser letzteren Erscheinung und der sich dabei ergebenden Urteilsdefekte möchte ich nun im nachstehenden einiges beibringen und an der Hand der Psychologie den Versuch machen, die Einzelheiten der Störung zu erklären. Daß dies nicht immer gelingt, wird niemanden, der dem Ganzen folgt, überraschen; sehen wir doch auch in der Lehre vom normalen Denkverlauf das gleiche. Die Beobachtungen selbst bleiben jedenfalls auch für spätere besser fundierte Versuche erhalten.

Die mitzuteilenden Tatsachen entstammen der Beobachtung eines Falles, dessen klinische Details, weil nicht zur Sache gehörig, nur kurzorisch hier erwähnt werden sollen.

Am 8. Oktober 1913 wurde der 42jährige verheiratete Bahnwächter Franz R. mit der Angabe eingeliefert, daß sich bei ihm in den letzten Tagen ohne merkbare Veranlassung Erscheinungen zunehmend schwerer Unklarheit entwickelt hätten, so daß er schließlich selbst seine Vorgesetzten nicht mehr erkannte, entweder überhaupt nicht oder ganz

unsinnig auf Fragen antwortete, sich auch absonderlich benahm, z. B. ein Geldstück in ein Glas Bier hineintat, „damit es sich auflöse“.

Ähnlich erschien er auch bei der Aufnahme zur Klinik und die Erklärung dafür wie für eine zunehmende Benommenheit ergab sich erst, als hinzutretende schmerzhaft Nackensteifigkeit, Pulsverlangsamung bis zu 42 und Kernig, deutliche Facialisparesie (kein Fieber) Veranlassung zur Lumbalpunktion boten, die den positiven Befund einer akuten (mit Rücksicht auf eine leichte Spitzenaffektion als tuberkulös diagnostizierten) Meningitis ergab. Von Symptomen, die später deutlich wurden, wären noch zu erwähnen amnestisch-aphasische und ideatorisch-apraktische.

Unter dem Einflusse (?) mehrfach wiederholter Punktionen besserten sich ebenso der Liquorbefund wie die Allgemeinerscheinungen der Meningitis; nachdem dieselben ebenso wie die anderen ganz verschwunden waren, zeigte der Kranke die Erscheinungen eines kaum von einem typischen Korsakow abweichenden Zustandsbildes, was durch nachstehendes Examen erhärtet sei.

Zu diesem und den im folgenden Mitgeteilten ist zu bemerken, daß ich entsprechend dem Zwecke der Arbeit vielfach nur Ausschnitte aus den jedesmaligen Aufzeichnungen gebe, was insbesondere dort zu beachten ist, wo das Mitgeteilte abrupt mit der Frage nach dem Alter beginnt. Auch ist bezüglich des Formalen noch zu bemerken, daß entsprechend früher erprobter Anordnung, um sich nicht in wiederholenden Hinweisen ergehen zu müssen, die kritischen Bemerkungen unmittelbar hinter jenem Absatz des Examens eingeschoben werden, der dazu Anlaß bietet.

31. X. Auf Aufforderung aus dem Bette zu gehen, richtet er sich ziemlich flink dazu, sagt: Warum denn?

Wo waren Sie gestern? — Mit Zuschrift von der Direktion war ich da drüben.

Wie geht es heute? — Heute ist es noch nicht gut gegangen, ich habe nichts zu essen bekommen.

Kennen Sie mich? — Sie sind doch der Maschinenführer F.

Warum liegen Sie im Bett? — Weil ich marod bin.

Was ist Ihnen geschehen? — Es fehlt mir weiter gerade nichts, aber nicht richtig ist mir.

Wissen Sie, was für Datum wir haben? — Heute ist Sonntag (falsch).

Was für Monat? — Mai.

Ich glaube, es ist Oktober — Nein.

Der wievielte Monat ist der Oktober? — Der X.

Und der Mai? — Und der Mai, der wievielte das ist? Da müßten Sie bloß zählen.

Was haben Sie gestern getan? — Gestern? Gestern habe ich nichts getan.

Sind Sie gestern operiert worden (Lumbalpunktion)? — Ablehnend: Ah!

Wer hat Sie operiert? — Polizei (Dial. für Polizeimann).

Welcher Polizei? — Der heute hier war.

Wo sind wir hier? — In Eichwald (sein Wohnort). In Klostergrab.

Wann werden Sie in den Dienst gehen? — Ich war heute. Vorhin habe ich Urlaub gemacht.

Wie alt sind Sie? — 40 Jahre.

Verheiratet? — No ja.

Wieviel Kinder haben Sie? — 3 Kinder.

Sie haben doch 4 Kinder — 4? (fragend). Zählt nachdenklich, dann sagt er: 4, ja 4 Kinder. Das 4. Kind ist beim G.

Wer ist das? (Assistent) — Der Kaufmann in Eichwald. Der Paul ist schon lange dort.

Was für Jahr haben wir jetzt? — Fragend: Was für Jahr? 12.

1912? — Ja.

Nein, 1913 schreibt man jetzt. Das wissen Sie nicht? — Nein.

Kennen Sie mich? — Ah ja.

Wer bin ich? — Der Dr. da. Nein, da nicht, dann haben Sie doch Wohnung in Kosten. Nein, Dr. nicht, aber a bißl Mediziner sein Sie.

Wann werden Sie den Dienst antreten? — Da muß ich mich dort erst richtig aufnehmen.

War Ihre Frau schon bei Ihnen? — Meine Frau? Jetzt nicht, schon lange nicht.

Soll sie kommen? — Nein, ah das ist gleich, die kann kommen.

Im vorangehenden treten, wenn auch vielleicht zunächst nicht so prägnant wie für denjenigen, der auch schon die folgenden Examina überblicken kann und die Entwicklung aus der schweren Benommenheit mitgemacht, die Hauptsymptome des Korsakow, der schwere Merkfähigkeitsdefekt und die Konfabulation deutlich hervor; die weitere Darstellung wird die volle Prägnanz der Erscheinungen noch herbeiführen helfen.

7. XI. Wie alt sind Sie denn? — Ich? im 17. Jahr.

Sind Sie verheiratet? — Ja.

Wieviel Kinder haben Sie? — Oder da werden wir schon im 18. Jahr sein.

Hier tritt zum ersten Male das hervor, daß der Kranke zunächst ohne irgendwelches Gefühl dafür zwei unvereinbarliche Äußerungen nebeneinanderstellt; nur zur Vorsicht sei bemerkt, daß er dabei, wie sich noch im Laufe der weiteren Darstellung zeigen wird, nicht etwa die erste Äußerung schon vergessen hat, wenn er die zweite ausspricht, sondern sie auch beide vollbewußt festhält. Die dritte Antwort ist dadurch bemerkenswert, weil sie verrät, daß sich nachträglich doch ein, sagen wir, dunkles Gefühl¹⁾ für das Unvereinbarliche und die Notwendigkeit einer Korrektur geltend macht, daß diese aber unvollständig ausfällt, weil „er eben jung ist“ und andere korrigierende Gedanken,

¹⁾ Etwas Gleichartiges kennen wir auch schon vom psychologischen Experiment her. N. Ach, Über den Willensakt und das Temperament S. 63: „Mit dem Aussprechen von ‚gür‘ war hier unmittelbar die Bewußtheit gegeben, daß dies falsch ist, und es trat leichter Ärger auf mit der Bewußtheit, daß es richtig hätte gemacht werden können. Dieser Affekt des Ärgers stellt eine Reaktion des Bewußtseins dar in dem Antagonismus zwischen der unter der Schwelle des Bewußtseins bleibenden Wirksamkeit einer Determination und einer Assoziation und einem Bewußtseinsinhalte, der durch die perseverierende Wirkung einer zweiten, andersartigen Determination überwertig geworden ist.“

wie z. B. später der, schon beim Militär gedient zu haben, infolge des Gedächtnisdefektes hier überhaupt nicht emportauchen.

Wieviel Kinder haben Sie? — Heute habe ich ein Kind begraben. Zählt dann: 4 Kinder.

Wie kann man zu 17 Jahren 4 Kinder haben? — O je (wie bedauernd, daß der Frager das nicht einsehe).

Wie alt waren Sie, wie Sie geheiratet haben? — In die 17. Nein, ich war jünger. Ich werde noch nicht lange in die Schule eingetreten sein. Ich habe müssen Dienst machen.

Hier tritt nun in voller Deutlichkeit das zu Demonstrierende hervor: Das starre Festhalten an dem einander Widersprechenden bis zu der Äußerung des Mitleides für denjenigen, der das nicht verstehen will.

Die Antwort, die der Kranke gibt, ist dadurch bemerkenswert, daß er den Fehler, den er mit der vorangehenden begangen, einsieht und auch formal ganz richtig korrigiert, dabei aber für den dadurch noch krasserem Fehler absolut verständnislos bleibt. Man könnte nun hier den Eindruck bekommen, daß diese Korrektur ausbleibt, weil er ohne Überlegung die Sätze einfach nebeneinander setzt, wie wir das noch sehen werden, aber die folgenden Examina werden den strikten Beweis erbringen, daß das in der Überzahl der Fälle nicht zutrifft, daß also andere in dem Geisteszustande, in dem das Ganze produziert wird, gelegene Momente dafür verantwortlich sein müssen. Gelegentlich, wie z. B. hier, mag es sich der ersten Deutung entsprechend verhalten, wenigstens könnte der Satz: „Ich habe müssen Dienst machen“ in dem Sinne gedeutet werden; denn wie immer man diesen auffassen will, als Einfall, daß er jetzt hätte Dienst machen müssen oder als Reminiszenz, daß er damals zur Zeit der Heirat Dienst machte, er paßt nicht hierher, am wenigstens als Motivierung. Der Satz ist wohl so zu erklären wie auch später ähnliche Einschiebsel ihre Erklärung finden, nämlich durch ein „paraphantastisches“ Auftauchen einer Erinnerung, aus der heraus der Satz gesprochen wird, ohne Rücksicht auf Zusammenhang.

Schulbuben heiraten doch nicht — O ja, Schulbuben können heiraten.

13jährige Buben heiraten doch nicht! — 13 nicht, aber 14, 15, 16.

Wann kommt man zum Militär? In welchem Alter wird man assentiert? — Assentiert wird man, wenn man in die Schule geht. Im 14. Jahre wird man assentiert. Ich bin oft assentiert worden, weil wir 4 Klassen hatten.

Hier meldet sich ein Ansatz zur Korrektur, aber diese erfolgt, weil wie zuvor rein formal in pejus; da er „jung ist“, mehrere Kinder hat, muß er also noch jünger geheiratet haben und als ihm das als etwas ganz Unsinniges vorgehalten wird, korrigiert er, aber doch auch nur mehr der Korrektur formal entsprechend; wir werden sehen, daß er später gelegentlich auch nichts darin findet, daß man zu 13 heiratet und Kinder hat.

Der Schluß des Gespräches bestätigt auch die zuvor gegebene

Deutung; weil er „so jung ist“ wirkt die ihm entgegengehaltene als Korrektur gemeinte Frage nicht in diesem Sinne, sondern muß sich selbst eine Korrektur im Sinne der „überwertigen“ unkorrigierbaren Idee gefallen lassen. Ob vielleicht hier die „Klassen“ bei der Assentierung und die „Klassen“ in der Schule, ähnlich wie in dem von mir kürzlich beschriebenen Falle von Dementia senilis (diese Zeitschr. 22, mitgewirkt¹), ob vielleicht auch die Analogie: „assentieren“ und „prüfen“, muß dahingestellt bleiben.

8. XI. Wann sind Sie geboren? — Ich? 1874 (nach längerem Nachdenken, nahezu richtig).

Wie alt wären Sie, wenn jetzt 1900 wäre? — Etliche 20.

Wie alt sind Sie? — 19 Jahre.

Waren Sie schon bei der Assentierung? — No, das wird sein. Gestern war ich bei der Assentierung. Beim Herrn Rosner oder wie er heißt.

Sind Sie verheiratet? — No, das wird sein.

Wieviel Kinder haben Sie? — 7 oder 8 herum.

Wenn Sie 19 Jahre alt sind, wie können Sie so viel Kinder haben? —

Es könnte scheinen, als ob das Schweigen Ausdruck des erkannten Irrtum wäre, aber angesichts späterer Äußerungen wird man diesbezüglich doch Zweifel hegen können.

Wie alt waren Sie, wie Sie geheiratet haben? — Im 16. Jahre glaube ich.

Heiraten 16jährige Menschen? — Ja, mich? Sagt dann: Ich werde älter gewesen sein.

Heiratet man denn mit 16 Jahren? — In der Schulzeit heiratet man gewöhnlich.

Wann haben Sie geheiratet? — Vor 2 Monaten.

Und da haben Sie 7 Kinder? — Ja.

Das voranstehende Examen zeigt im wesentlichen die gleichen Erscheinungen wie die früheren, erscheint aber insofern belehrend, als sichtlich gerade die Wirkung des hier etwas stärker hervortretenden Merkfähigkeitsdefektes mit den hier besonders hervorgehobenen Erscheinungen nichts zu tun hat. Gelegentlich („Ich werde älter gewesen sein“ und das Folgende) sieht man, wie die Vergesslichkeit auch der einsetzenden Korrektur ein Ende bereitet bzw. die verbessernde Rich-

¹) Seither habe ich zu diesen pathologischen Parallelen auch im psychologischen Experiment eine dem Normalen entstammende gefunden, die ich hierher setzen möchte. „Es sei noch eine sehr interessante Beobachtung angeführt, die zeigt, wie eine nicht voll zum Durchbruch gekommene Reproduktionstendenz die tatsächlich realisierte beeinflussen kann. Nr. 15, Zug 2, 4 sec.: „... Ganz undeutlicher Gedanke an die Vieldeutigkeit und zwar an den Ort Zug in der Schweiz. Dann kam RV., ein Eisenbahnzug, der von links hinten nach rechts vorn fuhr... Ich wußte, daß dies in der Schweiz war“. Die eine Wortbedeutung beeinflußt hier die andere nicht eigentlich im anschaulichen Material, sondern nur durch einen Wissensakt; war ja auch ursprünglich nur das Wissen um die Bedeutung im Bewußtsein, und nicht schon eine dementsprechende Vorstellung.“ K. Kafka, Zur Analyse der Vorstellungen und ihrer Gesetze. 1912. S. 68. Vgl. auch bei demselben Autor (l. c. S. 371) den Hinweis auf Fälle, wo beim Verstehen eines mehrdeutigen Wortes nur eine Bedeutung ins Bewußtsein tritt, das Bewußtsein der Vieldeutigkeit fehlt.

tung derselben abschließt und die in pejus wieder Platz greift, weil die Vorstellung, „so jung zu sein“, doch wieder überwertig wird.

Behrend hinsichtlich des Nebeneinanderstellens zweier unsinniger Behauptungen sind die zwei letzten Antworten; nicht Vergesslichkeit wie auch sonst nicht, liegt dem zugrunde, sondern es erfolgt keine Aufeinanderbeziehung; jeder Gedanke knüpft als feststehend an die betreffende Frage an als eine dazu passende Antwort.

11. XI. Wer sind Sie? — Ich? Richter.

Wie alt? — Wiederholt die Frage: 19 Jahre.

Sind Sie verheiratet? — Natürlich, ich habe doch schon einen Buben, der ist 15 Jahre.

Über energische Vorstellung, wie widersprechend diese Angaben sind, fängt er an, sich lebhaft gegen den Vorwurf zu wehren, er habe behauptet, er sei 19 Jahre; er habe doch schon zweimal ausgedient.

Hier sehen wir, wie der provozierte korrigierende Gedanke so kräftig auftritt (die Assentierung bildet auch später und schließlich definitiv das Hauptmoment für die Korrektur seiner Angaben), daß er nicht anders wirken kann als in dem Ableugnen des eben Gesagten; daß es sich nicht um wirkliches Vergessen handelt, wird nahegelegt durch spätere Examina, wo er ebenso Unsinniges doch festhält.

Die hier hervorgehobene Erscheinung nähert den Fall anderen analogen bei Geisteskranken beobachteten (s. des Verf. Aufsatz im Arch. f. Krim.-Anthrop. 18. 1905).

Also wie alt sind Sie? — Ich? Ich bin 19.

Und wie alt ist der Bube? — Mein Bube? Der ist 15 $\frac{1}{2}$ — ah, der ist ja nicht der meine.

Wie lange sind Sie verheiratet? — Wie lange? 4 Jahre . . . aber ich habe es dann wieder sein lassen.

Die Korrektur hat sich aber doch nicht vollzogen oder hält nicht vor, er ist wieder 19 und sein Junge, zunächst widerspruchslos 15 $\frac{1}{2}$. Besonders interessant ist nun die sich meldende Korrektur, weil sie in etwas anderer Weise durch das Spätere verständlich zu machen ist. Sein ältester Junge ist tatsächlich 15 Jahre alt; als der ihn einmal besucht, anerkennt er ihn nicht, sagt vielmehr, das sei der ihm bekannte Sohn eines Freundes. Es scheint, wie wenn hier der im Unbewußten wirksame Gedanke, daß doch ein ihm sozusagen geläufiger Junge dieses Alters vorhanden ist (s. das folgende Gespräch), die Korrektur eben in der Richtung umbiegt, daß es aber, weil das Ganze unvereinbarlich ist, der Junge eines anderen sei.

Eine Erklärung des letzten Satzes ist schwer möglich; es kommen, wie wir schon besprochen, auch sonst gelegentlich abrupte Äußerungen zutage, deren Zusammenhang nicht präzise klarzulegen ist; so z. B. die erste Antwort in dem nachfolgenden Gespräch; er scheint an irgendwelche Gedanken anzuknüpfen, die ebenso abrupt auftauchen wie sie sofort vergessen sind.

13. XI. Wie alt sind Sie? — . . . stimuliert: Ich bin schon 17 Jahre.

Sind Sie verheiratet? — Natürlich, ich habe doch einen Sohn, der kommt schon aus der Schule.

Wie alt ist er denn? — No, 17 Jahre.

Hier taucht wieder der Sohn auf als Nachweis für das Verheiratetsein; man sieht deutlich, wie ein Stück des ganzen Gedankens motiviert oder wie früher korrigiert wird, aber der Widerspruch, der sich hinsichtlich des Restes dabei herausstellt, unwirksam bleibt. Die zweimalige 17 beruht wohl auf Perseveration.

Sie haben doch gerade gesagt, Sie sind der Vater und auch 17? — Ich (fragend) ich bin doch schon 20.

Dann kann das doch auch nicht Ihr Sohn sein! — Warum denn nicht?

Sie können doch nicht mit 3 Jahren einen Sohn gezeugt haben? — Einen Sohn? Ja, ich weiß nicht, wer ihn gemacht hat. Fügt spontan hinzu, eine Weile sich selbst überlassen: Dann sind die Beamten schuld; knüpft eine zynische Bemerkung an.

Hier sehen wir, wie zunächst die Korrektur wieder formal wirkt, wie aber dann zwei ganz unvereinbarliche Gedanken zunächst doch gegen jeden Widerspruch festgehalten werden und wie auch da die sich geltend machende Korrektur in einer doch unzutreffenden Richtung sich bewegt als damit das zu Korrigierende eigentlich unkorrigiert bleibt, wobei diesmal freilich der Hauptanteil der Vergeßlichkeit zu fallen möchte. Bemerkenswert ist auch, daß hier wie schon früher das beiläufige Alter des Sohnes auftaucht. (Perseveration?)

14. XI. Wie alt sind Sie jetzt? — 40 Jahre.

Wann geboren? — Am 2. Februar 1887. Nein, korrigiert sich selbst, da war gerade ein Krieg gewesen mit Leitmeritz.

Geben Sie acht, mit Leitm . . . ? . . .

Wo sind wir hier? — No, wo ist (auf den Assistent zeigend) sein Bruder, bei wem? Bei Klausnitzer seinem Bruder.

Diese Teile eines Examens sind interessant, weil sie uns einen, wenn auch nur mangelhaften Einblick in eine andere Seite des Denkverlaufs unseres Kranken gewähren. Bei der Korrektur des wohl falsch, aber doch wesentlich richtiger als sonst angegebenen Geburtsjahres — er ist 71 geboren — scheint die Erinnerung an Erzählungen vom siebziger oder vom sechsendsechziger Kriege mitaufgetaucht zu sein. Komplizierter scheint die Verbindung mit der Stadt Leitmeritz; dort ist das Korpskommando, in dessen Bereich er gedient und an den Gedanken Krieg schließt offenbar die Begleitidee (Krieg, Militär, Sitz des Kommandos) an. Vielleicht daß dabei auch das mitgewirkt, daß nicht allzuweit von der Stadt L. sich die wichtigsten Ereignisse des sechsendsechziger Krieges abgespielt haben; das dürfte ihm noch davon her bekannt sein, weil er in der nahe gelegenen früheren Festung Theresienstadt gedient hat. Die Frage, wo sind wir, löst den Gedanken, wo ist der X. aus. In beiden Fällen fehlt auch der geringste Ansatz zu einer Korrektur.

15. XI. Wo sind wir hier? — In Eichwald in der Schule.

Volksschule? — Ja, wo Kinder hineingehen.

Was tun Sie hier? — Ich muß doch zahlen 6 K für 2 Stunden.

Für den Jungen oder für sich? — Für mich.

Sie gehen in die Schule? — Ja, auf Beamter.

In der letzten Antwort enthüllt sich ein Moment, das schon im vorangehenden wirksam, offenbar bei den auch im nachfolgenden angeführten Äußerungen, daß er noch in die Schule gehe, mitwirksam ist; er besucht als Bahnwächter die für solche abgehaltene „Schule“ und dieser von ihm kaum jemals geäußerte Gedanke hilft wahrscheinlich bei den wirklich geäußerten Gedanken, noch Schuljunge zu sein, mit. Schon zuvor sahen wir, daß die „Klassen“ bei der Assentierung und in der Schule ähnlich gedeutet werden konnten.

Wo waren Sie gestern? — In Klostergrab.

Was haben Sie dort gemacht? — Aus der Schule bin ich gegangen.

Was haben Sie gestern alles gemacht? — Zuerst in die Schule gegangen, dann nichts. Ich habe ja Ferien gehabt.

Die letzte Antwort ist besonders belehrend für das „kurze Denken“ des Kranken, das wir ja auch bisher schon als eine der Haupterscheinungen bei ihm erkennen konnten; die „Ferien“ sind sichtlich die Motivierung für das spätere Nichtstun, der Gedanke an dieses hat jene emporgehoben, daß Ferien und Schulbesuch unvereinbarlich, wird nicht wirksam. Es wäre aber denkbar, daß Ferien einfach als schulfrei genommen sind.

(Nach einigen Zwischenfragen.)

Wie alt sind Sie? — 14 Jahre.

Sind Sie verheiratet? — Ja, ich habe doch Kinder von 9 Jahren.

Mit 14 Jahren kann man noch nicht heiraten! — Warum nicht? Ich habe mit 22 Jahren geheiratet.

Sie haben gesagt, mit 14! — Das war das erstmal.

Sie haben zweimal geheiratet? — Dreimal.

Welche ist die erste Frau? — Die vorhin bei Ihnen war, das war die erste.

Diese Episode ist besonders interessant: das Bedürfnis der Korrektur macht sich geltend, aber sie wirkt in pejus; nicht bloß, daß er zu 14 geheiratet, er muß, weil das Korrekturbedürfnis weiter wirkt (er ist verheiratet!) ein zweites Mal geheiratet haben; warum das dritte Mal ist nicht ganz durchsichtig. Auffällig ist auch die letzte Antwort in ihrer Unsinnigkeit, es ist wie wenn unter dem noch fortwirkenden Korrekturbedürfnisse einfach darauf losbewiesen werden müßte.

Ist sie gestorben? — No, sie sitzt ja da.

Die zweite Frau? — Die, mit der ich noch . . .

Die dritte? — Die kleine, die abends weggegangen ist. Mit der war ich nicht verheiratet, mit der bin ich nur so gegangen. (Später, als er sich an den Familiennamen der Frau erinnert, lehnt er sie als Frau ab; er sei nur so mit ihr gegangen.)

Kann man als Katholik dreimal heiraten! — Warum nicht? Fünfmal kann ich heiraten.

Das darf man doch nicht! — Wenn die erste Frau tot ist.

Alle die vorhin nebeneinander gestellten Gedanken wirken fort, die Frauen sind zum Teil da und nur insofern tritt schließlich Korrektur ein, daß er mit der dritten nur „so gegangen“. Die letzten Antworten sind wohl aus der Vergeßlichkeit verständlich. Es scheint, wie wenn irgendwelche Einfälle einfach den Charakter von Erinnerungen annehmen und als solche nachwirken und ebenfalls nebeneinanderstehen, ohne eine Korrektur zu provozieren; das ist ja auch von den Konfabulationen des Korsakow bekannt.

Hier sehen wir noch etwas, was schon früher aufgefallen: wenn Korrektur eintritt, so bleibt sie allgemein oder betrifft nur einzelne Umstände des Gesagten, nicht dieses in seiner Gesamtheit. Unvereinbarlichkeiten zwischen dieser und dem zu Korrigierenden bleiben unbeachtet, wirkungslos. Das gleiche zeigt sich in dem nachfolgenden die Orientierung betreffenden Gespräch.

18. XI. Behauptet, er sei in Eichwald in der Schule, korrigiert sich dann: Ah, die Kirche ist das.

In der Kirche sind Betten? — Lacht: Das stimmt, ich bin halt hier, nicht wahr.

20. XI. Wer sind Sie? — Wächter.

Wie alt sind Sie? — 15 Jahre.

Wird man denn mit 15 Jahren Wächter? — Das wird sein.

Schulbuben werden doch nicht Wächter! — Warum nicht? Ich gehe auch noch in die Bürgerschule.

Und dabei sind Sie Wächter? — Ja.

Auch hier tritt sehr prägnant die Genese des Denkfehlers hervor; die zwei geäußerten Umstände sind für ihn Tatsachen, es besteht deshalb zwischen ihnen kein Widerspruch, deshalb meldet sich auch kein Korrekturbedürfnis.

Wie alt sind Sie? — 14 Jahre, ins 15.

Sind Sie verheiratet? — Ja.

Mit 15 Jahren ist man verheiratet? — Ja, ich war 14 Jahre, wie ich geheiratet habe.

Wieviel Kinder haben Sie? — 5.

Mit 14 Jahren haben Sie 5 Kinder? — Warum nicht? Ich habe schon als ledig Kinder gehab. Ich war 15 Jahre, da war ich vom Militär zu Hause.

Die letzten zwei Äußerungen sind interessant als Anzeichen des sich geltend machenden Korrekturbedürfnisses. Aber man beachte wieder das, ich möchte sagen, Fleckweise der Korrektur, die sichtlich den Umstand ins Auge faßt, daß er nach so kurzer Ehe so viele Kinder hat; die können also nur uneheliche sein; daß dadurch der Widerspruch mit dem Alter noch schlimmer, wirkt nicht, daran denkt er einfach nicht, die Korrektur erstreckt sich darauf nicht. (Man erinnere sich auch an die in einem früheren Gespräch aufgetauchte Motivierung der unehelichen Kinder.) Das gilt auch für die letzte Äußerung, die nicht, wie man glauben könnte, etwa durch Vergeßlichkeit zu erklären ist (s. das Spätere). Er stellt neben das festgehaltene Alter einfach

den auftauchenden, diesmal richtigen Gedanken, daß er vom Militär schon fort, ohne daß Korrektur einträte.

Mit 15 Jahren kommt man nicht zum Militär! — No, das stimmt doch, ich war älter. Wie ich aus der Schule bin, mußte ich zur Assentierung. Wir gehen noch in die Schule und müssen zur Assentierung, da kommen in die Schule die Posten. Jetzt paßt es mir nicht mehr, jetzt muß ich erst vom Lehrer Bewilligung haben, daß ich kann gehen zur Assentierung.

Hier tritt anfänglich noch ein Ansatz von Korrektur hervor, sie entwickelt sich aber nicht intensiv genug (unmittelbar nach der Schule zur Assentierung) und versagt dann ganz. Hier zeigt sich noch etwas Weiteres; die unvereinbarlichen Gedanken bleiben nicht wie meist sonst einfach nebeneinander bestehen, sondern sie gehen schließlich vollständig durcheinander.

24. XI. Wie alt? — 19, ich gehe ins 20.

Sind Sie verheiratet? — Das wird sein.

Haben Sie Kinder? — Wieviel, nur 4.

Wie alt sind Sie? — Ganz prompt: 36 Jahre.

Sie haben doch gerade gesagt, Sie wären 19! — No ja (überlegt eine Weile), das stimmt ja, ich bin 19 Jahre angestellt. Jetzt wollte ich mir paar Jahre kaufen (auf das Unsinnige aufmerksam gemacht): Das macht nichts, wegen der Pension.

Die letzten Antworten sind so interessant, einmal weil er die 19 anderweitig zu klären versucht (es ist fraglich, ob richtig) und wegen des scheinbar Scherzhaften der angeschlossenen Erklärung; gewisse Kategorien von Angestellten können tatsächlich wegen der Pensionsberechnung sich „Jahre kaufen“.

26. XI. Sagen Sie, wie alt Sie sind? — Ich? 16 Jahre.

Und sind schon bei der Bahn angestellt? — No, schon lange.

Schon lange? — Ja (lacht herzlich) mit einigen 100 K haben sie mich arrangiert.

Wie lange sind Sie bei der Bahn? — 2 Jahre.

Verheiratet? — Verheiratet? No natürlich.

Haben Sie Kinder? — Kinder habe ich auch.

Ah, Sie sind erst 17 Jahre? — Ja, jetzt glauben Sie, daß ich 17 Jahre alt bin? Ich bin doch 60, das heißt ich bin 50 Jahre.

Hier ein deutlicher Ansatz zu richtigerer Korrektur, die aber infolge des Gedächtnisdefektes schlecht ausfällt und in einer Weise über das Richtige hinausgeht, wie es in gleicher Weise nie mehr der Fall ist.

26. XI. Schreiben Sie Namen und Alter auf! — Schreibt den Namen auf, sagt sich dann vor: 20 Jahre — zögert, es aufzuschreiben.

Nach einer Zwischenfrage:

Also schreiben Sie, wie alt Sie sind! — Ich? Ich bin 15 Jahre alt.

Also schreiben Sie es auf! — Ich bin aber noch nicht ganz 15 (zögernd).

Dieses Zögern ist gewiß bemerkenswert, als sich darin ein leises, aber alsbald wieder (durch den Zuspruch?) schwindendes Korrekturbedürfnis und eine ebensolche Korrektur geltend machen.

Schreiben Sie es nur auf! — Also: schreibt es auf.

Und jetzt schreiben Sie, wie alt Ihr Sohn ist! — Mein Sohn, der ist 14.

Schreiben Sie es darunter! — Schreibt darunter: Mein Sohn ist 14 Jahre alt. Als ihm der Zettel weggenommen und nach einer Weile wieder gezeigt wird, wundert

er sich darüber, verwahrt sich energisch dagegen, die zweite Zeile selbst geschrieben zu haben: „So ein Unsinn“.

Bemerkenswert ist hier die Entstehung des Widerspruchs durch das selten vorkommende Auftauchen des fast richtigen Alters seines Jungen.

27. XI. Wie alt sind Sie? — Ich bin 16 Jahre.

Da sind Sie erst unlängst aus der Schule ausgetreten? — Ah, woher denn, ich gehe doch erst in die 2. Klasse.

Sind Sie verheiratet? — Ja, schon 8 oder 9 Jahre.

Und sind 15 Jahre? — 15 habe ich gesagt? Ich bin 14 Jahre.

Da hätten Sie doch mit 6 Jahren heiraten müssen! — Ja, mit 6 Jahren, stimmt schon, wenn man aus der Schule austritt.

Mit 6 Jahren tritt man aus der Schule? — Sagt nachdenklich: Jetzt weiß ich selber nicht. Da tritt man doch erst ein.

Also wie alt waren Sie, wie Sie geheiratet haben? — Da war ich schon über 14 Jahre.

Hier tritt sehr schön das Schwankende in dem Korrekturbedürfnis und das Aufleuchten eines Defektbewußtseins als Wurzel der daran anschließenden Korrektur hervor, die aber mangelhaft bleibt, weil das Richtige sich nicht einstellt.

Besonders belehrend für den Gedankengang ist die Antwort: Ja, mit 6 Jahren . . . wenn man aus der Schule austritt. Es ist eine Art Bifurkation der Motivierung; da er 14 Jahre alt und so lange verheiratet ist, so hat er zu 6 geheiratet; man heiratet wenn man aus der Schule ist. Daß sich die beiden Gedanken nicht vereinen lassen, wird aber nicht wirksam, das Korrekturbedürfnis ist befriedigt.

28. XI. Wie alt sind Sie? — 13.

Sind Sie verheiratet? — Ja, natürlich.

Haben Sie Kinder? — Ja, manche sind gestorben (soviel bekannt, unrichtig).

Wie alt ist der Älteste? — 12 Jahre.

Und Sie sind 13? — Ah, ich bin 35, ins 36. gehe ich.

Hier macht sich die Korrektur deutlich in einer Besserung der korrigierenden Daten merkbar, im Gegensatz zu dem Vorangehenden; man bekommt auch den Eindruck, daß von da ab die Korrektur oft besser wirksam wird, sichtlich zufolge einer Besserung des ganzen Zustandes.

29. XI. Wie alt sind Sie? — 14 Jahre, 13 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Sind Sie verheiratet? — Ja.

Schulbuben heiraten doch nicht! — Ich bin wieder Schulbube geworden.

Haben Sie Kinder? — Ja, 3.

Wann haben Sie geheiratet? — Mit 12 Jahren.

Wie alt sind Sie denn? — 14 Jahre.

Jungen zu 14 Jahren heiraten doch nicht! — Wenn sie nicht etwas lernen oder studieren, können sie heiraten, wenn sie aber etwas lernen oder studieren, können sie nicht heiraten.

Bemerkenswert ist das: „Ich bin wieder Schulbube geworden“. Es ist sichtlich die durch die festgehaltene „Jugend“ erzwungene Korrek-

tur, die selbst zum Unsinn wird. Es erinnert das an die Episode mit den drei Frauen.

Der Schluß des Gespräches ist dadurch interessant, weil man sieht, wie der Kranke eine ganz allgemein gehaltene Erfahrung als Begründung für einen unsinnigen, aber festgehaltenen Gedanken anführt.

30. XI. Warum liegen Sie im Bett? — Weil mir miserabel ist.

Seit wann liegen Sie? — Seit 11.

Wie alt sind Sie? — Im 16.

Wie lange sind Sie bei der Bahn, 10 Jahre? — Das wird schon länger sein.

Haben Sie denn bei der Bahn mit 6 Jahren angefangen? — Ich war schon zweimal definitiv bei der Bahn.

Auch hier ähnlich wie zuvor mit den drei Frauen wird etwa im Sinne einer reduplizierenden Paramnesie zur scheinbaren Korrektur zweier unvereinbarlichen Tatsachen die eine als wiederholte dargestellt.

4. XII. Wie alt sind Sie? — 16 Jahre, d. h. im 16., noch nicht ganz.

Sind Sie verheiratet? — Ja, natürlich.

Wie lange? — Schon 4 Jahre.

Und wie alt waren Sie, wie Sie geheiratet haben? — 30 Jahre.

Sie haben doch gerade gesagt, Sie sind 16! — Wie, ich? ich? (im Tone der höchsten Verwunderung).

Später: Und wie alt sind Sie? — Ich? Ins 28. gehe ich.

Die gebesserte Korrektur macht sich doch schon öfter geltend, aber sie ist nicht dauerhaft wie das folgende Examen zeigt, wo sie gelegentlich fast schon das richtige Alter erreicht.

7. XII. Wie alt sind Sie? — Ich bin 15 Jahre.

Sie haben doch gerade gesagt, Sie haben 4 Jahre gedient? — No, ja, bei mir war das so, ich bin mit 12 assentiert worden und war 3 Jahre dort, bis 15.

Und wann zum Militär gekommen? — Mit 15.

Und wie lange dort gewesen? — 3 Jahre; also bin ich 18.

Hier bekommt man den Eindruck, wie wenn gelegentlich sprachliche, bzw. gedankliche Perseveration mit im Spiele wäre.

Sind Sie verheiratet? — Ja, natürlich.

Wie lange? — No, schon 10 oder 12 Jahre.

Wie alt sind Sie? — Ich? 27.

Und sind 12 Jahre verheiratet? — Nein, ich bin älter, ich bin schon 25.

Die letzten Antworten bieten der Erklärung besondere Schwierigkeiten wegen der Mehrdeutigkeit, die ihnen zukommt. Es ist möglich, daß er die neue Frage überhaupt nicht beachtet, die Korrektur noch dem vorangehenden Gedanken gilt; ebenso möglich ist es aber, daß die Korrektur der letzten Frage gilt, aber während sie erfolgt, wieder der vorangehende Gedanke wirksam wird und die ihm entsprechenden Worte emporsteigen. In beiden Fällen könnte ein Mechanismus mit wirksam sein, der dem Danebenreden bzw. Danebendenken nahesteht.

Haben Sie eine Frau? — Ich? Nein.

Sie sind doch verheiratet? — Ah, woher. Ich bin doch bei meinen Eltern (bessert aus) bei meinen Großeltern. (Er hat als Waise bis zu seiner Heirat bei diesen gelebt.)

Diese hier zum ersten Male auftauchende Episode seiner Jugend wird weiterhin durch lange Zeit festgehalten und jeder Korrektur durch die Wirklichkeit entgegengehalten.

Wie alt sind Sie? — Ich bin 40 Jahre, schon vorüber (fast richtig).

18. XII. Und wie alt sind Sie? — Ich bin 15 Jahre (sagt das lachend).

Was sind Sie? — Ich — ich bin Straßeneinnehmer in Zinnwald. (Diese letzte Angabe entspringt vollständig der Phantasie.)

Sind Sie verheiratet? — Ja.

Kinder? — 2. Über Vorhalt: No, ich habe geheiratet, wie ich aus der Schule gekommen bin. Setzt hinzu: Ich war schon auch militärfrei.

Wie alt sind Sie? — Ich? Ich bin 18 oder 17 $\frac{1}{2}$.

Was sind Sie? — Ich? Bei der Bahn in Teplitz.

Hier ist besonders der Zusatz „militärfrei“ beachtenswert; er entspringt sichtlich dem Korrekturbedürfnis für die Heirat, aber das Unzutreffende der ganzen Gedankenkombination wird nicht beachtet.

22. XII. Wie heißen Sie? — Richter.

Wie alt sind Sie? — 15 Jahre.

Sind Sie verheiratet? — Ja.

Mit 15 Jahren heiratet man doch nicht! — Ich bin erst $\frac{1}{2}$ Jahr verheiratet.

Interessant ist die hier sich geltend machende Korrekturbedürftigkeit, der durch eine Art Rückzug genug getan wird, ohne daß beachtet würde, daß eigentlich damit nichts korrigiert ist.

Schuljungen heiraten doch nicht! — Ich bin in die Schule gegangen.

Da heiratet man doch nicht! — Ich habe die Bewilligung gekriegt vom Lehrer und vom Pfarrer.

Wieviel Kinder haben Sie? — 1.

Wie lange sind Sie verheiratet? — 2 Jahre.

Wie alt sind Sie? — Im 15. Jahre. Ich war heuer bei der Assentierung.

Hervorzuheben ist zuerst der Versuch einer Art von Korrektur („Bewilligung“) und das Auftauchen eines korrigierenden Gedankens, ohne daß derselbe doch dem Bedürfnis genügen würde; die Korrektur ist also wieder nur formal erfolgt.

29. XII. Wie alt sind Sie? — Ich bin im 16. Jahr.

Was sind Sie? — Ich bin nichts, ich bin noch Schüler.

Sind Sie verheiratet? — Ja.

Ein Schüler darf nicht heiraten! — Unter 14 nicht, aber dann kann er heiraten und in die Schule gehen. Wenn man ausgedient hat, dann kann man heiraten.

Da hat man noch nicht gedient! — Ich habe schon ausgedient, ich bin mit 12 Jahren zum Militär gekommen und habe 3 Jahre gedient und dann habe ich geheiratet.

Das vorstehende Examen ist ein ganz besonders beweisendes in der Richtung der hier versuchten Deutung. Zuerst der Ausspruch „dann kann er heiraten“, dem offenbar die nachgeschickte Motivierung („Wenn man . . .“) schon zugrunde liegt; es ist eine Art Korrektur, deren Unstichhaltigkeit ebensowenig eingesehen wird wie der Widerspruch zwischen anderen unvereinbaren Gedanken. Im weiteren wird sie nun nicht bloß unwirksam, sondern dient noch zur weiteren Verfälschung des schon

an sich unzutreffenden Sachverhaltes. Es wird darauf die Rede auf seine Militärdienstzeit geführt und dabei zeigt sich, daß er eine Menge von Angaben darüber, anscheinend richtig macht.

Bemerkenswert ist auch der letzte Satz, der sich als eine Zusammenfassung der ganzen Argumentation darstellt und beweist, daß der Merkfähigkeitsdefekt hier sicher keinen Einfluß hat.

Fortsetzung: Wie alt waren Sie, wie Sie in Cattaro unten waren? — Da war ich 13 Jahre.

Wie alt waren Sie, wie Sie beim Militär eingerückt sind? — 11 Jahre.

Haben Sie gehört, daß Buben mit 11 Jahren genommen werden? — No ja, ja, ja, 11 und 3 ist 14.

Und haben dann gleich geheiratet? — Nein, mit 14 nicht, ich war 17, im 18.

Hier sehen wir zum Schlusse, wie der Kranke Korrekturen rein äußerlich anbringt und sich dabei beruhigt, weil ihm eben das Widersprechende nicht zum Bewußtsein kommt.

2. I. Wie alt sind Sie? — 14.

Was sind Sie? — Nichts, ich gehe in die Schule.

Sind Sie verheiratet? — Ja, 2 Jahre.

Mit 12 haben Sie geheiratet? — Nein, ich war noch nicht 12.

Sie sagen doch, Sie sind 14! — Nein, ich wurde noch nicht 14.

Also haben Sie zu 11 geheiratet! — Ja, ich habe zeitlich geheiratet, ich habe schon einen Buben, der ist 4 Jahre. Über energischen Vorhalt: Ja, ich weiß nicht, wie das zugegangen ist, ich habe zu 11 Jahren geheiratet, wie ich dann verheiratet war ist das dann vorwärts gegangen. Ja (vor sich hin), ja, jetzt bin ich ja verheiratet, erst nachher; mit 11 Jahren war ich ja noch gar nicht aus der Schule. Man soll das nicht machen; nächstens tue ich es nicht mehr, so bald heiraten. Jetzt bin ich schon bald 3 Jahre verheiratet und was habe ich da; das ist wirklich ein Unsinn.

Die vorstehenden Äußerungen sind besonders dadurch bedeutsam, daß sie gewissen Annahmen, die zur Erklärung des unsinnigen Nebeneinander gemacht worden, zu einer Art Erläuterung dienen. Zunächst in dem „ich weiß nicht, wie das zugegangen“ tritt uns das Gefühl des Korrekturbedürfnisses entgegen, daneben freilich auch das der Unsicherheit des Wissens, dem sich die Korrektur dann anschließt, insofern die Konsequenz der Heirat zu 10 Jahren als unaufhaltsam und demnach als nicht korrigierbar anschließt. Dann folgen wieder Schwankungen in jenem Gefühle („man soll das nicht machen . . .“), die schließlich in dem „Unsinn“ enden; er sieht ein, daß es Unsinn ist, aber da er zu 11 geheiratet und 3 Jahre verheiratet ist, ist eben einfach nichts zu machen, da er die Gedanken eben als Tatsache nimmt.

Schauen Sie doch, was Sie für einen Bart haben, wie können Sie 14 Jahre alt sein! — Ja wieso denn, ich kann ihn doch nicht wegrißen!

Und da wollen Sie mir einreden, daß Sie bei der Bahn sind! — Bei der Bahn? Ich bin über 11 Jahre bei der Bahn.

In der ersten Antwort spiegelt sich das Übergewicht des Gedachten über die Wirklichkeit, in der zweiten taucht eine beiläufige richtige Erinnerung auf und bekräftigt eine Behauptung, deren erster Teil wieder anscheinend vergessen ist.

Und da sind Sie 14 Jahre? — Ich? Habe doch 30 Jahre und habe schon ausgedient, 3 Waffenübungen.

Und mit wieviel haben Sie geheiratet? — Ich, no mit 14.

Und wie alt sind Sie jetzt? — Jetzt bin ich 19.

Und da sagen Sie, daß Sie schon alle Waffenübungen gedient haben? — No, ich habe doch schon mit 15 gedient.

Hier sehen wir wieder verschiedene, schon besprochene Einzelercheinungen unmittelbar zusammengetragen.

3. I. Haben Sie eine Frau? — Ja.

Wie alt sind Sie? — Ich? Ich werde 14.

Und wie lange sind Sie verheiratet? — No, mit 9 Jahren.

Sie, so kleine Kinder heiraten doch nicht! — No, wenn ich aus der Schule war.

Haben Sie gedient? — No, mit 9 Jahren bin ich nach Hause gekommen.

Woher? — No, vom 92. Inf.-Regiment.

Sie, mit 9 Jahren? — Ah, was denn? Ärgerlich: Ich bin doch mit 14 Jahren noch in die Schule gegangen, gedient habe ich erst später, mit knapp 20 bin ich genommen worden und 3 Jahre habe ich gedient. Da habe ich gedient in Cattaro bei 92. Geheiratet habe ich mich — mit 25 habe ich geheiratet.

Hier bekommt man den Eindruck wie wenn zwischen dem Denken der Tatsachen und den eingesetzten Zahlen eine Verschiebung statt hätte, diese letzteren perseveratorisch oder gelegentlich rein einfallsmäßig eingesetzt werden und der entstehende Widersinn zunächst nicht beachtet wird.

Hier setzt auch schon eine richtigere Korrektur ein, der dann am folgenden Tage schon ein deutlicheres Gefühl für den Defekt folgt.

4. I. Wie alt sind Sie? — Ich? Ich bin noch gar nicht alt, ich werde erst 14 Jahre.

Und wieso haben Sie denn so einen mächtigen Schnurrbart? — No, das macht nichts.

Sind Sie verheiratet? — Ja, natürlich.

Haben Sie Kinder? — 2 Kinder habe ich.

Und da sind Sie erst 14? — Nein, ich bin ja dumm, da ginge ich ja noch in die Schule; Sie haben recht.

Greifen Sie sich doch an den Schnurrbart! — Greift hin.

Haben 13jährige Kinder solchen Schnurrbart? — Wie wenn er sich plötzlich besinnen würde: Wie kann man sich so irren? Ich bin doch 17.

Sie sind doch 41! — Nein, ich bin doch 19 Jahre. Ich habe 2 Waffenübungen.

42 Jahre sind Sie alt! — Ich bin im 29. So alt soll ich schon sein?

19. II. Wie alt sind Sie? — Ich bin im 13. Jahre.

Sie sind doch ein erwachsener Mann! — Ich bin doch nicht so groß.

Sie gehen noch in die Schule? — Ja, ich muß noch bald 2 Jahre in die Schule gehen.

Verheiratet? — Ja.

Haben Sie Kinder? — Ja.

Heiraten Schulbuben? — Wie ich vom Militär gekommen bin, habe ich geheiratet. 3 Jahre beim Militär war ich.

Schon die erste Antwort vom 19. Februar ist bemerkenswert, weil sich der Widerspruch sichtlich im wesentlichen gegen das „erwachsen“ kehrt. Es ist schon früher betont worden, wie die Korrektur eine „fleckweise“ ist; es beruhigt sich eben das sie provozierende Gefühl, wenn ihr

auch nur stückweise oder formal Genüge getan ist. So beantwortet er entsprechend die Frage: Heiraten Schulbuben? mit der zeitlichen Motivierung für das Heiraten; der Einwand vom Schulbuben wird überhaupt nicht wirksam.

Sind Sie nicht bei der Bahn? — Ja natürlich.

Also wie alt sind Sie? — Ich, ich bin noch nicht 11.

Wie alt also? — Ich werde gleich im 9. Jahre. Wieder über Vorhalt in müder Stimme: Ich weiß selbst gar nichts mehr, ich bin ja schon ganz hin.

Sie sind 42 Jahre! — Aber nein, so viel bin ich nicht.

20. I. Wie alt sind Sie? — Ich bin im 9. Jahre, 9 Jahre.

Was sind Sie? Bahnwärter. — Beim Militär war ich 3 Jahre.

Wie alt sind Sie? — 11 Jahre.

Wann sind Sie eingerückt? — Ich tu mich heute ganz irren.

Wie können Sie zu 11 Jahren 3 Jahre beim Militär sein? — Ich habe mich ganz geirrt. Ich bin 13 Jahre.

In welchem Alter sind Sie zum Militär eingetreten? — Ich weiß das wirklich nicht, ich muß 8 Jahre sein gewesen oder 9 Jahre.

Interessant ist hier das „muß“; der Korrekturzwang ist ebenso kräftig, daß der dadurch zustande kommende Unsinn nicht gemerkt wird. Zu 9 Jahren tritt man beim Militär ein? — Ich kann mich nicht erinnern.

Wenn der Kranke eben zum ersten Male direkt ausgesprochen, daß er sich irre, so schiebt er den Irrtum am Schlusse aber doch wieder auf seine Vergeßlichkeit.

20. I. Wie alt sind Sie denn? — Im 13. Jahre. 12 Jahre war ich im Feber.

Verheiratet? — Ja, wie ich vom Militär nach Hause gekommen bin.

Mit 13 Jahren waren Sie schon beim Militär und haben geheiratet? — Nein, ich habe mich geirrt, ich bin 14 Jahre.

Mit 10 Jahren sind Sie zum Militär? — Ich habe schon 2 Waffenübungen gemacht und bin 13 Jahre.

Die auftauchenden korrigierenden Gedanken sind schon viel präziser, aber sie bleiben doch ohne Wirkung neben dem zu Korrigierenden, das eben für ihn Tatsachen darstellt.

Die jetzt öfters auftauchenden sichtlich einer Besserung entsprechenden Äußerungen wie die letzte bilden eine Bestätigung der den gleichen anderen Erscheinungen früher gegebenen Deutung.

Wie alt sind Sie? — 12 Jahre.

Haben Sie Kinder? — Ja.

Kinder mit 12 Jahren haben Kinder? — Ich bin 13 Jahre, nein, ich bin ganz irre (zeigt auf den Kopf).

Machen denn Kinder Kinder? — Ja, wie ich vom Militär nach Hause gekommen bin, habe ich geheiratet.

Da werden Sie 23 gewesen sein! — Ich bin bald assentiert worden, ich war kaum aus der Schule.

Das Gefühl der geistigen Insuffizienz hat nicht vorgehalten, schon an der nächsten Antwort zeigt sich das Bestreben einer Motivierung, aber diese faßt nur einen Teil des Gesagten bzw. Gefragten ins Auge; er motiviert, daß er Kinder hat, aber nicht, daß er so jung schon Kinder

hat und erst auf den entsprechenden Einwurf macht er dazu einen Ansatz.

Wie alt sind Sie also? — 20 Jahre.

Warum sagen Sie, daß Sie 13 Jahre sind? Ich bin 13 Jahre. Ich muß noch 1 Jahr in die Schule gehen. Und wenn Sie es nicht wollen glauben, so fragen Sie Bekannte von mir. Ich muß noch 1 Jahr in die Schule bis 14.

Hier (wie auch sonst schon gelegentlich) bekommt man den Eindruck, daß eine Frage, die zu dem Zwecke gestellt wird, um eine Korrektur einer früheren falschen Antwort zu provozieren, zuweilen den entgegengesetzten Effekt hat, der Kranke hier die ihm als falsch bezeichnete 13 jetzt erst recht als positiv hinstellt, wofür schließlich noch ein Beweis geführt wird.

Aber noch viel wichtiger erscheinen die letzten Antworten. Es taucht wohl schon der korrigierende Gedanke auf, aber die Korrektur wirkt nicht entsprechend, sie bleibt sozusagen isoliert und bestätigt dadurch eigentlich das, was der Kranke behauptet; und ähnlich wie schon früher tritt im folgenden wieder das hervor, daß von dieser „Tatsache“ aus eine Korrektur in pejus sich vollzieht und so gewinnen die beiden eigentlich unvereinbarlichen Gedanken erst recht gegenseitigen Halt.

Wie alt waren Sie, wie Sie beim Militär eingetreten sind? — Zu 9 Jahren.

Kinder nimmt man doch nicht zum Militär! — Ich bin jetzt 13 Jahre, fragen Sie, wenn Sie mir nicht glauben.

Die letzte Antwort bestätigt die Erklärung, daß unvereinbarliche Gedanken unkorrigiert nebeneinander stehen; es sind Tatsachen, an die die Kritik eben nicht heranreicht.

Auch im folgenden kehrt diese Art der Beweisführung einige Male wieder, was vielleicht insofern bemerkenswert ist als damit doch eine Art Beweis erbracht werden will, dessen es früher für den Kranken überhaupt nicht bedurfte.

Wieviele Kinder haben Sie? — 3.

Mit 13 Jahren kann man doch nicht 3 Kinder haben? — Wenn Sie mir nicht glauben, so fragen Sie.

Wovon leben denn die Kinder und die Frau? — Von mir.

Als Schulbube kann man doch nicht verdienen! — Da fragen Sie nur, wenn Sie mir nicht glauben.

Was sind Sie denn? — Bahnwächter.

Und gehen in die Schule? — Ja.

Kann man Bahnwächter sein und in die Schule gehen? — Fragen Sie nur andere. Heute bin ich marod und habe mich nicht bei der Bahn gemeldet.

Was sind Sie? — Ich bin Bahnwächter.

Wie alt? — Im 13. Jahre.

Gehen noch in die Schule? — Ja.

Haben Kinder? — Ja, der älteste im 13. Jahre.

Sie haben gesagt, daß Sie selbst 13 sind! — Ah (korrigiert) ich bin im 15. Denkt nach und sagt: Das ist ja nicht möglich, das ist doch schlecht, was ich da gesagt habe. Ich habe doch 3 Waffenübungen gemacht. Ich muß noch in die Schule gehen; ich bin im 12. Jahre.

Die letzten Phasen des Gespräches zeigen sehr prägnant, wie sich Kritiklosigkeit, Gefühl des eigenen Defektes und Kritik noch wirt durcheinander schlingen infolge der Kombination der sie bedingenden Momente.

Sagen Sie das noch einmal! — Ich bin im 13. Jahre.

Was sind Sie? — Bahnwächter.

In welche Klasse gehen Sie? — In die 4. Klasse.

Gehen Sie mit dem Schulranzen? — Ich binde es meist in ein Tüchel.

Es ist zuvor schon darauf verwiesen worden, daß der Inhalt der Fragen direkt als tatsächlich vom Kranken aufgenommen wird. Die letzte Frage und Antwort lassen das noch klarer hervortreten. Die erste, die zu dem Zwecke gestellt wird, um dem Kranken noch schärfer den Gegensatz zur Wirklichkeit vor Augen zu führen, verfehlt diese Wirkung und die Antwort bringt wohl eine sachliche Korrektur, aber aus der unrichtigen und dadurch erst recht bekräftigten Situation heraus.

Verheiratet? — Ja.

Wieviel Kinder? — 4.

Ist das möglich, daß ein 13jähriger Junge 4 Kinder hat? — Sie können ja andere fragen, was Sie mir nicht glauben.

Sie haben beim Militär gedient? — Ja.

Wie lange? — 3 Jahre.

Wann sind Sie eingetreten beim Militär? — Im 9. Jahre.

Dieses Gespräch zeigt wohl deutlich, wenn es noch eines Beweises bedurfte, daß der Merkfähigkeitsdefekt in dem gewöhnlichen Sinne des Wortes keine Rolle spielt.

Auch die beiden letzten Examina lehren, wie die gelegentlich sich intensiv aufdrängende Korrektur doch wieder versagt gegenüber dem momentan festgehaltenen Gedankengange. Dieses Schwanken in der Intensität der korrigierenden und zu korrigierenden Gedanken tritt sehr prägnant hervor, als das eben angeführte Gespräch nochmals erneuert wird und der Kranke, der sich als Bahnwächter bezeichnet, gefragt fortsetzt:

Und gehen in die Schule? — Ich, ich bin doch schon lange heraus.

Sie haben es gesagt! — Ich habe das gesagt? Ich bin doch schon lange heraus, ich habe ja schon 3 Jahre gedient.

Wann sind Sie beim Militär eingetreten? — Mit 10.

Wo haben Sie gedient? — In Theresienstadt.

Wie alt sind Sie jetzt? — 13.

Wann haben Sie das erste Kind gehabt? — Mit 10.

21. II. Wie alt sind Sie? — Im 13. Jahre.

So jung? — Ja. Wird zum Spiegel geführt: Hat man einen so großen Schnurrbart mit 13? — Ich kann doch nicht dafür, wenn er wächst; ich habe ihn weggemacht.

Sind Sie ledig? — Nein, verheiratet.

Wie lange verheiratet? — 2 Jahre.

Haben Sie Kinder? — No freilich.

Wieviel Kinder haben Sie? — Denkt nach: 3.

2 Jahre verheiratet und 3 Kinder? — Ich weiß das nicht so genau. 2 Kinder.

Wie alt ist Ihr Sohn? — 9 Jahre. Nein, das ist doch nicht möglich. Ich tue mich doch irren, ich bin doch auch erst 13 Jahre, ich muß noch in die Schule.

Sie sind 13 Jahre alt? — Nein, ich bin es noch nicht.

Hier hat man den Eindruck, daß das sich meldende Bedürfnis nach Korrektur an falscher Stelle wirksam wird. Der irrtümliche Gedanke ist so fest, daß der richtigere der Korrektur verfällt.

In der Folgezeit mehren sich die affektbetonten Äußerungen, die mit einer Korrektur parallel gehen und diese nähert sich nicht bloß dem sachlich Richtigen, sondern erweist sich auch sichtlich wirksamer. Dieser mit der Besserung einhergehende Nachlaß der Störungen bestätigt die diesen gegebenen Deutungen.

Im Anschluß an ein zunächst ähnlich wie die vorangehenden verlaufendes Gespräch über sein Alter folgt nachstehendes:

Haben Sie beim Militär 10 jährige Kinder gesehen? — Jesus Maria! Ich bin doch ganz wirr, das ist doch nicht möglich. Immer nachdenklich, sagt dann: Mit 20 Jahren bin ich zum Militär, 3 Jahre habe ich gedient und 3 Jahre bin ich zu Hause, also 26.

Warum haben Sie gesagt, daß Sie 13 sind? — Ach, ich bin 30.

Wissen Sie, wann Sie geboren sind? — Heute erinnere ich mich nicht.

Sie sind 71 geboren! Wissen Sie, was für Jahr wir haben? — Ich bin heute ganz weg. Nach einer Pause von einigen Minuten:

Sie sind der Richter? — Der Richter Franz.

Wie alt? — Ich bin im 13. Jahre. Korrigierend: Aber; ich bin 17 Jahre. Denkt wieder nach: Aber nein, ich war doch beim Militär schon lange. Heute bin ich aber 28 Jahre.

Auch das folgende Gespräch ist nach der erwähnten Richtung beweisend, es führt aber doch noch das Schwankende der ganzen Besserung vor, die im vorigen Gespräch in der zunehmenden Korrektur sich ausprägt.

22. II. Kann man zu 13 Jahren heiraten? — Nein (lacht).

Wie alt muß man sein, um heiraten zu können? — Man muß aus der Schule sein und vom Militär möchte man auch frei sein.

Also mit wieviel? — Mit 23.

Glauben Sie, daß ein 12 jähriger Junge Kinder haben kann? — Nein, das ist doch selbst ein Kind. Der muß doch noch 2 Jahre in die Schule gehen (lacht dazu).

Wo sind wir hier? — Ich weiß nicht. Einige andere Zwischenfragen, dann:

Wie alt sind Sie? — Ich bin 16 Jahre.

Verheiratet? — Ja.

Kinder? — Ja.

Wieviel? — 2.

Wie alt waren Sie, wie Sie geheiratet haben? — Da war ich aus der Schule. Denkt nach, sagt plötzlich: Ah, da irre ich mich. Ich war ja schon vom Militär zu Hause. Ich bin 27.

Wie alt ist Ihr ältester Sohn? — 9 Jahre.

Wann mußten Sie den gehabt haben? — Denkt nach, sagt: Ich muß mich noch irren, schrecklich heute. Denkt fortwährend nach: Ich weiß das heute nicht so genau jetzt. Nach einiger Überlegung für sich selbst: Das größte Kind geht noch nicht in die Schule. Sagt dann nach längerem Nachdenken: Ich bin 27 Jahre.

Wie lange verheiratet? — 3 Jahre.

Wie alt ist das älteste Kind? — Denkt nach: Das stimmt auch nicht, ich war ja schon lange verheiratet, wie ich das Kind bekommen habe.

Nach 8—9 Minuten:

Wie geht es? — Jetzt geht es schon bissel besser.

Der Gegensatz zwischen dem jetzt so oft eintretenden und von Korrektur gefolgttem Nachdenken, setzt das frühere Darauflosreden bei Fehlen jedes Gefühls der Korrekturbedürftigkeit erst recht in ein deutliches Licht.

Haben wir uns heute schon gesehen? — Heute nicht, gestern.

Was haben wir gesprochen? — Das weiß ich nicht.

Wie alt sind Sie? — Ich bin im 9. Jahre. Nachdenklich: Ach Gott im Himmel, ich habe mich ja geirrt, ich bin ja vom Militär schon zu Hause, 27 bin ich.

Sie haben vorher gesagt, daß Sie 13 Jahre alt sind! — Das habe ich gesagt? Das war dumm von mir. Dann plötzlich: O ja es ist richtig, ich muß noch 1 Jahr in die Schule. Dann wieder nach scharfem Nachdenken: Ich habe ja schon 2 Waffenübungen.

Recht drastisch beleuchtet der interkurrente Rückschlag auf den Irrtum (o ja, es ist richtig . . .) den Fortschritt der Besserung in dem übrigen.

Wie alt sind Sie? — 27.

Wann geheiratet? — Vor 3 Jahren.

Nach einer Pause: Wann geheiratet? Denkt nach: Vor 6 Jahren. Denkt weiter nach: Ach Gott, ich weiß heute nichts genau, wirklich wahr.

Im folgenden sehen wir, wie die korrigierenden Gedanken jetzt auch schon spontan mit Macht wirksam werden und insbesondere das Affektbetonte derselben charakterisiert diese Phase des Verlaufes gegenüber den früheren Zeiten, wo die als Korrektur provozierten oder gelegentlich auch spontan auftretenden Gedanken ebenso wirkungslos in dieser Richtung wie auch in Rücksicht des Affekts blieben.

25. II. Wie alt sind Sie? — Ich bin 13 Jahre.

Sie gehen noch in die Schule? — Ja, ich muß noch in die Schule gehen, bis 14.

Was lernen Sie denn in der Schule alles? — Plötzlich: Gott! Den Unsinn, den ich spreche. Ich habe ja schon beim Militär gedient. Ich war ja 3 Jahre beim Militär, mit 20 Jahren bin ich angenommen worden.

Warum reden Sie solchen Unsinn? — Ich habe mich ja gleich besonnen.

Sehr lehrreich ist die letzte Äußerung des Kranken, das Besinnen; sie charakterisiert sehr gut den Gegensatz zu dem früheren Fehlen der „Besonnenheit“. Aber die Intensität der korrigierenden Gedanken schwankt doch noch bis zu vollständigem freilich nicht mehr so nachhaltigem Versagen, denn einige Minuten später heißt es:

Wie alt sind Sie? — No, ich bin im 13. Jahre. Denkt nach: Nein, das ist ja auch nicht wahr. No, mit 20 Jahren bin ich angenommen worden. Das ist doch ein Unsinn, den ich rede. Ich bin doch im 28. Tun Sie mich doch nicht so viel fragen, ich weiß heute selber nichts.

Die Besserung hält aber doch an, die korrigierenden Gedanken treten alsbald spontan auf und nähern sich auch schon mehr dem Richtigen.

26. II. Wie alt sind Sie? — Ich bin im 14. Jahre. Ah nein, ich werde im 19. Jahre; was rede ich denn. Ich war ja beim Militär schon und habe ein paar Waffenübungen.

Hat man mit 19 schon Waffenübungen? — Ah, was rede ich für Unsinn, ich bin 28.

Die progressive Korrektur in den Gesprächen der letzten Tage ist namentlich bedeutsam als Gegenstück zu den einzeln bleibenden, unvollständigen der früheren Zeit.

Sie haben gestern gesagt, Sie sind 13 Jahre und haben schon 4 Kinder Ja, 4 Kinder habe ich, aber 13, das ist doch Unsinn.

Hier tritt der Gegensatz gegen früher darin sehr deutlich hervor, daß nicht mehr der Irrtum eine Korrektur der beiläufig richtigen Ansicht herbeiführt, sondern an der Hand dieser der Irrtum erkannt wird.

Was sind Sie? — Bahnwächter.

Wie lange? — Im 3. Jahre.

Was haben wir für Jahr? — 89, nein 87. Heute bin ich ein bisschen vergeblich, ich muß immer lange studieren.

Wann sind Sie geboren? — Ich muß rechnen, ich bin jetzt 14. Ah, was rede ich für Unsinn, ich war doch schon beim Militär, ich bin 26.

26. II. Wie alt sind Sie? — Ich bin im 13. Jahre.

Im 13? — Ja, ich kann ja nicht anders sagen.

Dieser letztere Ausspruch ist sehr belehrend als Bestätigung der Annahme, daß die 13 das Denken allein erfüllend als Tatsache hingenommen wird, der Kranke „studiert“ eben nicht.

13 Jahre verheiratet? — Nachdenklich: Was rede ich denn? Mit 20 bin ich zum Militär! Das ist mir so schnell gegangen.

Diese letzte Äußerung des Kranken bestätigt das zuvor von seinem „Studieren und Besinnen“ Gesagte; er gibt selbst dem Ausdruck, daß er es diesmal daran hat fehlen lassen.

No, aus der Schule bin ich noch nicht. Denkt wieder nach: Jesus, ich war doch beim Militär, bin mit 20 angenommen worden und habe 3 Jahre gedient, ich bin 28.

Sie sind 42 Jahre! — 42 bin ich noch nicht.

28. II. Sie haben Kinder? — Ja, 4.

Wie alt ist der letzte? — Im 6. Jahre, er muß noch ziemlich 1 Jahr in die Schule gehen.

Er muß nur 1 Jahr in die Schule? — Er tritt ja erst ein, er muß länger gehen, er muß bis 10 Jahre gehen.

In die Schule? — Wie wenn er sich besinnen würde: Bis 14 muß er in die Schule gehen.

Interessant ist hier das Progressive der Korrektur, die aber erst nach einer Pause des Besinnens ganz richtig wird.

Wie alt sind Sie? — Langsam überlegend: Ich war doch schon beim Militär, ich habe doch 3 Jahre gedient. Leise: Ich bin 26 Jahre.

Wie alt ist der Älteste? — 3 Jahre.

Sie haben gesagt, er ist 6 Jahre Nein, mit 6 muß er erst in die Schule.

Da hätten Sie mit 20 Jahren heiraten müssen! — Da habe ich nicht heiraten können, da bin ich zum Militär eingerückt.

Die Korrekturen häufen sich, treten spontan auf, aber noch immer kommen Rückfälle vor.

28. II. Sind Sie ledig oder verheiratet? — Verheiratet.

Und leben mit der ganzen Familie bei den Großeltern! — Ah nein. O je, ich habe mich doch geirrt, ich bin noch nicht verheiratet, ich bin ja allein bei den Großeltern. Ich bin nicht verheiratet, ich bin bei meinen Großeltern zu Hause.

Diese Episode ist nach der Richtung belehrend, daß sie zeigt, wie schwach die doch meist festgehaltene Idee verheiratet zu sein, gegenüber der momentan auftauchenden Erinnerung an sein Junggesellenleben bei den Großeltern bleibt, ein Beweis für die Richtigkeit der früher gemachten Annahme von der Intensität, die einer solchen auftauchenden Erinnerung zukommt.

Wie alt? — Ich bin im 14. Jahre.

Gehen Sie noch in die Schule? — Ja, ich muß noch gehen.

Sie haben gesagt, Sie waren schon beim Militär! — Ja, ich war mit 20 beim Militär. Fragen Sie mich heute nicht so viel, ich irre mich heute so viel. Ich bin im 26. Jahre.

Aber ledig! — Nein, ich bin verheiratet.

Und leben bei den Großeltern! — Nein, ich wohne doch mit der Frau. Da habe ich mich geirrt.

Im Anschluß an ein in seiner Gegenwart geführtes Gespräch über Vorstellung und Idee sagt er: der Herr hat recht, es ist eine Vorstellung. Ich bin ja bei den Großeltern, ich bin ja nicht verheiratet.

1. III. Sie sind verheiratet? Sie haben gesagt, daß Sie noch nicht verheiratet sind! — Was rede ich für Unsinn, ich bin nicht verheiratet, ich wohne ja bei meinen Großeltern.

Dieser Schluß eines wesentlich richtigeren Gespräches führt recht drastisch die Schwäche der korrigierten Gedanken vor Augen; ein etwas stärker betonter Widerspruch genügt, das Richtige wieder zu beseitigen.

Interessant ist auch das Mißverständnis von der Vorstellung: Er will offenbar sagen, daß das, was er nach kurzem Bestande als irrtümlich bezeichnet hat, eine Vorstellung ist, im Gegensatze zu der Wirklichkeit.

2. III. Wie alt sind Sie? — Ich bin im 13. Jahre. Soll es aufschreiben, sagt: O je, o je, ich habe beim Militär gedient, ich bin ja älter, mit 20 Jahren bin ich ja zum Militär gekommen.

Verheiratet? — Ja.

Wie alt sind Sie also? — 28.

Wie kommen Sie dazu, daß Sie 13 sind? — Ich bin ganz irre. Ich habe die ganze Zeit Angst gehabt, ich kriege doch Strafe, ich habe mich nicht marod gemeldet.

Hier eine gesuchte Motivierung für den Irrtum.

2. III. Sie sind 13 Jahre alt? — Ja.

Gehen noch in die Schule? — Ja.

Was lernen Sie dort? — Rechnen, schreiben und lesen.

Verheiratet? — Nachdenklich: Verheiratet? Nach längerem Nachdenken: Ah Gott nein, ich gehe doch nicht in die Schule, ich habe doch beim Militär gedient. Ich kriege Strafe, ich bin nicht marod gemeldet.

Wann sind Sie beim Militär eingetreten? Zu 11? — Nein, da war ich schon aus der Schule.

Also zu 14? — Ja.

Haben 3 Jahre gedient? — Ja.

Also 14 und 3 ist 17! — Ja, das weiß ich heute nicht so genau.

Auch hier noch das Schwanken, aber doch überwiegen schon die richtigen (oder besser gesagt richtigeren) Gedankengänge. In der Folgezeit bessert sich das noch weiter, die ganz unsinnigen Angaben kehren über-

haupt nicht mehr wieder, oder wenn etwas Falsches gesagt wird, ist es sichtlich Folge der Vergeßlichkeit.

12. III. Sie sind 13 Jahre alt? — Ich war ja schon beim Militär gedient.

Sind Sie verheiratet? — Nein.

Haben Sie Kinder? — Nein.

Sie haben 3 Kinder! — Verheiratet (denkt intensiv nach): Da müßte ich studieren. Das weiß ich nicht. No aber, ich bin noch nicht verheiratet, ich bin ja bei den Großeltern.

Er läßt sich auch nichts mehr aufdrängen und bleibt bei dem einmal Gesagten.

Ich habe bei der Einzelbesprechung der im vorstehenden vorgelegten Gespräche das Nebeneinanderstehen ganz unvereinbarlicher und dadurch ganz unsinnig erscheinender Gedankenkomplexe und das Fehlen jedes Bedürfnisses einer Korrektur derselben aus dem Fehlen jeder Beziehungen derselben zueinander und dieses wieder als aus dem Geisteszustande des Kranken erklärbar angenommen; eine Bestätigung fand das aus der abnehmenden Intensität und wachsenden Korrektur jener Erscheinungen mit der zunehmenden Besserung des geistigen Zustandes des Kranken. Es liegt nahe, die weitere Bestätigung in der Darstellung der allmählichen Entwicklung der Erscheinungen mit der allmählichen Klärung des anfänglichen schweren meningitischen Sopors zu suchen.

Es wird dieser Teil der Beweisführung jetzt nachgeschickt, weil es zweckmäßiger erschien, die Völle der Erscheinungen und deren Nachlaß erst auf den Leser wirken zu lassen und dann ihre Entwicklung zu demonstrieren.

Schon beim ersten Examen am 8. X., zu einer Zeit, wo noch nichts den Verdacht auf die doch schon vorhandene Meningitis hinlenkte, fallen ganz sinnlose, unzugehörige Antworten auf, die wohl nicht anders zu erklären sind, als daß der Kranke die Frage überhaupt nicht beachtet oder auffaßt und gerade etwas ihm durch den Kopf Gehendes äußert oder daß die Frage einen fernliegenden Gedankengang anregt, aus dem heraus geantwortet wird.

Es sei daran erinnert, daß auch der Beginn der Erscheinungen der Anamnese nach durch ähnliche, der völligen Zusammenhangslosigkeit wegen als sinnlos imponierende Äußerungen und entsprechende Handlungen markiert war. Auch sei hingewiesen auf den Zustand schwerer Zerstretheit, der analoge Erscheinungen reifen kann.

Wie alt? — Ich bin 16 Jahre.

Wann geboren? — Ich weiß nicht gerade. Stimuliert setzt er fort: Ich weiß ja gerade . . . denkt eine Weile nach: Aber ja, aber ja, ich habe es ja gewußt.

Woher sind Sie? — Ich weiß schon, ich war . . . ich wollte eben . . . gar nicht gut.

Gerade dieses letzte „gar nicht gut“ legt die oben erwähnte zweite Deutung nahe, weil es so ganz mit den Antworten übereinstimmt, die der Kranke damals und auch später auf Fragen nach seinem Befinden gegeben.

Was sind Sie? — Für sich hin: Die waren aber hin und wieder . . . Prozeß.
Sie haben einen Prozeß? — Die Bitten sind a (auch) dabei.

Kennen Sie den H.? — Na, den kenne ich nicht, der war bloß dabei, wo der Kleine geschlafen hat darin.

Sie sollen an Ihre Frau schreiben! — Da war doch eine Schiene, die ist jetzt weg.
Auch beim Bezeichnen von Bildern verhält es sich ähnlich.

Pferd? — Sieht es an, zerstreut: No ja; mehrmals noch stimuliert: Das ist ja weiter nichts.

Nachdem noch mit einem anderen Objekt ein erfolgreicher Versuch gemacht worden, blickt er zerstreut über die Bildertafel hin und spricht etwas Unverständliches. (Er zeigt um diese Zeit paraphasische Erscheinungen, z. B. sagte er einmal auf Uhr: Das ist ein ganz guter Wurf, gar nicht Folk ist er.) Nochmals aufgefordert: Ist denn das nicht der, er mit uns war?

Wann denn? — Wie der Junge ist bestahlt worden, wie er für den Albrecht war . . .

Es wird ihm seine Dienstmütze gezeigt. Wem gehört die? — Ich habe mich müssen viel plagen. Im Verlaufe eines Gespräches, in dem er verneint, bei der Bahn zu sein.

Wozu so eine Mütze? — Mit erhobener Stimme: Ich habe weit müssen gehen und habe es gewußt 4 Jahre. Später:

Wie heißen Sie? — Schläfrig: Das weiß ich nicht. Spontan: Also nachher geht's heim. Sich selbst überlassen, später: Also das ist was Kurioses, was will er eigentlich da?

Wie heißen Sie? — Ja freilich.

Richter? — Natürlich.

Mit dem Vornamen? — Da wird ja die Gemeindemutter

Was schon in diesem ersten Examen besonders auffallend sich darstellt, ist der vollständige Zerfall des Gedankenverlaufes, ebenso wie dabei jede determinierende Tendenz (Ach), Obervorstellung (Liepman n) fehlt, ist auch hinsichtlich der Reproduktionstendenz vielfach irgendein verständlicher Zusammenhang nicht erkennbar.

Gelegentlich („Ich habe weit gehen müssen . . .“ „also nachher geht's heim“) sieht man, wie für kurze Zeit ein Gedanke festgehalten wird.

8. X. abends. Wie heißen Sie? — Blickt starr vor sich hin, antwortet nicht. Spricht dann etwas Unverständliches, aus dem zu verstehen ist: Vorige Woche . . . ist weggekommen . . . auf ihnen.

Um diese Zeit und auch später, wo der Kranke noch mehr den Eindruck der Benommenheit (von der Meningitis her) macht, fällt seine dazu im Gegensatz stehende außerordentlich leichte Ablenkbarkeit sowohl im akustischen wie optischen Gebiete auf; es wäre denkbar, daß analog dadurch ein geringes Haften der Gedanken bedingt wäre, das seinerseits die Zusammenhangslosigkeit des Denkverlaufes unterstützte.

Er wird dazu gebracht nach Diktat zu schreiben; zuerst etwas Gleichgültiges, dann: Ich bin hier eingesperrt, weil ich 50 fl. genommen habe. Sagt dazu: Vom Kassier und schreibt dann 60, grün.

Er faßt hier sichtlich die Satzform richtig auf, ergänzt ebenso einen Satz (vom „Kassier“), aber das Wesentliche bleibt ohne jede Korrektur,

was hier um so auffälliger, als der Satz ja sein Fühlen intensiv berühren müßte; die Ziffer 50 scheint ganz automatisch dann die 60 emporgehoben zu haben, das „grün“ entstammt einem unverständlichen Gedankengange. Diese Erscheinung wird in der nächsten Zeit noch deutlicher.

Am 9. X. wird er mit dem Nötigen versehen eine Kerze anzuzünden; er zündet das Hölzchen korrekt an; nimmt dann die Kerze aus dem Leuchter und steckt an ihre Stelle das Zündhölzchen, dann hält er es an das andere Ende der Kerze.

Im Lichte der hier gemachten Darlegungen wird auch das Vorhandensein solcher sichtlich ideatorischer Apraxie verständlich, die sich als eine Parallelerscheinung auf praktischem Gebiete zu dem Sprachlichen darstellt. In meiner dieser Apraxieform gewidmeten Arbeit¹⁾ habe ich dargelegt, wie dabei insbesondere eine inhaltliche Disparation zwischen Denken und Sprechen eine Hauptrolle spielt und da das auch bei der hier besprochenen Störung wesentlich in Frage kommt, ist das Zusammenkommen der beiden verständlich. Bei beiden wirken offenbar auch Störungen der Aufmerksamkeit, worauf bezüglich der Apraxie ebendort schon verwiesen worden ist. Endlich möchte ich noch auf die Bedeutung zeitlicher Disparation zwischen Denken und Sprechen, bzw. anderer Praxis hinweisen; ihre Bedeutung für das Zustandekommen aphasisch-agrammatischer Erscheinungen ist in meiner diese betreffenden Monographie erwähnt worden; hier sei nur hingewiesen auf die schon im Normalen nicht fehlenden oft komischen Situationen, die sich aus diesem Faktor ergeben.

Bei einer anderen Gelegenheit (Zur Erklärung gewisser Denkstörungen senil Dementer, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 22, 543) versuchte ich schon, es wahrscheinlich zu machen, daß dort als Grundlage der wirksamen „Zerstreuung“ eine abnorme Aufmerksamkeitsverteilung zwischen Denken und Sprechen angenommen werden könnte, daß weiter die sonst engen Beziehungen zwischen „Gemeintem“ und Gesagtem gelockert sein möchten, was schon seit langem als Basis der Zerstreuung bekannt ist (La Bruyère). Ich möchte nun glauben, daß diese Momente auch hier mit den erwähnten Momenten der Disparation zusammen mitwirken.

¹⁾ Ich möchte diese Gelegenheit benützen, um für dieselbe einmal endgültig, wie die Franzosen sagen „prendre date“, weil sich darüber in den der Apraxie gewidmeten Sammelreferaten mehrfach falsche Daten eingebürgert haben. Die betreffende Schrift trägt auf dem Widmungsblatt das Datum August 1904, sie wurde im Oktober 1904 ausgegeben und zu diesem Zeitpunkte nachweislich den Interessenten zur Kenntnis gebracht. Die Datierung 1905 auf dem Titelblatte entspricht der Buchhändlergepflogenheit, im Herbst erscheinende Bücher schon mit der nächsten Jahreszahl zu datieren. In dem aus Assuan, Dezember 1904, datierten Vorwort zu seiner Schrift „Störungen des Handelns bei Gehirnkranken“ 1905 erwähnt Liepmann meine Arbeit; in der Schrift selbst befaßt er sich eingehend mit derselben.

Daß es sich aber bei den hier mitgeteilten Proben nicht etwa um ein ganz automatisches und vom Denken vollständig abgetrenntes Sprechen handelt, wird schon wahrscheinlich gemacht durch den Inhalt des Gesprochenen; es wird erwiesen durch den Vergleich mit Proben solchen Sprechens, die wir Experimenten von Solomons und Stein (Psychol. Revue 3, 506. 1898) verdanken und von denen ich ein Stück hierher setze¹⁾, um auch dem Leser den Vergleich zu ermöglichen.

Am Abend des 9. X. beginnt er ausgesprochen zu delirieren; reicht dem Arzt ein Stück aus der Matratze gezupftes Roßhaar: Da hast du ein Stück Brot.

12. X. Guten Morgen! — Ganz hübsch.

Geht es gut? — Es ist doch nicht schlecht heute.

Kennen Sie mich? — No freilich.

Wer bin ich denn? — Antwortet nicht.

Wie heißen Sie denn? — Das weiß ich nicht.

Sind Sie der Richter? — Nickt zustimmend.

Uhr: Schaut darauf, wie man auf eine Uhr schaut: Ein Extraflug.

Wieviel Uhr ist es? — Nickt.

Schlüssel: Dreht ihn zwischen den Fingern herum. Murmelt etwas Unverständliches.

Das eben teilweise wiedergegebene Gespräch fällt noch in die Zeit der ausgesprochenen Meningitis; es führt mehrfach ganz sinnlose Äußerungen vor Augen und außerdem wohl als Ausdruck der Unbesinnlichkeit das anfängliche Nichtwissen des eigenen Namens.

Noch deutlicher ist das erstere im nachfolgenden:

Wie geht es Ihnen denn? — Ich weiß nicht wo der . . .

Wie heißen Sie denn? — Das Pfund.

Wie heißen Sie? — Wie ich heiße? Weiß ich . . .

Sind Sie der Richter? — Ja.

Sind Sie aus Eichwald? — No freilich.

Haben Sie Kinder? — Ja.

Wieviel? — Wieviel, jemand, niemand.

Welche Nummer haben Sie in Eichwald? — Unten im Eichwald.

Hier faßt der Kranke zweimal richtig auf, daß er etwas gefragt wird, aber in der Antwort nimmt er, vielleicht weil er die Frage nicht mehr aufgefaßt, vielleicht aber abgelenkt, auf etwas ganz anderes Bezug.

Tafel und Griffel gereicht: Nimmt es korrekt in die Hand. Sagt: Was soll ich schreiben? Schaut fortwährend auf die Tafel, ohne zu schreiben. Schreibt dann endlich: Liebe Frau komme derher zur mir ins Krankenhaus zu mir ins Krankenhaus zu mir ins . . .

Hier tritt deutlich Perseveration zutage und wohl nicht zufällig gerade beim Schreiben, von dem ich noch neuerlich gezeigt (Prager med. Wochenschr. 1913, Nr. 38), daß es als mühsamer geeignet ist, sonst nicht

¹⁾ „Hence there is no possible way of avoiding what I have spoken of, and if this is not believed by the people of whom you have spoken, then it is not possible to prevent the people of whom you have spoken so glibly . . .“

„This long time when he did this best time and he could thus have been bound and in this long time, when he could be this to first use of this long time . . .“

nachweisbare aphasische Erscheinungen ans Tageslicht zu bringen. Der Inhalt ist ihm wohl vorgesagt worden.

22. X. Wie heißen Sie? — Antwortet fast prompt: Richter.

Mit dem Taufnamen? — Wiederholt fragend: Mit dem Taufnamen? Sagt dann: Franz.

Wie alt sind Sie denn? — Nach einer Weile: No ja, tun Sie es hinauf. Stimuliert, sagt er fragend: No, dann etwas Unverständliches, aus dem nur das Wort „alt“ zu verstehen ist.

Was sind Sie? — Strate bin de biche. (Unverständlich, wohl dialektisch).

Was sind Sie? — No, wenn ich halt nicht in die Schule gehe.

Was sind Sie? — Bloss auf enand (dialekt. einander). Stimuliert: Habe ich früher angefangen? (Heute entschieden freier, durchaus aufmerksam, antwortet fast prompt, wenn auch nicht immer zutreffend auf vorgelegte Fragen.

Die Klärung hat bis zu dem letzten Examen sichtlich zu-, die meningitischen Erscheinungen ausgesprochen abgenommen; trotzdem kehren auch hier noch vollständig zusammenhangslose Gedanken auf, die einfach hingestellt werden, ohne daß auch nur die leiseste Empfindung für die Unverträglichkeit mit der Frage sich melden würde. Gelegentlich spielt etwas Paraphrasie mit hinein, aber gewiß nicht dort, wo ganz geordnete Gedanken sinnlosen Inhalts vorgebracht werden.

25. X. Haben Sie gestern Besuch gehabt? — Schüttelt verneinend.

War nicht die Frau da? — No.

4 + 14?

Sie haben doch gestern Besuch gehabt? — Ei ja.

Wer war denn da? — E Soldate. Oder was denn?

Kennen Sie mich? — Ja.

Wer bin ich? — E Holzmacher.

Wer ist das? (Assistent). — Auch ein Holzmacher.

Wo sind wir hier? —

Uhr! — Das ist doch extra.

Was ist das? — Ein extra ist das.

Schlüssel! Nimmt ihn mit der linken Hand. Ich weiß nicht. Sehr leicht ablenkbar, blickt sofort, wenn im Zimmer etwas geschieht, neugierig nach der entsprechenden Seite und fixiert lange in der Richtung.

Schon zuvor, noch während der stärkeren Benommenheit ist das Auffallende der Ablenkbarkeit und ihre etwaige Bedeutung hervorgehoben worden.

Schloß: Ich weiß nicht. Versucht richtig den Schlüssel ins Schloß zu geben.

Pfeife: A das ist so von der Pfeife.

Zündhölzchen: Ich weiß nicht. Es wird schon gerammelt sein.

Tabakpaket: Ist das wahr?

Flasche: Das ist e böhmische Vater. Während des Examens läßt er Harn ins Bett.

Guten Morgen! — Guten Morgen.

Wie geht es? — Gut.

Kennen Sie mich? — Antwortet nicht, blickt starr vor sich hin.

Wer bin ich denn? — No (unwillig).

Uhr: Schaut lange darauf, sagt: Sechse.

Nein, jetzt ist 9. — Neune ist das?

Schlüssel: Richtig.

Messer: Schlüssel (hantiert richtig damit).

1 K: Geld. Ein Papier (Gedanke an Papiergeld?).

Taschentuch: Das ist a Papier.

Brille: No ist das aa Papier? Da muß das sein. Auf Stimulation ärgerlich abweisend: No.

Ist das der Weichenwärter? — Ja, ich weiß nicht, ich weiß nicht, wer das geholt hat.

Der letzte Satz zeigt, wie der Kranke an eine absichtlich ganz unsinnig gewählte Frage anknüpft und einen inhaltlich korrekten, aber im Zusammenhange unsinnigen Satz bildet.

29. X. Als was sind Sie hier? — Ich . . . ich habe ein Gewehr.

Was sind Sie? — Was ich bin? Ich habe halt ein, ich habe halt ein großes Gewehr. Ich habe halt auf das Gewehr gewartet.

Es wäre denkbar, daß diese ganze Gedankenreihe ausgelöst wurde durch die auftauchende Erinnerung an seine Soldatenzeit; eine gewisse Wahrscheinlichkeit erhält das durch die im nachfolgenden notierte Äußerung „nach Dalmatien“ (wo er gedient, im Oktober dürfte er dorthin transferiert worden sein). Siehe dazu eine entsprechende spontane Äußerung im folgenden: Die ganze Episode ist in der Richtung belehrend, als wir sehen, wie ein ganz zufällig aufgetauchter Gedankengang fortgesponnen wird und aus ihm heraus, auch an ganz unrichtigem Platze geantwortet wird.

Wo sind wir hier? Was ist das für ein Haus? — Das ist die Gemeinde.

Ich glaube, das ist ein Krankenhaus! — Das ist kein Krankenhaus.

Wo ist die Frau? — Zu Hause, sie ist krank.

Was fehlt der Frau? — Im Arm ist sie marod.

Diese letzten Antworten können wohl nicht anders als dadurch erklärt werden, daß das „Krankenhaus“, das er ablehnt, den Gedanken an Krankheit provoziert und der Frau sozusagen angehängt wird.

Es sei daran erinnert, daß wir auch in den zuvor mitgeteilten Gesprächen aus der späteren Zeit solchen „Motivierungen“ bloß aus dem formalen Bedürfnis nach Motivierung begegnet sind.

Haben Sie Kinder? — Nach Dalmatien, im Oktober (spricht immer alles so vor sich hin).

31. X. Wie alt sind Sie? — 16 Jahre.

Sie sind doch verheiratet! — No freilich.

Sind Sie in die Schule gegangen? — No freilich.

Können Sie rechnen? — Ja.

3×9 ist 27.

4×8 ? — Wiederholt fragend 4×8 , warum 4×8 ? Warum fragen Sie gerade 4×8 ?

8×9 ? Wiederholt es einigemal, sagt dann: Das ist nicht viel. Immer weiß ich es nicht.

Hier beginnt präzise jene Verlaufsphase, die im vorangehenden eine so eingehende Darstellung erfahren hat. Hier zuerst stellt er bei deutlicher Klärung des Bewußtseins die unvereinbarlichen Daten nebenein-

ander und bejaht wiederholentlich ihre Verträglichkeit, ohne daß sich auch nur ein Zeichen entsprechenden Urteils merkbar machen würde. —

Die vorstehende Darstellung zeigt, wie sich das Wesentliche der hier erörterten Störung ganz allmählich unter Nachlaß des anfänglich vorhandenen durch die Meningitis bedingten Bewußtseinszustandes entwickelt hat; das läßt natürlich auch einen Schluß darüber zu, was der Störung zugrunde liegt; dieser Schluß kann sichtlich nicht anders lauten, als daß es die gemilderte Form derselben Störung ist, die den anfänglich so schweren Erscheinungen im meningitischen Stadium zugrunde gelegen hatte.

Das ist nun in mancher Hinsicht belehrend; zunächst in der Richtung, daß man auch für den typischen Korsakow die gleiche Deutung wird machen können, da, wie später ausgeführt, auch bei diesem, wenn auch vielleicht nicht so gehäuft ganz gleichartige Erscheinungen vorkommen. Gewiß ist dieser Schluß nicht ohne weiteres konkludent; wenn wir aber in Betracht ziehen, daß der Korsakow besonders häufig an ein abklingendes Delirium tremens anschließt und der diesem entsprechende Bewußtseinszustand, gewiß nicht gezwungen, als in manchen Punkten dem eines meningitischen Delirs durchaus gleich angenommen wird (Beweis dessen die gelegentlich unlösbaren differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zwischen den beiden), dann gewinnt der eben gezogene Schluß wesentlich an Festigkeit.

Ich zweifle auch nicht, daß eine jetzt von den hier gewonnenen Gesichtspunkten aus vorgenommene Prüfung des deliranten Bewußtseinszustandes das noch weiter stützen wird. Diese Annahme läßt sich darauf stützen, daß man dem Übergang vom Delir. tremens zum Korsakow nicht die genügende Aufmerksamkeit geschenkt hat und daß dieses dem hier besprochenen entsprechende Stadium dort offenbar viel kürzer ist, was sich aus der Differenz der ätiologisch wirksamen Momente erklärlich macht.

Das gleiche eben hier vom Korsakow Gesagte wird auch der Fall sein mit den Fieberdelirien und den gelegentlich aus solchen in die fieberfreie Zeit hinübergenommenen residuären Wahnideen (s. z. B. den von mir, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **35**, 211 Anm. mitgeteilten Fall nach Typhus). Wenn bisher erklärende Versuche, wie der hier bezüglich der Fieberdelirien nicht gemacht worden, so liegt das gewiß zum Teil daran, daß das Tempo derselben als Ursache überschätzt worden ist, nicht zum wenigsten deshalb, weil die hier nachgewiesenen Momente durch jenes verdeckt sind. Es ist ja eine ebenso im Physischen wie im Psychischen geübte Methode, das Verständnis durch einen künstlich verlangsamten Ablauf der Erscheinungen durchsichtiger zu machen; hier hat die Natur das Experiment zuwege gebracht.

Es ist vielleicht auch nicht überflüssig hervorzuheben, daß der Vor-

zug größerer Belehrung, die aus dem Dargelegten sich ergibt, darin begründet ist, daß die hier besonders diskutierte HAUPTERSCHEINUNG sich allmählich entwickelt hat, während sonst der Übergang in den hier als analog herangezogenen Fällen ein rascher ist; dem dadurch herbeigeführten schroffen Gegensatze steht in dem vorliegenden Falle die viel durchsichtigere allmähliche Entwicklung ebenso wie der gleichgeartete Rückgang gegenüber.

Zur Illustration des eben von den Delirien Gesagten möchte ich aber hier eine Beobachtung einschleichen, die einem jungen Menschen entstammt, der eines nach Gelenkrheumatismus eingetretenen Erschöpfungsdelirs wegen in diesen Tagen zur Klinik gekommen¹⁾. (Zur Erklärung gewisser sprachlicher Wendungen sei erwähnt, daß der Kranke Tscheche ist.)

Wann hergekommen? — Im Juni, zwischen 4. und 2. Stunde.

Sind Sie noch krank? — — —

Wissen Sie, wo Sie hier sind? — Ja, hier war — die . . . Gasse.

Wo wohnen Ihre Verwandten? — Die Mutter — die Mutter war gestern in der Nacht hier.

Haben Sie mit ihr gesprochen? — Nein. (Beginnt zu weinen.)

Was fehlt Ihnen? — Wegen des Kindes.

Welches Kind? — Sie haben eins verbrannt und das zweite ist gestorben.

Ist das Ihr Kind? — Nein.

Wessen Kind ist das? — Das Kind des Fräulein L. Das eine war lebend, sie hat es sich nach Hause getragen. Eins ist lebendig, war lebendig, war, war, eins ist gestorben. Ein Herr hat gesagt, daß es noch atmet. Das eine wurde verbrannt und das andere hat geatmet, ist aber jetzt tot, beide sind tot.

Wo geboren? — In Prag, 1891.

Lebt der Vater noch? — Nein.

Schulen? — Volksschule, dann Mechaniker gelernt.

Wo zuletzt gearbeitet? — Bei R.

Wo mit dem Rheumatismus behandelt worden? — Vom Dr. R. Ich habe den Herrn gesehen, der neben mir saß.

Was ist mit dem Herrn? — Es steht sich schlecht auf.

Wie geht es? — Besser.

Kennen Sie mich? — Nein.

Wir haben doch gestern miteinander gesprochen! — Ja davon, mit dem Karlchen. Ja beim — — ich saß gegenüber im Gasthaus und da habe ich meine Großmutter bemerkt. No, dann sind sie hingekommen. Dann ist die Tochter gekommen, 2 sind gekommen, eine hat schon ein Kind.

Welche Tochter? — Von der großen aus K., der ist ein Bube geboren worden.

Und? — Weiter nichts. Ja, noch — — (nachdenklich): Da (zeigt mit dem Kopf nach einer Seite, beginnt zu weinen).

Warum weinen Sie? — Weil sie spielen.

Was spielen sie? — Kopanou. (Ein tschechischer Volkstanz.) Dreht sich plötzlich nach rechts oben und fragt: Wirst du gehen, Karlchen?

Was gestern gemacht? — Nichts, wir sind gesessen.

Wie alt? — 26.

Sind Sie verheiratet? — Ja. (Unrichtig.)

¹⁾ Er hat nach einigen Wochen die Klinik genesen verlassen.

Wann geheiratet? — Gestern.

Mit wem? — Sagt ganz spontan, abgekehrt: Ledig.

Sind Sie verheiratet? — Ich sollte schon verheiratet sein.

Haben Sie Kinder? — Nein.

Keine? — Ja, Liduška (Kosename).

Ist das Ihre Tochter? — Meine Geliebte.

Wie alt ist sie? — 1 Jahr älter als ich.

Wo wohnt sie? — Wo der Herr Smetana ist.

Wo ist das? — In der Smetanagasse. Sie näht dort.

Wann wird die Hochzeit sein? — Bis ich gesund werde.

Sind Sie krank? — Vielleicht morgen.

Ist schon alles vorbereitet für die Hochzeit? — Bis ich zurückkehre von Rußland.

Waren Sie in Rußland? — Nein, aber ich habe es heute erkannt.

Was? — No, wenn er da verschläft.

Was haben Sie verschlafen? — No, herzukommen.

Sie sind heute hergekommen? — Ja, aber ich werde nicht gehen.

Wohin? — In die Sparta (tschechischer Fußballklub). Dort darf man nicht Football spielen. Ganz Rußland wird gesund sein. Es könnte gar nicht kommen.

Was? — Daß es sich gegen Rußland vereinigt.

Was kann nicht kommen? — Der deutsche Kaiser war mit unserem gut.

Was gestern alles getan? — Zuerst mit dem Bruder, früh bin ich gegangen, da war ich dort — auf den Fenstern.

Auf den Fenstern? — Nein, nicht auf den Fenstern, sie haben etwas gemacht, eine Deckenbeleuchtung.

Was weiter? — Ich war zu Hause, damit niemand erschrickt, weil die Mutter gestorben ist.

Die Mutter? — Nein.

Was noch? — Dann bin ich nach Hause gegangen.

Was haben Sie zu Hause gemacht? — Zwei habe ich gegessen und eins ist mir gestorben.

Was ist gestorben? — Ich habe also zwei gegessen, weil es nicht atmet.

Was ist weiter geschehen? — Die Mutter ist gekommen und hat geworfen.

Was hat sie geworfen? — Sie hat eine Katze gebracht.

Und was damit? — Ich habe es nach Hause genommen.

Die vorstehende Probe aus dem ganz langsam geführten Gespräche mit dem nicht fiebernden Kranken dürfte genügen, um erkennen zu lassen, daß auch seinem Denken die wesentlichen jener Züge zukommen, die wir an unserem ersten Kranken nachgewiesen haben. —

Fassen wir jetzt, um etwa in der Normalpsychologie noch weitere Anhaltspunkte für ein Verständnis zu gewinnen, die Erscheinungen zusammen, die dem Höhenstadium der Krankheit (im psychologischen Sinne) entsprechen, so läßt es sich auf folgendes reduzieren: Unsinnige oder besser gesagt, unvereinbarliche Gedanken werden festgehalten, weil sich eine Korrektur auch gefühlsmäßig nicht meldet.

Man wird in Anlehnung an die neuere Denkpsychologie¹⁾ sagen können, daß selbst eine gefühlsmäßige Bewußtseinslage von der Sinnlosig-

¹⁾ Vgl. dazu die neueste kritische Zusammenfassung von K. Marbe in dessen Fortsch. d. Psychol. 3, 35.

keit des Gesagten fehlt und noch weniger eine Bewußtseinslage des Wissens, etwa der Bewußtheit Achs entsprechend sich meldet; es tauchen aber weiter korrigierende Gedanken nicht bloß nicht auf, was ja bisher schon als das Typische des Korsakows angesehen worden, sondern — und das ist das Neue in der vorliegenden Darstellung — solche Gedanken, wenn auch auftauchend oder direkt dem Kranken entgegengehalten, haben nicht die zu erwartende Wirkung.

Der erste Gedanke erscheint unerschütterlich und seine Festigkeit wird durch die zahlreichen Beobachtungen erwiesen, in denen der zu seiner Korrektur herangezogene Gedanke seinerseits von dem anderen aus eine entsprechende Modifikation erleidet.

Zur Erklärung der Erscheinung im zweiten Falle, wo der korrigierende Gedanke von außen an den Kranken herangebracht ist, kann es vielleicht auch dienen, daß hier der unsinnige Gedanke den Charakter des Selbst-erworbenen, des Eigenbesitzes hat, dem gegenüber, wie in der Norm, die Belehrung seitens anderer unwirksam bleibt. Und ähnlich könnte es sich auch mit den beim Kranken selbst auftauchenden korrigierenden Gedanken verhalten; sie sind gegenüber den feststehenden, falschen, doch schwach, weil ihnen als den kurzlebigeren der Charakter jenes fehlt. Das wird bestätigt durch die zahlreichen Fälle, wo zwei unsinnige Gedanken nebeneinander bestehen, ohne einander irgendwie korrigierend zu beeinflussen. Es wird auch bestätigt durch die Beobachtungen, daß zur Zeit der Besserung des Zustandes die Korrektur doch langsam zunehmend wirksam wird.

Nachdem wir jetzt dem die Erscheinungen wiedergebenden Material ein gewisses, rein phänomenologisches Verständnis abgerungen, werden wir den Versuch einer weitergehenden Aufklärung an der Hand der vom Normalen her etwa bekannten einschlägigen Tatsachen und Deutungen zu machen haben.

Es ist ohne weiteres klar, daß wir die Beziehungen zum Normalen und die davon etwa herzunehmenden Handhaben zum Verständnis der hier mitgeteilten Beobachtungen von Denkstörung nicht etwa der Logik entnehmen können, die sich nur mit den Resultaten der Denkvorgänge, ob richtig oder falsch, befaßt, sondern nur einer Psychologie, die bemüht ist, jene Denkvorgänge selbst, wie das Richtige oder Falsche zustande kommt, zu verstehen. Das hat aber erst die neueste Denkpsychologie getan; so mag es begreiflich erscheinen, wenn die entsprechende Aufklärung einem allerneuesten Werke jener Richtung entnommen ist.

An psychiatrischer Stelle ist ganz kürzlich eine scharfe Stellungnahme gegen die „noch etwas nebulos erscheinende Funktionspsychologie“ erfolgt (Rülf, Zeitschr. d. ges. Neur. u. Psych. 24, 201, Anm.). Man darf im Interesse der Psychopathologie selbst hoffen, daß die dazu kompetenten Vertreter jener Psychologie sich bald dazu äußern werden.

Da ich selbst aber seit langer Zeit und insbesondere in meiner Monographie über „agrammatische Sprachstörungen“ energisch dafür eingetreten bin, an die Stelle der, je tiefer man eindringt, um so unzulänglicheren Assoziationspsychologie die neue Denkpsychologie zu setzen, bin ich veranlaßt, zu der Äußerung Rülfs Stellung zu nehmen.

Wenn er das aut-aut entweder Assoziationspsychologie oder „noch etwas nebelhaft erscheinende Funktionspsychologie“ ablehnt, so kann ich zunächst darauf hinweisen, daß ich an der genannten Stelle einem schon immer geübten Eklektizismus auch in dieser Frage das Wort geredet und eine entsprechende Verwertung auch assoziationspsychologischer Deutungen, allerdings in modernem Gewande das Wort geredet habe¹⁾. Aber ich muß doch auch neuerlich meiner Ansicht Ausdruck geben, daß, wo immer man Probleme für psychologische Deutungen anschneidet, die Assoziationspsychologie mit ihren so durchsichtigen, scheinbar alles klärenden Formeln immer versagt, während die so übel klassifizierte Funktionspsychologie uns außerordentlich viel weiter bringt.

In dem ersten Bande seines Werkes „Über die Gesetze des geordneten Denkverlaufes“ 1913, das sich als eine Weiterbildung der Psychologie der „Würzburger“ Schule darstellt, zeigt Selz (S. 261 f.), daß in Fällen, wo der Denkverlauf zur Erkenntnis des Nichtzutreffens eines gesuchten Sachverhältnisses führt, sich statt der Bestätigung desselben seine Berichtigung einstellt; es kommt „zur Aktualisierung des damit in Widerspruch stehenden Wissens“.

Zusammenfassend (S. 272) formuliert Selz dieses „Gesetz der Berichtigung“: „Die in dem Lösungsversuch einer Aufgabe liegende Sachverhaltsfeststellung zeigt die Tendenz, die Aktualisierung eines mit ihr in Widerspruch stehenden Wissens, verbunden mit der Erkenntnis des bestehenden Widerspruches herbeizuführen.“ Dieses Gesetz stellt zugleich eine psychologische Gesetzmäßigkeit dar, welche für die Entdeckung logischer Widersprüche, d. h. eines Unverträglichkeitsverhältnisses zwischen verschiedenen Urteilen maßgebend ist.

Da eine der Hauptaufgaben bezüglich der Sachverhältnisfeststellungen „die Übereinstimmung mit den nach dem gesamten Wissensbesitz des Subjekts wirklich bestehenden Tatsachen“ (Selz, l. c., S. 255) ist, so ergibt sich für unseren Fall daraus, daß die Nichtaktualisierung dieses Wissens das Ausbleiben jeder Berichtigung erklärt. Es kommt eben überhaupt nicht zur Erkenntnis des Nichtzutreffens des gesuchten Sachverhältnisses, ja nicht einmal zu Zweifeln an der Richtigkeit desselben. Das Wissen ist, um mit Selz (l. c., S. 270) zu sprechen, weder so geläufig und in Bereitschaft genug, um schon bei den auf die Lösung der

¹⁾ Nach der Niederschrift des Obigen sehe ich, daß auch Marbe selbst (s. seine Fortschr. d. Psychol. 3, 37. 1914) das aut-aut ablehnt.

Aufgabe gerichteten Prozessen sofort wirksam zu werden, noch wird es durch einen mit ihm in Widerspruch stehenden Lösungsversuch ins Bewußtsein gehoben.

Bringt diese Deutung zunächst die Präzisierung des zuvor zusammengefaßten Sachverhaltes, so werden wir die Ursache dieser Nichtaktualisierung gegenteiligen Wissens, das Fehlen von Zweifeln im vorliegenden Falle aus den Erscheinungen der Krankheit selbst zu erklären haben. Es ist natürlich nicht das Fehlen des Wissens, sondern sein Nichtauftauchen, denn wir sehen ja, daß dieses bei anderen Gelegenheiten sofort parat ist; das potentielle Wissen, wie es Stricker genannt, ist nicht mobil genug.

Für gewisse andere Fälle der vorliegenden Beobachtung könnte man sagen, es kommt zur Bewußtseinslage des Zweifels, der Unsicherheit, aber nicht zu einer Bewußtheit derselben und demnach auch nicht zur Richtigstellung, die ja schließlich in ein Urteil ausgehen müßte. Aus dem von Selz gebotenen Materiale möchte aber noch folgendes als zur Erklärung gerade dieser Erscheinung unseres Falles brauchbar angeführt werden. Er zeigt, daß (l. c., S. 70) das Wissen hinsichtlich bestimmter Beziehungen von Gegenständen geläufiger sein könne als das Wissen, welches diese Gegenstände sind. Er hält auch folgendes, allerdings in seinen Beobachtungen nicht hervorgekommenen Fall für möglich: daß nämlich ein Wissen von der Beziehung zwischen bestimmten Gegenständen geläufiger sein könnte als das Wissen, welches diese Beziehungen sind. Ich möchte nun glauben, daß diese Deutung gerade für jene Fälle hier in Betracht kommt, wo sich das Korrekturbedürfnis meldet, aber nicht bis zur Korrektur gedeiht. Das Wissen versagt, weil aus den oben erwähnten Momenten die nötige Zahl von Anhaltspunkten nicht gegeben ist. Dabei scheint auch noch folgender Umstand eine Rolle zu spielen. Selz (l. c., S. 174) zeigt, daß unsere Bewußtseinserlebnisse bzw. ihre Reproduktionsgrundlagen eine doppelte Ordnung erfahren, eine räumlich-zeitliche und eine solche durch Beziehungsverknüpfung, durch welche letztere die einzelnen Gegenstände des Bewußtseins als Glieder vielfach zusammengesetzter Sachverhältnisse erscheinen. (Das Platzbewußtsein Bühlers.) Es ist nun schon theoretisch vorauszusehen, daß partielle Störungen dieser Ordnungen, namentlich in verschiedenartiger Kombination die Wissensaktualisierung in ebenso verschiedenartigster Weise beeinträchtigen werden; man wird aber namentlich annehmen dürfen, daß dadurch die normalerweise sich vollziehende gegenseitige Korrektur mangelhafter Wissensaktualisierung defekt bleibt.

Für die Fälle, wo in einem Korsakow eine alten Erinnerungen entsprechende Situation nicht korrigiert wird, hat schon Bonhoeffer (l. c., S. 132) eine Erklärung zu geben versucht; er führt aus, wie die sinnliche Lebhaftigkeit der alten Vorstellungsreihen die Ursache ist, daß die

Erinnerungsreste aus späterer Zeit nicht auftauchen „entsprechend der bekannten Erfahrung, daß mit Vorstellungen, welche die Intensität eines Wahns haben, kontrastierende Vorstellungen sich nicht assoziieren“. Das mag gelegentlich zutreffen, aber die hier mitgeteilten Beobachtungen zeigen doch, daß diese auf der Assoziationspsychologie basierte Deutung nicht den Kern der Sache trifft, weil eben „Assoziieren noch immer kein Denken ist“; sie beweisen jedenfalls schon durch das Nebeneinanderbestehen und Festhalten schroff einander widersprechender Gedanken, daß die Störung vielfach ganz anderwärts liegt. Das zeigt der wesentlich schwerere Fall, wo das Wissen obwohl nachweislich vorhanden (weil gleichzeitig ausgesprochen und auch noch weiterhin aktuell) doch nicht korrigierend wirkt, weil eben der Widerspruch nicht gemerkt wird; das Unvereinbarliche steht einmal nebeneinander ohne miteinander überhaupt in Beziehung gesetzt zu werden. In anderen Fällen, wo dies doch der Fall, aber trotzdem keine Korrektur eintritt, vielmehr trotz Einwand und Hinweis das Unvereinbarliche nebeneinander festgehalten wird, muß der Mechanismus ein anderer sein. Einen Gesichtspunkt, der in Frage kommen kann, haben wir schon zuvor in der zusammenfassenden Darstellung erwähnt, vielleicht daß auch noch nachstehendes eine Handhabe zum Verständnis desselben bietet.

Selz (l. c., S. 275) deutet an, wie die Einleitung des die Berichtigung normalerweise nach sich ziehenden determinierenden Prüfungsprozesses durch Zweifel an der Richtigkeit der versuchten Lösung provoziert wird.

Man könnte hier etwa annehmen, daß solche Zweifel bei dem Kranken überhaupt nicht bestehen, eine Bewußtseinslage des Zweifels nicht auftritt, es demnach überhaupt nicht zur Determination eines Prüfungsprozesses kommt. Auch das findet in der Klinik des Korsakow eine Stütze, indem schon Korsakow selbst als fixierten Wahn die Tatsache bezeichnet, daß die Kranken z. B. ganz unbelehrbar an ihrer desorientierten Situation festhalten. Das hier betonte Verhältnis tritt besonders deutlich in einer bei dem Kranken beobachteten eigentümlichen Modifikation der Berichtigung hervor. Gelegentlich werden Zweifel an dem Behaupteten infolge Widerspruchs seitens des Examinierenden oder auch spontan rege und dementsprechend wird auch tatsächlich zur Berichtigung dienendes Wissen emporgehoben; aber nun vollzieht sich das Eigentümliche, daß wohl infolge Festhaltens an der Richtigkeit des behaupteten Unrichtigen eine Korrektur von diesem aus an dem zunächst zwecks der Berichtigung aktualisierten früheren Wissen sich vollzieht. Eine Bestätigung für diese Deutung kann man auch in dem gelegentlich vielfachen Hin- und Herschwanken zwischen Festhalten und Korrektur sehen; und ähnlich wohl auch in der gelegentlich beobachteten progressiven Korrektur.

Endlich finden wir noch eine Modifikation: Der Widerspruch zwischen

Behauptung und aktualisiertem Wissen wird gemerkt, aber die Korrektur erfolgt nur teilweise; der noch weiter bestehende Rest des Widerspruchs wird übersehen; vielleicht weil infolge der erfolgten (freilich nur teilweisen) Korrektur die Zweifel bezüglich der Richtigkeit formell beseitigt und somit beruhigt sind und damit das Bedürfnis nach der Korrektur sozusagen befriedigt ist. Die psychologische Wurzel für dieses eigentümliche Verhalten könnte man finden in Selz' (l. c., S. 267) „ergänzender Berichtigung“ im Gegensatz zur „verwerfenden“ Berichtigung. Die Ansicht, daß es die eben wirksame Wertigkeit eines Gedankens ist, die unterdrückend oder selbst korrigierend auf andere ev. sogar zur Korrektur aufgetauchte Gedanken wirkt, wird durch die Beobachtung vom 12. III. (Großeltern) gestützt und ebenso durch die vom 13. III. (Besuch).

Zum Verständnis des hier festgestellten Defektes kann auch noch ein Gesichtspunkt herangezogen werden, den ich kürzlich in anderer Weise verwertet habe. In einer kurzen Auseinandersetzung gewisser Erscheinungen von Residualwahn (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Nr. 35, 209) suchte ich zu zeigen, wie sich dabei ein von Bawden formuliertes Prinzip¹⁾ als wirksam erweist. Es ist nun gewiß belehrend, daß sich dieses Prinzip in jenen Fällen als korrigierend erwies (wenn auch mittels neuer Wahnbildung) nach Abklingen der schweren Korsakowserscheinungen; wenn wir demgegenüber sehen, wie sich hier auf der Höhe analoger Erscheinungen dieses Prinzip sichtlich wegen der Schwere der in den Denkstörungen sich ausprägenden Krankheit nicht geltend macht, so stellt sich das direkt als Gegenstück zu jenen Fällen dar. Und das tritt auch darin hervor, daß wir dort von einem Bedürfnis nach Korrektur²⁾ sprechen konnten, das hier im Höhenstadium eben fehlt, und daß dieses sich mit der Besserung allmählich meldet, die Korrektur zusehends sich bessert.

An der erwähnten Stelle ist in einem die Aufklärung unterstützenden Sinne von jenem Residualwahn als einem Fremdkörper und von der Reaktion auf denselben seitens des psychischen Organismus gesprochen worden; es ist ersichtlich, daß man auch die hier erörterte Erscheinung in diesem Sinne als fehlende Reaktion, als Fehlen eines die Reaktion provozierenden Reizzustandes deuten kann.

Wenn an der zitierten Stelle diese Erörterungen dem höheren biologischen Prinzip der Orientierung oder Anpassung eingeordnet wurden,

¹⁾ „Der Geist neigt dazu, das ihm dargebotene Material, so ungeordnet es auch sein mag, in eine Form zu bringen, die einen Sinn gibt.“

²⁾ Es gereicht mir zur Befriedigung, daß der in der zitierten Arbeit entwickelte Gedankengang bzw. der Korrektur durch die später erschienene Darstellung des Denkverlaufes durch Selz eine Bestätigung erfährt. Hier sei auch angemerkt, daß Selz dort (l. c., S. 296) ein dem zitierten Bawdenschen ähnliches Prinzip verwertet.

so kann auch dieser Gesichtspunkt hier verwertet werden; die Krankheit hat das Nervensystem so geschädigt, daß die Anpassung sich eben nicht vollzieht, das Bedürfnis dazu sich nicht merkbar macht. Wenn an der zitierten Stelle neben anderen Analogien für solche Deutung auch die vom Verf. gegebene Erklärung der Konfabulation angeführt wurde, so führt das zu der hier diskutierten gleichgearteten Deutung Heilbronnners (Monatsschr. f. Psychol. u. Neurol. 17, 455) für das meist vorhandene Fehlen von Konfabulation bei Erinnerungslücken seiner eklamptischen Psychose. Heilbronner erklärt das daraus, daß die Lücke infolge der Zusammenhangslosigkeit der Vorstellungen nicht gemerkt wird und daher das Bedürfnis nach Ausfüllung nicht gefühlt wird. Hier sehen wir einerseits die Zusammenhangslosigkeit der Gedanken, andererseits das Fehlen des Bedürfnisses nach Korrektur, nach Anpassung.

Nur um nicht etwa eines Übersehens geziehen zu werden, möchte ich besonders hier hervorheben, daß ich bewußt von der Sejunktionshypothese Wernickes ganz absehe, die nach der Ansicht mancher vielleicht hier so recht am Platze scheinen könnte. Eine Heranziehung derselben würde meinerseits zu dem Schlusse schroffster Ablehnung derselben führen müssen.

In den Notizen, die ich den Äußerungen des Kranken gleich anfangs gewidmet, machte ich die Bemerkung, es müßte in dem Geisteszustande des Kranken die Ursache dafür gelegen sein, daß er ganz Unsinniges nebeneinander stellt. Es hat sich gezeigt, daß es nicht Nichtwissen sein könne, und ebensowenig einfache Urteilslosigkeit, denn er korrigiert oft viel geringfügigere Fehler. Da wird es sich nun empfehlen nach Analogien zu suchen. Die erscheinen zunächst schon gegeben in dem, was zuvor bezüglich der Entwicklung der Erscheinung und daran anschließend bezüglich verschiedenartiger Delirien gesagt worden ist.

Das macht es von vornherein wahrscheinlich, daß das hier für die Denkpsychologie des Korsakow Festgestellte entweder unmittelbar auf andere pathologische in Bewußtseinsstörung begründete Erscheinungen übertragen oder wenigstens vorbildlich für analoge Studien werden könnte [z. B. die Psychologie der Hysterie¹⁾]. Es mag das anderen überlassen bleiben, hier möchte ich nur kurz auf ein Gebiet hinweisen, in dem analoge schwere Erscheinungen, wie sie uns hier entgegengetreten, nachweisbar sind und ähnlicher Deutung zugänglich scheinen; es erklärt sich diese Tatsache daraus, daß von vornherein angenommen werden

¹⁾ Einschlägiges aus epileptischen Dämmerzuständen enthalten schon ältere Beobachtungen von mir; so die Beobachtung einer sichtlich einem „Bedürfnis“ entsprungenen unwahren Motivierung für etwas Falsches und später Korrigiertes; und etwas Ähnliches in der senilen Demenz (s. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 22, S. 535 und Zeitschr. f. Psych. 42).

konnte, daß etwas Ähnliches beim Nachlaß von als schwere Bewußtseins-
trübung imponierenden Zuständen zu erwarten sein müßte.

Ich habe hier Erscheinungen im Sinne wie sie nach Narkosen berichtet
werden; so berichtet Jastrow (The Subconscious 1906, S. 244) von einer
Lehrerin, die nach dem Erwachen aus der Äthernarkose behauptete, sie
werde 7000 Dollar für ihr Auftreten im Parsifal bekommen; es entspricht
das sichtlich vollständig dem von mir schon erwähnten Fall des jungen
Mannes, der als einzige Restidee nach Typhusdelirium durch 14 Tage
behauptete, er habe den Haupttreffer gemacht.

Etwas Analoges bilden auch die mehrfachen Angaben über banale
Gedanken, die im Abklingen der Narkose als der Gipfel metaphysischer
Einsicht angesehen werden; so nach der Selbstbeobachtung Oliver
W. Holmes der Satz: „Ein starker Geruch nach Terpentin durch-
dringt alles.“ Es ist klar, daß diese Tatsachen unmittelbar hinüber-
führen zur Frage des Urteils im Traume¹⁾; diese hier aufzurollen, ist
keine Veranlassung. —

Man wird der vorliegenden Auseinandersetzung zunächst scheinbar
mit einem gewissen Rechte entgegenhalten, daß es sich doch nicht um
einen genuinen Korsakow handelt, bei diesem sich die Dinge anders ver-
halten. Ich glaube diesen Einwand durch eine Beobachtung widerlegen
zu können, die mein Assistent Dr. Sittig kürzlich (Monatsschr. f. Psych.
u. Neurol. 32, 241. 1914) von einem Falle von Korsakow bei diabeti-
scher Neuritis berichtet hat. Ich setze das betreffende Examen hierher.

21. III. Wie alt sind Sie? — Über 50.

Wann geboren? — Im Jahre 1802.

Wie alt wären Sie da? — Dann wäre ich fast 100 Jahre.

Sind Sie so alt? — No viel jünger bin ich nicht; über 50 bin ich. Dann gibt er
an, 1852 geboren zu sein.

23. III. Wann sind Sie geboren? — 1809.

1809? — Nein, 1852.

Wieso kommen Sie auf 1809? Weil ich mit 9 Jahren in den Staatsdienst ein-
getreten bin. Hält daran fest trotz des Vorhaltes, daß das doch nicht möglich sei.
Sagt: Ich bin seit dem Jahre 1852 im Dienst.

Da sind Sie doch geboren: — Geboren?

Wie alt waren Sie, als Sie bei der Post eintraten? — Ich weiß nicht einmal,
wie alt ich jetzt bin. (Nach einigem Nachdenken): Vielleicht 12 Jahre.

24. III. Wann haben wir uns zuletzt gesprochen? — Gestern, ich habe so einen
Unsinn vom Alter gesprochen.

Warum Unsinn? — Weil Sie mich ausgelacht haben.

Sagen Sie es jetzt richtig! — Ich bin 1852 geboren, ich bin 50 oder 51 Jahre alt.
Bei der Post bin ich mit 7—8 Jahren eingetreten.

Was mußten Sie da machen? — Am Apparat arbeiten.

Das ist doch ausgeschlossen! — Und dennoch war es bei mir der Fall.

Nimmt man jetzt 8jährige Kinder zum Telegraphen? — Jetzt vielleicht nicht,
aber damals war es so.

Haben Sie die Volksschule absolviert? — Ja.

¹⁾ Vgl. Delboeuf, Le sommeil et les rêves 1885, S. 52.

Wie konnten Sie da beim Telegraphenamte sein? — Das kann ich Ihnen erklären. Ich bin in Sch. (nennt seinen tatsächlichen Geburtsort) geboren und bin dann in die Volksschule gegangen und dann ins Gymnasium.

Wie alt waren Sie, wie Sie zum Telegraphenamte gekommen sind? — 10 Jahre.

Sieht den Widerspruch nicht ein, gebraucht die Ausrede, er habe Gymnasium studiert und gleichzeitig telegraphieren gelernt.

30. III. Pat. gibt jetzt zu, daß seine Angaben über sein Alter beim Dienstantritt unrichtig waren.

Haben Sie darüber nachgedacht? — Ja, es ist unrichtig. Ich habe zunächst die Volksschule besucht, war dann im Gymnasium und ging 1870 zur Post.

Gingen Sie also mit 8 Jahren in den Dienst? — Nein, das ist freilich unrichtig, ich war halt sehr jung, und da kam es mir so vor.

Wie können Sie das erklären? — Ich habe nicht eigentlich nachgedacht, ich habe vergessen, daß ich im Gymnasium war.

Das wurde Ihnen alles vorgehalten. — Nun, da war ich im Unrecht, ich habe halt nicht gedacht, nachträglich ist mir dann die Überlegung gekommen.

Im übrigen glaube ich, daß bei Beachtung der hier hervorgehobenen Tatsachen sich alsbald eine Bestätigung derselben in reinen Fällen von Korsakow ergeben wird. Man wird freilich andererseits nicht leugnen können, daß die hier besprochenen Erscheinungen beim echten Korsakow gewiß viel seltener vorkommen; sie wären ja gewiß sonst mehr beachtet worden. Der Grund dafür wird nun wahrscheinlich in der meningitischen Genese des vorliegenden Falles zu suchen sein. (Siehe dazu frühere Bemerkungen.)

Man kann aber dabei nicht übersehen, daß der Korsakow doch recht häufig sich aus Zuständen entwickelt, die allgemein-pathologisch betrachtet, der hier beobachteten Meningitis recht nahe stehen. Die Differenz dürfte zum Teil in dem zeitlichen Momente des Überganges zu suchen sein. Darüber wird erst Aufschluß gegeben werden können, wenn insbesondere die Entwicklung des Korsakow aus dem Delirium tremens besser im Detail studiert sein wird, als das bisher der Fall war.

Daß manches hier Gewonnene auch jetzt schon ohne weiteres Nutzanwendung auf typischen Korsakow finden kann, mag nachstehendes zeigen.

Zum Beweise z. B., daß die Korrektur des Irrtums in solchen Fällen wie in dem eben besprochenen eine rein äußerliche, stückweise ist, mag folgende Beobachtung zeigen.

Ein Kranker mit Korsakow bietet folgendes: Er hatte die ersten 9 Tage seines klinischen Aufenthaltes daran festgehalten, daß er in der Irrenanstalt in H. sei (wo niemals eine Irrenanstalt war) und daß der Professor der Direktor dieser Anstalt sei; noch am 9. Tage vormittags erzählt er, wie er im Krankenkittel seine Frau per Wagen zur Bahn begleitet habe, wo sie dann den Zug zur Rückfahrt nach Prag bestieg, worauf er wieder im Wagen zurückgefahren sei. Am Nachmittag im Kolleg vorgestellt, korrigiert er seinen Irrtum, wir seien tatsächlich in Prag, man

habe ihn zuvor darüber aufgeklärt (was nicht festzustellen war); die Behauptung, daß wir in H. seien, wäre ein Irrtum gewesen und er bleibt bei dieser Korrektur während der ganzen klinischen Vorstellung. Aber ebenso bleibt er, das Ganze nur in geringfügigen Details modifizierend, bei der Erzählung vom Besuche seiner Frau und bleibt für alle Einwände einsichtslos; sie habe ihn in Prag besucht, er habe sie im Wagen zum Bahnhofe begleitet und sie sei dann per Bahn von Prag nach Prag gefahren; daran sei gar nichts Besonderes, man fahre auch in Prag per Eisenbahn (nennt eine solche Strecke nach einem Vorort) und auch das Umsteigen sei nichts Ungewöhnliches; man steige doch auch bei der Fahrt mit der „Elektrischen“ um.

Daß eine Nutzenanwendung der hier von Korsakow hergenommenen Feststellungen und Deutungen auch für anders bedingte Demenzzustände möglich ist, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden; soll doch die Arbeit in letzter Linie dazu beitragen: Einzelheiten des großen Sammelbegriffes der Demenz zur Darstellung und Klärung zu bringen.

Studien über Militärpsychiatrie und -kriminologie.

Die soziale Medizin im Heere.

Von

Militärarzt Dr. P. Consiglio.

(Aus der neuropathologischen Klinik zu Rom [Vorstand: Prof. G. Mingazzini].)

(Eingegangen am 1. September 1914.)

Die auf den Menschen gerichteten biologischen Studien neigen immer mehr und mehr dazu, sich vom einzelnen Individuum auf die Menge auszudehnen, indem sie durch das soziale Individuum hindurch und von der allgemeinen Kollektivität zum Studium besonderer Formen des gemeinschaftlichen Lebens (Rasse, Gegend, Menge, Heer, Institute usw.) gelangen. Von der Analyse der Strukturen und der normalen Funktionen sind sie sodann auf die Untersuchungen der Konstitutionsanomalien und der episodischen oder dauernden krankhaften Erscheinungen einer jeden Form des gemeinschaftlichen Lebens übergegangen; und der prophylaktische Teil, die soziale Hygiene, eine Wissenschaft und eine Kunst zu gleicher Zeit, die bis zum Ursprunge der Übel der Gesellschaft zurückgeht, um ihrer Entwicklung vorzubeugen und die Schäden zu vermindern, ist der letzte Ausläufer dieser Bestrebungen.

„Die genaue Diagnose ist von äußerster Notwendigkeit für die Behandlung“, sagte Baccelli: und diese goldenen Worte gelten sowohl bezüglich der menschlichen als der sozialen Klinik; die Soziologie muß, im Ursprunge, wie in der Methodik eine wesentlich biologische sein, wenn sie, sowohl in der Analyse der normalen oder der pathologischen Erscheinungen, wie auch, und dies vor allem, in der Zurichtung der Schutz- und Heilmittel, eine streng wissenschaftliche bleiben will.

So entstand und so behauptete sich die soziale Medizin, die wesentlich in der Hygiene besteht und die zum großen Teile die Alten, sowie auch die Humanisten der Renaissance in ihrer, mit Aristoteles entstandenen politischen Medizin vorausgeahnt hatten, und die heute triumphiert und sich üppig entwickelt, infolge der fruchtbringenden und erneuernden Anregung von seiten der italienischen positiven, anthropologischen und kriminell-soziologischen Schule.

Mir scheint, der Augenblick sei endlich gekommen, einen Umriß derselben zu geben für das Heer, dieser bezüglich der Struktur und der

Funktionen komplexen und eigentümlichen menschlichen Vereinigung, die sich stets in ihren einzelnen Elementen erneuert, sich immer ähnlich aber nicht gleich ist und stets von den Strömungen, die von der größeren nationalen Gemeinschaft ausgehen, belebt ist.

Dieses ausgedehnte Kapitel wäre einer ganz anderen Auseinandersetzung fähig, wollte man erwähnen oder illustrieren, was neuere Autoren über die Psychiatrie oder Militärkriminologie, von Scarano, Mele, Trombetta, Funajoli in Italien, bis Stier, v. Coler, Apt, Mentzer, Dratisch u. a., in Deutschland und Österreich, Régis, Henry, Simonin, Chavigny, Inde usw. in Frankreich usw. geschrieben haben.

Seit 12 Jahren dieses sozialwissenschaftliche Kapitel in besonders günstigen Studienverhältnissen studierend, habe ich viele Arbeiten veröffentlicht und neue oder wenig illustrierte Seiten dieser Frage aufklären oder von einem besonderen Standpunkte aus behandeln können. Nun scheint es mir nützlich, diese Originalbeobachtungen zusammenzufassen. Indem ich diesen persönlichen Beitrag zur Sozialmedizin des Heeres liefere, unterlasse ich in dieser Arbeit jeden literarischen Hinweis auf andere Arbeiten, mit denen ich mich in anderen Studien beschäftigt habe.

I.

Soziologen und Psychologen finden in diesem besonderen Aggregate höchst bemerkenswerte Tatsachen, sei es in den gewöhnlichen Zeiten, sei es in den kritischen Phasen desselben (Kriege, Kolonialexpeditionen, große Manöver, nationale Katastrophen). Sämtliche Heere haben eine gemeinsame organische und psychologische Grundlage, sie haben aber auch eine besondere Haltung und besondere Ausdrücke, welche die Seele der Rasse, die psychische Orientierung des Volkes, die Phasen der nationalen Bildung widerspiegeln. Die Psychologie besitzt ein weites Forschungsfeld im Studium der Modifikationen, welche die Gewohnheiten, die Bräuche, Neigungen, Empfindungen eines jeden Rekruten, einer jeden regionalen Gruppe von Rekruten, sowohl bei ihrem jährlichen Eintritte, infolge des Zusammenlebens, der Anpassung an das neue Milieu und an eine neue Form des sozialen Lebens und der Tätigkeit, hervorrufen, wie auch im Studium der un- oder unterbewußten Reaktionen der verschiedenen Persönlichkeiten, des gegenseitigen oder hierarchischen Verkehres, in der fortschreitenden daraus entspringenden Nationalisierung, in den verschiedenartigen Folgen der Erziehung, welche die Nachahmung und die Belehrung hervorrufen, durch Bildung, Trainierung und Verfeinerung, infolge deren die Persönlichkeit sich ausbildet und verfeinert, eine größere Gewandtheit, Kraft und Widerstandsfähigkeit in den Muskeln und in den nervösen und psychischen Handlungen gewinnt.

Die Psychologie der Menge und die Psychologie des Führers, die psychologischen Wirkungen der physischen Ermüdung, der Bewegung, des Wettbewerbes, der wirkliche Wert aller Mängel des sozialen Organismus, wie er heutzutage im Fieber des Erfolges und in der ungezügelten Gier nach Gewinn zutage tritt, die Wirkung der Erziehung, dieser großen nationalen Schule, wie sie heute in moderner Weise aufgefaßt und durchgeführt wird, die wissenschaftliche und praktische Bedeutung dieser Form eines wahren sozialen Experimentalismus: alles dies sind Fragen, die ergiebigen Studien und reichhaltigen Anwendungen bezüglich der Psychologie und des bürgerlichen Lebens, sowie der physischen und moralen Besserung der Rasse zugänglich sind. Einige Seiten dieser Fragen habe ich in verschiedenen Arbeiten zu behandeln versucht: „Note di psicologia militare“ in der Rivista militare italiana, Januar 1906, in den Akten des V. internationalen psychologischen Kongresses: „Saggi di psicosociologia e di scienza criminale nei militari“ in Rivista militare italiana 1907; „I nuovi problemi di psicosociologia militare“ in der „Italia moderna“ Dezember 1907 und in verschiedenen Referaten im „Giornale di Medicina Militare“.

II.

Nicht alle zur Aushebung Kommenden, sondern nur ein Teil derselben wird jährlich dem Heere eingereiht: die physische Aushebung hat zum Zwecke eine mehr oder weniger strenge Auswahl der jungen zwanzigjährigen Leute bezüglich der Kranken, der Gebrechlichen, und der einen mangelhaften Organismus Aufweisenden, unter Beobachtung eines Schemas von Krankheiten und Mängeln, die dauernd, oder nach dem Verlaufe einer Revisionsperiode die Unfähigkeit mit sich bringen. In unserem Heere ist man sehr streng bei der Aushebung, sei es indem man die vorbeugende Hygiene im vollsten Maße zur Geltung bringt, angesichts der Schäden, die den Schwachen aus dem schweren Dienste entspringen, sowie angesichts der Vorteile, die eine solche Auswahl geliefert hat; sei es weil die Fähigkeit eine absolute sein muß, d. h. für jede Art von Ermüdung und Militärdienst für alle gleich. Daher sind die Zurücksetzungen und die Ausmusterung wegen organischer Mängel: schwache physische Konstitution (Art. 1 des militär. Reglements), ungenügende Brustweite (Art. 2), Oligämie (Art. 4), ungenügende Größe, sehr zahlreich; diese erreichen bei uns die Zahlen wahrer Krankheiten und körperlicher Fehler, während wir z. B. in Frankreich jährlich nur 2400—2800 Ausmusterungen der ersten beiden Ursachen halber verzeichnet finden, welche dann nur die bedeutendsten Anzeichen der organischen Minderwertigkeit darstellen.

Wenn wir die letzten beiden Jahrgänge der Ersatzmusterung (1888 bis 1889) betrachten, so finden wir, daß bezüglich der drei genannten

Artikel, der Statur, sämtlicher Krankheiten und im Total der Musterung, die Ausmusterungen für jeden der erwähnten Jahrgänge folgende sind:

$$\begin{array}{r} 65\ 286 \\ \hline 22\ 080, 16\ 031, 7313, 19\ 862, 53\ 533 = 118\ 819 \\ \\ 58\ 466 \\ \hline 17\ 101, 16\ 052, 6544, 18\ 789, 50\ 328 = 108\ 794. \end{array}$$

Außer den erwähnten Ausmusterungen fanden sich die folgenden Zurücksetzungen:

Jahrgang 1888: 80 812 wegen Krankheit (nebst Oligämie und mangelhafter Brust), 41 441 wegen schwächerer Konstitution, 5666 wegen Mangel am Größenmaß = 127 919.

Jahrgang 1889: 80 999 wegen Krankheit (nebst Oligämie und mangelhafter Brust), 37 377 wegen schwacher Konstitution, 6281 wegen ungenügender Statur = 124 657.

Mit jedem Jahre ist die Auswahl strenger geworden, als stets stärkere Bestätigung eines hygienischen Bewußtseins, obwohl die Zahl der Stellungspflichtigen stets gestiegen und die Rasse infolge höherer ökonomischer und sozialer Verhältnisse eine Verbesserung erfahren hat: es genügt als Beweis die um ca. 2 cm höhere Mittelstatur, innerhalb 3er Jahrzehnte, von 1,62 auf 1,64 (Livi, Raseri). Bei der 10 Jahre zuvor, d. i. 1879, vorgenommenen Aushebung, beliefen sich die Ausgemusterten wegen der drei im Verzeichnis angegebenen Ursachen auf 9458, 13 404, 2136 = 24 998 = 6,36% der Stellungspflichtigen, während z. B. für den Jahrgang 1887 die Zahl sich auf 49 174 = 11,2%, d. i. fast das Doppelte beläuft.

Dies beweist hauptsächlich (neben einer Besserung der hygienischen Zustände und des Militärlebens) wie die Morbidität und die Sterblichkeit glücklicherweise und zunehmend gesunken sind: und zwar erstere von 1031⁰/₁₀₀ jährlicher Wehrpflichtiger im Jahre 1876 auf 718 im Jahre 1903, während die mittlere Ersatzstärke von ungefähr 180 000 auf 230 000 gestiegen ist (Besserung um ungefähr 33%); letztere von 11,2 auf 3,3⁰/₁₀₀, d. h. eine viel bedeutendere Besserung von ungefähr 75%.

Deutschland stellte bis vor wenigen Jahren 18—20% der Wehrpflichtigen ein, ebenso Österreich; die Morbidität der entsprechenden Heere war 689 und 667⁰/₁₀₀; während in Italien die Zahlen sich auf 802⁰/₁₀₀ mit Einziehung von ungefähr 25% der Wehrpflichtigen der ersten Klasse belief. In Frankreich, das 60—65⁰/₁₀₀ einzog, betrug die Morbidität, trotz besserer hygienischer, ökonomischer und sanitärer Verhältnisse 1500⁰/₁₀₀. Während bei uns im Jahre 1880—1884 die Morbidität 930⁰/₁₀₀ betrug, sank dieselbe sofort, nach den Vorschriften vom Februar 1884,

die bezüglich der physischen Konstitution, und des Verhältnisses zwischen Statur und Brustumfang strenge Regeln angab, auf 833⁰/₁₀₀!

Dies erklärt aber auch die Verminderung der Tuberkulose im Heere. In dieser Beziehung kann Italien sich rühmen, an der Spitze vieler anderer Nationen zu stehen.

Bezüglich der Tuberkulose finden wir eine fortschreitende Abnahme bei den Ausgemusterten, und zwar von 2,13⁰/₁₀₀ der Wehrpflichtigen im Jahre 1877, auf 1,01 im Jahre 1903; und der Todesfälle, von 1,26 auf 0,53⁰/₁₀₀! Die Zahlen der Todesfälle sind zum großen Teile in denen der Ausmusterung einbegriffen, da es sich im allgemeinen um Soldaten handelt, die nach der Ausmusterung im Krankenhause blieben und dort starben. Dieses Verhältnis tritt noch deutlicher hervor, wenn wir mit Sormani, wie dies richtig ist, gleichzeitig mit den Fällen von Lungentuberkulose alle jene Fälle von chirurgischer, Drüsen-, Bauchtuberkulose usw. in Betracht ziehen: wir finden dann die Ausmusterungen von 6,23 auf 2,6⁰/₁₀₀ und die Sterbefälle von 2,41 auf 0,57⁰/₁₀₀ herabsinken!

Im obenerwähnten Jahre 1900 wies das deutsche Heer 0,36⁰/₁₀₀ von Sterbefällen an Tuberkulose in den verschiedenen Formen auf, Italien hingegen 0,43⁰/₁₀₀ und Frankreich 1,01⁰/₁₀₀. In letzterem belief sich die Tuberkulosemorbidität auf 5,9⁰/₁₀₀, bei uns nur auf 2,2⁰/₁₀₀.

III.

In der gleichen Weise wie die physische Musterung bezüglich der organischen Konstitution bewirkt die moralische Musterung bezüglich der neuropsychischen Persönlichkeit die beständige Ausweisung der Anormalen aus dem Heere, sei es in vorbeugender Weise bei der Musterung, sei es durch Ausschließung derselben nach ihrem Eintritte, was das schwerste aber interessanteste und tagtägliche Werk des Militärarztes darstellt, der auch über ein geistig-hygienisch entwickeltes Gewissen verfügt. Hier zeigt sich vor allem das Moderne des Begriffes der menschlichen Anomalien; während früher die Hysterie, die Epilepsie, die Geisteskrankheit, und die psychischen Mängel die vier Pole darstellten, um die sich die Diagnose bewegte, herrschen heutzutage alle jene Formen von ausgeprägter Abweichung durch bedeutende psychische Disharmonien, psycho-moralische Degenerationen, Formen von Psychasthenien im weitesten Sinne vor, die eher Störungen, Dysmorphien, Unzulänglichkeiten, Unvollständigkeiten und Anomalien darstellen als wirkliche Krankheitsformen, die aber nicht nur angeborene oder erworbene Degenerationen sind, sondern für das Milieu einen Schaden, oder eine Gefahr, oder zum mindesten ein unnützes Vergeuden der Kräfte, eine Ursache von Zwietracht ohne nützliche Leistung bilden, ohne von

der gefährlichen moralischen Ansteckung oder der zur Gärung führenden Beeinflussung der Menge gegenüber zu reden.

Diese Frage der Anormalen ist eine große für das Heer; sie stellen eine schmerzhaftige Plage des sozialen wie des Militärorganismus dar, welche die normalen Funktionen und den Lebensrhythmus stört, den Mechanismus verdirbt und die tätigen Kräfte des Systems schwächt. Biologisch ist der Anormale eine Abweichung vom Typus (De Giovanni), weil die Quellen des Lebens durch hereditäre Krankheiten, oder solche der endouterinen Existenz, oder durch schwere krankhafte Einflüsse auf das früheste Alter, vergiftet sind; im sozialen Sinne drückt sich die Abweichung noch besonders durch die konstitutionelle Nichtanpassung an die Verhältnisse der kollektiven Existenz, in einer gegebenen Periode der Kultur, oder in einem gegebenen historischen Klima aus. Die geringe Akkommodationsplastik, die Minderwertigkeit des Systems führt zu einem anormalen, egoistischen Begriffe der interpersonellen Beziehungen, zur Unduldsamkeit gegen die Regeln des Milieus und verlangt eine Anpassung an niederere Lebensverhältnisse (Sergi), was der Natur der Sache entsprechend einen Gegensatz mit dem Zusammenleben und mit den Gesetzen, die die Arbeit und die Funktionen desselben regeln, bildet. Aus dem Kontraste entspringt der Zustand der Auflehnung, die instinktive Reaktion des biologischen Schutzes (Claparède), die daher sozial unregelmäßige oder auch moralisch unpassende Formen der Aktivität annehmen, indem sie Verhältnisse der kollektiven Existenz selbst verletzen (Ferri, Berenini).

Dieses Phänomen der konstitutionellen Nichtanpassung und des daraus folgenden Kontrastes ereignet sich leichter, schneller und in bedeutenderer Weise unter den besonderen menschlichen Anhäufungen, die wie das Heer eine besondere Struktur, besondere Funktionen, Lebens- und Arbeitsregeln, einen besonderen Endzweck besitzen; daher bedarf es einer neuen Orientierung in den physischen und geistigen Handlungen eines jeden, einer fortgesetzten Bemühung zu neuen Anpassungen, welche neue, die alten zurücksetzenden Gewohnheiten nebst dem ganzen Gefolge der Gefühle und der materiellen und psychologischen Interessen schaffen; es sind Gemeinschaften, welche neue und besondere nervöse und psychische Energie verlangen, sowie Änderung der sozialen Persönlichkeit, und die Regeln eines disziplinären Zusammenlebens auferlegen, durch welche notwendigerweise die einzelnen Handlungen eingeschränkt und geregelt, einheitlich gestaltet und vor allem untergeordnet werden, so daß die individuelle Freiheit um so mehr eingeschränkt wird, je mehr die einzelnen Handlungen einen äußeren Determinismus im Kommando des Vorgesetzten oder in den Vorschriften des Reglements finden.

Daher begegnet der Anormale Schwierigkeiten und bildet einen Gegensatz, um so früher, je größer in ihm die Anormalität ist, besonders

im Sinne der Impulsivität und der feindlichen Apperzeption: und die Nichtanpassung zeigt sich in den mehr oder weniger heftigen Übertretungen, in der Auflehnung gegen die Regeln der Disziplin, sogar in anti-persönlichen Reaktionen und in der Flucht, die — von der Desertierung bis zum Selbstmord — als die äußerste instinktive Verteidigungsreaktion des für ein Zusammen Nichtgeeigneten betrachtet werden kann.

Es ist daher notwendig, das Verteidigungswerk der moralischen Musterung und der täglichen Auswahl aller moralisch Minderwertigen vorzunehmen, welche die Gesellschaft in stets größerer Anzahl liefert, da vielfältige Ursachen biologischer, toxischer, ökonomischer Natur jedes Jahr die Zahl der Neurotiker, der Psychopathen der Degenerierten vermehren, vielleicht als eine direkte Wirkung jenes stark infizierenden Virus, das in einigen Beziehungen die Kultur ist (Ferri), außer durch eine gesteigerte kollektive Sensibilität gegenüber den anormalen Formen des Lebens (Tamburini).

Vor allem aber ist es der positivere Begriff der psycho-nervösen Anormalitäten, ihre ausgedehntere Diagnostik, selbst bis zu den äußersten physiologischen Variationen der menschlichen Persönlichkeit, vor allem als soziales Individuum (Venturi); die verschärfte Sensibilität (Tamburini) des militärischen Milieus diesen anormalen Lebens- und Handlungsformen gegenüber, der Wert, den man gegenwärtig den sozialen Funktionen des Heeres selbst — über den primitiven Endzweck hinaus — zuzuschreiben geneigt ist, und der höhere Ton der Anpassung, den man heute verlangt, die in der moralischen Musterung und der darauf folgenden Ausscheidung der Anormalen aus dem Heere eine starke und fortschreitende Zunahme hervorrufen.

Die augenfälligsten Typen, diejenigen, welche infolge behördlicher Erkundigungen als krank sich ergeben, oder sich krank erklären, oder als krank von ihren Verwandten angegeben werden, oder deutlich ihre Anormalität seit der ersten Untersuchung an den Tag legen, werden ohne weiteres ausgemustert, meistens nach einer Beobachtungsperiode im Krankenhaus: je mehr sich der Begriff der neuropsychischen Anormalität und der konstitutionellen Nichtanpassung an das militärische Milieu ausdehnt, nimmt ihre Anzahl zu, und zwar dank der untersuchenden Ärzte, oder jener, denen die Beobachtung im Krankenhaus obliegt. Eine andere Reihe von Individuen dringt aber in die Reihen ein entweder durch freiwilligen Eintritt, oder weil niemand bei dem zur Aushebung physisch geeigneten Eingeschriebenen das Anormale hervor gehoben hat, oder er selbst keine Art von Störungen angibt, oder auch, weil die Krankenhausbeobachtung negativ ausfiel, in der man oft nur den neuro- oder psychopathischen Anfällen einen Wert beilegt, nicht aber der dauernden biopsychischen Persönlichkeit; oder auch es handelt sich um Verbrecher, die direkt mit der Aushebung oder nach der Strafe

eintreten, die ein in anderen Hinsichten ausgezeichnetes Gesetz ihnen gestattet, im Militärgefängnis abzubüßen, wenn sie zur Stellung berufen werden, während sie ihre Strafe abbüßen. Ein großer Teil derselben wird durch die gewöhnlichen Faktoren des Soldatenlebens aufgedeckt, welche die neurotische oder psychopathische Konstitution nicht hervorruft und bedingt (Angiolella, Saporito), sondern zum Ausdruck bringt und verschärft, und meistens durch die Zwischenkunft einer alkoholischen oder Ermüdungsintoxikation; oder gelegentlich der Übertretungen der Disziplin, oder der Verfehlungen gegen dieselbe, der Verbrechen, bei denen die — heute so leicht verlangte — Untersuchung oft das hysterische oder epileptische Phänomen, die psychasthenische Konstitution, oder die versteckten und verzögerten Äquivalente, den pathologischen Rausch, oder auch die Vorzeichen wahren Irreseins (Dementia praecox, progressive Paralyse, Paranoia) auffinden läßt.

Wir werden dies noch besser später sehen; indessen ist es wohl angebracht, schon jetzt festzustellen, daß diese ununterbrochene moderne Arbeit der sozialen Medizin direkt dem Werke Lombrosos entspringt, dem Werke, das in so wirksamer Weise Ideen auf dem wissenschaftlichen Gebiete, noch mehr aber und in unmittelbarer Weise in der Militärmedizin große Früchte zeitigt. Andererseits hatte das Heer Lombroso, als er noch Militärarzt war, zuerst Gelegenheit bieten können, zahlreiche anthropologische, vor allem kranziologische Beobachtungen und Studien über die Tätowierung als Zeichen der „Ehrlosigkeit“ anzustellen; eine weitere Phase der Entwicklung seines wissenschaftlichen Gedankens, infolge des berühmten Falles des epileptischen Mörders, des Soldaten Misdea, liefert ihm den „Hauptschlüssel“, indem er in ihm den Gedanken aufleuchten ließ, daß alles, was nicht atavistisch ist (Plagioprosopie, Schädel- und Stirnsklerose, Impulsivität, Momentaneität, Periodizität des Übels, Bedürfnis des Übels für das Üble usw.), krankhafte Merkmale der Epilepsie seien, die sich mit denen des Atavismus vermischen, die aber in engerer Beziehung zum moralischen Irresein stehen.

IV.

Durchgehen wir die Statistiken der Aushebung, so finden wir die folgende Zunahme der Entlassungen, wegen der verschiedenen Arten von psycho-nervösen Abnormitäten, bei den Musterungskommissionen (Jahrgang 1870—1889):

a) Psychosen: 46, 48, 37, 32, 50, 105, 188, 99, 73, 179, 158, 170, 161, 137, 110, 137, 157, 155.

b) Neurosen: 103, 94, 146, 143, 132, 165, 175, 193, 293, 166, 138, 179, 160, 193, 134, 154, 162, 108.

c) Geistesschwäche: 108, 132, 168, 141, 156, 182, 205, 137, 150, 176, 158, 162, 160, 175, 200, 208, 191.

Ferner, bei den besonderen Besichtigungen, nämlich bei den Eintrittsuntersuchungen im Bezirke oder beim Truppenteil:

a) 16, 13, 27, 19, 14, 15, 24, 21, 32, 31, 16, 23, 28, 29, 35, 39, 40, 45.

b) 79, 74, 147, 61, 102, 94, 63, 59, 82, 123, 117, 170, 148, 186, 296, 330, 260, 289.

c) } 47, 43, 66, 60, 48, 87, 40, 37, 53, 61, 50, 66, 60, 51, 99, 110, 77, 100.
d) }

Somit belaufen sich die Zahlen der moralischen Prophylaxis und der Ausscheidung während der allerersten Dienstzeit und den Aushebungsuntersuchungen, bezüglich der einzelnen Musterungen:

a) 62, 61, 64, 51, 64, 120, 212, 120, 105, 210, 174, 193, 189, 166, 185, 174, 197, 210, 277, 236.

b) 182, 168, 293, 204, 234, 259, 288, 252, 295, 289, 255, 349, 308, 383, 430, 484, 422, 397, 503, 372.

c) 155, 175, 234, 201, 204, 269, 245, 174, 203, 237, 208, 228, 220, 226, 305, 318, 268, 230, 217.

d) Die Zahlen bezüglich des Idiotismus und des Kretinismus bleiben nahezu unverändert, da sie ohne weiteres schon während der ersten Untersuchung von der Aushebungskommission erkannt und ausgeschieden werden.

e) Die cerebro- und biopathischen Phrenasthenien (Minderwertigkeiten) liefern zusammen: 312, 416, 437, 402, 384, 475, 477, 437, 409, 455, 375, 420, 412, 456, 482, 508, 549, 543, 585, 623.

f) Alle die Formen von mehr oder weniger schweren Anomalien der Persönlichkeit zusammengefaßt, weisen eine bedeutendere Steigerung auf, mit einer Zunahme innerhalb dieses Zeitabschnittes (14 Jahrgänge) von 121%! 556, 645, 789, 657, 682, 854, 1007, 809, 809, 954, 824, 962, 909, 1001, 1097, 1166, 1128, 1152, 1365, 1231.

Doch genügen, wie bereits hervorgehoben wurde, diese Präventiv-ausscheidungen nicht, da viele andere, durch den Filter der Musterung gegangene Anormale im Heere bleiben. Wir haben bereits erwähnt, daß unter den besonderen Rubriken einige jener einbegriffen sind, die sich als solche in den ersten Anfängen der Dienstzeit entwickelten: aus den Sanitätsstatistiken können wir nun zwei andere sehr interessante Reihe von Zahlen schöpfen.

a) In den beiden ersten Monaten des Militärdienstes wurden (in den Jahren 1898—1907) wegen akuter Unanpassungsfähigkeit, welche die frühzeitigen pathologischen Reaktionen in einem neuen Milieu hervorruft (Chavigny) ausgemustert:

Wegen Psychosen oder geistiger Insuffizienz: 117, 118, 136, 117, 118, 100, 145, 194, 161.

Wegen Neurosen: 239, 202, 203, 205, 205, 230, 303, 445, 428.

Zusammen: 300, 320, 339, 322, 323, 330, 448, 668, 589.

Diese starke Zunahme hängt nicht nur von der größeren, auf die psychischen Anomalien und deren ausgedehnteren gegenwärtigen Begriff gerichtete Aufmerksamkeit ab, sondern auch von der größeren Anzahl dieser pathologischen Reaktionen bis zur Auflehnung gegen die Vorgesetzten (gegenwärtige politisch-ökonomische Krise) und weil die Anormalen auch im bürgerlichen Leben selbst zugenommen haben, wie aus der Zunahme der Irreseins und besonders aus den Verbrechen der Minderjährigen hervorgeht.

Im ganzen haben wir bei den ersten Schwierigkeiten mit dem neuen Milieu, und den Faktoren der Disziplin, in einem Jahrzehnt eine Zunahme von 65%, außer einer bedeutenden Steigerung der moralischen Präventivmusterung gehabt.

b) Aber auch in den folgenden Perioden der Dienstzeit mehren sich die Ausmusterungen: für nicht wenige Degenerierte und Neurotiker bilden das Neue des Milieus und des Lebens, dann aber die Gefühlskontraste, der Disziplinzwang, eine Ermüdung, ein Rausch, die Zeit der Manöver, ein Marsch in der Sonne, eine Autointoxikation, eine Periode von nervöser leichter Störung usw. Anlässe, die zu der Zerstörung des Gleichgewichtes und zu anormalen Handlungen führen, die bisweilen den psychologischen Wert echter verbrecherische Äquivalente annehmen und in denen man meistens eine epileptische Krise, oder ein hysteroides Ereignis, auf der Grundlage einer degenerativen Konstitution oft auch der konstitutionellen Anomalie erkennt.

Die Zahlen dieser Ausmusterung betragen für genanntes Jahrzehnt:

- a) Psychosen und Unzulänglichkeiten 112, 200, 153, 190, 193, 200, 255, 259, 265
 b) Neurosen 228, 295, 312, 240, 299, 322, 375, 541, 450
 c) Zusammen. 340, 495, 365, 430, 492, 572, 610, 800, 715
 d. h. mit einer noch bedeutenderen Zunahme!

Folglich sind im ganzen unter den Waffen die Ausmusterungen auf:

- a) 229, 318, 289, 307, 311, 300, 380, 453, 426,
 b) 467, 497, 515, 445, 504, 602, 678, 986, 878,
 c) 696, 815, 804, 752, 815, 902, 1058, 1439, 1304

gestiegen, Zunahme um das Doppelte (200%).

Auf die jährliche Durchschnittsstärke bezogen schwanken die Psychosen zwischen 1,28—2,25‰, die Neurosen zwischen 2,8—4,91‰, die Gesamtheit der Anomalien zwischen 3,68—8,15‰; im Jahre 1886 aber hatte man kaum 1,93 und 1876 kaum 0,69‰!

Ferner wird jedes Jahr eine gewisse Anzahl leichter Neurothener, besonders Hysteriker, oder jener, die emotive vorübergehende Krisen, oder irgendein psychopathisches Ereignis infolge von Alkohol, Sonnen-

hitze, Ermüdung usw. aufgewiesen haben, auf das folgende Jahr zurückgesetzt; in genannter Zeit:

- a) 28, 46, 15, 34, 19, 29, 30,
- b) 66, 74, 78, 71, 115, 111, 107,
- c) 94, 120, 95, 105, 134, 140, 137.

Und trotz dieser moralischen Säuberung des Milieu, bleibt noch vieles zu tun übrig, und es bedarf einer Reihe anderer Maßregeln, um so bald als möglich diese Anormalen herausfinden zu können, da sich viele in Militärstrafanstalten, oder in den Strafkompagnien gewöhnlich wegen schlechter Führung befinden.

Übrigens wiederholt sich dies Phänomen in allen Heeren: was z. B. die Franzosen betrifft, so findet man für die Jahre 1903, 1904 und 1906 bezüglich des Ausschlusses aus der Armee, Ausmusterung wegen Hysterismus: 136, 158, 139, wegen Neurasthenie 29, 26, 38, Epilepsie 392, 354, 345 (0,75⁰/₀₀), wegen Neurosen im allgemeinen 557, 538, 572, neben 178, 185, 125 zeitlicher Zurückstellung; wegen Psychosen 163, 167, 169, wegen Idiotie und Imbezillität 184, 150, 166 neben 13, 17, 11 zeitweiligen Zurückstellungen, in den letzten beiden Klassen. Jedoch ist der Prozentsatz niedriger als bei uns: 1,04⁰/₀₀ bezüglich der Neurosen und 0,68 bezüglich der Psychosen und Phrenasthenien bei den Franzosen, 1,8 und 1,12 bei den Italienern. Dies erklärt, daß bei uns die Verbrecher weniger zahlreich und die Geisteskrankheiten weniger häufig sind unter den Verurteilten und in den Strafkompagnien, wie wir sehen werden. In Österreich hingegen werden in den Jahren 1902, 1904, 1906 ausgemustert: wegen Psychosen 324, 376, 410, wegen Phrenasthenie 91, 118, 252, wegen Epilepsie 406, 482, 387, d. i. 1,3—2,07⁰/₀₀, wegen Psychosen und Phrenasthenie, von 1,27—1,5 wegen Neurosen, Zahlen, die den unserigen mehr entsprechen. Darin erscheinen die Psychosen zahlreicher, doch sind hier 53, 61, 81 Fälle von Neurosen mit Geistesstörung (in den drei Jahren) einbegriffen, die wir gewöhnlich im Kapitel der Neurosen unterbringen und dann verschieben sich die Quoten im Sinne der unserigen: 0,98⁰/₀₀ im Durchschnitt bei den Psychosen, 1,50⁰/₀₀ bei den Neurosen.

In Deutschland wurden in den Jahren 1903, 1904, 1905 ausgemustert, wegen Psychosen 446, 647, 663, wegen Neurosen 612 im Jahre 1903 (von denen 340 wegen Epilepsie, während diese in den zwei folgenden Jahren auf 360 und 432 stieg); Durchschnitt pro Tausend 1,11 resp. 1,24, d. i. etwas niedriger als bei uns.

Italien ist es also, welches im ausgiebigsten Maße für die moralische Prophylaxe des Heeres sorgt, und sich auf diese Weise der Heimat Lombrosos und seiner Schule würdig erweist, die uns aufs eingehendste die Art und Weise, den Wert und die verschiedenartigen Formen der psychischen Anomalien, besonders der Degeneration und des Epileptoidismus (De Sanctis) gelehrt hat.

V.

Betrachten wir genau die Zahlen der Ausmusterungen wegen der verschiedenen Anomalien der neuropsychischen Persönlichkeit, so können wir verschiedene Einteilungen machen, und es ist jedenfalls angebracht, die hauptsächlichsten derselben zu erwähnen, die neben dem Interesse für die Militärpsychiatrie auch ein soziologisches aufweisen.

a) Dem Alter nach finden wir hohe Zahlen bezüglich der jungen Leute zwischen 17—20 Jahren, welche aus Unteroffizierschülern, Karabinierschülern, gewöhnlichen Freiwilligen bestehen; die Zahlen sind besonders hoch in dem Zeitraume 1893—1900, mit jährlicher Zunahme, besonders der Neurosen, und mit einem Maximum im Jahre 1903 von 19 Psychosen und 55 Neurosen, die um mehr als 1⁰/₀₀ resp. 3⁰/₀₀ der Quote der Stärke entsprechen, d. h. von 5—15% sämtlicher Ausgemusterter. Dies beweist besser die Dazwischenkunft der Faktoren persönlicher Veranlagung und sozialer Vererbung, welche aus diesen Individuen Anormale, oder geistig Zerrüttete, gesellschaftliche und moralische Declassés, Anormale in der Arbeit und im Handwerke, und folglich Unbeständige oder Dymorphe, und gegenüber der methodischen und disziplinierten Nerven- und Muskularbeit Unfähige macht.

Bezüglich der verschiedenen Lebensjahre, d. h. über 20 Jahre, sind die Ausmusterungen unter den jungen Leuten zahlreicher, die bald, gelegentlich der ersten Reibungen mit dem Milieu, die Unmöglichkeit der Anpassung, die Anomalien der Persönlichkeit, an den Tag legen; weniger zahlreich sind die Ausmusterungen in den späteren Jahren, mit Ausnahme jener Jahre, in denen die Zwanzigjährigen weniger häufige Ausmusterungen aufweisen. Die Zahlen nehmen immer mehr zu, was natürlich ist bezüglich der verschiedenen Klassen von 20, 21 und 22 Jahren, und dies noch mehr bezüglich der Neurosen als der Psychosen, weil diese, besonders in ihren verschiedenen Formen durch die komplexe Serie der Faktoren des Soldatenlebens hervorgerufen und unterhalten werden.

In den folgenden Jahren nehmen natürlich die Zahlen in unregelmäßiger Weise ab; trägt man jedoch dem ganzen Durchschnittswert Rechnung, so halten sich die proportionalen Quoten hoch.

Doch hier treten zu den Faktoren des Milieus: der Alkoholismus, die Syphilis, das Spiel und im allgemeinen alle anderen hyposthenisierenden Ursachen für die reiferen Männer. Und, wie schon vorauszusehen war, nachdem einmal das Feld gänzlich von den Neuropathischen, wenigstens von den Hysterikern und Epileptikern, die nicht so lange im militärischen Milieu aushalten würden, ohne in der einen oder der anderen Weise sich bemerkbar zu machen, gesäubert ist, bleiben die cerebralen Typen, nämlich diejenigen, die

bei mehr oder minder vollständig entwickelter neuropsychischer Persönlichkeit den auto- oder heterotoxischen Einflüssen gegenüber nachgeben, oder sich in der geistigen Tätigkeit aufreiben, und so psychopathische Reaktionen liefern. Daher kommt es, daß von 25 bis zu 30 Jahren die Psychosen die Neurosen bei weitem übertreffen und von 30 bis zu 40 Jahren fast ausschließlich die Ursachen zu den neuro-psychischen Ausmusterungen darstellen; und den Psychosen können wir auch die Psychasthenien zuzählen.

b) Nach den Dienstjahren: Die Zahlen stellen eine Kontrolle der vorhergehenden dar; berechnet man besonders die proportionale Quote der verschiedenen Ausmusterungen nach den Dienstjahren und bezogen auf die jährliche Summe der genannten Ausmusterungen, so findet man einige interessante Daten: und zwar bei den Psychosen und den Phrenasthenien; im ersten Dienstjahre wurden von $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ der Gesamtzahl bis 1881 eliminiert, dann stieg die Quote auf 40%, im Jahre 1892 betrug sie schon 58% und so weiter bis 63%; im zweiten Dienstjahre hingegen bleiben die Quoten fast unverändert, weisen aber endlich eine Neigung zum Sinken auf, indem sie sich im allgemeinen zwischen $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ der Gesamtheit bewegen; im dritten Dienstjahre hingegen nehmen die Quoten ab, von 35 auf 10%, und bleiben auf diesem Minimum. In den folgenden Jahren endlich zeigt sich ein Abfall, nach dem Maximum 8—10%, auf ungefähr 3, jedoch bleiben Schwache und Veranlagte zurück, die erst später erkranken, wenn die störenden Ursachen sich summieren oder eine besondere Form erlangen. Doch ist die Auswahl überall eine sehr genaue, auch bezüglich der Karabinieri und der Unteroffiziere, die jedoch den psychischen Störungen ihren Zoll gegen die 30er Jahre bezahlen, und zwar meistens als Folge des Alkohols und der Lues.

Auch bei den Neurosen steigt die Quote im ersten Dienstjahre von 30 auf 70%, und in einer Weise, daß sie die Quote der Psychosen übersteigen, während sie denselben im zweiten Jahre gleichkommen, und im dritten niedriger sind als diese; sie bestätigen so noch einmal das oben erwähnte Gesetz, daß die Neurosen sich leichter bekunden in der Anpassung an die neue Lebensweise und Tätigkeit, da sie sich vorwiegend auf Emotivitätsstörungen, auf Reizbarkeit des Charakters, die Gefühlskrisen und die epileptiformen Krisen beziehen.

c) Bezüglich der Grade dem entsprechend, was wir bereits weiter oben erwähnt haben, übersteigen bei den Unteroffizieren, für jedes einzelne Jahr, die Zahl der Psychosen jene der Neurosen, im Gegenteil zu dem was man bei den Gemeinen und den Korporalen sieht; außerdem werden bei jenen die Psychosen jährlich entsprechend zahlreicher, weniger dagegen die Neurosen; unter den Korporalen von 1891 an nehmen

die Zahlen der Psychosen zu, da ebenfalls die Karabinieri einbegriffen sind, die einen besonderen Dienst verrichten; die Soldaten endlich behalten die charakteristischen Merkmale der Korporale bei, jedoch unter höheren Zahlen, und noch mehr bezüglich der Neurosen, die, wie es scheint, sich früher und leichter kundgeben. Die Neurosen, meist unter den Unteroffizieren, weisen eine Durchschnittszahl von 0,21‰ und ein Maximum von 0,58 auf, unter den Korporalen 0,34 und 1,06, unter den Soldaten 1,03 und 2,35. Die Psychosen zeigen sich bei den ersteren in einem Durchschnitte von 0,48 und einem Maximum von 1,10; bei den Korporalen 0,22 und 0,76, bei den Soldaten 0,75—1,43; unter den Psychosen der Soldaten sind die psychischen Minderwertigkeiten und Unvollständigkeiten, sowie die moralischen Degenerationen einbegriffen, die infolge sorgsamer Auswahl unter den Unteroffizieren fehlen oder kaum angedeutet sind. Außerdem nehmen alle diese Quoten fast regelmäßig jedes Jahr zu, besonders aber die psychische Minderwertigkeit und Unvollständigkeit unter den Soldaten und vor allem die Neurosen, infolge der sehr aktiven, progressiven moralischen Auswahl, so daß, wenn man die sozialen Proportionen der Maxima aufstellt, man diese in den letzten Jahren unter den Soldaten findet, und noch mehr in den Neurosen als in den Psychosen.

d) Bezüglich der Waffen: In den Psychosen wird die höchste Quote (Durchschnitt 30 Jahre, die um vieles die hohen Zahlen der letzten Jahre herabsetzt) von den Karabinieri geliefert, 7,1‰, diesen folgt sofort die Infanterie 7‰, während die Reiterei und die Artillerie die niedrigsten Quoten liefern (3,6, 3,7); die Karabinieri weisen in den verschiedenen Jahren die höchste Quote 15 mal auf; sechsmal nehmen sie die zweite Stelle ein; die Infanterie neunmal die höchste und 13 mal die zweite Stelle; die Reiterei nie. Bezüglich der Neurosen liefern die Karabinieri nur 5‰, was die niedrigste Zahl darstellt, und nur eine einzige Maximalquote und einmal die zweite Stelle, während die Infanterie mit 9,9‰, und mit 11 Maximalquoten und 10 an zweiter Stelle dasteht; hierauf kommen die Bersaglieri und die Kavallerie mit 8‰. Bezüglich aller Waffen endlich sind die Quoten der Neurosen höher als die der Psychosen, mit Ausnahme der Karabinieri, bei denen das Gegenteil auftritt. Der Grund dieses Unterschiedes kann wesentlich nur einer sein: der verschiedenartige Wert, der den verschiedenen Waffen zugeschriebenen Persönlichkeiten, deshalb sind die Forderungen bei der Reiterei bezüglich der Größe und des Brustkorbes höher als bei der Infanterie; die mangelhaften Persönlichkeiten brechen leichter in akute Affektstörungen aus, welche den Kern der neurotischen Kundgebungen bilden. Hinzuzufügen ist, daß der Infanterist mehr gefährdet ist infolge der Märsche mit dem Tornister und den anderen Gegenständen, die er oft kilometerweit tragen muß, folglich der größeren Möglichkeit chro-

nischer Strapazen, die besonders während der Sommermanöver, oder während der ersten Monate des Militärdienstes, nicht genügend ausgeglichen werden. Die enorme Quote der Psychosen bei den Karabinieri, bei denen die genaue Auswahl viele zu Neurosen Beanlagte ausschließt, kann nur von den besonderen Dienstforderungen abhängen; in der Tat sind sie häufig einer sehr ermüdenden Arbeit ausgesetzt, die abwechselnd in Tages- und Nachtdienst besteht, während welchem sie wenig ruhen, Verantwortlichkeit und häufigen Gefahren ausgesetzt, im Dienst fast immer einzeln oder zu zweien sind; folglich müssen sie in ihrem Dienste eine große Unternehmungskraft, Unerschrockenheit, Willenskraft und tadellose Aufführung aufweisen, vor allem werden sie als beständig im Dienste betrachtet, was eine fortgesetzte Kontrolle, Aufsicht und Kritik mit sich führt, und dies bei allen Gelegenheiten. Sie stehen unter einer strengeren Disziplin, und der geringste Fehler kann ihre Laufbahn abbrechen.

Eine Wahrnehmung von großem Interesse ist ferner die, daß in den Strafanstalten die erwähnten Quoten bei den Karabinieri außerordentlich hoch sind: bei den Psychosen 34,4 und bei den Neurosen 11,6‰! und im ganzen 46‰, d. h. ungefähr dreimal mehr als bei der Infanterie, während sämtliche Zahlen bezüglich der verschiedenen Krankheiten bei ihnen ungefähr gleich sind (17,6), gegenüber der erwähnten Waffengattung mit 16,3‰. Dies beweist noch einmal sehr deutlich, wie die Kriminalität häufig der Ausdruck einer Anomalie oder eines neuropsychischen Leidens, oder ein anormales Äquivalent ist, oder zum mindesten leicht den Ursprung in einer krankhaften Konstitution findet — verkannte verurteilte Geistesranke.

e) Bezüglich der Jahreszeiten: Außer den durch den Eintritt neuer Rekruten, die Entlassung älterer Klassen, die Einberufung zu Übungen und Manövern verursachten Variationen, ist es interessant bezüglich der durchschnittlichen monatlichen Heeresstärke proportionalen Quote hervorzuheben, daß bei den Psychosen die Ausmusterungskurve in den Durchschnittsquoten einen steigenden Verlauf, mit einem ersten Maximum im März von 0,38 pro 10 000, und dann im Juli und September mit 0,46 und 0,47 aufweist; die Maximalquoten fallen aber in den August mit 0,88, und in den März mit 0,94; bei den Neurosen zeigt sich ein schneller Anstieg im Mai 0,53, dann folgt ein fortschreitendes Sinken, mit Ausnahme eines kurzen Anstieges am Ende des Jahres, und mit Maximalquoten im Juni, April und Mai 0,90 bzw. 0,96 und 1,08‰. Im ganzen bestätigt sich noch einmal für viele Anormale die Frühzeitigkeit der pathologischen Reaktionen, und zwar schneller und stärker bei den Neurosen, während bei den Psychosen die klimatischen Einflüsse und die Ermüdungen im Sommer einen größeren Einfluß haben, weshalb in

den genannten Monaten nicht nur die höchsten Quoten der Psychosen beobachtet werden, sondern diese dann jene der Neurosen übersteigen.

VI.

Die Gesundheitsamts- und Aushebestatistik liefern eine sehr reiche Quelle von Tatsachen, die auch für die Anthropozoologie von Bedeutung sind, und zwar in den Angaben bezüglich der verschiedenen zwanzigjährigen Generationen, die in die Militärgemeinschaft eintraten. Unter den interessanten Fragen steht an erster Stelle die bezüglich des Unterschiedes der verschiedenen Gegenden in der Intensität der verschiedenen Krankheitsformen, von den organischen bis zu den geistigen, die in Italien noch deutlicher hervortritt, nicht nur aus klimatischen und ethnischen Gründen, sondern auch wegen der Verschiedenheit der Kultur-, politischen und sozialen Geschichte der verschiedenen Teile, aus denen es besteht.

Diese Verschiedenheiten können wir in verschiedenen Gruppen analysieren, nämlich in den akuten, besonders den Infektionskrankheiten, in den Entwicklungshemmungen des Körpers, in den Abweichungen der psychischen Persönlichkeit; jene sind mehr den Veränderungen unterworfen, weil sie zufälliger sind, diese sind, in einem gegebenen historischen Zeitabschnitte, fester, weil sie mehr in Zusammenhang stehen mit den Bestandteilen der Persönlichkeit.

Im allgemeinen herrschen in der Po-Niederung (bei Soldaten die sich die Krankheiten zuziehen), die Febris ephemera und der Typhus vor, bei den Südländern die Malaria, längs des Tyrrhenischen Meeres das Mittelmeerfieber und der Magendarmkatarrh usw.; interessant ist das beständige Vorherrschen der venerischen Krankheiten, und nicht nur des weichen Schankers und der Blennorrhagie, sondern auch der Syphilis im Süden mit den Maximalquoten von 11—20‰ frischer Fälle, während diese von Rom aufwärts auf 3, 2, 1,4‰ sinken: bezüglich der Gesamtheit der venerischen Krankheiten weist Neapel 175‰, Messina 166‰, Salerno 158‰, Bari 147‰ und Palermo 130‰ auf.

Interessanter, weil sie mit der organischen Konstitution in Zusammenhang stehen, sind die Mängel, die Unvollkommenheiten und die physischen Krankheiten, welche zur Dienstunfähigkeit führen. So finden wir in der Gesamtzahl der Ausmusterungen (1888) den Bezirk von Lanusei mit 53,7%, Nuoro mit 51,6%, Sondrio mit 48%, Bobbio mit 42,6%, und in der Gesamtzahl der Revisionsfähigen Gallipoli mit 47, Lecce mit 43, Brindisi mit 42,6% usw., d. h. bei den damaligen Stellungen wurden zeitweilig oder endgültig zurückgestellt 80,7% in Lanusei, 78,7% in Nuoro, 77,4 in Gallipoli, 76,4 in Iglesias usw., d. i. $\frac{3}{4}$ — $\frac{4}{5}$ der Stellungspflichtigen des Jahres! Im allgemeinen nimmt ganz Sardinien die höchste Stelle ein, und unter den großen Städten Catania mit 68,4%. Doch ist es besser, die Einzelheiten zu betrachten.

Einen großen Einfluß übt bekanntlich der niedrige Körperbau aus, welcher in Sardinien 20,4% der Ausgemusterten, in Basilicata 14,9%, in Kalabrien und Sizilien 11,6%, im Durchschnitt für das ganze italienische Reich 6,73% liefert.

Demgegenüber finden wir, in der Gesamtzahl der verschiedenen organischen Krankheiten, die Lombardei mit 28,5, Sardinien mit 27,9, Toscana mit 24,4 usw., während Latium mit 14,8 und Kalabrien mit 16,3 eintreten. Zu diesen Ursachen von Ausmusterung oder zeitweiliger Zurückstellung tritt die stets steigende Zahl der Fahnenflüchtigen (Ausgewanderten), die das Maximum in Basilicata mit 19,5 erreichen, dann kommen Kalabrien mit 17,9, Kampanien mit 15,1, während Sardinien, Umbrien, Puglien und Emilien mit 3—3,06 und 3,8% (Durchschnitt 8,3) liefern. Daher, im großen und ganzen eine Durchschnittszahl von 36,7 Tauglichen auf 100 Eingeschriebene, während das Latium 47 liefert, die Marken 46,6, Emilien 46, Venetien 45,9, liefern Basilicata 27, Puglien 42,3, Sardinien 20,6%.

Betrachtet man mehr im einzelnen die hauptsächlichsten Gründe der Untauglichkeit wegen physischer Ursachen, so findet man: bezüglich des schwächlichen Körperbaues (Ausgemusterte + zeitweise Zurückgesetzte), kommt in erster Linie Umbrien mit 18,5, Sardinien mit 17,4, Puglien mit 17 und die Lombardei mit 16,6, zuletzt Piemont mit 12,5, Emilien mit 12,3, Toscana, die Marken und Kampanien mit 10,4. Wegen ungenügenden Brustumfanges geht die proportionale Serie der Ausgemusterten von 6,4 und 5,8 in Toscana und Kampanien, bis auf 3,4 in der Lombardei und Emilien, 2,9 in Venetien — die Ausmusterung dieser beiden organischen Fehler wegen zusammen betrachtet, beträgt 11,9 und 11,8% in Kalabrien und Sardinien, 8,7 und 8,3% in Emilien und in Latium. Die Ursachen dieser Unterschiede sind sehr komplexer Natur und können hier nicht erörtert werden: wir erwähnen nur die Malaria, die Pellagra, die Tuberkulose, die nicht entsprechende und proteinarme Ernährung der Landarbeiter, besonders im Süden und die Verhältnisse derselben in den verschiedenen Gegenden, den Industrialismus, die verschiedenen regionalen ökonomischen Verhältnisse, den Alkoholismus, die Syphilis, die Kinderfürsorge, den Kretinismus, die Bergwerke, den Urbanismus, die Handwerke, die geographische und ethnische Lage usw.

Einer anderen Ursache jedoch ist noch eine Bedeutung zuzuschreiben, der Auswanderung, die unter ihren Wirkungen besonders jene aufweist, die Proportion der Stellungspflichtigen herabzusetzen im Verhältnis zur Bevölkerung und auf reflektorischem Wege die Quote der Ausgemusterten steigert, da besonders die Gesunden und Kräftigen zeitweilig auswandern.

Unter den Städten weisen Mailand, Neapel und Genua die höchste

Quote der Schwachen auf, und zwar in einem höheren Prozentsatze als die entsprechenden Gegenden; Turin, Neapel und Genua liefern die mit ungenügendem Brustkorb, während Bologna, Rom und Ancona eine geringere Zahl von schwachen Individuen und in einer geringeren Quote als die der betreffenden Gegenden aufweisen, und eine geringere Zahl von Individuen mit ungenügendem Brustkorb liefern Catania, Mailand und Bologna.

Bezüglich der Tuberkulose weisen Kampanien, Venetien und Puglien mit 0,20, 0,15, 0,14% eine entsprechend hohe Quote auf, Latium, Sardinien und Umbrien mit 0,06—0,04% eine niedrige.

In einigen Gegenden steigt die Quote unter dem Einflusse der großen Städte, wie z. B. Turin mit 0,24, Genua mit 0,16, Neapel mit 0,46 und Mailand mit 0,41; während endlich einige Gegenden niedrige Quoten liefern, ist die Wirkung der großen Städte vorherrschend, wie Bologna mit 0,24 (Emilien 0,10), Ancona mit 0,14 (die Marken 0,06) und die drei sizilianischen Städte Palermo 0,15, Messina 0,31, Catania 0,52 (welches die höchste Zahl darstellt), obwohl es Seestädte mit mildem Klima sind! Der Gegensatz ist ziemlich groß mit Venetien 0,09, und Rom 0,07. Dies muß von den hygienischen Verhältnissen und der Erziehung wie auch von der lokalen Verbreitung der Bacillen und vielleicht auch von dem geringeren Genuß von Eiweiß unter jener Bevölkerung abhängen. In der Tat weisen auch unter den Ausmusterungen wegen Oligämie diese Städte hohe Quoten und dieselbe Steigerung auf: Palermo 2,44%, Messina 3,49%, Catania 4,37%, während Genua und Bologna 2% und Rom 1,70% liefern. So finden wir im allgemeinen in Süditalien die größte Anzahl der Individuen mit schwachem Körperbau und mit Oligämie, weniger Sizilien als Kalabrien und die Basilicata, während sich der Norden und ein Teil von Mittelitalien in besseren Verhältnissen befinden, obwohl die Industriegegenden mehr Individuen mit ungenügender Brust liefern, sei es im Verhältnis zum höheren Körperbau oder durch den Betrieb der Handwerke in geschlossenen Räumen; Latium liefert eine geringere Anzahl von Dienstunfähigen in den verschiedenen Formen der physischen Mängel, und Rom befindet sich unter den gesündesten Städten der Welt.

Weiter ist von Interesse, einen Blick auf die regionären Unterschiede anderer Arten von Krankheiten oder physischer Mängel zu werfen: a) Für Krampfadern, während der Durchschnitt für das Königreich 0,58% beträgt, weist Süditalien unter 0,20 stehende Quoten auf, wogegen die Lombardei und Venetien mit 1,25 an der Spitze stehen. b) Ebenso weist bezüglich der Krampfaderbrüche, deren Mittel 0,64 ist, Kalabrien 0,12, Piemont und die Lombardei aber 0,95—1,03 auf. c) Geringer sind die Unterschiede bezüglich der Hydrocelen, jedoch liefern bei einem Mittel von 0,43 Süditalien ungefähr 0,30, Norditalien 0,55%.

d) In bezug auf die Hernien weist jenes ungefähr 1% gegenüber einem Mittel von 1,49 auf, während Norditalien bis 2,12 im Piemont liefert. e) Entgegengesetzte Verhältnisse findet man in den chronischen Coniunctivitiden, bezüglich dieser finden wir, bei einem Durchschnitte von 1,12%, in Umbrien 0,31, in Piemont 0,42, während Puglien 2,35, Sizilien 2,98, Sardinien 6,29 aufweisen. f) Auffallend ist der bedeutende Unterschied in den Thoraxmißbildungen sowie in denen der Wirbelsäule, die mit der Statur in gewissem Zusammenhang stehen müssen (Rachitis, Entwicklungsabweichungen, Tuberkulose). Hier haben wir eine Durchschnittszahl von 1,44%, doch weisen Sardinien kaum 0,33%, Puglien 0,47, Toscana hingegen 2,06 und Venetien 2,34% auf. g) Bezüglich des Kropfes sind hingegen die Unterschiede viel bedeutender als irgendwo, da derselbe ein wesentlich regionäres Leiden darstellt. Die Durchschnittszahl ist 1,31, doch ist die Quote in ganz Süditalien eine minimale, 0,1—0,3%, während die Po-Niederung und die Alpengegend 3% liefert, die Lombardei aber traurigerweise die höchste Stelle mit 5,75% einnimmt; ja es gibt sogar Bezirke, in denen diese Krankheit eine wahre Plage darstellt, wie Cuneo und Mondovi mit 6,7 bzw. 7,3%, Aosta mit 7,9, Treviglio 9,3, Chiavari 10,4, Lecco 10,9, Brescia 12,9 und Clusone 16,5%, d. h. ein Kropfträger auf je sechs Stellungspflichtige.

VII.

Es besteht also aus verschiedenen Gründen eine verschiedenartige Morbilität unter der Bevölkerung Italiens, vor allem müssen einige Arten von Krankheiten oder Entwicklungsfehlern sich in den Nerven- und intellektuellen Funktionen widerspiegeln, in der Tätigkeit und in der Art und Weise der Persönlichkeit. Hier ist folglich eine gewisse regionäre Verschiedenheit in den verschiedenen Formen der psychisch-nervösen Anomalien, welche Gründe der Dienstunfähigkeit abgeben, zu erwarten; eine zahlenmäßige Darstellung wird diese Unterschiede in den verschiedenen Teilen Italiens noch besser dartun.

Um in vollständiger Weise diese regionären Verschiedenheiten hervorzuheben, ist es notwendig, einerseits die Ausmusterungen in Psychosen und Neurosen (besonders Epilepsie, da die Hysterie nur zu einer zeitweiligen Zurücksetzung führt), in psychische Untüchtigkeiten, in Phrenasthenien, einzuteilen, und andererseits die Ausmusterungen aus dem Heere in bezug auf dieselben Formen von Anormalitäten, die sich bei den verschiedenen Ansprüchen des Militärdienstes während der ersten Zeit desselben zeigen, den verschiedenen Gegenden nach zu betrachten, indem man beide in ein Verhältnis nicht nur mit der Bevölkerung, sondern auch mit der Zahl der Wehrpflichtigen bringt; denn das Verhältnis der letzteren der entsprechenden Bevölkerung gegenüber ist ein verschiedenes, sei es durch den Unterschied der Körpergröße,

sei es durch die Auswanderung, durch welche die Gesundesten und Kräftigsten verloren gehen; durch Summierung der beiden Verhältnisserien ergeben sich in genauer Weise die Prozentsätze der Verluste, welche die verschiedenen Generationen in den einzelnen Formen von Anormalitäten zwischen dem 20. bis 21. Jahre aufweisen.

Bezüglich der Psychosen (Quote pro 100 000 Einwohner) stehen die verschiedenen Gegenden in nachstehender Reihenfolge: Ligurien 2,64, Umbrien 2,16, Emilien 1,37, Latium 1,95, Toscana 1,64, Marken 1,58, Kampanien 1,46, Piemont 1,26, Lombardei 1,25, Kalabrien 1,18, Venetien 1,16, Sizilien 1,06, Abbruzzen und Molise 0,80, Sardinien 0,73, Puglien 0,71, Basilicata 0,60.

Bezüglich der Neurosen hingegen, ändert sich die Reihenfolge folgendermaßen: Kalabrien 4,48, Sizilien 4,27, Ligurien 1,30, Kampanien 2,85, Latium 2,61, Toscana 2,49, Umbrien 2,42, Puglien 2,28, Basilicata 2,02, Marken 1,83, Emilien 1,75, Lombardei 1,72, Sardinien 1,58, Venetien 1,51, Abbruzzen 1,50, Piemont 1,44. Folglich besteht in Mittelitalien eine ausgedehnte psychogene Zone, die gleich nach Ligurien kommt, welches die erste Stelle einnimmt, während Süditalien im allgemeinen die niedrigsten Quoten aufweist; Kalabrien und Sizilien stehen ungefähr in der Mitte der Serie mit mehr als zweimal so großen Zahlen als Ligurien; im Süden besteht hingegen eine ausgedehnte epileptogene Zone, mit zweimal so großen Quoten als die der Psychosen in Ligurien, eine Zone, die sich, etwas geschwächt längs des Tyrrhenischen Meeres erstreckt, um ein weiteres Maximum in Ligurien zu erreichen, während der Norden, Mittelitalien und Abbruzzen den niedrigsten Punkt der Reihe darstellen.

Aus der Summe der psychonervösen Anormalitäten, d. h. der sozialen Persönlichkeit, geht hervor, daß Ligurien mit 5,84 die erste Stelle einnimmt, dann folgen Kalabrien mit 5,08, Latium mit 4,25, Kampanien mit 4,02 und Sizilien mit 3,99; die anderen Gegenden folgen in größeren Abständen, und zwar mit Umbrien 2,50, beginnend bis zu den Abbruzzen (2,01) und Sardinien (1,57) (Durchschnitt des Reiches 3,23).

Ferner ist noch zu bemerken, daß nur Emilien mehr Irrsinnige als Epileptiker aufweist; die anderen Gegenden des Nordens weisen ungefähr gleiche Quoten in den einen, wie in den anderen Formen von Anomalien auf, während die Epileptiker in Mittelitalien zunehmen, und noch zahlreicher in Süditalien werden, so daß Sardinien dreimal mehr Epileptiker als Geisteskranke aufweist, Kalabrien und Basilicata viermal mehr und Sizilien $4\frac{1}{2}$ mal mehr!

Diese Wahrnehmungen sind natürlich von großem Interesse für die biosoziale Pathologie, doch steigt das Interesse noch mehr, wenn wir erwägen, daß schon Morselli und Sormani 1881, an der Hand der frü-

heren Statistiken nur der Wehrpflichtigen ungefähr zu denselben Schlußfolgerungen kamen. Aber die oben angestellten Berechnungen wurden an Stellungspflichtigen und Soldaten (daher sind die Zahlen fast auf das Zweifache gestiegen) und an der Hand der nach 1884 aufgestellten Statistiken vorgenommen, und trotzdem bleiben diese regionären Unterschiede fast unverändert, trotz der enormen Zunahme der oben erwähnten Ausmusterungen — um zirka das Zehnfache in weniger als 30 Jahren. Das heißt die Zunahme in den verschiedenen Gegenden entspricht den einzelnen Koeffizienten psychischer oder neurotischer Saturation; die Zunahme tritt nämlich nicht gleichmäßig auf, sondern mehr oder weniger je nach der verschiedenartigen Intensität solcher Koeffizienten, so daß die regionären Verschiedenheiten erhalten und stets ausgeprägter werden. Ein sicheres Zeichen, daß bezüglich einer jeden Gegend, einem bestimmten geschichtlichen Zeitabschnitte angehörende, innere und tiefe Ursachen klimatischer, ethnischer, biologischer und sozialer Natur bestehen.

Bevor wir diese Ursachen der regionären Unterschiede der Neurosen und Psychosen erwähnen, ist es angebracht, an zwei Reihen von Erscheinungen zu erinnern: 1. wenn wir die Berechnungen bezüglich der verschiedenen Provinzen Italiens wiederholen, die eine große Stadt einbegreifen, so finden wir, daß an der Spitze der epileptogenen Zentren Messina und Reggio (0,24 pro 10 000 Einwohner) stehen; dann folgen die anderen Provinzen Siziliens und Kalabriens, und Neapel 0,12, während in letzter Linie Turin 0,07, steht; bezüglich der Psychosen nehmen Rom und Florenz die erste Stelle ein, doch mit Quoten, die bei weiten hinter den Maximalquoten der Neurosen zurückstehen 0,10. Während ferner die Provinzen mit großen Städten die anderen übersteigen, weisen die großen Städte ihrerseits höhere Quoten als die entsprechenden Provinzen auf, wie z. B. Catania (0,20—0,14), Palermo (0,35—0,17) und Messina (0,43—0,24), dasselbe zeigt sich für Turin (0,15—0,07) und Genua (0,23—0,11), während die Unterschiede geringer sind für Neapel (0,19—0,12), Rom (0,16—0,10) und Mailand (0,13—0,10); hier bildet die Stadt einen großen Teil der Bevölkerung der Provinz.

2. Übersteigen in den schweren Formen der Imbezillität das Mittel von 0,95‰ Kampanien mit 1,49 und die vier nordischen Regionen mit 1,21—1,14, dann Abbruzzen und Basilicata (1,09—1,11), so findet sich als letztes Glied der Reihe Puglien und Sizilien mit 0,62; in den Formen einfacher geistiger Schwäche mit einem Mittel von 0,01 kommen ebenfalls in erster Linie Ligurien und Kampanien mit 1,09 bis 1,00, an letzter Stelle Sardinien und Latium mit 0,27 und 0,21. Doch ist unter den ersten Formen ein Unterschied durchzuführen zwischen Idiotismus, gewöhnlich eine Folge der infantilen oder endouterinen Encephalopathie, oder schwerer Epilepsie des ersten Lebensalters, oder

der Abweichungen der Gehirnentwicklung, die in Kampanien, Abbruzzen usw. wie auch in Ligurien vorherrschen, und dem Kretinismus, der in den Alpen- und den oberen Apenninenländern endemisch ist und mit der lokalen Ausdehnung des Kropfes Schritt hält.

Ferner ist es notwendig andere Erscheinungen der sozialen Pathologie hervorzuheben, die mit den Neurosen und Psychosen in vielfältigem Zusammenhange stehen:

a) Alkoholismus: Unter den alkoholischen Psychosen beträgt das Mittel für die Jahre 1903—1905 berechnet 13,8 %, ungefähr wie in Piemont, Venetien weist 16,8 auf. Die Lombardei 18,6, Ligurien 19,4, die Marken 23,1% auf, am anderen Ende stehen Kalabrien 4,8, Kampanien 4, Sizilien 2. Außerdem wurden in den Jahren 1900—1904 auf 100 000 Einwohner im Durchschnitt 43,25 wegen Trunkenheit verurteilt; sie verteilen sich wie folgt: 108,13 in Ligurien; in Latium, das gleich danach kommt, fiel die Zahl auf 82,04, dann folgten Venetien, Sardinien und die Lombardei (62,06, 61,16, 53,06). Bei einer Durchschnittszahl von 22,3 auf 1 000 000 Einwohner, die an chronischem Alkoholismus oder infolge von durch Trunkenheit verursachten Unglücksfällen gestorben sind, ist es immer Ligurien (44,1), das mit Venetien (43,9) und den Marken (41) die erste Stelle einnimmt, während die Südprovinzen geringere Quoten aufweisen, von 9,4 für Kampanien bis 4,8 für Sizilien, während aber Sardinien 38,3 aufweist. Diese regionären Variationen bieten eine große Ähnlichkeit mit den Verschiedenheiten unter den Psychosen; andererseits scheint es, daß nicht wenige Fälle von Epilepsie im Norden alkoholischen Ursprungs sind, obwohl man hierzulande nicht in Übereinstimmung ist bezüglich des epileptogenen Wertes des Alkoholismus. Einen höheren Wert kann man demselben in der Nachkommenschaft zuerkennen, besonders in der Form des Heredoalkoholismus, und man hat ihn sogar in 64% der Eltern von Epileptikern festgestellt (Kraepelin); er verursache Degeneration der Rasse, aber ihrerseits gibt die hereditäre psychische Degeneration Veranlassung sowohl zum Alkoholismus als zur Epilepsie, als zwei koordinierten Erscheinungen. Mir scheint es, daß er im Individuum als genetischer Faktor besonders einen psychogenen, epileptogenen oder psychodegenerativen Einfluß auf die Rasse ausübe.

b) In Süditalien sind auch die epileptischen Psychosen viel häufiger, und die mit Geisteskrankheit und psychopathischen Erscheinungen verbundenen Formen von Epilepsie, wie man sie in Süditalien antrifft, sind im allgemeinen kürzer, von spärlichen und vereinzelt Konvulsionen begleitet, mit Überwiegen der Schwindelanfälle oder der impulsiven Äquivalente, welche gleichzeitige Geistesstörungen, Dämmerzustände hervorrufen oder dieselben begleiten. Am 1. Juli 1898 befanden sich in den italienischen Irrenanstalten auf 10 000 Einwohner 15,02 Geisteskranke in

Oberitalien, 17,04 in Mittelitalien und 5,7 in Unteritalien; aber auf 100 Geistesranke kamen 7,10 resp. 9,33—12,22 Epileptiker, 2,30, 2,77, 7,59 Verbrecher. In der Irrenanstalt zu Girifalco betrug die Zahl der Epileptiker 26,3%, die Verbrecher 12,44%, in Nocera inferiore hingegen 11,96 und 7,25; in genannten Gegenden ist der Alkoholismus selten, während die Zunahme der Alkoholpsychosen in Rom und in Ancona in den Jahren, in denen der Preis des Weines ein niedriger und die Weinlese eine reiche war, typisch ist.

c) Syphilis: In den drei Jahren 1904—1906 kamen auf 100 000 Einwohner im Durchschnitt 6 Todesfälle an Syphilis, in Kalabrien aber stieg die Zahl auf 16, in Latium auf 11, in Kampanien auf 10, in Sizilien auf 8, in den Abbruzzen und Puglien auf 7, in Ligurien auf 5. Im Heere zeigte sich in demselben Zeitraume eine Morbilität von 12,2% an Lues (1. oder 2. Manifestation), dieses Verhältnis aber stieg auf 18,7 in dem Bezirke von Palermo, auf 31,9 in dem von Messina 30,6 in Catanzaro, 27 in Bari, 27,3 in Salerno und 28,3 in Neapel, 18 in Rom, 14,3 in Florenz, 4,6 in Novara und Genua. Das heißt die geographische Verteilung der Lues hat eine große Ähnlichkeit mit jener der Epilepsie, wie der Alkoholismus mit den Psychosen; es ist sicher, daß die Heredolues einen starken genetischen Einfluß auf die Epilepsie ausübt und indirekt wirkt auch die Lues, indem sie nervöse Leiden verschiedener Art hervorruft, die man in 35—50% in der Aszendenz der Epileptiker vorfindet.

d) Ein umgekehrtes Verhältnis zwischen Epilepsie und Eclampsia infantum besteht nicht, wie man es hätte annehmen können, wenn man denkt, daß bei einer höheren Sterblichkeit an Eklampsie weniger Epileptiker bleiben müßten; dies kann man zum mindesten in einigen Gegenden wahrnehmen, in anderen aber, hauptsächlich in Kalabrien, findet man viel Epileptiker und zahlreiche Todesfälle an Eklampsie. Bei einer Sterblichkeit von im Durchschnitt 4,45 auf 10 000 Einwohner weisen die beiden epileptogenen Zonen, Ligurien und Sizilien, 3,15 resp. 3,42 auf; die wenig epileptogenen Marken und Abbruzzen liefern 7,06 und 5,78, Kampanien aber und Latium, epileptogene Gegenden, geben 7,96 und 6,78 und Kalabrien 6,08; ganz Süditalien ist sehr eklamptisch, und es ist Kampanien, welches traurigerweise die erste Stelle in diesen hereditären, degenerativen Formen, von der Idiotie zur Epilepsie und zur Eclampsia infantum, einnimmt.

e) Weiter müssen die frühzeitigen Menses, die frühzeitigen und wiederholten Schwangerschaften in Süditalien, der Mangel an Milch infolge spärlicher und proteinarmer Ernährung (menstruelle Epilepsien), ferner das Klima, die frühe Geschlechtsreife, das ethnische Temperament, der gehirngefäßlähmende Einfluß der aktinischen Sonnenstrahlen, wahrscheinliche diathetische Einflüsse usw. in Betracht gezogen werden. Bezüglich dieser letzteren liefern die Statistiken eine sehr starke Quote

für die Gicht in Kalabrien, und eine im allgemeinen hohe im Süden; hohe Quoten für Gicht und Diabetes für Ligurien und besonders für Latium; daher scheint es, daß ein statistischer Zusammenhang zwischen Neurosen und arthritischer Diathese (wie Charcot behauptet) bestehe. Eine psychogene Wirkung kann der Ileotyphus besitzen, der eine Sterblichkeit von 12—14 000 Personen im Jahr ergibt, welche einer Zahl von ungefähr 80 000—95 000 Kranken im Jahre entspricht; diese Krankheit ist besonders in der Gegend von Padua sehr häufig. Ein deutliches Verhältnis fehlt zwischen Encephalitis und Meningitis infantum, Gehirn-apoplexie usw.

So findet man im großen und ganzen fast nur einerseits die Syphilis und die Urikämie zum großen Teile in Übereinstimmung mit der Epilepsie, andererseits den Alkoholismus mit den Psychosen. Diesen gegenwärtig präzisen Variationen inneren und tiefen Ursprungs entsprechen andere regionäre, ebenfalls in der gegenwärtigen kulturgeschichtlichen Periode andauernde Variationen.

Mit der Verteilung der Epilepsie stimmt stark die des Mordes überein, mit einem Maximum in Sizilien und in Kalabrien (239,7—140,4 pro 1 000 000 Einwohner); dann folgen Latium und Kampanien (120,2 bis 195,7); die anderen Gegenden stehen unter der Durchschnittszahl des Reiches (97,6), unter diesen jedoch weist Ligurien eine weniger niedrige Quote auf, ebenso bezüglich der freiwilligen Körperverletzungen, die sich in den Grenzen eines Maximums von 537,78 pro 100 000 Einwohner in Kampanien und 524,18 in Kalabrien bis auf 121,33 in Emilien bewegen. Hingegen weist der Selbstmord Variationen auf, die jenen der Psychosen ziemlich gleichkommen; bei einer Durchschnittszahl von 6,8 auf 100 000 Einwohner, nehmen Ligurien und Piemont (15,93 bis 13,7) die erste Stelle ein, sodann folgt Latium 10,23, während Süditalien niedrige Zahlen aufweist, und zwar bis auf 2,02 in Kalabrien.

In Süditalien haben viele Jahrhunderte hindurch das geschichtliche, politische, ökonomische Klima, die Natur des Bodens, die Entferntheit von den neuen, großen Strömungen des Welthandels, die aufeinanderfolgenden und zahlreichen Invasionen von abenteuerlustigen Völkern, die Kriege, das Gemisch blutdurstiger albanischer und sarazenischer Elemente, die Tatsache, daß diese Soldateska zum großen Teil sicher Säufer und Luetiker, Verbrecher und Abenteurer waren, das wärmere entnervende Klima, das die Frühreife, die Reizbarkeit, die Unbeständigkeit und die Impulsivität bedingt, eine ganze Charakteristik von ethnischen Attributen geschaffen, welche die neurotischen Erscheinungen befördern, sie als eine Mißbildung und krankhafte Übertreibung der Merkmale des südlichen, primitiven individualistischen Charakters erzeugen.

Dazu gesellte sich eine schlechte Regierung, die feudale Bedrückung,

die elende Lage der Frau, daher die Fixierung von Elementen biosozialer Minderwertigkeit, psycho-anthropologischer Primitivität. Und die Epilepsie ist auf der psycho-anthropologischen Primitivität begründet, weil die funktionelle und Entwicklungsdisharmonie Entwicklungshemmung und folglich Infantilismus ist; die Kinder sind ja für die übertriebene Reflexreizbarkeit und Konvulsivität überhaupt disponiert (Bianchi). Ebenso schreiben Morselli und De Sanctis der anthropologischen Primitivität und der physiopsychischen Degeneration die höchste Bedeutung zu. Dem ist noch die Reihe von Wirkungen der politisch-historischen, sowie der sozialen Verhältnisse hinzuzufügen: es bestehen enge Verbindungen zwischen Epilepsie, primitivem Leben, atavistischer Rückbildung und Verhältnissen biosozialen Infantilismus einer Bevölkerung. Im Epileptiker bleibt ein primitiver oder minderwertiger Zustand der Hirnfunktionen bestehen oder bildet sich von neuem, daher haben gewisse ethnische und individuelle Temperamente so große Ähnlichkeit mit dem epileptischen Charakter (Kinder, Wilde, primitive Sozialen, barbarische Verbrecher Ferris). Die Zunahme der Psychosen und des Selbstmordes in Sizilien, die Abnahme der Morde, lehren die fortschreitende Kulturentwicklung, die die große Masse hebt; doch bestehen das Elend, die Malaria, die ungenügende Ernährung fort, daher bestehen mit der komplexen Wirkung des Klimas und mit der Verbreitung der Lues die Neurosen fort, obwohl sie Formen eines Protestes, Reaktionen biologischen Schutzes annehmen (Claparède).

IX.

Nach den allgemeinen in zusammenfassender Form angestellten Betrachtungen ist es notwendig, die beiden wesentlichen Erscheinungen der Militärpathologie: die Psychosen in weitem Sinne einesteils und das Verbrecherwesen andererseits, genauer zu studieren. Beginnen wir mit den Neurosen resp. Psychosen.

Im Heere finden wir:

a) Einfache Neurastheniker, durch körperliche Überanstrengung, gelegentlich der großen Manöver usw., aber meist bei den Unteroffizieren und den Offizieren infolge moralischer Gegensätze, Familienangelegenheiten oder finanzieller Schwierigkeiten, durch Examen, durch ein lebhaftes Gefühl der Verantwortlichkeit, durch geistige Überanstrengung; der Status neurasthenicus kann zu Disziplinvergehen führen, oder zum mindesten Reibungen in der militärischen Hierarchie hervorrufen.

b) Konstitutionelle Neurastheniker, besonders unter den Studenten, den Kaufmannsgehilfen, im allgemeinen unter den Arbeitern der großen Städte, bei den Freiwilligen und den Unter-

offizieren: Gefühlsmenschen, Unbeständige, in den Schwankungen der psychischen und ethischen Potentiale übertriebene, oder leicht durch körperliche Ermüdung erschöpfte Individuen, oder solche, die häufig über Leiden aller Art klagen, und leicht als träge, nachlässige Personen oder als Simulanten betrachtet werden; bisweilen treten bei ihnen Perioden der Angst und nicht entsprechende Gefühlsreaktionen, oder auch plötzliche, übertriebene Handlungen gegen die Disziplin, oder Gewalttätigkeiten gegen die eigene Person, ja sogar wahre Verwirrungsepisoden oder Reizperioden während einer Gefängnishaft, mit Claustrophobie und anderen Zwangserrscheinungen, oder Triebe zur Flucht auf, um sich den störenden Reizen des Milieu zu entziehen; endlich zeigen sich Depressionen begleitet von Angstzuständen.

c) Hysteriker, bei denen besonders das Verhalten der Geistesbeschaffenheit erforscht werden muß, da oft die bekannten somatischen Stigmata nach Babinski fehlen; sie sind leichtgläubig, leicht suggestibel, sowohl im Gefühlstonus wie im psychischen Niveau stark schwankend, bieten Merkmale eines unbeständigen, wechselnden Charakters auf hyperemotiver Grundlage, mit großer Lebhaftigkeit der psychischen, nervösen und Reflextätigkeit, dem Wiederaufleben des Unterbewußtseins (Dämmerzustände, Infantilismus mit Zerfallfähigkeit, Bianchi). Daher die leichten Défaillances, die Disziplinvergehen, die Verbrechen, die dem Affekte entspringen, die Anpassungsunbeständigkeit, die Fluchtepisoden und die Simulation von Krankheiten, die Unmöglichkeit sich im Widerstande gegen die Dienstanstrengung aufrecht zu halten, der Jähzorn, die Affektschwankungen, der Ausbruch einer Aufregungs- oder halluzinatorischen Verwirrungsepisode infolge von Alkohol, einer Anstrengung, eines moralischen Shocks oder endlich der Krampfanfall.

d) Die Epileptiker, das gefährlichste Element in einer Gemeinschaft; denn, wenn auch viele unter ihnen gewöhnlich einen guten und ruhigen Charakter aufweisen können, besonders in den Formen mit langen krampffreien Zwischenräumen, so ist doch jeder einzelne potentiell fähig, Unheil zu stiften, besonders in einer Menschenanhäufung, wie sie das Heer darstellt, infolge der engen Vereinigung, der Eigentümlichkeiten der Vorschriften bezüglich des Zusammenlebens, der Unterwürfigkeit und der Leichtigkeit, mit der die Waffen erreichbar sind. Der von Geburt oder von der Kindheit an cerebropathische oder chronisch vergiftete Epileptiker ist stets ein Individuum, das vor allem eine Disharmonie des Gehirns aufweist, ein Kranker eher als ein Anormaler, selbst in den anscheinend weniger schweren Formen; daher die Zerrüttung, die Disharmonie, die Unregelmäßigkeit, der Gleichgewichtsmangel, das leichte und schnelle Verwirrtwerden, die reaktive Intoleranz den toxischen Substanzen gegenüber, die Affektschwankungen

auf der Basis der Gewalttätigkeit, die Periodizität, die Augenblicklichkeit und die Übertreibung verschiedener krankhafter Erscheinungen, der Wechsel der Stimmung und der Tätigkeit, die Verstimmungen, die Leidenschaftlichkeit, der leicht bis zum Jähzorn sich steigernde Zorn. Außerdem sind gewisse Epileptiker Krisen und psychischen Äquivalenten unterworfen, den Anfällen vorausgehenden oder folgenden halluzinatorischen, oft anhaltenden Geistesstörungen, Dämmerzuständen, in denen heftige Neigungen zum Verbrechen ausbrechen: es sind dies die Formen psychischer Epilepsie, die bis zum brutalen Morde in Form des furchtbaren Gemetzels gehen.

Potentiell ist jeder Epileptiker solcher Manifestationen fähig, und dies um so mehr wegen des engen Zusammenhanges der psychischen Epilepsie, des moralischen Wahnsinnes und des angeborenen Verbrechertums; ebenso ist, infolge dieser engen Verbindung, der Epileptiker auch außerhalb des Anfalles oft gefährlich und schädlich, da er impulsiv, reizbar, heftig in den Kontrasten, maßlos in den Reaktionen, zeitweise oder beständig undiszipliniert und häufig auch grausam, rebellisch, alkoholsüchtig ist. Heredoalkoholiker ist oft ein frühzeitiger Säufer und wenig tolerant, da die höheren Hemmungen schwach sind; daher die heftige Reizbarkeit, das aggressive Wesen, die reaktive und impulsive Feindseligkeit, insofern als der Alkohol ein exquisites Reagens ist, welches die funktionellen und Konstitutionsmängel und Anomalien des Wesens hervorruft und verstärkt. Der Alkohol ist nur ein Enthüller, ein Sensibilisator und ein Multiplikator, während die anormalen Manifestationen der Persönlichkeit wesentlich aus ihren tiefen, krankhaften oder Degenerationsanomalien ihren Ursprung nehmen. Und der Alkohol deckt vor allem die epileptoiden Charaktere, die hypomorale Persönlichkeiten auf, und zwar in den gewalttätigen Äußerungen, in den Zerstörungstrieben, den gemeinen Redensarten, der wilden Roheit, in den angreifenden verbrecherischen Handlungen, den wütenden Aufregungszuständen und der hypomanisch psychomotorischen Erregung.

e) Sehr nahe stehen die Degenerierten, die wahre Plage des Heeres, wie jeder menschlichen Gemeinschaft, ein beständiger Schaden infolge der ethischen Defekte, welche sie kennzeichnen, und weshalb sie alle Arten von schlechten Handlungen begehen, sich undiszipliniert betragen, unempfindlich, rebellisch, unerzogen, den Verweisungen und den Strafen gegenüber unempfindlich sind; ja diese erbittern und steigern ihre feindseligen Begriffe bezüglich des Milieus und die krankhafte Reaktionstätigkeit; unfähig, die Stimme der Pflicht und der Unterwürfigkeit zu vernehmen, sind sie egozentrisch, grob, und ausgelassen in ihrem Benehmen, halsstarrig, oft Simulanten, des Hasses und des heimlichen Grolles fähig, emp-

findsam und übelnehmerisch, häufig dem Weine, dem Spiele, den Frauen ergeben, und die geschlechtliche Erschöpfung, die Alkoholintoxikation verschlimmern sie, machen sie gewalttätig und impulsiv, ungestüm und herausfordernd, zerstörungssüchtig. Die niederen Degenerierten, aus denen ein großer Teil der Verbrecher besteht, und die in den Militärgefängnissen und den Strafkompagnien die Rückfälligen, die Unverbesserlichen bilden — stellen einen menschlichen Detritus dar, der von den weniger gefährlichen und weniger anormalen Formen der Unerzogenheit und der primitiven Grobheit des Charakters, stufenweise bis zum moralischen Schwachsinn geht. Hieraus folgt eine ganz besondere Art und Weise, die äußeren Einflüsse, besonders die persönlichen Beziehungen aufzufassen und dagegen zu reagieren, indem sich die ganze Welt um ihr selbstsüchtiges und brutales, affektloses und anmaßendes Ich dreht, das ganz auf die gewalttätige Genugtuung der eigenen Instinkte und Bedürfnisse gerichtet ist, ohne irgendwelche Rücksicht auf die Normen des Zusammenlebens und auf die Rechte anderer; daher verstoßen sie gegen das soziale oder militärische Milieu, gegen das Gesetz und die Vorschriften der Disziplin, besonders wenn dem moralischen Defekte und der Charakteranomalie die impulsiven Kennzeichen des Epileptoidismus beigemischt sind, indem sich so die zu Gewalttätigkeiten, Blutvergießen, ja den schwersten Blutbaden bereite Verbrecherpersönlichkeit bildet. Es entstehen so Verbrechen, die das Momentane und die Gewalttätigkeit eines Raptus psychoepilepticus besitzen, aber nicht immer mit der Bewußtseinstrübung vereint sind, sondern bei ruhiger Überlegung, mit grausamer Vorbereitung und wilder Brutalität begangen werden.

Wie trotz der Strenge in der moralischen Auswahl nicht wenige Epileptiker in das Heer treten, weil sie krankhafte Manifestationen nur in langen Zwischenräumen oder auch von kurzer Dauer, oder nur nachts aufweisen, oder die episodischen Erscheinungen bei ihnen weniger deutliche Formen annehmen (kurze Absenzen, Schwindel, Tics, sensorielle Aura usw.), oder weniger leicht die anormalen Seiten des Charakters und die Disharmonien der Persönlichkeit zum Ausdruck kommen, so ist dies auch der Fall für die moralisch Schwachsinnigen. Es kann das vorkommen, obwohl sie schon zahlreiche Verurteilungen erlitten, falls eine derselben nicht die Minimalgrenze von drei Jahren Gefängnis erreicht hat, was die moralische Unwürdigkeit dem Heere anzugehören bedingt. Die schlechten Handlungen, die Halsstarrigkeit, die Brutalität, die Gewalttätigkeit, der Zynismus, die Prahlerei, die früheren Verbrechen werden als schlechter Wille betrachtet, als ein Produkt einer Charakter-schlechtigkeit, die eine Reaktion der Empörung, der Strafe, der Züchtigung, der Verurteilung hervorruft, die die verworfene Persönlichkeit unterdrücken oder bessern müßte.

f) **Minderwertige und Schwachsinnige:** Nach Ausschließung der schwereren Minderwertigen bleiben im Heere nicht wenig psychisch Anormale, Unvollständige, Einfältige und Amorphe, die sich plump und ungeschickt, wenig überlegend zeigen; sie arbeiten automatisch; irgendeines Unternehmens unfähig, gelangen sie nicht zum Verständnis des Ideals des Heeres und des Vaterlandes; ihr Respekt, der der Furcht nahe kommt, verkörpert sich im Grade und im Individuum, oft leichtsinnig, sehr leichtgläubig und suggestibel, oder starrköpfig, grobe Lügner sowie Simulanten, unterliegen sie leicht Versuchungen und der verbrecherischen Überredung, besonders des Diebstahls; oft durch die Scherze der Kameraden gequält, können sie entweder plötzlich mit Gewalttätigkeit reagieren, oder werden reizbar, sehen und hören schlecht nach einem Marsche oder nach einer Arbeit in der Sonne; ferner werden sie leicht niedergeschlagen und desertieren, um sich der Last der Disziplin zu entziehen, oder sie verüben Selbstmord aus geringfügigen Gründen. Unter ihnen befinden sich die Lenksamen und die Hypomorale; erstere sind immerhin zu verwenden, die anderen aber nicht, und in der Tat findet man sie häufig in den Strafanstalten und in den Strafkompagnien. Ebenso wenig ist zu vergessen, daß bei einigen die anscheinende Geistesschwäche wesentlich eine Heboidophrenie (*De Sanctis*) ist, und daß nur eine genaue Untersuchung sie aufdecken kann.

g) **Dementia praecox:** Der Übergang zu dieser aus der vorhergehenden Gruppe ist natürlich, insofern als, wie ich sagte, verschiedene Fälle von Geistesschwäche vielleicht als der Hebephrenie angehörend betrachtet werden können. Kataleptische Formen, die ausdrücklich in der Zusammenstellung der Dienstunfähigkeit bedingenden Krankheiten erwähnt werden, gehören der katatonischen Varietät an, sowie auch die die Ausmusterung bedingenden Paranoien, die bei einigen Soldaten und Unteroffizieren beobachtet wurden, oder die Halluzinosen mit Verfolgungswahn, welche in eklatanten Kontrasten zum militärischen Milieu, zu traurigen Bluttaten führen können (wie beim Soldaten Magri). Die leichten oder Anfangsformen sind schwer aufzudecken, in denen alles erkünstelt, zerrissen erscheint, oder in denen ein hysteroider Symptomenkomplex auf der Basis des affektierten Manierismus auftritt: verschiedene von uns (vom gerichtsarztlichen Standpunkt) studierte und illustrierte Fälle waren als Simulanten betrachtet und wegen Sittlichkeitsverbrechen verurteilt worden; ein anderer stand unter der Anklage der Selbstverstümmelung und der Fahnenflucht im Kriege. Viele Fälle von Benommenheit und Minderwertigkeit gehören den Vorläufern der Dementia praecox an, und ihre Diagnosenstellung fällt dem allgemeinen Arzte schwer; doch wenige hiervon treten in das Heer oder bleiben in demselben, denn glücklicher-

weise üben wir die Elimination in weitem Umfang denen gegenüber, die befürchten lassen, daß sie bisweilen ihrer eigenen Handlungen sich nicht völlig bewußt sind: und das durch die Wirkung des § 18 des italienischen militären Reglements, das einer sehr umfassenden Auslegung fähig ist, welche alle Formen geistiger Unvollkommenheit, Insuffizienz oder psychischer wie auch moralischer Anomalie in sich begreift.

h) Psychosen: Man findet unter dem Militär Fälle von akuter halluzinatorischer Geistesstörung oder Amentia (Meynert) einige von manisch-depressivem Irresein, oder cephalalgischer Psychose, besonders nach Strapazen in der Sonne; verschiedene akute psychopathische Episoden bei Degenerierten, häufiger und besonders bei denen die sich im Gefängnis befinden oder einem Kriminal- oder Disziplinarverfahren ausgesetzt sind; Fälle von neurasthenischer oder hysterischer Psychose mit Angstzuständen oder Beschäftigungsdelirium, ferner solche epileptischer Psychose (anhaltende Dämmerzustände, oder in Form einer transitorischen akuten Manie); Fälle von einfachem akutem Alkoholismus oder von pathologischem Rausche bei Degenerierten, oder chronischem Alkoholismus bei Unteroffizieren; einige Fälle von Hirnlues; dann progressive Paralyse oder chronische systematisierte Spätparanoia oder Hirnarteriosklerose und Depression bei Offizieren oder älteren Unteroffizieren, endlich nicht wenige Fälle von Neurosen oder Neuropsychosen durch Traumen, in verschiedenen Umständen und unter verschiedenen klinischen Formen, um so mehr, da wir auch unser Urteil über Karabinieri, Stadtpolizei, Finanz- und Gefängniswächter sowie über Beamte der höheren Staatsverwaltung abgeben müssen.

Es ist hier nicht die Stelle, nicht einmal in kurzen Zügen alle jene verschiedenen Formen von Psychosen zu erwähnen, die ich in besonderen Arbeiten behandelt habe, nur wird es gut sein, noch einmal hier die besondere Wichtigkeit hervorzuheben, die sie haben, und zwar nicht bloß für die gerichtsärztlichen Urteile bezüglich der Dienstunfähigkeit, sondern hauptsächlich für die Dienstbeschädigung und für die eventuelle disziplinarische oder richterliche Verantwortung. Unter meinen Fällen erwähne ich: zwei Diebstähle bei beginnender paralytischer Demenz; 3 Fälle von Auflehnung gegen die Vorgesetzten, bei halluzinierenden von Dementia praecox Befallenen; viele Krisen von Aufregung mit Zerstörungsimpulsen, Drohungen und tätlichen Ausschreitungen gegen Kameraden und Vorgesetzte von seiten psychopathisch Degenerierter oder Psychoepileptiker im Dämmerzustande; 3 Diebstähle von seiten Hysteriker mit hyperaffektiven Angstzuständen; 3 Fälle von Auflehnung von seiten der Offiziere, von welchen einer bei ängstlicher Depression und zwei andere in einem Anfalle von akuter Neurasthenie mit Angstzustand und nachfolgender Affekt-

handlung usw. Die traumatischen Neurosen sind zahlreich und von verschiedenartigster Form, von den lokalen Neurosen zu den pseudo-konfusionellen Psychosen, durch Eisenbahnunglück, Sturz vom Pferde, Explosion von Pulvertürmen usw.; in vielen ist die neuropathische Veranlagung wahrnehmbar, in fast allen kann man den Einfluß der Idee der Entschädigung oder den störenden Einfluß infolge der Verzögerung des Verfahrens (Sinistrosis von Brissaud) und die Heilungselbstinscheinbar schweren Fällen verfolgen; während bei anderen ein Zustand eines nervösen Verfalles besteht, der auf andere Faktoren zurückzubeziehen ist (organische Mängel, neuropathische Anlage, Alkoholismus, Hirnarteriosklerose, Lues). In einem höchst interessanten Falle habe ich die langsame Ausbildung und das Zustandekommen eines komplexen Zustandes einer geistigen Obsession mit multiplen Phobien und Angstzustand bei einem Offizier studieren können, die Basis dieser Evolution war ein schweres viele Jahre vorher erlittenes Trauma. Ebenso ist hervorzuheben, daß mehrere anscheinend der mittleren Normalität Angehörige ihre konstitutionellen Anomalien nach einem besonderen Affektstoß, wie z. B. nach einem Zusammenstoß mit der Disziplin, Erdbeben, Feuersbrunst oder während des Krieges enthüllten, wo dann der Affektstoß ein unbeständiges psychonervöses Gleichgewicht zerstören und die anormalen Anlagen an den Tag bringen konnte.

X.

Die eben angestellte Unterscheidung und die in bezug auf eine jede Kategorie von anormalen Soldaten erwähnten charakteristischen Merkmale ergeben sich, außer aus den allgemeinen Prinzipien der Psychopathologie, aus den zahlreichen Beobachtungen, die von jemandem gesammelt werden können, der wie ich das Glück hatte, eine ausgedehnte klinische und kriminelle Erfahrung zu sammeln. Doch außer den allgemeinen Begriffen ist es notwendig, zahlengemäß die persönlichen Beobachtungen festzustellen; zu diesem Zwecke habe ich bei meinen Arbeiten verschiedene Bahnen eingeschlagen, welche mich zu einer vollständigen, wesentlichen Einsicht dieser komplexen Frage — Soldatengeisteskrankheiten und -verbrechertum, das höchste der Probleme des Heeres in seiner Konstitution als sozialer Organismus — leiten könnten.

Vor allem habe ich die Beobachtungen gesammelt, die ich in einem gewissen Zeitraume im Militärkrankenhaus zu Rom habe durchführen können, wo man daneben auch Gelegenheit hat, außer den Karabinieri und den Soldaten, Beamte der verschiedenen Verwaltungsbehörden des Staates zu studieren, und wo Individuen untergebracht sind, die vom Gesundheitsamtinspektorat beurteilt werden sollen, sowie verschiedene Schutzleute.

Vom 1. Januar 1904 bis zum 31. März 1908 handelt es sich um 842 In-

dividuen (nach der Veröffentlichung der Arbeit, in denen ich die erwähnten Zahlen angab, habe ich die Fälle nach März 1908 nicht gesammelt); indessen hebe ich hervor, um die Auswahl, die in diesem Krankenhause durchgeführt wird, durch Beispiele zu erhärten, daß im Jahre 1904 von den Soldaten oder den Stellungspflichtigen 105 Individuen wegen psychonervöser Anomalien ausgemustert oder zurückgesetzt wurden, und zwar von 811 im ganzen Heere, d. i. 12%, während die Garnison eine Stärke von 6% des nationalen Effektivbestandes beträgt; seither sind die Zahlen gestiegen, und stärker als im ganzen Heere, indem sie im letzten Semester der Periode die Zahl von 296, d. h. 18%, nämlich 3 mal mehr als das Mittel in bezug auf die Heeresstärke erreichen.

Diese 842 Fälle umfassen 441 verschiedene psychopathische Formen und 401 verschiedenartige Neurosen. Unter den Psychosen: 26 Fälle von depressiver Psychose; 28 von chronischem Alkoholismus und akuten alkoholischen Zuständen auf degenerativer oder hysteroider Basis; 90 originäre Psychasthenien, häufig mit moralischer Degeneration, mit Charakteranomalien, unter denen acht echte moralische Geistesranke, 69 epileptische oder hysterische Psychosen; 27 halluzinatorische Geistesstörungen, 9 cephalalgische Psychosen; 37 von Minderwertigkeiten, d. h. Primitivität, psycho-moralischer Insuffizienz (unter diesen muß eine kleine Serie von Heboidophrenie bestanden haben); 17 Fälle von Dementia praecox, unter diesen 6 der Paranoiagruppe; 19 echte Imbezille. Als Übergangsformen können 67 Fälle der verschiedenen Formen von Erregbarkeit, Hyperemotivität, Wutausbrüchen betrachtet werden, die bisweilen einen Status neurasthenicus als Basis, oder eine hysterische oder epileptische, bisweilen vielleicht einen heboiden Zustand, am häufigsten aber einen degenerativen Charakter als Grundlage haben. Unter den Neurosen befinden sich: 171 verschiedene Formen von Neurasthenie, zahlreicher sind die konstitutionellen, in denen irgendein hereditär-degeneratives Element vorliegt; 186 Fälle von Hysterie in konvulsiven Formen oder psychoemotiven Äquivalenten, oder verschiedenen Formen von Krisen; 60 Fälle von motorischer Epilepsie, 25 Fälle von Somnambulismus, 5 von traumatischer Hysteroneurasthenie; der größte Teil dieser Fälle wies ein gerichtsärztliches Interesse auf, wegen Disziplinarvergehen oder Verbrechen, oder zum mindesten wegen Untauglichkeit in einigen Dienstleistungen, infolge von Erregungszuständen, Hyperemotivität, heftigen Reaktionen, Angstzuständen, Gefühlsdepression, leichter und schwerer Ermüdung, bedeutenden Schwankungen der Stimmung und der Tätigkeit usw. Endlich ist von Interesse die Erwähnung von 59 Selbstmordversuchen, in 17 von diesen Individuen treffen wir Hysterie, in 6 psychische Epilepsie, in 2 Psychosis cephalalgica an; bei den anderen bestand ein übertriebener Affekt oder Depression infolge von begangenen Fehlern, leidenschaft-

lichen Handlungen, oder um von dem Dienste der Polizei oder der Karabinieri befreit zu werden. Das heißt, daß man im großen und ganzen auch hier, bei den Soldaten, die psychische Degeneration und die Epilepsie in ihren verschiedenen Formen, beides Ausdrücke einer unvollständigen, anormalen, atavistischen, krankhaften Entwicklung durch atypische Abweichung oder durch Krankheit der neuropsychischen Persönlichkeit vorherrschen sieht.

Ein anderes Kriterium dieser Krankheitsformen kann aus der Beobachtung der in den Krankenhäusern behandelten, in den Gesundheitsamtstatistiken gesammelten Fälle gefolgert werden; so habe ich als Mittel der 3 Jahre 1905—1907 gefunden, daß die sowohl in die Militär- wie in die Zivilkrankenhäuser oder in die Krankenstuben zur Behandlung Eingetretenen, sich auf 2727 beliefen, und zwar 1345 wegen Neuralgien, 347 wegen Ischias, 55 wegen verschiedenartiger Neuritiden, 192 wegen Neurasthenie, 76 wegen Hysterie, 19 wegen Hirnapoplexie, 25 wegen Hirnkongestion, 42 wegen Meningitis cereбрalis, 224 wegen Epilepsie, 76 wegen Minderwertigkeiten, 8 wegen progressiver Paralyse, 3 wegen Tabes, 44 wegen anderer Affektionen des Zentralnervensystems.

Ein von gewissen Standpunkten aus vollständigeres Kriterium erzielt man durch die Zusammenstellung sämtlicher Fälle von Psychosen der in der Provinzial-Irrenanstalt zu Rom von 1895—1910 untergebrachten Soldaten, die ich durchgeführt habe. Es handelt sich um 159 Individuen, von denen 13 Karabinierschüler, 17 Karabinieri, 19 Polizisten, 70 Soldaten, 5 Korporale, 12 Unteroffiziere und 17 Offiziere waren. Und da man die ausgeprägten Formen, oder die gefährlichen Akuten oder die besonderer Pflege Bedürftigen, und die Chronischen in die Irrenanstalt schickt, so macht die hohe Zahl der Freiwilligen (zum größten Teil Karabinierschüler und Polizisten) der Karabinieri und der Offiziere einen großen Eindruck. Die größte Anzahl zeigte sich im Frühjahr: 50; während der Monate Juli: 24 und Mai: 21; im Durchschnitt 10 im Jahre, während sich früher die Zahl auf 16 belief, mit einer Neigung zur Abnahme, wegen der immer schärferen Auswahl der Anormalen.

Das Verhältnis bezüglich der Karabinieri bewegt sich zwischen 2,15—2,40‰, bei den anderen Waffengattungen zwischen 1,93—2‰; unter den Polizisten zwischen 5,5—6‰ (freiwilliger Dienst, in welchem viele Unbeständige nicht aushalten). Unter den Offizieren fand man in ungefähr $\frac{2}{3}$ der Fälle die progressive Paralyse, im anderen Drittel die systematisiert chronische Paranoia; bei den Unteroffizieren außerdem einige Fälle von chronischem Alkoholismus und Dementia paranoides.

Betrachten wir nun die verschiedenen beobachteten Formen:
a) 13 Fälle von Dementia paralytica, von denen zwei Taboparalysen;

unter diesen 10 Offiziere und 3 Unteroffiziere; doch sind hier mehrere Fälle nicht einbegriffen, in denen die Familien die Kranken aus dem Militärkrankenhaus herausnahmen, ohne daß sie in der Irrenanstalt gewesen waren; endlich 1 Fall von Hirnlues.

b) In den Krankengeschichten der Krankenstuben befinden sich 43 Fälle von Paranoia in den verschiedenen Formen, in ungefähr der Auffassung, wie wir sie bei Schüle und Wernicke finden, eine Auffassung, die jedoch wesentlich eine symptomatische ist, während bei einer jetzigen Durchsicht, mittels der neuen Kriterien der Psychiatrie, und vor allem bezüglich des Verlaufes und der Rezidive, diese verschiedenen Kategorien vereinfacht und auf einem mehr zusammenfassenden klinischen Begriff zurückgeführt werden können.

Der primitiven Diagnose gemäß können indessen die 46 Fälle folgendermaßen zusammengestellt werden: 6 Fälle akuter halluzinatorischer Paranoia, von denen einige auf imbeziller Basis; 11 Fälle halluzinatorischer Verworrenheit (Amentia hallucinatoria) oder konfuser Manie, mit Andeutungen von Verfolgungswahn; 4 Depressionszustände mit paranoidem Delir oder hypochondrischer Paranoia auf Basis der Imbezillität; 2 von paranoidem oder halluzinatorischem Delir bei Degenerierten; 3 von Paranoia originaria oder Aufregungszuständen (katonischen?) (dies sind die Diagnosen der letzten Zeit). Aus der Durchsicht der Krankengeschichten ergibt sich also, daß außer einigen Fällen, die auf das depressiv-manische Irresein oder auf Amentia, oder auch auf ausgedehnte epileptische Dämmerungszustände und auf psychopathische Episoden Degenerierter (und einige zählen sie der Dementia praecox bei) zurückzuführen sind, fast alle anderen der Dementia paranoides angehören, wie es zweifelsohne auch mit den früheren Diagnosen depressiver oder hypochondrischer, paranoider Zustände auf imbeziller Grundlage oder paranoidem Charakter usw. der Fall gewesen ist. Im ganzen sind nur 9 Fälle typische Paranoien, und zwar chronische systematisierte nach dem Begriffe Kraepelins und Tanzis und 30 ungefähr Dementia praecox, in wenigstens $\frac{2}{3}$ der paranoiden Abart.

c) Bezüglich der Epileptiker ist es, von verschiedenen Standpunkten aus, interessant, 33 von mir innerhalb der in Rede stehenden 15 Jahre gesammelte Fälle mit den 23 von Dr. Loglio, die sich auf einen Zeitraum von kaum 5 Jahren, der dem von mir studierten vorausging, beziehen, zu vergleichen. Man bemerke indessen den Unterschied in der Zahl, der schon an sich ein Hinweis ist auf die stets strengere Auswahl (33 in 15 Jahren, 25 in 5 Jahren); außerdem aber hatten von den 23, 11 Epilepsie angegeben, die aber nicht erkannt worden war, von den 33 aber nur 3. Während ferner unter den 23 multiple neuropsychopathische Heredität in 8 Fällen, und in 8 irgendein krankhafter Faktor bei den Eltern bestand

(im ganzen in 70%), befanden sich unter den 33, 8 resp. 6 (im ganzen 42%); in 3 von den 33 bestanden spasmophile Grundlagen, unter den 23 aber bestanden sie bei 13: 24% jener und 66% dieser hatten einen vagabundierenden, unsteten, reizbaren Charakter, 27 resp. 70% hatten schlechte, familiäre oder soziale Präzedenzen, waren von jähzornigem Charakter oder von der Polizei schon vorgemerkte Individuen; 24 und 82% wiesen ausgeprägte degenerative Stigmata auf usw.

Ferner ist es noch notwendig, folgende Tatsachen hervorzuheben; 65% waren Freiwillige (zur Hälfte Polizei); einige führten Selbstmordversuche aus, andere machten cephalalgische Krisen oder Wutzustände durch, oder ließen sich schwere Vergehen gegen die Vorgesetzten zuschulden kommen, oder verfielen leicht in pathologische Rauschzustände, oder zeigten schwere, unvorhergesehene Impulse, die bisweilen bei gutmütigen Individuen oder nach einer Zeit anscheinend regelmäßigen Dienstes sich bekundeten, und das Schlimmste ist, daß $\frac{1}{5}$ von diesen plötzlich ihre Gewehre oder ihre Revolver in toller Wut gegen Visionen oder Personen abfeuerten, indem sie dann in einen anhaltenden Dämmerzustand (epileptische Psychose) verfielen.

d) 12 Fälle von Hysterie, meist psychische Äquivalente oder Halluzinosen, oder länger dauernde psycho-hysterische Zustände, außer 9 mit Hysteroepilepsie, wahrscheinlich hysterische Psychosen, die aus dem degenerativen Grunde heftige Impulse oder andere epileptoide Symptome schöpften, die vor allem ihren Ausdruck in einer schlechten Aufführung, in Neigungen zur Flucht, in Andeutungen von Reaktionen dem Milieu gegenüber, in Zerstörungsperioden oder in gewalttätiger Zuchtlosigkeit usw. fanden. In diesen Fällen, in denen die degenerative Unterlage des Charakters besonders deutlich an den Tag tritt, bemerkt man am besten, daß die Hysterie eine Unvollständigkeit der Persönlichkeit, ein psychischer Infantilismus mit erleichterter Zerfallfähigkeit ist, der einen leichten Ausbruch gewalttätiger Tendenz, das Auftreten von Reaktionen gegenüber dem Milieu, oder die Behauptung einer krankhaften Suggestion gestattet, aus dem Anscheine nach nicht adäquaten Gründen, oder nach einer Ermüdung, einer Strafe usw.

e) Eine Gruppe von 12 Individuen bilden eine Kategorie von Anormalen, mit ungenügender oder krankhafter Entwicklung, von disharmonischen, gestörten und unvollkommenen Individuen, folglich mit minderwertiger geistiger Tätigkeit und von verschiedenartigem Aussehen, je nachdem die individuelle Note den ethischen Defekt oder die impulsive Reaktivität oder den psychischen Automatismus hervorhebt. Ihre Diagnosen gehen von der degenerativen Manie bis zur konfusen, impulsiven (vielleicht protrahiertes epileptisches Äquivalent), von den epileptischen Äquivalenten, auf der Basis des angeborenen Verbrecher-

tums zur moralischen Imbezillität auf epileptischer Grundlage. Die Anamnese und die soziale sowie die militärische Aufführung derselben hätten neben dem ihnen innewohnenden Benehmen genügende Elemente zu ihrer Elimination liefern können; es sind dies der Gemeinschaft gegenüber sehr gefährliche Individuen, und ihr episodischpsychopathisches Temperament, Frucht der anormalen, degenerativen Konstitution stellt, glaube ich, ein Äquivalent und einen Ausdruck verbrecherischer Neigungen dar.

f) Die zahlreichste Gruppe bilden die von *Dementia praecox* Befallenen, deren Zahl sich auf 36 beläuft, d. h. 24%. Es ist dies eine höchst interessante Gruppe vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus; die Diagnose ist oft schwer, da die Initialformen gegenüber den Reibungen des neuen Milieus sehr verschieden reagieren; es handelt sich um eigensinnige, verschlossene oder zu folgsame, nachlässige und gleichgültige oder hysterische usw. Individuen, die sich oft Tadel oder Strafen zuziehen, welche im allgemeinen in akuter Weise die latente Psychopathie aufdecken, entweder in Form von katatonischem Stupor oder häufiger mit unlogischen Reizzuständen, oder in Form von impulsiver Reaktion gegen etwaige Feinde (halluzinatorische Reaktionen oder Verteidigungsreaktion gegen scheinbaren äußeren Zwang). Solche Reaktionen können auch Disziplinarvergehen bilden (Auflehnung gegen die Vorgesetzten, Fahnenflucht) oder auch Gewalttätigkeit gegen Personen, bis zu den den schweren Formen des sogenannten Mischeismus (z. B. der Soldat Magri).

Die Durchsicht dieser Krankengeschichten ist interessant, da die Bedeutung der *Dementia praecox* im Heere eine sehr große ist. Ich hebe hier nur drei Punkte hervor: 1. Kann die Plumpheit, die exekutive Langsamkeit, die apathische Unlust, die Nachlässigkeit, das erkünstelte Äußere, der Manierismus und die mimischen Grimassen, die Neigungen zur Simulation, der Gansersche Symptomenkomplex, der erkünstelt, grob und beabsichtigt erscheint, und an die Bösartigkeit oder an die scheinbare hysterische Unvernünftigkeit denken läßt, leicht zu Irrtum führen. 2. Die Verschiedenheit der Familien-, Schul-, Gesellschafts- und militärischen Präzedenzen und besonders die Art und Weise, in welcher sich die Schizophrenie enthüllt, zeigt deutlich, wie stets das individuelle Element vorherrscht, durch verschiedenartige Orientierung der verschiedenen krankhaften Erscheinungen, weshalb man früher nicht die Grundeinheit der Störung in einer solchen Verschiedenartigkeit der psychischen und nervösen Symptomatologie bemerkte. 3. Die Verbrechergewohnheiten sind keine Attribute der *Dementia praecox*, sondern nehmen ihren Ursprung aus der biopsychischen, individuellen originären Konstitution (epileptoide Impulse oder degenerativer Charakter).

g) Sodann folgen verschiedene Gruppen von Kranken, und zwar: 4 mit cephalalgischer Psychose, 8 mit Mania confusa oder degenerativer oder manischer Reizbarkeit und halluzinatorischer Verwirrtheit, die jedoch jedesmal auf paranoide Demenz oder auf katatonische Reizbarkeit, auf manisch-depressives Irresein oder epileptische Psychose zurückgeführt werden kann; 9 verschiedene Alkoholpsychosen, von der echten akuten Form bis zur akuten Episode bei chronischem Alkoholismus, von der sogenannten Pseudoparalyse bis zur akuten halluzinatorischen Paranoia durch Alkohol, vor allem bis zu den pathologischen Räuschen, neben 5 Fällen, in denen der Alkohol zur Entwicklung eines psychopathischen Symptomenkomplexes auf neurotischer oder degenerativer Basis beigetragen oder denselben verursacht hatte.

Endlich kommt eine Gruppe von 17 Fällen mit der Bezeichnung „nichtkonstante Psychosen“, was nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit Simulation ist, denn häufig handelte es sich um epileptische oder hysterische *Formes frustes*, um psychopathische Andeutungen bei Degenerierten oder aus dem Gleichgewicht Gekommenen, um vorübergehende Affekterregungen, um phobische oder Obsessionsmanifestationen u. dgl. Andererseits sind bezüglich der Geisteskrankheiten Simulierenden zwei Tatsachen hervorzuheben: eine psychopathologische, daß sie nämlich häufig Neurotiker, oder Degenerierte, oder Minderwertige, auch Individuen mit initialer Dementia praecox sind; die andere biologische, daß die Simulation nicht nur eine ethische Minderwertigkeit und psychische Disharmonie ist, sondern, daß der psychopathische Kunstgriff mit der wirklichen Störung eines schon unbeständigen und disharmonischen Geistes endet; nicht wenige von diesen waren irreguläre, von der Polizei schon vorgemerkte Menschen, oder infantile Anormale, oder gesellschaftlich Heruntergekommene, oder wiesen in der Folge wirkliche psychische Störungen auf. Höchst interessant sind drei Fälle, in denen die Diagnose später in Dementia hebephrenica berichtet wurde und vier, bei denen psycho-epileptische Äquivalente auftraten.

Wie man sieht, herrschen im Grunde in der biopsychischen Struktur aller dieser Militärgeisteskranken die so verwandten und so häufig verbundenen Merkmale der Degeneration und des Epileptoidismus vor, weshalb man auch sagen kann, daß das Psychopathische eine Episode oder wenigstens ein Ausdruck ihrer Konstitutionsanomalie ist, welche das ganz besondere und komplexere Militärleben in ihren Erscheinungen befördert hat.

XI.

Als Ergänzung dieses psychopathologischen Teiles, erwähne ich einige Phänomene, die ich im Soldatenleben Gelegenheit hatte zu studieren, von denen einige nur einen teilweisen, andere aber einen allgemeinen Wert haben. Ich beginne mit letzteren:

1. Die cephalalgischen Psychosen, der wesentlichste Teil der neuralgischen Psychosen nach Schüle, zu deren Kenntnis Mingazzini viel beigetragen hat; ich beschrieb sieben derartige Fälle, und andere hatte ich Gelegenheit beim Militär zu studieren; vor allem während der Sommermanöver, während welcher es möglich ist, jedes Jahr eine nicht geringe Anzahl davon zu beobachten. Es handelt sich da um Hyperämie der Hirnhäute mit heftigem Kopfschmerz. Die Grundform ist die meist halluzinatorische Verwirrtheit. Ein andermal treten auf dem Grunde der Verwirrung andere Formen von psychischen Störungen auf, nämlich hypermanische Aufregung, Delirien, paranoische Ausbrüche, reaktive impulsive Neigungen usw., vor allem infolge von schreckhaften Gesichtshalluzinationen; hier, glaube ich, ist die Interferenz der besonderen neuro-psychopathischen Anlage der verschiedenen Persönlichkeiten deutlicher.

Neben der psychiatrischen Bedeutung dieser vorübergehenden Formen von Psychosen, und neben der allgemeinen Frage, ob solche Individuen die Fähigkeit zum Militärdienst bewahren oder nicht, steigt in vielen Fällen, angesichts der Ähnlichkeit einiger cephalalgischer Bilder mit den psychohysterischen oder auch psychoepileptischen Episoden, wie in drei von mir studierten Fällen, die wesentliche gerichtsärztliche Frage auf: ist die Episode eine neurotische Manifestation, oder steht sie in direkter und einheitlicher Verbindung mit dem Kopfschmerz, d. h. meistens mit einer vom Dienste abhängigen Ursache? Nur ein genaues kritisches Studium der Genese und des Verlaufes der psychopathischen Episode, und der Persönlichkeit des Individuums nach der Genesung kann zur Beurteilung sichere Elemente liefern; die Frage jedoch wird verwickelter dadurch, daß die Kranken häufig eine hysterische oder epileptische Komponente aufweisen und die Disposition und die Veranlagung dazu haben; deshalb ist es, auch wenn die Episode nur von kurzer Dauer ist und gänzlich verschwindet, klug, bezüglich der weiteren Dienstfähigkeit ohne Umschweife negativ zu sein.

2. Ein soziales Phänomen, das man gut im Heere studieren kann, ist das Vagabundentum, welches vom militärischen Standpunkte aus von großer Wichtigkeit ist, wegen seiner antidisziplinären Bedeutung (gesetzwidrige Entfernungen von der Truppe, Verlassen des Postens, Fahnenflucht), besonders unter einigen speziellen Umständen, wie

im Kriege. Wenn bezüglich der Anpassung an das Milieu, die Vagabunden Individuen sind, die sozial nicht am rechten Platze sind, so sind sie von biopsychologischer Seite hauptsächlich moralische Deplacés, d. h. nicht nur dem Grade nach, sondern auch der Art nach Anormale. Wenn es in der Menschheit und in jedem Volke eine Periode funktionellen Vagabudentums gibt (Florian und Cavaglieri), als „Form eines normalen Lebens aus den ersten Anfängen der menschlichen sozialen Entwicklung“, so ist das Vagabudentum, wenn die Kultur ihrem Höhepunkte zueilt, eine Adaptationsanomalie; obwohl bisweilen ökonomische Zerwürfnisse, soziale Schwierigkeiten, die Auflösung der Familie, den Verlust der Gewohnheit zu arbeiten und besondere ethnisch-soziale Verhältnisse es hervorrufen, so finden sich stets psychische Anomalien oder ausgesprochene Krankheit im Vagabunden. Die anthropologisch-klinische Untersuchung gestattet bei diesen, eine Einteilung in verschiedene Kategorien: degenerierte Wanderer nach Foville oder wahnsinnige Reisende nach Tissié, die jedoch eine gemischte Gruppe von Individuen mit verschiedenartigem krankhaftem Typus darstellen; verfolgte Wanderer (religiöse oder politische Paranoiker); Katatoniker in Aufregung; manisch-depressive Psychopathen; Hysteriker und Epileptiker, in Vorläufer-, unterbewußter oder automatischer Krise, durch psychische Unbeständigkeit oder Affektimpulse, oder im Dämmerzustand (psychische Äquivalente), oder Trunksüchtige; Heboide oder Imbezille, bei denen der Wandertrieb ein bewußter, aber aus leichten, albernem Gründen angeregt wird; und dann die unbeständigen Psychastheniker, welche die Masse der Vagabunden bilden, mit einer Untergruppe von moralisch Degenerierten mit Verbrechertendenz.

Diese Individuen, unter denen sich echte geborene Vagabunden befinden (Lombroso), besitzen einen angeborenen oder erworbenen Defekt energetischer Wirkungsfähigkeit, welcher sie weniger aktiv, weniger vollständig, unbeständiger, weniger geregelt in ihrer Tätigkeit und folglich weniger geeignet macht für das bürgerliche Leben und die Existenzbedingung der Gruppe, in der sie leben; sie sind noch weniger geeignet zur neuen Anpassung gegenüber einem ganz besonderen Milieu, wie es das Heer ist, wozu neue Formen von Tätigkeit, andere nervöse und psychische Energien, Methode in der Arbeit, Regulierung des Willens und der Tätigkeit erforderlich sind.

Die Annalen der Militärmedizin weisen viele Fälle von Fahnenflucht bei Vagabunden der verschiedensten Typen auf, aber ganz besonders unter den anormalen Degenerierten; es entstehen hieraus verwickelte gerichtsärztliche und gerichtspsychiatrische Fragen, haupt-

sächlich in Kolonialheeren und zu Kriegszeiten, wie ich selbst Gelegenheit hatte, sie während des lybischen Krieges zu studieren.

3. In sehr vielen Fällen habe ich das von Bernabei und Siciliani bei vier Kranken, von denen drei organisch und einer hysterisch waren, beschriebene myophonische Symptom, dessen genaue und deutliche Erklärung sie aber nicht geben, studieren wollen. Ich habe dasselbe bei Gesunden, Neurotikern, Irren und bei organischen am Zentralnervensystem Erkrankten aufgesucht; bei 50 Gesunden habe ich es nicht gefunden; mehr oder weniger deutlich und stark, wie auch ausgedehnt, fand ich es bei einigen nervösen Kranken (Dementia paralytica, chronischem Alkoholismus, bei einem Parkinsonianer, bei einigen Neurotikern in der Degenerationsperiode). Unter 43 Epileptikern fand ich es nie; als Kontrolle konnte ich mich einmal desselben bedienen, als eines der Elemente für die Unterscheidung einer hysterischen und einer sogenannten hysteroepileptischen Konvulsion, die während der Nacht bei zwei unter Beobachtung sich befindenden Soldaten aufgetreten waren. Ich habe es vorübergehend, nach dem Anfalle, in zwei Fällen von Jacksonscher Epilepsie angetroffen, bei denen man annehmen kann, daß vor oder nach dem Anfalle oder an der Stelle desselben, eine langsame und schwache Reizung der Rinde feines Muskelzittern, die Grundlage des myophonischen Phänomens hervorruft. Es kann also als differentialdiagnostisches Element bei essentieller Epilepsie dienen, indem es auf das Bestehen einer krankhaften, reizenden Ursache hinweist.

In einer Gruppe von 41 Neurasthenikern habe ich es nie bei den Intellektuellen angetroffen; unter den Affektvollen hingegen, trat es bei vielen hervor, nicht in beständiger Weise, wohl aber nach dem Affektreize und der Angst oder der Affektstörung, aber von kurzer Dauer, in der einen oder anderen Muskelgruppe. Dasselbe ist der Fall bei den gewöhnlichen traumatischen Neurosen, welche der emotiven Neurasthenie so nahestehen, während es häufiger und anhaltender in den Formen lokaler, traumatischer Hysterie, in der Zone, welche der Sitz des psycho-somatischen Prozesses ist, beobachtet wird.

Bei 124 Geisteskranken habe ich die verschiedensten Formen beobachtet; wenn aber die Untersuchung eine hysterische Psychose, oder eine Psychose auf alkoholischer Grundlage, oder Episoden psychomotiver Reize aufdeckte, waren die klinischen Formen nie ganz reine.

Ebenso fand man es bei einigen der zahlreichen Fälle von Neuropathie, Gegnern der Disziplin oder Simulanten, häufig bei Degenerierten und Verworrenen, Minderwertigen, Epileptikern oder Enurikern, Somnambulantem usw., und es diente mir oft dazu, die Grundlage des

hysterischen Charakters oder die hysteroide Note in den verschiedenen vermeintlichen oder aufgewiesenen Manifestationen zu vermuten, die dann die klinische Untersuchung, die Präzedenzen, das Benehmen oder andere Stigmata erhärteten.

Es besteht das bei 94 Hysterischen kontrollierte Faktum, daß die Myophonie hier fast pathognomonisch ist, wenn die Krankheit aktiv ist, ja oft auch in der Latenzzeit. Den Myophonus hört man immer, meist diffus, entweder auf der anästhetischen oder der paretischen Seite; er besitzt eine charakteristische, akustische Note, die, selbst für sich allein genügt, ihn von den anderen Muskelgeräuschen infolge der Kälte oder anderen Ursprungs zu unterscheiden; er ist auch vorhanden, selbst wenn jede wahrnehmbare Muskelpalpitation fehlt, ja für mich ist er dann um so charakteristischer, mit einer stärkeren Intensität nach einer Muskelkontraktion oder nach einem Affekt, und oft von gleichem Charakter, zusammengesetzt aus einer schnellen Reihenfolge kleinster Knistergeräusche, dumpfer Töne, mit fast widerhallendem Schalle und mit Schwankungen in der Klarheit und Intensität, die mit den Schwankungen des geistigen Niveaus und mit der psychischen Spaltbarkeit des Hysterikers, natürlich in entgegengesetztem Sinne, parallel verlaufen.

Für mich bedeutet der Myophonus den akustischen Ausdruck fibrillärer Muskelkontraktionen (Helmholtz) in den arbeitenden Muskeln, eine Innervationsausstrahlung der Zentren, wahrscheinlich emotionellen Ursprungs, und infolge der Rindendissoziation, und wir müssen eine Mikrokonvulsion, eine Miochemie in Betracht ziehen, die der Myophonus zur Wahrnehmung bringt, indem er so eine pathognomonische Bedeutung und einen genetischen Wert für die Hysterie erlangt.

4. Bei einigen hysterischen Soldaten habe ich interessante nervöse Erscheinungen studieren können: a) ein Soldat wies ataktisch-spastisches Stottern auf, bei welchem einige einsilbigen Worte nur nach einer langen Reihe von choreiformen Dyskinesien, mit Tremor, Spasmen, grimassenartigen Contracturen und immer steigender emotiver Erregung, bis zu einem gewissen Angstzustande, ausgesprochen werden konnten; alles dies hörte auf, sobald die gehäufte Spannung sich in übereilter Weise, in eine Wortexplosion, entlud. Dies war der Fall bei jedem Satze, bei jeder Antwort. Das Leiden bestand seit dem 8. Lebensjahre, seit einem Sturze. Diese Anstrengungen gesellten sich dann zu jedem phonetischen Ausdrucke. Im Alter von 17 Jahren genas er, während seine Schwester von dem Übel befallen wurde; er neckte sie, ahmte sie nach, und zwar so, daß, als jene sich von dem Übel befreite, er wieder und viel schwerer als zuvor in dasselbe verfiel. Sein Geisteszustand wies die Verengerung, die Auflöslichkeit und den Zwangsaffekt der von Phobie befallenen Psychastheniker mit ängstlichem hysterischem Symptomenkomplex auf.

b) In den nicht sehr zahlreichen beschriebenen Fällen von Diplopia monocularis, welche die Autoren als für die Hysterie pathognomisch halten, wird im allgemeinen die Deutung Parinauds eines unregelmäßigen, asymmetrischen Akkomodationsspasmus angenommen. In meinem Falle handelte es sich um einen Soldaten, der ein schweres Schädeltrauma mit Diplopia binocularis durch Parese des rechten Rectus internus erlitten hatte und der bei der Untersuchung auch feine Blutungen ungefähr einer Hälfte der Papille aufwies. Nach ungefähr 20 Tagen bemerkte Patient, daß die Diplopie auch auf dem rechten Auge, mit Amblyopie vergesellschaftet, eine monokuläre war. Kam hier die Annahme Parinauds in Betracht oder jene, welche die Tatsache auf einen leichten Flächenunterschied der beiden Teile der Papille zurückführte (Santucci)? Mir stieg jedoch der Zweifel auf, daß gar keine objektive Diplopie bestand. In der Tat, bei Ausschluß des rechten Auges mittels geeigneter Brille, war Patient stets diplopisch, d. h. er war es auf dem gesunden Auge, d. h. die Erscheinung war eine gänzlich psychische, wie u. a. auch Lewandowsky annimmt.

c) Bei einem anderen Soldaten, einem Hysteriker, konnte ich in einer konvulsiformen Episode, nicht nur deutlich eines der nicht häufigen Beispiele einer Inversion des pupillaren Lichtreflexes, sondern auch (was von niemand erwähnt worden ist) eines paradoxen Schmerzreflexes beobachten. Gegen das Ende des hysterischen Anfalles verminderte sich diese Reflexparadoxie durch einen Hippuzustand hindurch, bis unter beständigem Vorherrschen der normalen Pupillarreaktion diese sich vollständig wiederherstellte.

d) Sehr interessant ist der Fall von hysterischer Hyperhalluzinose, den ich bei einem Karabiniere studierte, dem der Besuch, den er einem schwer typhuskranken Freunde abgestattet hatte, einen sehr starken Eindruck hinterlassen hatte. Nach einigen Tagen einer Weinkrise, mit progressiver Desorientierung, dehnte sich das Vorherrschen der sich systematisierenden Emotion allmählich aus. Patient verfiel in einen typischen ekstatisch-halluzinatorischen Zustand, in welchem sich das Beschäftigungsdelirium der dritten Phase, mit dem Wortdelirium der vierten Phase vergesellschaftete, mit Unterbrechung durch Erregungskrisen, und mit beständiger Verbigeration, jedoch von verschiedenartiger Stärke, je nach den erlebten und ausgedrückten Szenen; die äußeren Reize und die heftigen Schmerzen der linken Seite orientierten das Delirium verschiedentlich, sie verliehen demselben neuen halluzinatorischen Inhalt und neues Illusionsmaterial. Die Haut der rechten Seite war vollständig anästhetisch mit ausgeprägtem Dermographismus; Blutungen fehlten selbst bei tiefen Stichen; es bestand periodenweise heftiges Lidzittern; die Halluzinose war stereotyp, und die Szenen wiederholten sich in den Worten, den Bewegungen und in

den Stellungen. Dies dauerte gut 24 Stunden, dann erfolgte ein 22 Stunden während tiefer Schlaf, nach welchem eine klassische vollständige sensitiv-sensorische Hemianästhesie (mit Akinästhesie, Batyanästhesie, Amyoalgie, Contracturenasthenie, Abasie) und während einiger Tage hypnagogische und anästhetische Sinnestäuschungen zurückblieben, infolge deren er sämtliche geträumte Störungen auf sich selbst bezog, als wäre er selbst noch in einem typhösen Zustande; ferner bestand eine schwere Einengung des Bewußtseinsgebietes.

e) Zwei klinisch wichtigere Fälle haben mir die Gelegenheit verschafft, die Zwangsvorstellung, d. h. eine Frage von hohem psychologischem und gerichtsärztlichem Interesse, in ihrer Abhängigkeit von dienstlichen Ereignissen zu studieren. Bei einem Polizisten im Alter von 30 Jahren verursachte eine unvorhergesehene und heftige Erschütterung (während eines Anfalles mit bewaffneter Hand) eine schwere depressive Angst. Derselben entsprangen Zwangskrisen mit Angst und dann ein beständiger Zustand von Zwangsvorstellungen mit Episoden emotiven Deliriums, dem oft cephalalgische Krisen mit kónesthetischen Halluzinationen und Illusionen vorausgingen, und mit paranoider Apperzeption der emotiven erlebten Szenen. Bei einem Offizier entwickelten sich allmählich, nach einem 20 Jahre zuvor erlittenen Sturze, unter Phosphenen und Akoasmen, eine Reihe von Zwangsideen und Phobien, die in der Astrophobie (Furcht vor Blitzen und Donner, die durch mittelbare Affektassoziation die traurige Erinnerung der Phosphene und der Akoasmen wiederholten) wurzelten, bis zur rudimentären Zwangsparanoia (Arndt) auf ängstlicher Basis. Wahrscheinlich kann also eine heftige plötzlich deprimierende Erschütterung, bei einer ungefähr normalen Geistesfähigkeit, bei besonderen Zuständen der Psyche (Ermüdung, Aufmerksamkeit bei der Arbeit, moralische Depression usw.) tiefe Störungen herbeiführen, bis zum Beginn einer paranoiden Psychose (Tamburini).

XI.

Die komplizierte soziale Vererbung (Scarano), unter welcher Benennung wir die vielfältigen vererbten biologischen, familialen Erziehungs- und Nachahmungseinflüsse, die Einflüsse des Zusammenlebens, der politisch-ökonomischen Lage und den Kampf ums Leben, die ethnischen Faktoren und die soziale Zuchtlosigkeit zusammenfassen, ist ein bedeutender Faktor für die Disziplinlosigkeit im Soldatenleben.

Wenn bei vielen dieser Disziplinarvergehen man die Gelegenheit, den Affektkontrast, die geringe Erziehung des Individuums oder das Element der Leidenschaft, oder die Empfindlichkeit des Individuums findet, so bildet bei anderen eine wahre Anomalie oder neuro-psychische

Abnormität und die konstitutionelle Immoralität die Grundlage: im Grunde sind es die Epilepsie und die Degeneration, welche die krankhaften Abweichungen des Geistes mit den verbrecherischen Neigungen verbinden.

Wir glauben: 1. daß jede Persönlichkeit mehr oder weniger eine Abweichung vom Typus darstellt (De Giova n ni), die eine verschiedentliche neurotische Anlage in sich trägt, die bald mehr, bald weniger ausgeprägt und auch vollständig verborgen ist. Der Hauptgrund liegt, glaube ich, in dem wesentlichen biologischen Phänomen, daß nämlich der Mensch noch ein unvollständiges Entwicklungsprodukt ist, und sich folglich in einer Periode der Zurichtung und verhältnismäßigen Unbeständigkeit der organischen Gestaltung befindet. 2. Daß alle diese Formen von Kontrasten gegen das Milieu durch eine mehr oder weniger zufällige und vorübergehende Unvollkommenheit besonders des Willensmechanismus zustande kommen, ferner durch übertriebene oder unzureichende, unregelmäßige Affektentladung oder durch vorübergehende neuropsychische Reizbarkeit, oder durch verschiedene psychopathische Anfälle, oder als hysterische oder epileptische Äquivalente. 3. Daß viele Vergehen gegen die Disziplin von heftigen Impulsen abhängig sind, die wahre Äquivalente von verbrecherischen Manifestationen bilden. 4. Daß endlich viele wahre Verbrecher echte Kranke sind (Neurotiker, Psychopathen oder Minderwertige), und daß die moralisch Degenerierten vom zusammenfassenden psychopathologischen Standpunkte aus als solche betrachtet werden können; wenigstens weisen sie häufig neurotische Zeichen und Andeutungen von Psychosen auf und zeigen vererbte krankhafte Einflüsse, welche unter anderen Stigmata ihnen zwei wesentliche Merkmale krankhafter Abweichung aufgeprägt haben: das frühzeitige Verbrechertum und die Rückfälle in Verbrechen.

Die praktische Anwendung dieser Begriffe führt natürlich zu einer moralischen Auswahl und einer immer mehr und mehr ausgedehnten und strengeren Sanierung des militärischen Zusammenlebens, wie uns die Zahlen am Anfange dieser Arbeit zeigen. Ihr größter Einfluß besteht gegenüber der Kriminalität, sei es bezüglich gewöhnlicher Verbrechen, wie auch bezüglich der Disziplinarvergehen, wie ich schon vor langer Zeit nachgewiesen habe, und die Zahlen der nachfolgenden Jahre bestätigen immer mehr die ergiebige Wirkung und lehren uns gleichzeitig, welches der große Weg ist, den die Gesellschaft im Kampfe gegen den Anormalen und Degenerierten einschlagen muß. Die Behandlung ist wesentlich biologischer Natur, denn die echten Anormalen sind dies wesentlich infolge der somatisch-psychischen Konstitution, vom Anormalen bis zum Epileptiker. Die soziale Behandlung kann vor allem bezüglich der Gelegenheitsverbrecher und zum Teile bezüglich der Kriminaloiden zur Geltung kommen, die ebenfalls in einer

besseren psychologischen und pädagogischen Konstitution des Heeres stets weniger Ursachen zu Disziplinvergehen oder moralischen Défaillances finden.

Ich führe nur einige Zahlen an, um diese Grundbegriffe zu erhärten:

Die wegen der verschiedenen Arten von Verbrechen verurteilten Soldaten weisen für den Zeitraum 1885—1905 folgende Zahlen auf: 1729, 1558, 1495, 1429, 1418, 1136, 1066, 1129, 1130, 995, 1008, 1015, 1167, 1143, 938, 986, 1092, 922, 1050, 992.

Ziehen wir die Durchschnittszahl von je drei Jahren, und sehen wir von einigen Schwankungen ab, so bemerkt man deutlich die starke und fortschreitende Abnahme der Militärkriminalität, die sich innerhalb der Grenzen des studierten Zeitabschnittes auf 43% beläuft. Im Jahre 1885 betrug die Verbrecherquote in der Durchschnittsheeresstärke 8,1⁰/₀₀, im Jahre 1905 4,8⁰/₀₀:

1594, 1328, 1108, 1031, 1108, 1005, 988.

Doch ist es nicht weniger zweckmäßig, verschiedene Typen von Vergehen, nämlich disziplinärer und gewöhnlicher Natur zu betrachten; Die zunehmende Abnahme wiederholt sich für alle Kategorien: sie beträgt 33% bezüglich der Auflehnung, 45% bezüglich des Diebstahls, 55% in bezug auf Fahnenflucht. Was den Diebstahl betrifft, so ist ferner zu beachten, daß derselbe z. B. in den drei Jahren 96—98, eine Durchschnittszahl von 1,7% Soldaten, unter der gesamten Bevölkerung 4,23% aufwies (Frauen, Greise und Kinder einbegriffen). Die Durchschnittszahlen der Verurteilten innerhalb der 3 Jahre sind:

Ungehorsam: 178, 138, 103, 102, 104, 90, 97.

Auflehnung: 289, 208, 186, 187, 217, 202, 197.

Einfache Fahnenflucht: 311, 305, 239, 193, 225, 212, 211.

Diebstahl: 443, 436, 360, 336, 315, 357, 322, 271.

Man kann also den Schluß ziehen, daß im ganzen und in den einzelnen Bestandteilen, die Militärkriminalität fortwährend abnimmt, oft sogar in sehr ausgeprägter Weise, in einer starken Verminderung, die innerhalb der 20 Jahren sich zwischen 30—58% bewegt.

Einen Gegenbeweis zu diesen, von den Militärgerichten gelieferten Zahlen von Verurteilungen haben wir in Zahlen aus den Militärstrafanstalten, sowohl bezüglich der am 1. Januar jedes Jahres Anwesenden, als auch durch die jährliche Bewegung der Ein- und Austretenden. Natürlich müssen wir berücksichtigen, daß dieselben auch Polizisten und Marinesoldaten beherbergen (der Kürze halber führe ich die Zahlen jedesmal für 5 Jahre an; von 1871—1911).

Am 1. Januar befanden sich in der Strafanstalt: 1710, 812, 861, 751, 482, 366, 238, 87, 319. Seit dem Monat Februar 1907 wurden die Strafkompagnien abgeschafft für die 1—2jährigen Strafen und die Sträflinge wurden sämtlich in der Strafanstalt untergebracht.

Total der Gefangenen am 1. Januar 2330, 1584, 1648, 1366, 907, 823, 477, 408, 434.

In den Strafkompagnien befanden sich (von 1874—1876—1881 usw.): 848, 306, 1086, 1063, 768, 570, 397, 257, 183.

Gefangene wegen Fahnenflucht: 1070, 641, 595, 347, 263, 222, 50, 41, 87.

Gefangene wegen Auflehnung: 544, 279, 470, 427, 360, 287, 217, 163, 127.

Gefangene wegen Diebstahl: 268, 240, 238, 238, 119, 129, 90, 80, 67.

Jährliche Aufnahme in die Strafanstalten: 3717, 1482, 1426, 973, 902, 959, 571, 592, 705.

Jährliche Aufnahme in die Strafkompagnien: 457, 387, 650, 855, 722, 874, 490, 317, 523.

Jährliche Entlassungen aus den Strafanstalten: 3140, 1532, 1540, 1308, 804, 1187, 322, 605, 712.

Jährliche Entlassungen aus den Strafkompagnien: 672, 13, 493, 628, 453, 364, 489, 353, 575.

Die Schlußsteigerung in den Zahlen der letzten Entlassungen zeigt eine geringere Dauer der Strafe und eine bessere Aufführung, wie auch Nachlaß eines Teiles der Strafe, von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ der Dauer an, d. h. die Verbrechen waren weniger schwer, da immer mehr Gelegenheitsverbrecher und Kriminaloide vorherrschen. Die ersteren sinken in den in Betracht kommenden 20 Jahren um 47%, von 550 auf 291, während die anderen eine Abnahme von 24%, von 1086 auf 827 aufweisen, und die Verminderung ist weniger regelmäßig und progressiv; die Haft wird mehr verhängt als Gefängnis, in einem Prozentsatze, der von 51 auf 35% sinkt; so daß die zum Gefängnis Verurteilten, die im Anfange des Zeitabschnittes 34% der Gesamtzahl der Verurteilten darstellten, allmählich auf 20% herabgesunken sind. Dies deutet immer eine geringere Schwere der Verbrechen und eine größere Milde der militärischen Strafen an, die wissenschaftlich dadurch gerechtfertigt wird, daß die Wirkung einer Handlung mehr von der Schnelligkeit und der Geschwindigkeit der Ausführung als von ihrer Intensität abhängt. Diese Tatsache ist um so bedeutender, insofern als der Prozentsatz von Haft zu Gefängnis bezüglich der Diebstähle von 26 auf 20%, bezüglich der Auflehnungen von 58 auf 24% herabsinkt: Gerade der anormale, impulsive und rebellische Charakter drückt sich mehr in der Auflehnung, einem auf Gewalttätigkeit und Reaktion begründeten Disziplinarverbrechen aus.

* * *

Eine Tatsache von bedeutendem, und zwar mehr soziologischem als militärischen Interesse, ist die bezüglich der Verbrechensrückfälle.

Im Jahre 1890 wurden (in Italien) einige Abänderungen an dem Gesetze der Rekrutierung veröffentlicht, deren Zweck es war, den Eintritt von polizeilich vorgemerkten Individuen in das Heer durch Verstärkung der Gründe, die zur moralischen Unwürdigkeit führen, zu beschränken (durch Feststellung eines Minimums von 3 Jahren Gefängnis für ein Verbrechen). Von 1885—1894 haben die Wiederbestrafungen im Heere allmählich abgenommen, indem sie auf 59,4% gesunken sind: 840, 776, 707, 605, 562, 438, 377, 377, 344, 342.

Von 1895 aber weist die Kurve eine neue, fast langsam zunehmende Steigerung auf, indem sie sich bis auf 70% erhebt, obwohl sich die Zahlen niedriger erweisen als am Anfange des Zeitraumes: 415, 414, 379, 416, 437, 432, 389, 430, 547, 510, 583.

Diese Tatsache nun kann, trotz der stets gleichen Strenge des Reglements, und trotz der stets zunehmenden Ausmusterung bezüglich der verschiedenen psycho-nervösen Anomalien, nur von der starken und fortschreitenden Zunahme der sozialen Verbrechen, besonders der anscheinend „kleinen Kriminalität“ abhängig sein; ich sage anscheinend, weil die Milde der Urteile, der Sentimentalismus, die immer leichter genehmigten mildernden Umstände, besondere Richter, die Strafen der Minderjährigen gelinder gestalten. Betrachten wir in der Tat in zwei Kategorien diejenigen, die spezifisch rezidivieren, d. h. in einem Verbrechen während des Militärdienstes und diejenigen, die schon im Zivilleben eine Strafe davongetragen und beim Militär rezidivieren (allgemeine Rezidivität in sensu lato), so finden wir folgende Aufstellung: 362, 334, 384, 259, 192, 153, 108, 108, 102, 57, 90, 82, 64, 86, 64, 50, 58, 70, 75, 72, 40; 478, 442, 423, 346, 368, 285, 269, 269, 242, 285, 325, 332, 315, 330, 373, 382, 331, 360, 382, 438, 493.

Das heißt die Rückfälligen im Heere nehmen stark ab, 89%; die anderen, die sich stets in größerer Anzahl befinden, beginnen gerade seit dem Jahre 1894 zuzunehmen, und zwar in ausgeprägter Weise, so daß sie die Anfangszahl übertroffen haben und während die rückfälligen Militärpersonen oft vom Arzte beurteilt und als Anormale ausgemustert werden, begeht das im Zivilstande von der Polizei vorgemerkte Individuum leicht ein neues Verbrechen, in dem es im allgemeinen seine Nichtanpassungsfähigkeit bekundet, und häufiger infolge der enormen Zunahme der Verbrechen von seiten der Minderjährigen. Es genügt zu bedenken, daß die Anzahl der minderjährigen Verurteilten in Italien von 1890—1900 (und die Verurteilten sind ungefähr zur Hälfte wahre Verbrecher) folgende war: 30 108, 34 058, 34 202, 31 806, 35 612, 39 109, 41 605, 39 688, 44 172, 72 062, 43 684, d. h. sie weist eine Zunahme von 45% auf! Innerhalb der 3 Jahre 1904 bis 1906 aber finden wir: 62 437, 67 695, 69 787 und 1908 sogar 77 568 Bestrafte unter dem 21. Lebensjahre.

Indessen hebe ich hervor, daß die Rückfälle der Zivilpersonen im Vergleich mit der Gesamtheit der Rezidive, für den Zeitraum von 5 Jahren sich folgendermaßen verhalten: 56,9, 65, 78,3 88,4, 92,5%! und in bezug auf die Gesamtheit der Verurteilungen 27,6, 25,1, 32,1, 40,7, 45,9%, während die Gesamtheit der Rückfälle sich bezüglich der Gesamtheit der Verurteilungen folgendermaßen verhält: 48,1, 25,5, 41,1, 46,1, 54,3%. Das heißt, der Prozentsatz, der von der Polizei vorgemerkten Zivilpersonen steigt bedeutend, so daß er fast die Hälfte der verurteilten Soldaten ausmacht; und das Rezidiv bildet gegenwärtig mehr als die Hälfte der Verbrechen im Heere. Wenn also ein vervollständigtes Rekrutierungssystem und eine gute psychiatrische Organisation die von der Polizei vorgemerkten Zivilpersonen, welche, weil sie Jugendliche und Rückfällige sind oder sich bei der Untersuchung als Anormale herausstellen, aufhalten und man unter den Verbrechern während des Dienstes jene ausscheiden könnte, die sich als anormal und refraktär bekunden, so würden die Verbrechen im Heere, die bereits erheblich herabgesunken sind, sofort stark, noch mehr als um die Hälfte vermindert werden.

Diese prophylaktische Tätigkeit muß in gleicher Weise, gegenüber den Amoralischen, den Defekten und den impulsiven Neurotikern ausgeübt werden, durch immer ausgedehnterer Abschätzung der biosozialen Anomalien. Diese Abschätzung, z. B. bei der Neurose, und die Ausmusterung der schwerer Bestraften, die sich im allgemeinen Gewalttätigkeiten haben zuschulden kommen lassen, hat schon eine größere Besserung in den Zahlen der Auflehnungen als in denen des Diebstahls verursacht; jene erreichten ihr Maximum in dem Zeitraume 1890—1891, kurz bevor die neuen Verordnungen in Kraft traten, und zwar mit hohen Quoten, die noch besser beweisen, daß ein großer Teil der Disziplinlosigkeiten seinen Grund mehr in den anormalen Neigungen als im Milieu findet. Ich lasse hier die Prozentsätze der Rückfälle von seiten der Zivilisten bezüglich der Auflehnung und des Diebstahls folgen: 31,4, 33,1, 28,5, 28,5, 31,4, 39,4, 40, 25,2, 28,7, 30,5, 24, 22,7, 24,7, 29,4, 26,2, 31,8, 23,2, 27,8, 23,4, 21,7.
26,3, 22,8, 27, 21,1, 22,7, 21,3, 20, 15,3, 25, 16,9, 19,2, 24,7, 17,4, 19,9, 22,2, 30,5, 23,8, 24,9, 29,6, 15,3.

Besser noch gewahrt man die wohltuende Wirkung der moralischen Auswahl, und besser noch erklärt sich die erwähnte, beständige Abnahme der Schwere der Strafen, wenn man das Verhältnis sämtlicher Rezidive unter den beiden in Rede stehenden Verbrechen (für je 5 Jahre) betrachtet:

62,1, 51,8, 34,2, 30,2 26,7%
33,4, 27, 21,1, 23,5, 19,5%

d. h. die Abnahme zeigt sich um mehr als die Hälfte bezüglich des ersten Verbrechens, um fast die Hälfte bezüglich des zweiten, fortschreitender in bezug auf jenes als auf dieses, wegen der besonderen Reaktionsform, welche die neuropsychische Nichtanpassungsfähigkeit annimmt. Dabei halten sich die Quoten in jenem stets höher, da noch viele Degenerierte, Impulsive und Neurotiker in die Armee eindringen, mit diesen auch von der Polizei Vorgemerkte, häufig auch Gewalttätige und Alkoholintolerante.

Wie ich schon erwähnte, sind die Zahlen unserer minderjährigen Verbrecher sehr bedeutend und sie steigen noch stark im Laufe der Jahre: diese Tatsache ist um so beachtenswerter, wenn man bedenkt, daß nicht nur in den anderen großen Nationen die Zahlen geringer, sondern daß sie auch im allgemeinen im Abnehmen begriffen sind, oder sich ungefähr gleich bleiben in den verschiedenen Jahren, oder nur leichte Zunahmen aufweisen; unter 10 000 Einwohnern wies 1904 Frankreich 8,2%, Österreich 1,7%, Deutschland 8,9%, England 14,3%, Belgien 15,5%, Italien 19,5% der minderjährigen Verbrecher auf. Belgien hatte 1908 minderjährige Verbrecher 10 743 und 9027 im Jahre 1905; Frankreich 31 291 im Jahre 1890 und 31 061 im Jahre 1901; Österreich 6463 im Jahre 1890 und 2795 im Jahre 1901; Deutschland 41 003 im Jahre 1890 und 51 498 im Jahre 1905; England 22 326 im Jahre 1893 und 40 102 im Jahre 1905.

Ich hebe hier nur im Vorübergehen hervor, daß die Ursachen sehr komplexer Natur sein müssen: politische, ökonomische, soziale und für Italien die noch nicht sehr entfernte Unterwürfigkeit, die starke Kriminalität, die zahlreichen Neurosen, die noch mangelhafte Familien- und soziale Fürsorge. In der Übergangsperiode zur industriellen Phase der Kultur kommt es vor, daß die Familie zur Auflösung neigt; die Kinder bleiben materiell und moralisch vernachlässigt, es fehlt noch an geeigneten Mitteln sozialen Beistandes, der Mangel der Ehescheidung zwingt zu moralischen Auskunfts Mitteln; die starke Auswanderung bewirkt, daß viele Frauen, mit ihren zarten Kindern auf sich selbst angewiesen, sich in unbeständigen ökonomischen und moralischen Zuständen befinden, und verschlimmert die sanitären Verhältnisse einer Gegend im allgemeinen. In solchen Anfangsperioden der Industrie, und infolge des mehr individualistischen Gefühles der Südländer ist der Arbeiter sozial weniger diszipliniert, ohne von irgendeinem Ideale belebt zu sein; nach der Arbeit sucht er seinen Trost in der Schenke, wo er sich alkoholisiert und ins Elend gerät. Der Kampf muß vor allem in der sozialen Prophylaxe bestehen, in der Fürsorge für die Kinder, im Kampfe gegen den Alkohol, man erziehe den Arbeiter in der Richtung eines höheren Regime des moralischen Lebens. Die Schwere der Frage wird durch diese meine höchst interessante Wahrnehmung hervorgehoben: betrachten wir nur

die Neurotiker, die Psychopathen, die Minderwertigen und die moralisch Degenerierten, die wir zwischen 20—22 Jahren ausscheiden, ohne die Sträflinge in Rechnung zu ziehen, und berechnen wir auf die Gesamtbevölkerung, die Verschiedenheiten des Geschlechtes, des Alters und der Übertragung im Auge behaltend, so finde ich einen schweren Anormalen unter 60 Einwohnern, im ganzen ungefähr 502 000, eine Zahl, die auf ungefähr 700 000 steigt, d. h. 1 : 46 Einwohner, wenn man die schweren Anormalen der Militär-Strafanstalten, die sich in einem Verhältnisse von ungefähr 25% vorfinden, in Rechnung zieht.

* * *

So treten, trotz der ausgiebigen moralischen Auswahl in der Armee, notwendigerweise viele Degenerierte oder Neurotiker noch in die Armee ein, die, dann bestraft, in die Strafkompagnien versetzt werden; oder im Heere bleiben, unter beständigem potentiellern Schaden, der bei besonderen Gelegenheiten, wie z. B. im Kriege, nach Alkoholmißbrauch oder während der Sommermanöver usw. zum Ausdruck kommt. Dies erklärt, warum die Rückfälle viel zahlreicher sind in den Strafanstalten als in den verschiedenen Abteilungen der Armee, auch weil der Zwang viele Anormale zur Übertreibung anregt, sie rebellisch und gewalttätig macht, mit dauernden Neigungen zur Reaktion gegenüber dem besonderen Milieu. Während im Jahre 1905 die Kriminalität bezüglich der unter den Waffen befindlichen Mannschaften sich auf 19,5‰ belief, wies sie 30‰ bezüglich der Militärstrafanstalten auf.

Es ist jedoch wahr, daß sich auch hier ein deutliches günstiges Resultat der stets strengeren und wirksameren moralischen Prophylaxe bekundet. Im Jahre 1885 lieferten die Strafkompagnien in bezug auf die Kriminalität 102‰ und die Strafanstalten 71‰, d. h. im ganzen 173‰, d. i. ein Rückfälliger auf sechs Verbrecher, während man unter den Truppen 32‰ feststellte. Dann zeigten sich zwei Maxima, im Jahre 1887 mit 127‰, bei denen in den Strafkompagnien (40‰ unter den Insassen der Militärstrafanstalten) und im Jahre 1894, mit 93‰ für in den Strafanstalten (65‰ in den Strafkompagnien), während in den genannten Jahren die übrigen Truppenteile 33 und 15‰ aufwiesen; dann aber folgt eine rasche und progressive Abnahme bis auf ein Total von 30‰, d. h. ungefähr den 6. Teil als 20 Jahre zuvor.

Aber noch andere Beobachtungen lassen diese Tatsache noch besser hervortreten; viele Autoren haben bereits festgestellt, daß in allen Straf- und Besserungsanstalten viele ausgesprochene Geisteskranke sich befinden und daß der Verbrecher häufig ein Anormaler im Sinne der Psychose oder der Neurose ist. Während die Ausschaltungen wegen Psychosen bei der Infanterie zwischen 7‰ bis 3,7‰ bei der Artillerie, und bezüglich der Neurosen zwischen 9,9—5,6‰ schwankten, steigen dieselben in den

28*

Strafanstalten auf 11,6⁰/₁₀₀, bei den Neurosen und auf 34,4 bei den Psychosen; im ganzen weisen sie eine Quote von 46⁰/₁₀₀ auf, d. h. dreimal mehr als die Infanterie, 5 mehr als die Artillerie, und zeigen besonders höhere Quoten bezüglich der Psychosen als bezüglich der Neurosen. Während man ferner im Heere unter versuchten und ausgeführten Selbstmorden eine Quote von 5,6⁰/₁₀₀ findet, in welcher die hohe Zahl der Unteroffiziere und der Karabinieri einbegriffen ist, begegnen wir in den Militärstrafanstalten, wo der Selbstmord viel weniger Ausführungsmittel und mehr Hindernisse findet, 13,9⁰/₁₀₀! Und zwar belaufen sich die versuchten Selbstmorde in der Infanterie auf 1,9⁰/₁₀₀, in der Artillerie auf 1,5, in den Strafanstalten auf 5,4; die vollzogenen auf 3,4 resp. 2,9 und 8,5⁰/₁₀₀.

Eine andere wesentliche Feststellung von Anomalien in dieser Kategorie von Individuen wird uns durch die Erforschung des alkoholischen Faktors bei den Militärverbrechen geliefert, sei es, daß es sich um eine geringe Toleranz handelt, die ein Zeichen von Hirnchwäche ist, oder um chronischen Alkoholismus, oder um pathologische Räusche. Beim Studium von 108 Prozessen am Militärgerichte zu Rom habe ich gefunden, daß im allgemeinen der Alkoholismus das Verbrechen in 38% der Fälle bedingte oder erleichterte; zieht man die 35 Fälle einfacher Auflehnung in Betracht, so zeigt sich die hohe Quote von 75%, und zwar in 25% als alkoholischer Rausch, und in 50% als einfache Trunkenheit. Aus der Untersuchung der Angeklagten ergab sich, daß bei vielen eine psychische Störung oder eine leichte Affektivität, impulsive oder reaktive Neigungen, eigensinnige und reizbare Charaktere mit (besonders bei den Heredoalkoholikern) bestanden oder es verschlossene und schweigsame Typen, oder Minderwertige und Furchtsame waren, bei denen der Alkohol leicht Störungen verursachte; oder es waren wirkliche Dipsomanen, besonders unter den erblich Veranlagten; viele hatten eine schlechte militärische, wie auch soziale Vergangenheit (13% Gewalttätige von der Polizei Vorgemerkte), oder neuropathische Präzedenzen und hereditär-krankhafte Belastung; einige Male bestand das Verbrechen in Zerstörungen, die durch psychomotorische durch den Alkohol hervorgerufene Erregung bedingt war.

Unter 157 von mir in der Strafanstalt zu Gaeta untersuchten Soldaten begingen 81 das Verbrechen unter der eindeutigen und vorherrschenden Wirkung des Alkohols, und zwar 43, während sie einfach betrunken waren (37%) und 38 im pathologischen Rauschzustande (31%), im ganzen 68% der Verbrechen. Diese Verbrechen verteilen sich folgendermaßen: 64 Auflehnungen in den verschiedenen Formen, 24 Diebstähle, 33 Fälle von Fahnenflucht, ferner 12 Fälle von Gewalttätigkeit, vor dem Eintritte in die Armee und 5 von Soldaten, im ganzen 138 Verbrechen. Nun wohl, bei allen hat der Alkohol eine deutliche kriminogene Wirkung, natürlich

mehr bei den Gewalttätigkeiten als bei den Diebstählen, aber ziemlich häufig bei der Fahnenflucht (*Dromomania alcoholica*) und bei den anderen Verbrechen; das Verhältnis war 88, 42, 61,48%. Die anamnestische Untersuchung an der Hand der Akten erwies in 74 Individuen = 66% eine krankhafte Vererbung, und zwar eine neuropsychopathische in 24, eine einfache oder gemischte alkoholische in 39, verbrecherische oder amonale in 11; in 23 Fällen = 20% bestanden infektiöse oder neuropsychopathische Präzedenzen; starke alkoholische Neigungen bestanden in 80, geringe Toleranz mit pathologischem Rausche in 12, dipsomanische Perioden in 11, schlechtes Familien-, Schul- und soziales Vorleben bei 40, schlechte militärische Vergangenheit bei 39; die Guten oder die Mittelmäßigen beliefen sich auf 65, unter denen jedoch sich einige Emotive, dem Alkohol gegenüber wenig Tolerante, Hypobuliker und gewalttätige Typen befanden, von denen die Hälfte Auflehnungen begangen hatten. Sie erkennen den Schaden den der Alkohol verursacht, versprechen Besserung, doch flößen sie wenig Vertrauen ein, weil sie im Grunde genommen anormale, schwache oder suggestionsfähige Individuen und bisweilen mehr oder weniger Dipsomanen sind.

Natürlich besitzt der Alkohol auch eine Bedeutung bei den Psychosen, wie ich vor allem aus den Krankengeschichten von 152 in der Irrenanstalt zu Rom innerhalb 14 Jahren (1897—1900) aufgenommener Soldaten habe nachweisen können. Unter diesen befanden sich 18 Offiziere und 12 Unteroffiziere; unter den übrigen 122 fand ich alkoholische Psychosen in 14 (vom chronischen Alkoholismus mit Steigerungen zu pathologischen Rauschen bis zur alkoholischen Pseudoparalyse bei Unteroffizieren); bei 42 hatte der Alkohol eine überwiegende kausale Wirkung (akute halluzinatorische Psychosen, hysterische oder epileptische Äquivalente, Aufregungsepisoden und Delirien bei *Dementia praecox* und moralisch Degenerierten); in 26 endlich hatte der Alkohol als Ursache und Begünstigung des Ausbruches einer toxischen oder chronischen Psychose oder dissoziierend auf die Affekte gewirkt, im ganzen in 54%, eine Quote, die bei den Truppenmannschaften auf 61% steigt, während die höchsten Quoten der Alkoholpsychosen in Italien (Irrenanstalt in Vincenza) kaum 27% ausmachen. Sehr wichtig ist die Tatsache, daß sich unter 58 Individuen, deren Anamnese genau bekannt war, bei 29 = 50% der Heredoalkoholismus allein oder in Verbindung mit anderen nervösen oder Geistesstörungen vorfand. Die Quoten stehen wenig denen nach, die man in den französischen Strafanstalten antrifft; übrigens darf man sich nicht allzusehr der Illusion bezüglich der sprichwörtlichen Genügsamkeit der Italiener überlassen; diese hat durch die Auswanderung, besonders durch die zeitweilige in die Länder Mitteleuropas, einen sehr starken Stoß erlitten. Ich erwähne hier nur, daß, während man 1892 nur zwei Fälle von akutem Alkoholismus in

den (italienischen) Militärkrankenhäusern in Behandlung gehabt (= $0,01\%$ der mittleren Heeresstärke) die Fälle bis 1907 folgendermaßen stiegen:

7, 13, 4, 20, 7, 18, 15, 17, 24, 29, 32, 35, 51,

d. h. mit einer Endquote von $0,24\%$. Die amerikanische und die englische Armee, deren Konstitution zu verschieden ist von dem stehenden Heere, und die stark vom Alkohol durchseucht sind, beiseite lassend, finden wir in der deutschen Armee $0,12\%$ im Zeitraum 1898 bis 1901; im französischen Heer $0,20$ für 1904. Und obgleich die angewandten statistischen Kriterien verschieden sein können, so bleibt doch die Grundtatsache, daß das deutsche Heer sich sehr und fortschreitend gebessert hat, und zwar von $0,42\%$ im Jahre 1887 auf $0,10$ im Jahre 1901, und daß das französische bedeutende Schwankungen aufweist, die von den verschiedenen Gesetzen abhängen, die entweder die bouillons du cru einschränkten oder förderten, während in Italien die Tatsache einer starken und fortschreitenden Zunahme imponiert.

Dies ist übrigens nichts anderes als der Reflex davon, was sich unter der Bevölkerung zeigt; im Triennium 1903—1905 befanden sich unter 40 772 in die Irrenanstalten aufgenommenen Individuen 3682 Alkoholiker = 9% ($14,2\%$ bei den Männern), d. h. 1,15 auf 10 000 Einwohner, während man in Frankreich am 1. Januar 1907 6293 unter 71 351 Anwesenden fand, d. i. $8,8\%$, oder 10% der Aufgenommenen, oder 16% Männer, gleich 1,40 auf 10 000 Einwohner; übrigens ein geringer Unterschied.

Von 1890—1909 ist in Italien die Zahl der Geisteskranken aufs Doppelte gestiegen, und zwar von 10 478 auf 21 673; die Alkoholiker sind siebenmal zahlreicher, von 473 auf 3099 = $4,59$ — $14,3$ auf 100 gewöhnliche Irren. Man muß jedoch bemerken, daß die Durchschnittszahl der Alkoholiker in Italien durch die südländischen Gegenden herabgesetzt wird, und daß in einigen Irrenanstalten Norditaliens die Quote der Alkoholpsychozen von 21 auf 29% der Männer steigt, ja in der Irrenanstalt von Ancona sogar auf $40,5\%$. Die Statistiken weisen je nach den Gegenden einen bedeutenden Unterschied in den Übertretungen der Polizeivorschriften durch Trunkenheit auf ($43,2$ auf 10 000 Einwohner im Durchschnitt, aber $108,13$ in Ligurien); unter den Todesfällen durch chronischen Alkoholismus, oder durch Unfall infolge von Betrunkenheit ($23,3$ im Durchschnitt auf 1 000 000 Einwohner, aber $55,2$ in Venetien) usw.

Von 1887—1908 ist die Sterblichkeit um 120 000 gesunken, und die italienische Bevölkerung ist um 4 000 000 = ungefähr $\frac{1}{7}$ gestiegen, aber die Todesfälle durch chronischen Alkoholismus sind von 446 auf 780 gestiegen, d. h. um mehr als $\frac{2}{3}$; die Zunahme belief sich auf 50% in Latium und Basilicata, um 57 in Venetien, 60 in Umbrien, während Sizilien eine

Abnahme um 47% aufweist. Das gleiche gilt bezüglich der Verkaufslokale im Verhältnis zur Bevölkerung und für den individuellen Verbrauch von Liter Alkohol mit den gewöhnlichen Variationen, je nach der Gegend, welche die Frage in einigen Provinzen zu einer viel schwereren gestalten; im allgemeinen besteht in der regionären Verteilung des Alkoholismus, der Geisteskrankheiten und des Selbstmordes ein Zusammenhang.

* * *

Es wäre interessant, viele der im vorhergehenden, kaum angedeuteten Begriffe durch typische, klinische Fälle zu erhärten, aus den vielen, die ich im Hauptmilitärkrankenhaus zu Rom zu studieren Gelegenheit gehabt, oder aus den zahlreichen psychiatrischen Gutachten, die ich für das Militärgericht ausgearbeitet habe. Der Kürze halber unterlasse ich es Beispiele anzuführen, indem ich vorziehe, mich an die allgemeinen Begriffe zu halten. Indessen erscheint es mir wichtig, als Kontrolle oder Synthese dieser Studien die enorme Masse der positiven, anthropologisch-klinischen Angaben zu erwähnen, die eine besonders eingesetzte Kommission, zu deren Mitgliedern ich zählte und deren Berichtersteller ich war, durch genaue objektive Untersuchungen an 722 Soldaten in den Strafanstalten und den Strafkompagnien, an der Hand von zahlreichen, persönlichen Dokumenten über das Familien-, soziale und Soldatenleben in allen seinen Phasen, bis zur Strafe sowie einer äußerst genauen persönlichen biographisch-psychologischen Tabelle über Daten der einzelnen psychiatrischen Feststellungen gesammelt hat.

Von den 722 in Rede stehenden Soldaten waren 496 Gefangene, von diesen gehörten 450 der Armee und die übrigen der Marine an, und 226 befanden sich in den Strafkompagnien. Das Studium dieser 496 Individuen führte zu einer Einteilung derselben in drei Kategorien, Erziehungsunfähige, Erziehungsfähige, Individuen, die sich im Übergangsgebiete zwischen diesen zwei Gruppen befinden. Die Zahl der Refraktären belief sich auf 141 = 28,4%; die in der Mitte Stehenden auf 83 = 16,7%, die Erziehbaren auf 272 = 54,9%. Während aber die Refraktären im Gefängnisse 12% ausmachen, erreichen sie in der Besserungsanstalt die hohe Quote von 42%, indem sie die verkannten Geisteskranken in sensu lato darstellen, deren Häufigkeit folglich mit der Schwere des Verbrechens steigt; denn das Verbrechen ist oft ein schweres, insofern es ein krankhafter Ausdruck, ein Zeichen von schwerer Anormalität ist. Sehen wir nur in Kürze, welche Merkmale diese drei natürlichen Gruppen von Individuen charakterisieren:

a) Refraktäre. Neuropsychopathische, alkoholische oder kriminelle Vererbung 106 mal auf 100 Individuen beim Vater, 88,8 mal bei der Mutter, 83,2 bei den Geschwistern, 187 mal bei den Vorfahren; familiäres Milieu fehlt bei 32,5%, ist unregelmäßig bei 40,5% = 73 mal, auf 100

fehlt der moralische Schutz der bereits veranlagten Kinder, oder ist ungenügend oder ungeeignet, 37 mal besteht Enuresis und Pavor nocturnus, 32 Schädeltraumen, 39 Typhus, häufig mit Meningoencephalitis, 77% hatten stets nervösen und unbeständigen Charakter und Hang zur Liederlichkeit. 63% tranken stark, 45% verfielen frühzeitig dem Alkohol, 51% waren weniger oder gar nicht tolerant und meistens mit einer gewalttätigen Reaktivität in der Trunkenheit; 21,3% begingen das Verbrechen im Rausche, besonders die vor dem Eintritte in die Armee begangenen Verbrechen, deren Strafe in einer Militärstrafanstalt abgebußt wurde, bei 19% wurde die halbe Zurechnungsfähigkeit, fast stets infolge des pathologischen Rausches, angenommen. Vorzeitiger Geschlechtsverkehr bei 52,4%, übertriebener 47,5%, Liederliche und Unbeschäftigte 57,3%; 134 mal auf 100 bemerkte man Unbeständigkeit in dem Handwerke, Faulenzerei und echtes Vagabundieren; 173 mal Jähzorn, Unruhe, Impulsivität, gewalttätigen Charakter; Unaffektivität in 72,7%, soziale Aufführung beständig schlecht oder sehr schlecht in 37,7%, weshalb in gut 60 Fällen die Mittel der Korrekptionsanstalten angewandt wurden.

40,6% waren frühzeitige Verbrecher, und während nur 162% ein Verbrechen begangen hatten, waren gut 49,9% Rückfällige, und zwar wiesen sie bis 20—30 verschiedene Bestrafungen auf. Daher hatten 60,8% polizeiliche Verweise erhalten oder standen unter besonderer polizeilicher Aufsicht, durch gerichtliches Urteil, und 19,8 waren zum Zwangswohnsitz verurteilt! 64% wiesen geringe oder gar keine Schulerfolge auf, infolge von Unlust zum Arbeiten, Ausschweifungen oder weil sie ihrer schlechten Aufführung wegen aus der Schule verwiesen worden waren. 70,6% legten während der Dienstzeit eine schlechte Aufführung an den Tag und 69,2% erlitten viele Disziplinarstrafen, einige auch innerhalb kurzer Zeit, so daß sie nie dem Dienste nachkommen konnten, weil sie sich entweder im Gefängnisse oder wegen venerischer Krankheiten, oder unter Beobachtung als Anormale im Krankenhause befinden; in der Tat hatten sich 70% Geschlechtskrankheiten zugezogen; 14% waren Luetiker. 67% unter den Waffen sich Befindende waren starke Trinker, und 20,3% waren verschiedentlich wegen Trunkenheit bestraft worden.

Die objektive Untersuchung ergab: Schädel- und Gesichtsasymmetrie verschiedenen Grades in 155,4%, andere anthropologische Kopf-anomalien in 272,7, und zwar im Durchschnitt $4\frac{1}{2}$ mal zwischen Anomalien und Asymmetrien auf jeden Anormalen; die Tätowierung in 55%, in 58 war die große Apertur um 5 cm größer im Verhältnis zur Statur; 128 mal auf 100 zeigten sich verschiedenartige Motilitätsstörungen, 63 Sensibilitätsstörungen, 146 Reflexstörungen, 74 vasomotorische Störungen, 37 Linkshändigkeit oder dynamometrischer

Ambidextrismus und 26,6 mal spastisches emotives Stottern verschiedenen Grades.

In den Strafanstalten wiesen 40% eine mittelmäßige, 53% eine schlechte oder auch sehr schlechte Aufführung, mit verschiedenen, selbst zahlreichen und schweren Bestrafungen (Einzelzellen und Ketten), auf. In 33% erfolgte spezifischer Rückfall in dasselbe Vergehen, vor allem waren es disziplinarische Rückfälle: 100 Individuen trugen 217 militärische Bestrafungen davon. Die zuletzt begangenen und abzubüßenden Vergehen waren: bei 50% Auflehnungen, 11,8% Verweigerung des Gehorsams, 17,8% Fahnenflucht, 11% Diebstähle, ferner 4% Körperverletzungen vor dem Eintritte in die Armee, sowie 1,3% Diebstähle vor der Einrückung; im ganzen 159 Vergehen, die von 141 Individuen begangen wurden, und zwar wurden 10 vor dem Eintritte in die Armee begangen. Von diesen Verbrechen wurden begangen 30% im ersten Semester der Dienstzeit, 18,2% im zweiten Semester; 24,5 im zweiten Jahre und 18,1% im dritten Jahre. 11,4% waren Freiwillige.

Die psychiatrische Diagnose war: bei 64 Psychodegeneration mit epileptischem Einschlag, bei 25 moralischer Schwachsinn mit Impulsionen und pathologischen Rauschzuständen, bei 5 degenerative, konstitutionelle Hysteroneurasthenie, bei 27 Imbezillität, neben 1 Falle von hebephrener Demenz, 1 Falle von Dementia paranoica, 1 Falle Little'scher Cerebropathie und 1 Falle von alkoholischer Pseudodemenz.

b) Anpassungs- und Erziehungsfähige: Die neuropathische, krankhafte Vererbung ist bedeutend geringer: sie findet sich in 38% beim Vater, in 27% bei der Mutter und in 27% bei den Geschwistern, in 69% in der Aszendenz und den Kollateralen; die Familie fehlte bei 5,5%, war zerfallen bei 20%. Schwere oder spezifische krankhafte Präzedenzen während der Kindheit bestanden in 35,5%, nervöser oder liederlicher Charakter bei 14. Bei 21,5 bestand starke, und bei 8,5% frühzeitige Neigung zum Alkohol, 19% waren wenig tolerant, die Trunkenheit bestand in 13,3% der Verbrechen, von welchen 4,8% vor der Dienstzeit begangen wurden, somit wurde nur in 2,2% die Verminderung der Zurechnungsfähigkeit anerkannt, starke geschlechtliche Neigung in 27,4, frühzeitige in 26,3%. Ausschweifende 4,4%, Träge und Vagabunden oder im Handwerke Unbeständige 16,6; mit zorniger, impulsiver und gewalttätiger Neigung 19%, kein Affektloser, 11% Hypoaffektive, 7 von schlechter sozialer Aufführung, ebenfalls 7% in Besserungsanstalten, und 3%, welche Verweise von der Polizei erhalten oder unter Polizeiaufsicht standen; 0,8% kamen aus dem Zwangsaufenthalte; frühzeitige Verbrecher 26%; schlechte Resultate in der Schule nur bei 12%, 76 gut oder sehr gut. 44% wiesen

Infektion durch venerische Krankheiten auf, 6,6% Lues; 16,6% waren starke Trinker, daher wurden 9,6% wegen Trunkenheit bestraft, und 17,4 erlitten verschiedenartige Bestrafungen.

Jedoch glaube ich, daß sich in dieser Kategorie von Fähigen, Gelegenheits- oder auch leidenschaftlichen Verbrechern, ein weit geringerer und weniger ausgeprägter Prozentsatz von anthropologischen und neurologischen Anomalien und Tätowierung bei der objektiven Untersuchung vorfindet: auch der Gelegenheitsverbrecher also, und um so mehr der leidenschaftliche Verbrecher, oder der Verbrecher infolge mangelhafter ethisch-sozialer Erziehung ist in einem gewissen Verhältnisse etwas anormal. Doch besteht die Hoffnung, daß eine gute Erziehung und moralisierende Beispiele oder die Abwesenheit ungünstiger Verhältnisse des Milieus die Anlage umbilden und mäßigen könnten. So verhielten sie sich sehr gut oder gut in den Strafanstalten, und nur 6% waren mittelmäßig, keiner schlecht; 10 jedoch waren rückfällig, einmal nur in dasselbe Verbrechen.

c) Zwischenstufen: Zwischen diesen beiden Gruppen der Anormalen und der Normalen besteht eine weniger zahlreiche Gruppe von Individuen, in welcher man häufig hereditäre Merkmale, neuropathische Präzedenzen, Unregelmäßigkeiten in der familiären, sozialen Aufführung, oder verbrecherische Vergangenheit, häufiger starke Neigung zum Alkohol, lasterhafte Gesellschaft, uneheliche Geburt, oder ungeordnetes, verdorbenes Familienmilieu antrifft, die sich in der Armee etwas besser aufführen, sich aber vor allem in den Strafanstalten gut oder sehr gut verhalten. Sie besitzen ein spontanes Bewußtsein der physischen und moralischen Besserung, des ihnen durch den Alkohol, die schlechte Gesellschaft oder die unregelmäßige Lebensführung entstandenen Schadens, und versprechen, von selbst auf dem Wege des Guten fortzuschreiten, ihr soziales Leben zu heben. Es sind dies Willenschwache, sozial Unerzogene, affektvolle und leidenschaftliche oder unternormale Individuen; es sind vor allem Heredoalkoholiker oder frühzeitige, unmäßige Trinker, mit allen daraus entspringenden Schäden, obwohl sie ein mehr oder weniger entwickeltes ethisches Bewußtsein besitzen. Leidenschaftliche oder Kriminaloide, ist für sie die Militärstrafanstalt eine Wohltat, da sie ein Milieu der Besserung und der Wiedererziehung darstellt. Nach verbüßter Strafe müßten sie in besondere Abteilungen kommen, um sie den schädlichen Einflüssen und dem Alkohol zu entziehen, um sie zur methodischen Arbeit und zur Willenskraft zu erziehen.

Dieselben Beobachtungen wurden bei den Individuen in den Strafkompagnien gemacht, in einem Prozentsatze, der sich sehr den obigen nähert, mit Ausnahme eines stärkeren Prozentsatzes in der Gruppe der Ausgestoßenen (22,7%), unter den Freiwilligen, die dann wesent-

lich moralisch und sozial Verkommene sind. Im Grunde genommen, sind verbrecherische Tätigkeit, schlechte und unverbesserliche Auf-
führung Äquivalente und beide Zeichen und Ausdrücke einer degenerativen oder psychoneurotischen Struktur der menschlichen Persönlichkeit.

Die bezüglich der Verbrecher wie auch der Neurotiker und Psychopathen getroffenen Vorkehrungen gipfeln in der Prophylaxe und der ausgedehnten, strengen, wissenschaftlichen Auslese in der Armee, welche eine moderne psychiatrische und strafrechtliche Organisation besitzen muß. Durch die Arbeit, das Beispiel und die psycho-ethische Überzeugung muß das moralische Bewußtsein und die innere Zucht der Gelegenheits- oder leidenschaftlichen Verbrecher, der etwas Unsicheren und Unbeständigen, der sozial Unerzogenen wieder erzogen und befestigt werden, damit ihre Leistungen der Armee und der Gesellschaft von Nutzen werden, durch Ausscheidung der verdorbenen Elemente, damit die Laster, die Verbrechen, die Verderbtheit nicht überhandnehmen und immer mehr und mehr die rückgängige Auswahl der menschlichen Rasse bedrohen.

XII.

Ein höchst interessantes Studium ist das der Häufigkeit, des Auftretens und der Form, welche unter den Soldaten in Kriegszeiten die Nerven- und Geisteskrankheiten annehmen; ein Studium, das, man kann sagen, fast ausschließlich während des Russisch-Japanischen Krieges (1904—1905) und nach demselben gemacht worden ist. Da ich ein Jahr hindurch am lybischen Kriege, und zwar seit der ersten Landungsoperation teilgenommen, habe ich persönliche Beobachtungen anstellen können, von denen ich — über 30 an der Zahl — vor kurzem berichtet habe, indem ich mir jedoch vorbehielt, ein genaueres Studium, an der Hand der zahlreichen Beobachtungen in den verschiedenen Militärkrankenhäusern der tripolitanischen Zone, und während eines größeren Zeitraums, vorzunehmen. Dies vor allem der Verschiedenheiten wegen, die zwischen diesen Beobachtungen bestehen und jenen, welche von den russischen und einigen deutschen Kollegen, die dem russischen Heer hatten folgen können, veröffentlicht worden sind. Meine Fälle beziehen sich besonders auf hysterische oder auch epileptische Krisen, auf neurasthenische Symptomenkomplexe oder vorzugsweise auf typische hysterische, ekstatisch-halluzinatorische Krisen, mit Beschäftigungsdelir und Rêverie parlante, die den hysterischen Psychosen mit dem Affekte entstammenden Monohalluzinosen eigen sind. Diesen Fällen sind noch einige von beginnender Geistesstörung mit Subdelirium hinzuzählen, bei denen eine Intoxikation, meist intestinalen Ursprungs, augenscheinlich war, die sich einige Tage später unter den Symptomen einer fieberhaften Gastroenteritis, eines Paratyphus oder

auch eines echten Typhus bekundete. Hier förderten vielleicht die Strapazen und die kriegerischen Gemütsregungen das frühzeitige Auftreten eines psychotischen Symptomenkomplexes, der sich gelegentlich auch bei Steigerung der Temperatur bessern konnte.

Unter den (50) von Prof. D'Abundo in der Heimat beobachteten Fällen gehörte die große Mehrzahl den drei Neurosen in ihren verschiedenen Typen nach an. Ich füge einen Fall von *Dementia praecox* und einen von *Psychasthenie* mit *Dromomanie* hinzu: aber nichts von den zahlreichen von den Russen beschriebenen stuporös-depressiven Psychosen, nichts von *Amentia*, *Alkoholpsychosen*, *progressiver Paralyse*, *melancholischen Psychosen* usw. — Die durch den Krieg bedingten Faktoren der Störung sind zahlreich, verschiedener Natur und verschiedener Wirkung. *Gefühlsbewegung* und *Autointoxikation* fassen dieselben zusammen, verursachen aber viel leichter neurotische Störungen bei den Affektvollen, den Furchtsamen, den unsicheren, wenig festen Charakteren, bei unvollständiger und primitiver Persönlichkeit. Viel seltener sind die Psychosen, für welche eine andere Veranlagung erforderlich ist, die nicht auf Unvollständigkeit oder Primitivität, wohl aber auf Gleichgewichtsmangel oder Hirnläsionen beruht, die vorher schon Symptome gemacht und die deshalb bereits — fast immer — ein gerichtsärztliches Vorgehen veranlaßt haben.

Verschiedenheit der Verhältnisse im Kriege und entsprechende Seelenzustände können auf diesen auffallenden Unterschied eingewirkt haben, aber vor allem die strenge und ausgedehnte Auslese, die in unserer Armee zu Friedenszeiten einsetzt, bevor die Soldaten als für die Strapazen des Krieges fähig betrachtet werden; eine noch wirksamere und strengere Prophylaxis — da nicht wenige dieser Neurotiker hereditäre Präzedenzen und Degenerationsmerkmale aufgewiesen hatten — und eine gute Organisierung des psychiatrischen Dienstes im Frieden wie im Kriege trugen sehr vorteilhaft dazu bei, die Anzahl der Geisteskranken im Kriege herabzusetzen.

Dem obigen Studium sehr nahe und nicht weniger wissenschaftliche und praktische interessante Bedeutung versprechend ist das Studium der Kriminalität unter den Soldaten während des Krieges, das ich als erster in Italien habe vornehmen können. Während natürlich der Krieg durch die nervösen oder moralischen *Détentes* den gewöhnlichen persönlichen Charakter bedeutend kräftigt, so unterhält er die moralischen *Défaillances* und folglich die antidisziplinären oder verbrecherischen Manifestationen; oft sind es die sich häufenden Gelegenheiten, die begünstigenden Ermüdungen, die nervösen Erschöpfungen, die er hervorruft, oder die besonderen Dienstumstände, welche den Handlungen, die zur Zeit des Friedens nicht strafbar sind oder nur als Disziplinarvergehen betrachtet werden, eine verbrecherische Form verleihen (*Einschlafen auf Wache, Trun-*

kenheit usw.). Häufig findet man aber auch bei diesen Individuen die degenerative Disposition, die verbrecherische, lasterhafte Anlage, die antidisziplinäre Neigung, die sich verschärft, sich verbittert und sich vermehrt infolge der größeren Reibungen, stärkerer und dauernder Energiebeanspruchung.

Viele dieser Verbrecher in Kriegszeiten erwiesen sich als Neurotiker und Degenerierte und oft als solche, die zum Alkoholismus neigen, oder als Vorbestrafte. Einige Anormale, mehr als amoral, unbeständige aus dem Gleise gekommene Abenteurer, kämpften tapfer, ja heldenmütig, mit unüberlegter Verachtung der Gefahr. Die anderen amoralischen, vor allem die kalten Amoralischen und nicht Impulsiven (Tanzi) waren nicht kampftüchtig und wiesen sogar oft pathologische Reaktionen verschiedener Art auf, von der nervösen Krise bis zum mehr oder weniger schweren Disziplinarvergehen und zum pathologischen Rausche und Verbrechen. Die Neuerziehung der von der Polizei Vorgemerkten durch den Krieg allein ist eine unvernünftige Forderung, ebenso beruht sie nicht auf Tatsachen, noch ist sie mit der Psychologie des Verbrechers vereinbar, welche die beiden krankhaften Merkmale der Frühzeitigkeit und des Rückfalles aufweist, und ein vermeintlicher Heldenmut in einem Gefecht entbehrt des Wertes einer sozialen Anpassung und einer moralischen Sühne. Auch hier dreht sich die ganze Frage um die Prophylaxis der Anormalen, vor allem derer auf Grundlage der Amoralität oder des Epileptoidismus. Der Anormale gibt früh oder spät in irgendeiner Form von Dé t e n t e der Persönlichkeit nach, von der nervösen Krise bis zu Halluzinationen, zum Verbrechen, ja sogar zum Selbstmord oder zur schweren Selbstverstümmelung. Die komplexen Faktoren der Störungen in Kriegszeiten beschleunigen die Nichtanpassungsfähigkeit der Anormalen und heben sie noch deutlicher hervor.

Diese von mir aufgeworfenen Fragen, von denen mehrere niemals behandelt worden sind, und deren Klarlegung die Frucht eines zehnjährigen Studiums und langer Beobachtungen in den Militärkrankenhäusern darstellt, bilden die Hauptprobleme der Sozialmedizin. Wenn, wie Baccelli in plastischer Weise sich ausdrückte, „die Genauigkeit der Diagnose die höchste Notwendigkeit der Behandlung ist“, ist andererseits heutzutage anzuerkennen, daß die medizinische Wissenschaft besonders das Ziel verfolgt und verfolgen muß, den Krankheiten vorzubeugen, als sicherstes Mittel zugunsten des Individuums. Die Begriffe gelten sowohl für die menschliche als für die soziale Klinik, wo die Krankheiten in der lebenden Gemeinschaft und in der Nachkommenschaft, welche die Gattung fortpflanzt, ihre schädlichen Wirkungen häufen. Da die Summe der höheren Kräfte, die in der Natur wirken, im Leben der menschlichen Gesellschaft ergänzt

und angesammelt wird, muß die Hygiene die letzten, statischen und dynamischen Gesetze des sozialen Lebens erforschen, damit letzteres sich im vollen Lichte, ohne Hindernis oder Reibung entfalten und immer weiter entwickeln kann. Im gemeinsamen Streben der Menschheit nach der eigenen fortschreitenden Verbesserung sei es ein eisernes Gesetz, daß das höchste Wohl im Zuvorkommen und Voraussehen besteht, damit man um so sicherer verhindere, daß natürliche oder soziale Ursachen das Individuum verderben und die Gattung entkräften und man den menschlichen Organismus um so besser erhalte.

Über Wiederholung der Binet-Simonschen Intelligenzprüfung an denselben schwachsinnigen Kindern nach Ablauf eines Jahres.

Von
Dr. Ernst Bloch,
Nervenarzt in Kattowitz.

(Eingegangen am 15. Dezember 1914.)

Daß die Intelligenzprüfungsmethode nach Binet-Simon unter den gebräuchlichen Methoden zur Intelligenzprüfung eine ganz vorzügliche Art darstellt, die Intelligenz eines Kindes, normal oder pathologisch, im schulpflichtigen Alter zu bestimmen, dürfte durch die Untersuchungen gerade im letzten Jahre feststehen.

Diese Feststellung gewinnt dadurch besonderen Wert, daß sie den Beifall von pädagogischer Seite gefunden hat. So betont Gerhardt¹⁾, daß die Methode ein brauchbares Mittel zur Bestimmung der einzelnen Intelligenzgruppen besonders den Behörden gegenüber darstellt, „um unser Urteil über ein Kind auch wissenschaftlich begründen zu können“. Es ist dies ein Standpunkt, den ich selbst zuerst vertreten habe²⁾ und der sich bei mir, trotz gegenteiliger Ansicht (Räcke³⁾ immer mehr befestigt, gerade in jenen Grenzfällen — um diese kann es sich ja nur handeln —, wo selbst der geübteste Sachverständige im Zweifel sein kann, ob wirklich Schwachsinn vorliegt oder nicht: Also würde in einem solchen Falle die Binet-Simonsche Methode zur wesentlichen Stütze der Diagnose dienen.

Zum zweiten sei hier erwähnt, daß in der Hilfsschule der Stadt Kattowitz vom 1. 4. 1914 sogenannte „Intelligenzbogen“ eingeführt sind, welche, angegliedert an die Personalbogen, jedes Kind vom Schuleintritt, also vom 8. Lebensjahr ab, bis zum 14. Jahr begleiten sollen, um später ein abschließendes Urteil über die Entwicklung seiner geistigen Fähigkeit zu ermöglichen.

¹⁾ Die Schule der Alsterdorfer Anstalten. Von I. P. Gerhardt. Jena, Fischer 1913.

²⁾ Ärtzl. Sachverst.-Ztg. 1913, Nr. 10 und Zeitschr. f. Neur. u. Psych. **17**, Heft 1. 1913.

³⁾ Ärtzl. Sachverst.-Ztg. 1913. Nr. 14.

Ich habe nun meine Kinder der Hilfsschule mit genau denselben Binet - Simonschen Tests wie das Jahr vorher, im Winter 1913/14 nachgeprüft. Es geschah dies einmal aus dem Grunde, um für die Intelligenzbogen einen Untergrund zu schaffen, zum zweiten, um die Zuverlässigkeit der Tests noch weiter zu erproben.

Soweit ich die Literatur überblicke, ist der Versuch, die Kinder des ersten Versuchsjahres im darauffolgenden Jahre wieder zu prüfen, bis jetzt nur von Bobertag gemacht worden, und zwar an normalen Kindern; er berichtet darüber in der Zeitschr. f. angew. Psych. 6, Heft 5/6 auf S. 521. Er hat genau dieselben Resultate erhalten, wie im Jahre vorher, d. h.: Die Kinder waren um 1 resp. 2 Intelligenzjahre vorgeückt.

An Schwachsinnigen ist solche Versuchsreihe noch nicht gemacht worden. Um einem Einwand zu begegnen, der mir sehr häufig gemacht wurde und auch heut noch gemacht wird, nämlich: Die Kinder wüßten noch etwas von der vor einem Jahr vorgenommenen Prüfung, und zwar wüßten sie so viel, daß das die Prüfungsergebnisse beeinträchtigen müßte, so sei hier noch einmal mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß man bei der Prüfung durch nichts in seinen Mienen oder durch unbewußte Zuckungen des Körpers ausdrücken darf, ob die Lösung eines Tests richtig oder falsch war. Schon bei den normalen Kindern (Bobertag, l. c.) waren die Erinnerungen der Kinder so unbestimmt, manchmal sogar direkt falsch, daß sie so gut wie gar nicht in Betracht kamen. Wie viel mehr erst bei den Schwachsinnigen.

Von den 71 Kindern, die wir im Jahre 1912 geprüft hatten, standen uns im Winter 1913 naturgemäß nicht mehr alle zur Verfügung. Der Abgang der 14- bis 15jährigen betrug 10, eins war dauernd krank, sieben waren nach auswärts verzogen, also blieben uns nur noch 53 Kinder übrig.

Die Untersuchung geschah nach der Methode Binet - Simon 1908. Wenn auch die Anordnung der einzelnen Tests jetzt, im Jahre 1914 schon durch Verschiebung oder Weglassung¹⁾ einzelner Tests überholt ist, so ändert diese Neuordnung der Tests natürlich nichts an der Vortrefflichkeit der Methode überhaupt; aber um zu einem vergleichbaren Wert mit dem Vorjahre zu kommen, mußte die ältere Form der Anordnung beibehalten werden.

Was nun die Erinnerung der Kinder an die Tests anbetrifft, so wurde jedes von den 51 Kindern zuerst gefragt, ob es sich überhaupt noch an die Prüfung vom vorigen Jahr erinnere, und zwar durch die Frage: „Weißt du noch, daß du schon mal bei mir warst“, auf welche Frage 35 mit „Ja“ antworteten. Von diesen 35 hatten 20 nur eine ganz ver-

¹⁾ S. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 17, Heft 1, S. 42.

schwommene Erinnerung an die Bilder (Mann, Frau, Junge usw.), was die Bilder darstellten wußte niemand. Auch wußten einige noch etwas davon, daß sie „Geld gezählt“ hätten. Die übrigen 25 blieben auf die Frage: „Also dann sag' mal, was du davon noch weißt“ stumm.

Also dies ist auch ein Beitrag „zur Lösung der vielumstrittenen Frage nach den Beziehungen zwischen Intelligenz und Gedächtnis“ (Bobertag, l. c.), freilich in dem Sinne, als ob ein Schwachsinniger nun auch immer ein schwaches Gedächtnis haben müßte, was sich so bestimmt sicher nicht sagen läßt: gerade die Intelligenzprüfungen im letzten Jahre beweisen, daß das nicht immer der Fall zu sein braucht.

Es war fetszustellen:

Ein Intelligenzstillstand	14	Versuchspersonen
Eine Zunahme von 1/2 Jahr ¹⁾	10	„
Eine Zunahme von 1 Intelligenzjahr	23	„
Eine Zunahme von 2 Intelligenzjahren	6	„
	<hr/>	
	53	Versuchspersonen

Der Intelligenzstillstand setzte mit zwei Ausnahmen (IA 5 und IA 7) mit dem Intelligenzalter 8 1/2 ein und war am stärksten mit IA 9 und 10: Es entspricht der Prüfung vom vorigen Jahr.

Nach Chotzen²⁾ und meinen Untersuchungen kommt man bei der Prüfung Schwachsinniger nicht über das zehnte Jahr hinaus.

Regelmäßig zugenommen haben an 1/2 resp. 2 Intelligenzjahren von 51 Versuchspersonen 73,5%.

Diese Prozentzahl, nämlich 73, kehrt wieder, wenn man, wie schon a. a. O. auseinandergesetzt (Bloch, l. c., Bobertag, l. c.), die prozentualen Ergebnisse der einzelnen Alterstufen für die Normalen zusammenfaßt. Oder sollte dieses Zusammentreffen einzig und allein ein Zufall sein?

Auch die Prüfung im Jahre 1914 hat ergeben, ebenso wie die Prüfung vom vergangenen Jahre, daß die Schwachsinnigen im Umgehen mit Geld, im Verhalten gegen leicht und schwer, in der Wiedergabe von Gehörtem, im Erkennen des Zwecks einer Sache, im unterschiedlichen Vergleichen von Gegenständen und endlich in Fragen, welche den Verkehr mit ihrer Umgebung betreffen, gegen die normalen Kinder stärker als gewöhnlich zurück sind.

¹⁾ Aus welchen Erwägungen heraus wir zur Festsetzung eines halben Intelligenzjahres gekommen sind s. ibd. S. 49.

²⁾ Chotzen, Die Intelligenzprüfungsmethode von Binet-Simon bei schwachsinnigen Kindern. Zeitschr. f. angew. Psychol. 6, Heft 5/6.

Während nämlich, wie Chotzen und ich bewiesen haben, das Intelligenzalter der Normalen das der Schwachsinnigen um 2—3 Intelligenzjahre übertrifft, sind die Schwachsinnigen in den vorher genannten Dingen, obwohl sie alle an Lebensalter und ca. 75% an Intelligenz um 1 Jahr vorgeschritten sind, doch noch um durchschnittlich vier Jahre hinter den normalen Kindern zurück.

Die beiden folgenden Tabellen I und II zeigen die Abhängigkeit der Tests einmal vom Lebensalter und einmal vom Intelligenzalter. An der Hand dieser Tabellen¹⁾ betrachtet zeigten die Tests im Jahre 1914 folgendes Verhalten:

Die Aufzählung, Beschreibung und Erklärung der Bilder zeigte genau dasselbe wie voriges Jahr. Alle Versuchspersonen leisteten genügendes im Aufzählen; die richtige Erklärung der Bilder fanden nur 27%, und auch diese noch auf Fragen (Provokation). Spontan leistete niemand die Erfüllung dieses Tests. Normal finden sich schon mit dem LA 8, die richtigen Erklärungen, mit 9 Jahren konnten es alle Normalen.

Wer fünf Zahlen im vorigen Jahr nicht nachsprechen konnte, brachte es mit vier Ausnahmen — diese sind natürlich auf den Fortschritt im I A zu schieben — auch 1914 nicht fertig; dasselbe Verhältnis zeigte sich beim Nachsprechen von vier Zahlen (vier Ausnahmen). Das Nachsprechen von drei Zahlen zeigte den gewöhnlichen Fortschritt des IA's. Normalerweise sollen die Kinder vom LA 9 bereits zu 88% fünfstellige Zahlen nachsprechen. Bobertag verfügt noch über bessere Prozentzahlen. Sechs und sieben Zahlen konnte in beiden Prüfungsjahren keine von unseren Versuchspersonen.

Erst mit 10 Jahren wurden 16 Silben von annähernd allen Versuchspersonen nachgesprochen; normal ist die Forderung auf LA 7 normiert; das höchste, was erreicht wurde, war 22 Silben und zwar von 50%. Normal sind 26 Silben mit 9 Jahren.

Es hat sich auch bei dieser Prüfung bestätigt, ein wie vorzügliches Prüfungsmittel beim Schwachsinn die Tests mit den verschiedenen Geldstücken darstellen. 56% brachten es nur zum Abzählen von vier Pfennigen, während sie bei 13 Pfennigen schon versagten. Das Zusammenzählen von neun Pfennigen fing überhaupt erst mit dem LA 9 an, erst mit 12 Jahren konnten es alle Versuchspersonen. Ebenso verhielt sich die Münzenkenntnis: erst mit 12 Jahren kannten die Kinder erst die Münzen bis 1 Mark, mit 15 Jahren über die Hälfte die Münzen über 1 Mark; nur drei von den 51 Versuchspersonen kannten überhaupt die Goldstücke. Über 50% kannten überhaupt auch in diesem Jahre nur Nickel; unsere Normalen kannten mit 7 Jahren bereits alle Münzen;

¹⁾ Die Tabellen zeigen die Abhängigkeit der Tests vom LA und IA aus dem Jahre 1913; sie wurden der damaligen Arbeit nicht beigegeben, um die Arbeit nicht allzu lang werden zu lassen.

Bobertag verlangt diese Kenntnis erst mit 10 Jahren. Der Grund für dieses augenfällige Mißverhältnis ist bereits (Bloch, l. c.) auseinandergesetzt.

Das gleiche Zahlenverhältnis haben wir erhalten bei dem Herausgeben auf ein größeres Geldstück wie im Vorjahre, nämlich 13%; Beginn mit 12 Jahren. Alle unsere normalen Kinder leisteten es bereits mit dem LA 8.

Das Ordnen von fünf Gewichten (Normale bereits zu 70% mit 10 Jahren) zeigte die regelmäßige Zunahme des Intelligenzalters, wer jedoch im vorigen Jahr nicht über das Hinstellen von zwei Gewichten hinaus kam (Unterschied von leicht und schwer), konnte es mit vier Ausnahmen auch dieses Jahr nicht.

Sehr gute Erfahrungen haben wir mit der Wiedererzählung einer Geschichte gemacht. Im Vorjahre sind unsere Resultate mit der Geschichte von dem Werkarbeiter sehr traurige gewesen: keine einzige der Versuchspersonen, der wir die Geschichte vorerzählten, hatte die sogenannte „Pointe“ erfaßt, keine wußte etwas von dem Brande des Weihnachtsbaums. In diesem Jahre wurde sie in 13 von 18 Fällen ganz korrekt wiedergegeben, und zwar vom LA 9 an. Woran dies im vorigen Jahr gelegen hat, vermag ich nicht anzugeben: Jedenfalls muß ich mein damals gefälltes Urteil, daß die Geschichte von dem Werkarbeiter gar nicht zu gebrauchen war, stark einschränken. Auffällig ist aber nur, daß Chotzen (l. c. S. 433ff.) dieselbe Erfahrung gemacht hat wie wir im Vorjahre.

Die Tests: Mund usw. zeigen, Familiennamen nennen, Geschlecht angeben, Alter sagen, Geburtstag nennen und das Ausführen dreier Aufträge zeigten den gewöhnlichen Fortschritt des Intelligenzalters. Es war dies auch anzunehmen, denn bis zum IA 8 hatten diese Tests schon im Vorjahr sämtliche Kinder gelöst.

Als einen sehr guten Test beim Schwachsinn müssen wir auch in diesem Jahre wieder bezeichnen das Vergleichenlassen zweier Gegenstände aus dem Gedächtnis. Was von dem normalen Kinde bereits auf der Altersstufe 8 ausnahmslos geleistet wird, haben von unseren Versuchspersonen überhaupt nur 20% begriffen, und diese erst, von zwei Ausnahmen abgesehen, im Alter von 11 Jahren.

Das Abzeichnen eines Quadrats und eines Rhombus wurde wieder von sämtlichen Kindern gelöst, das Abschreiben geschriebener Worte konnten nur 70%, und zwar verteilte sich diese Zahl auf sämtliche Lebensalter¹⁾; das Diktatschreiben war ebenso zurück wie das vorige Jahr, 17% konnten es: die übrigen ließen Buchstaben aus.

Das Aufsagen der Wochentage zeigte den üblichen Fortschritt,

¹⁾ Sämtliche Versuchspersonen schrieben, oder besser gesagt, malten die Buchstaben einzeln ab.

Tabelle I. Abhängigkeit der Testleistung vom Lebensalter.

Lebensalter	8	8 1/8	9	9 1/8	10	10 1/8	11	11 1/8	12	12 1/8	13	13 1/8	14	14 1/8	15	16
Anzahl der Kinder	6	8	4	6	8	5	8	8	9	4	8	8	1	7	2	2
= 71 Versuchspersonen																
Test																
Bilder (Aufzählen und Beschreiben)	6	8	4	5	2	3	7	2	4	4	4	4	1	4	1	2
Richtige Erklärung	—	—	—	1	1	2	1	1	5	—	—	—	—	3	1	—
Zahlen nachsprechen	2	—	2	—	—	2	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—
"	3	6	2	2	—	—	—	2	1	2	1	—	1	—	—	—
"	4	2	1	2	3	—	—	1	4	3	2	—	5	2	1	—
"	5	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—
"	6	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Silben nachsprechen	6	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
"	10	4	2	2	—	—	2	—	2	—	—	—	4	1	—	—
"	16	2	2	2	1	1	2	—	3	8	2	—	3	1	1	—
"	22	1	1	2	2	3	3	—	4	1	1	—	—	—	—	—
Abzählen von 4 Pfennigen	4	4	2	3	2	4	5	3	6	4	6	4	3	3	1	1
" 13	2	4	2	3	3	4	5	3	3	—	3	3	4	2	1	1
Zusammenzählen von 9 Pfennigen	—	—	1	1	2	2	3	3	3	1	2	1	1	6	2	1
Münzenkenntnis bis 1 M.	—	—	—	2	1	5	6	3	4	2	1	1	—	4	—	—
" über 1 "	—	—	—	1	3	3	4	3	3	2	2	2	1	3	2	1
Kaufmannspielen (Herausgeben)	—	—	—	—	—	—	—	3	3	1	3	1	1	1	1	1
Gewichte ordnen	2	6	3	5	1	1	3	1	2	1	2	1	—	—	—	—
"	3	—	1	—	—	—	—	—	5	1	1	—	4	1	1	—
"	4	—	—	—	1	1	3	1	1	2	—	—	—	—	—	—
"	5	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	1	—	—
Bei 2 Erinnerungen	—	—	1	1	1	1	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—
Dartlber	—	—	—	—	—	2	6	2	6	2	2	—	—	4	2	1

Tabelle II. Abhängigkeit der Testleistung vom Intelligenzalter.

Intelligenzalter	= 71 Versuchspersonen											
	unter 6	6	6 1/2	7	7 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2	10		
Anzahl der Kinder	2	8	1	12	1	22	2	9	8	8	2	1
Test												
Bilder (Aufzählen und Beschreiben)	2	8	1	12	1	16	2	3	1	5	1	—
Richtige Erklärung	—	—	—	—	—	6	—	6	2	3	1	1
Zahlen nachsprechen	—	1	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—
"	—	2	1	3	—	10	—	3	—	—	—	—
"	—	1	—	4	1	10	2	2	5	1	—	—
"	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	1	—
"	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—
Silben nachsprechen	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
"	—	5	1	4	—	8	—	—	—	—	—	—
"	—	—	—	6	1	4	—	2	6	—	—	—
"	—	—	—	2	—	10	2	7	1	2	2	1
Abzählen von 4 Pfennigen	1	5	1	7	—	15	—	7	2	2	—	—
" 13	1	3	—	5	1	7	—	2	1	6	2	1
Zusammenzählen von 9 Pfennigen	—	—	—	1	—	6	2	6	2	4	2	1
Münzenkenntnis bis 1 M.	—	—	—	1	—	12	3	3	1	4	—	—
" über 1 "	—	—	—	—	—	10	2	6	2	4	2	1
Kaufmannspielen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gewichte ordnen	—	7	1	10	1	9	1	—	—	—	—	—
"	—	—	—	1	—	4	1	2	3	1	1	—
"	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—
"	—	—	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—
2 Erinnerungen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mehr als 2 Erinnerungen	—	—	—	1	—	4	1	3	—	—	—	—
	—	—	—	7	—	11	—	6	—	—	—	—

(Tabelle II. Fortsetzung.)

Mund zeigen	1	4	1	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Familienname	2	8	1	12	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gegenstände benennen	1	5	1	12	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3 Aufträge	1	3	1	12	21	1	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Alter	—	3	1	12	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Geschlecht	1	6	1	12	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Begriffe und Überbegriffe	—	2	1	8	1	16	2	9	3	8	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Abzeichnen eines Quadrats	1	7	1	7	1	18	2	9	3	8	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
" Rhombus	—	6	1	6	1	16	2	9	3	8	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Abschreiben	—	—	1	8	1	18	2	7	3	8	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Diktat	—	—	—	—	—	—	1	1	1	7	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Farben	1	7	1	7	1	18	2	9	3	8	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Wochentage aufzählen	—	—	—	—	—	2	1	6	1	6	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Monate	—	—	—	—	—	—	1	3	1	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Datum	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zahl der Finger	—	—	—	7	1	17	2	9	3	8	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Litken	—	—	—	4	1	18	1	7	2	6	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Vergleichen zweier Gegenstände	—	—	—	—	—	1	2	6	3	7	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Von 20 an rückwärts zählen	—	—	—	1	—	—	2	2	2	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
2 Linien vergleichen	—	8	1	11	1	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Geduldspiel	—	3	1	1	1	12	1	3	1	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Vor- und Nachmittag	—	1	1	4	1	17	1	6	2	6	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Ästhetische Begriffe	—	4	1	10	1	21	1	9	1	8	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Leichte Verstandesfragen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwere " (Frage 1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
In 3 Minuten 60 Worte nennen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

während das Aufsagen der Monate und die Angabe des Tagesdatums wieder nur 7% konnten. Diese letztere Tatsache ist um so charakteristischer für Schwachsinn, als in jeder Klasse ein Kalender hängt, ferner das Datum täglich eingeübt wird.

Also muß die mit „Gedächtnis“ bezeichnete Leistung der Intelligenz meiner Ansicht nach wieder in einzelne Bestandteile zerlegt werden, denn wie vorher gezeigt, war das Gedächtnis für eine erzählte Geschichte diesmal besser, als im Vorjahr, während es bei einer jeden Tag eingeübten Leistung versagte, obwohl hierbei Reihen (Monate) zur Verfügung standen, welche sich erfahrungsgemäß besser einprägen als einzelne Zahlen.

Farben, Erkennen von Lücken in Zeichnungen, Vergleichen von Linien, ästhetische Unterscheidungen, die leichten und die erste der schweren Verstandesfragen zeigte den normalen Fortschritt der Intelligenz.

Die Begriffe (Gabel, Stuhl, Pferd, Puppe usw.) wurden bis zum Lebensalter 11 von der Hälfte, dann später von allen Kindern gewußt; wieder, wie im vorigen Jahre, kamen die Oberbegriffe für Pferd und Rose bei weitem früher als die für Gabel, Stuhl und Puppe.

Von 20 an rückwärts zählen kam erst mit 10 Jahren — normalerweise können es die 8jährigen schon — zeigte mit 12 Jahren eine kleine Steigerung, blieb aber immer unter 50%. Ebenso waren die Kinder wie im Vorjahr im Zusammensetzen des Geduldsspieles zurück. Es kam mit 8 Jahren, aber nur die Hälfte der Kinder war imstande, das Rechteck aus den zwei Dreiecken wieder zusammenzusetzen, obwohl den Kindern es drei- und viermal gezeigt wurde. Es wird schon von 5jährigen Kindern verlangt.

Die gleichen Resultate wie im vorigen Jahr erhielten wir bei der Frage nach Vor- und Nachmittag, erst mit 12 (normal mit 6) Jahren konnten alle diese Frage beantworten.

Über das Intelligenzjahr 10 hinaus sind wir auch dieses Jahr nicht gekommen.

Auch die Prüfung im Jahre 1914 hat ergeben:

1. Daß die Methode von Binet - Simon eine gute Methode ist, leicht und sicher festzustellen, ob ein Kind schwachsinzig ist oder nicht.
2. Man kann den Grad des Schwachsinnns ohne Mühe und ziemlich sicher festlegen.
3. Die geistige Entwicklung beim Schwachsinn folgt im großen ganzen der des normalen Kindes, nur ist sie einmal stark verzögert, durchschnittlich um 3—4 Jahre, zum anderen bleibt sie früher stehen.
4. Die Schwachsinnigen sind vorzugsweise gegen die

Normalen zurück in Dingen, welche das tägliche Leben erfordert.

Das hat sowohl im Jahre 1912 wie im Jahre 1913 die Prüfung mit folgenden Binet-Simonschen Tests erwiesen: Nachsprechen von vier- und fünfstelligen Zahlen, Abzählen und Zusammenzählen von Pfennigen, Münzenkenntnis, das Herausgeben von kleiner Münze auf ein größeres Geldstück, das Ordnen von drei und mehr Gewichten, Diktatschreiben, Aufzählen der Monate, Angabe des Tagesdatums, und endlich Beantwortung leichter und schwerer Verstandesfragen.

Für diejenigen Leser, welchen die oben zitierte Arbeit dieser Zeitschrift nicht zur Hand ist, füge ich noch einmal die Abkürzungen hinzu, die diesmal genau die gleichen sind wie in der Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 17, Heft 1. 1913.

LA = Lebensalter.

IA = Intelligenzalter.

I = Intelligenz.

Vp = Versuchsperson.

Zur Frage nach der nosologischen Stellung der „Paraphrenien“.

Von

Dr. Hermann Krueger (Buch).

(Eingegangen am 22. Dezember 1914.)

Unter der Bezeichnung Paraphrenien faßte Kraepelin letzthin geistige Erkrankungen zusammen, „in denen trotz vielfacher Anklänge an die Erscheinungen der Dementia praecox doch wegen der weit geringeren Ausbildung der Gemüts- und Willensstörungen das innere Gefüge des Seelenlebens erheblich weniger in Mitleidenschaft gezogen wird, oder bei denen wenigstens der Verlust der inneren Einheit sich wesentlich auf gewisse Verstandesleistungen beschränkt“. Die neue Gruppe ist hauptsächlich auf Kosten der Dementia paranoides, wie sie noch in der vorletzten Auflage des Kraepelinschen Lehrbuches umgrenzt wurde, gebildet, jener Form der Dementia praecox, die (im Kraepelinschen Sinne gebraucht) einen recht erheblichen Teil der Schizophreniefälle umfaßte, darunter fast alle diejenigen, die im späteren Lebensalter zuerst hervortraten. Die Gruppe der Paraphrenien ist nun von der Dementia praecox zwar etwas abgerückt, steht mit ihr aber doch noch in einem von seiten Kraepelins nicht ganz scharf umschriebenen organischen Zusammenhang, insofern beide Erkrankungsformen zusammen als „endogene Verblödungen“ bezeichnet werden. Weit dicker ist der Trennungsstrich, den Kraepelin zwischen den Paraphrenien einerseits, der echten Paranoia andererseits zieht, die als bei weitem kleinste der wahnbildenden Krankheitsgruppen ihrer genauen Umgrenzung und Beschreibung im neuen Gewande noch harrt.

Schon bevor Kraepelin mit der Lehre von den Paraphrenien vor die Öffentlichkeit trat, begannen die Bestrebungen, den Paranoia-Begriff, der lange Zeit, ohne daß etwa eine allgemeine Übereinstimmung darüber erzielt war, aus der Diskussion ziemlich verschwunden war, zu umgrenzen und zu erweitern, natürlich auch auf Kosten der Dementia praecox; und es ist zu bemerken, daß fast alle neueren Autoren im wesentlichen zu der gleichen Ansicht gelangt sind, der gleichen, zu der auch Kraepelin gekommen ist, insofern, als die Dementia paranoides als eine relativ seltene Erkrankung charakterisiert und der größte Teil der bisher von Kraepelin dazu gerechneten Psychosen mit dauernder

Wahnbildung von ihr abgetrennt wurde. Auch ich habe versucht, aus dem mir zu Gebote stehenden Material Geistesstörungen mit dauernden stabilen Wahnbildungen herauszuheben und ihnen die gebührende Stellung in der psychiatrischen Systematik zuzuweisen, indem ich sie zu den echt paranoischen Erkrankungen rechnete. Einige neue derartige Fälle zu beschreiben und mit der Kraepelinschen Definition der Paraphrenien zu vergleichen, ist der Zweck dieser Arbeit.

Von den etwas mehr als 40% aller wahnbildenden Psychosen, die Kraepelin zu den Paraphrenien zählt, gehört nach ihm der größte Teil der Paraphrenia systematica an, „gekennzeichnet durch die äußerst schleichende Entwicklung eines stetig fortschreitenden Verfolgungswahnes mit später sich daran anschließenden Größenideen ohne Zerfall der Persönlichkeit“. Die Krankheit beginnt meist zwischen dem 20. und 50. Lebensjahre; starke erbliche Belastung scheint nicht vorzuliegen. Nach schleichender Umwandlung des Wesens der Kranken, die reizbarer, empfindlicher, mißtrauisch, unsicher und gespannt werden, pflegen sich Verfolgungsideen herauszubilden. Sinnestäuschungen, besonders solche des Gehörs, treten nach einiger Zeit auf; Ideen der Willensbeeinflussung werden oft angegeben. Nach mehr oder minder langem Verlaufe gesellen sich immer Größenideen hinzu, an deren Zusammenhang mit den Verfolgungsideen kaum zu zweifeln ist. Die Auffassung der Kranken bleibt abgesehen von wahnhaften Umdeutungen dauernd ungestört, Krankheitsverständnis fehlt mit Ausnahme in den ersten Stadien, Gedächtnis und Merkfähigkeit bleiben intakt, nur daß wahnhafte Erinnerungsfälschungen vorkommen können. Die Stimmung entspricht den Wahnideen, das Benehmen bleibt geordnet, natürlich entsprechend den krankhaften Vorstellungen. Die Handlungen der Kranken werden durch die Wahnideen auf das entscheidendste beeinflußt, bleiben aber meist durchaus logisch; nur in seltenen Fällen kann es auch zu unsinnigen Handlungen kommen. Die Arbeitsfähigkeit bleibt meist lange erhalten, wengleich sie unter den krankhaften Vorstellungen leidet. Die Kranken bleiben dauernd gemütlich lebhaft. Psychisches Siechtum mit fortdauernden Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen ohne selbständige Störungen des Willens und ohne gemütliche Stumpfheit bilden den Ausgang.

Mit gewohnter Meisterschaft hat Kraepelin uns ein Krankheitsbild beschrieben, das jeder, der Gelegenheit hat, sich eingehender mit wahnbildenden Psychosen zu beschäftigen, wiederholt gesehen hat. Gleich auch kein Fall dem anderen, die Grundzüge sind bei allen Kranken dieselben, wie sie Kraepelin skizziert. Ein Wort sei nur über die erwähnten „unsinnigen Handlungen“ bereits an dieser Stelle gesagt. Man muß mit der Annahme derartiger Handlungen sehr vorsichtig sein. Was dem außerhalb des Wahnes stehenden geistesgesunden Individuum als völlig sinnlos erscheint, kann für den Kranken einen tiefen Sinn

haben. Auch von Kraepelin ist z. B. unter den unsinnigen Handlungen der Gebrauch des Urins zu Waschungen und Gurgelungen erwähnt. Es ist dabei daran zu erinnern, daß auch bei Geistesgesunden in vielen Gegenden der eigene Urin oder solcher von Tieren, z. B. Pferden, als Heilmittel eine große Rolle spielt, besonders bei der Behandlung von erfrorenen Gliedern, Wunden usw. In diesen Fällen braucht also nicht einmal eine wahnhafte Bedeutung der uns auf den ersten Blick „unverständlichen“ Handlung vorzuliegen, besonders bei Kranken, die infolge von Sinnestäuschungen zu hypochondrischen Ideen gekommen sind. Ganz anders ist meines Erachtens zu bewerten, wenn jemand seinen Kot auf das Tischtuch läßt (s. Kraepelins Beschreibung). Das ist sicher für jeden geistesgesunden Menschen, demgemäß auch für den Geisteskranken als „unsinnige“ Handlung zu bezeichnen, die durch wahnhafte Vorstellungen an sich wohl erklärlich ist, aber immer ein Zeichen vorgeschrittenen ethischen Defektes bleibt, sofern sie nicht in schweren Benommenheitszuständen erfolgt. Ich möchte deshalb an Stelle des Wortes „unsinnig“ für die erste Kategorie von Betätigungen den Ausdruck „unverständlich“ vorschlagen und nur die zweite als „unsinnig“ bezeichnen. Schon an dieser Stelle sei bemerkt, daß ich derartige unsinnige Handlungen wie unsinnige Wahnideen im Gegensatz zu Kraepelin — auch Stransky fand „unsinnige“ Wahnideen bei gemüthlich und damit willensmäßig normal reagierenden Persönlichkeiten — bei den in Frage stehenden Kranken nie gefunden habe. Weiter unten wird näher darauf einzugehen sein.

Dem erheblich selteneren Krankheitsbild der Paraphrenia expansiva sind nach Kraepelin dominierende Größenideen eigen, ohne daß Verfolgungsvorstellungen fehlen; die Stimmung der Kranken ist demgemäß eine mehr gehobene. Auch hier sollen die Kranken klar, geordnet, zugänglich, freundlich bleiben, auch hier sollen die Handlungen unter der Herrschaft des Wahnes stehen. Die Wahnideen sollen mit der Zeit an Zusammenhang verlieren, ja auch unsinniger werden, Urteilslosigkeit, eine gewisse Zerfahrenheit, Oberflächlichkeit der gemüthlichen Regungen und Willensschwäche eintreten. Die Krankheit, die fast nur Frauen zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre befällt, geht mit lebhaften Sinnestäuschungen, die sich bald nach Beginn der Erkrankung einzustellen pflegen, einher, bei denen aber im Gegensatze zur Dementia paranoides die Gehörstäuschungen und körperlichen Beeinflussungen wesentlich hinter Gesichtstäuschungen, Deutungen und Erinnerungsfälschungen zurücktreten.

Im wesentlichen gleicht das Krankheitsbild der Paraphrenia expansiva der Paraphrenia systematica, nur daß hier die expansiven krankhaften Vorstellungen gegenüber den persekutorischen Wahnideen, die der Paraphrenia systematica das Gepräge geben, mehr hervortreten.

Hinzuweisen ist noch darauf, daß auch bei dieser Art von wahnbildender Psychose wenigstens im Endstadium Ideen auftreten sollen, die uns als „unsinnige“ oder „zusammenhangslose“ imponieren.

Erheblich anders klingt die Schilderung der dritten Gruppe der Paraphrenien, der *Paraphrenia confabulatoria*:

Erinnerungsfälschungen spielen bei dieser sehr seltenen Krankheitsform, die zwischen dem 20. und 50. Lebensjahre beginnt, die vorherrschende Rolle. Nach schleichender Wesensänderung rücken die Kranken mit der Erzählung abenteuerlicher Erlebnisse im Sinne des Verfolgungs- und Größenwahnes hervor; oft kommt es zu einer wahnhaften Umdeutung des ganzen Vorlebens. Die Erinnerungsfälschungen knüpfen häufig an die nächste Umgebung der Patienten an; trotz ungetrübten Bewußtseins verkehren die Kranken aber mit ihren vermeintlichen Angreifern, Verleumdern, Mördern ruhig weiter. Die Erdichtungen werden meist nur einen kurzen Abschnitt des Lebens festgehalten; nach Jahr und Tag sind sie verblaßt, die Wahnvorstellungen werden immer zerfahrener, unsinniger, die Stimmung mürrisch und gleichgültig, „so daß an der Entwicklung geistigen Siechtums kein Zweifel mehr bestehen kann“.

Es ist Kraepelin durchaus darin zuzustimmen, daß viele Umstände in seiner Beschreibung auf Verwandtschaft mit der *Dementia praecox* deuten, besonders der starke psychische Rückgang, der in den beiden vorbesprochenen Paraphrenieformen nach Kraepelin fehlt. Bei der Seltenheit des Krankheitsbildes (Kraepelin gibt an, daß er in 35 Jahren kaum mehr als ein Dutzend ausgeprägter derartiger Fälle gesehen habe!) ist es sehr zu bedauern, was schon mehrfach von anderen Seiten ausgesprochen ist, daß er seiner Symptomenschilderung keine Krankheitsgeschichten beigegeben hat. Vielleicht gehört folgender Fall in diese Kategorie, bei dem wir allerdings die Diagnose *Dementia praecox* stellen möchten:

Fall 1¹⁾. E. D., geb. 28. VIII. 1871, aufgen. 10. V. 1900.

Über die Familiengeschichte ist bekannt, daß ein Onkel und eine Tante geisteskrank gewesen sind. Pat. war von Kindheit an nervös veranlagt und von zarter Konstitution. 1898 erkrankte sie an „Melancholie“: sie behauptete, der schlechteste Mensch auf der Erde zu sein, war traurig verstimmt. Unter mehreren Schwankungen besserte sich der Zustand nach mehrwöchigem Aufenthalt in einer Privatirrenanstalt. Im Herbst 1899 erkrankte sie von neuem: sie wurde erregt, behauptete diesmal, alle Menschen wären schlecht, machte häufig einen „direkt manischen“ Eindruck.

Dazu entwickelten sich Wahnideen, in deren Verlauf sie ihr ganzes Vorleben konfabulatorisch umdeutete. Sie glaubte die Gräfin v. Saldern zu sein; ihre Mutter sei eine geborene v. Veltheim und habe im Schlosse zu Harbke gewohnt. Als sie

¹⁾ Die nachstehend veröffentlichten Fälle entstammen dem Materiale der Heil- und Pflegeanstalt Koenigsutter b. Braunschweig. Für die liebenswürdige Überlassung der Fälle sei Herrn Medizinalrat Dr. Gerlach auch an dieser Stelle verbindlichster Dank abgestattet.

2 oder 3 Jahre alt gewesen sei, sei sie gelegentlich des Reitunterrichtes nach Helmstedt entführt worden und dort ihren Pflegeeltern, D.s, übergeben. Ihre richtigen Eltern hätten sich Mühe gegeben, sie wiederzufinden, sie sei aber von ihren Pflegeeltern verborgen gehalten, die davon sicher große pekuniäre Vorteile gehabt hätten. Selbst ihren Geburtstag, der in das Jahr 1871 fallen solle, habe man gefälscht: so alt sei sie noch gar nicht. Daß sie nicht Elise D. heiße, hätten alle Menschen gewußt; schon auf der Schule hätten die Lehrer gesagt: „Das ist recht, sag du nur immer, du heißest E. D.“ Ebenso habe der Pastor mit sonderbarer Betonung gesagt: „So, du bist E. D.“ Ihre Pflegeeltern beabsichtigten auch, ihre Heirat mit einem Herrn v. V. zu hintertreiben, der ihr unter verschiedenen Namen überall hin folgt.

In der Anstalt war sie nur kurze Zeit freier und zufrieden. Bald begann sie auch hier alle möglichen Beziehungen zu finden, die durch zahlreiche Personenver kennungen genährt wurden. Daneben bestanden Vergiftungsideen, auch wieder verbunden mit Geschmackstäuschungen: ihr wurde etwas in die Milch getan, der Kaffee war vergiftet, die Milch schmeckte nach Seife, ebenso Süßigkeiten, die ihr mitgebracht wurden.

Die Sinnestäuschungen, die in geringerem Grade schon vor ihrer Anstaltsaufnahme bestanden hatten, nahmen immer mehr zu. Sie hört beleidigende Äußerungen: wie von ihrer Umgebung behauptet wird, sie sei ein Mann, wie der Arzt sagt: Lieschen, du bist ein Schwein usw. Sie hört, wie ihr mit „Blutklistieren“ gedroht wird. Sie wird nachts am ganzen Körper, vor allem an den Genitalien, gekniffen, Pflegerinnen kommen nachts in ihr Zimmer, um mit ihr Sexualverkehr zu treiben. Sie fühlt sich durch ihre Bettdecke bedrückt, schlägt auf dieselbe, weil sie glaubt, daß jemand auf derselben säße. Aus dem Gestank merkt sie heraus, daß in ihrem Kaffee „Lustmordpillen“ sind.

Sie glaubt, das alles geschähe nur, um sie aus dem Wege zu schaffen, damit ihre Angehörigen sie beerben können.

Ein Wechsel ihrer Wahnideen, besonders der Selbstüberschätzungsvorstellungen ist unverkennbar. War sie zuerst Gräfin Elisabeth v. Saldern, so unterschreibt sie sich im September 1903 plötzlich: Elisabeth v. Besser, geb. v. Saldern. Am 3. I. 1904 erklärt sie, ihre Ehe mit Herrn v. B. sei geschieden worden; sie unterschreibt nunmehr: Victoria v. Saldern. Vor einigen Jahren endlich kam sie damit heraus, daß sie die Tochter einer Prinzessin von Hohenzollern sei und deshalb Victoria v. Hohenzollern heiße.

Affektiv war die Kranke in früheren Jahren äußerst explosiv gegen ihre vermeintlichen Verfolger. Es kam ihr nicht darauf an, handgreiflich zu werden oder sie mit den größten Schmähwörtern zu belegen. Sie mied dabei bereits früher den Verkehr mit ihren Mitkranken. In den letzten Jahren lebt sie völlig zurückgezogen auf ihrem Zimmer, sitzt zumeist untätig herum, wird ausfallend, sobald sie gestört wird. Sie ist sehr stumpf geworden, bringt ihre Wahnvorstellungen ziemlich gleichgültig vor, hat für nichts mehr Interesse außer für Süßigkeiten und ein Gläschen Wein. Größere intellektuelle Defekte bestehen anscheinend nicht, wengleich die Kranke einer exakten Prüfung ausweicht.

Zusammenfassung: Es handelt sich um ein im 27. Lebensjahre unter den Symptomen eines Depressionszustandes erkranktes Fräulein aus schwer psychopathischer Familie, das zu einer konfabulatorischen Umdeutung ihres ganzen Vorlebens von der frühesten Jugend an im Sinne des Verfolgungs- und Größenwahnes kommt. Sehr lebhaftes Gehörs-, Gesichts-, Geschmacks- und Gefühlstäuschungen, von denen besonders die ersten und die letzten hervortreten, werden bald im Sinne

des sexuellen Verfolgungswahnes gedeutet, der der Leitidee, daß alles nur deshalb geschehe, um sie aus dem Wege zu schaffen und die Bestrafung ihrer Entführer zu verhindern, noch untersteht. Aber schon nach wenigen Jahren werden die konfabulatorischen Größenideen immer phantastischer, dabei sind sie einem öfteren Wechsel unterworfen. Während die Handlungsweise der Kranken in den ersten Jahren der Krankheit im wesentlichen den Wahnideen und Sinnestäuschungen entsprach, stellte sich nach und nach eine zunehmende affektive Stumpfheit, öfteres Grimassieren, Interesselosigkeit ein, die langsam progressiv fortbestehen. Die Wahnideen sind, soweit sich das bei dem leicht negativistischen Verhalten der Kranken beurteilen läßt, dabei in erheblichem Grade zurückgetreten. Nach allem ist der Fall als Dementia praecox zu deuten.

Noch mehr ist das Fehlen von Krankheitsgeschichten in der Kraepelinischen Schilderung der letzten Form der Paraphrenien, der phantastischen, zu bedauern. Nach der Symptomenschilderung würde ich solche Fälle ohne Zögern der Schizophrenie zuweisen:

„Es handelt sich bei ihr um eine üppige Erzeugung äußerst abenteuerlicher, zusammenhangsloser, wechselnder Wahnideen.“ Nach Beginn mit psychischer Verstimmung tauchen Verfolgungsideen auf, regellos stellen sich Gehörstäuschungen ein, krankhafte Gemeinempfindungen, Ideen persönlicher Beeinflussung beanspruchen einen großen Raum. Die Wahnideen, die in einzelnen Fällen einen ganz ungeheuerlichen Inhalt gewinnen, werden in fast unerschöpflicher Fülle vorgebracht. Dabei sind die Kranken sonst besonnen, klar und geordnet in ihrem Benehmen, doch verkennen sie oft ihre Umgebung wahnhaft. Die Stimmung ist etwas gehoben oder gleichmütig, bisweilen auch gespannt. Das Wesen ist gereizt, Grimassieren kommt vor. Die Ausdrucksweise ist absonderlich, es finden sich viele Wortneubildungen, auch Wortspielereien und Witzeleien sind nicht selten. Nach und nach werden die Kranken verworrener und zusammenhangsloser, die Wortneubildungen und Verschrobenheiten nehmen überhand, das Benehmen wird absonderlich, das gemütlche Verhalten stumpfer. Manchmal ist die Verblödung bereits nach 4—5 Jahren deutlich, in anderen Fällen nach Jahrzehnten noch kein höherer Grad geistiger Schwäche vorhanden.

Wenn man nach der Beschreibung der Paraphrenia systematica die der Paraphrenia phantastica vornimmt, so ist man erstaunt, zwei so verschiedenartige Symptomenbilder in einer Krankheitsgruppe vereinigt zu sehen. Dort ein Wahnsystem, das sich logisch und verständlich aufbaut, hier Ideen, daß der Kranke „aus 13 Personen besteht“, daß „acht Frauenzimmer in ihm sind“, daß „5000 Frauen in ihm und außer ihm sind“, Ideen, daß im Scrotum nur noch ein paar Steinchen sind, daß ihm das Mark mit teuflischen Instrumenten ausgesogen wird, die

Geschlechtsteile ausgesoffen werden, der Kopf ihm 19 mal zerschlagen, der Leib eingeschmolzen, der Körper auseinandergerissen ist, die Augen ihm aus dem Kopfe treten und an meterlangen blutigen Strängen hängen. Dort Ordnung im Denken und Handeln, besonders auch in Sprache und Schrift, abgesehen von der Häufigkeit eines mehr oder minder schwülstigen Stiles, hier Schriftsätze, in denen sechs Bogenseiten lang „einzig allerhöchstes, einzig unermeßliches, einzig allererhabenstes . . .“ wiederkehrt, oder Wortneubildungen wie „Alphadonnerbuche“ usw. auftreten. Dort gemüthliche Lebhaftigkeit, die Tatsache, daß die Kranken aus ihren Wahnideen die Konsequenzen ziehen auch nach jahrzehntelangem Krankheitsverlaufe, hier oft gemüthliche Stumpfheit und Verblödung nach einer Krankheitsdauer von 4—5 Jahren. Zu den Wortneubildungen, den Perseverationstendenzen, der gemüthlichen Schwäche noch Grimassieren, Verschrobenheiten, Verworrenheit: man hat oft weniger zur Diagnose der *Dementia praecox*, ohne Anhänger des erweiterten Schizophreniebegriffs im Sinne Bleulers zu sein.

In der Literatur ist bisher erst eine in bezug auf die Gruppe der Paraphrenien mit Kraepelin übereinstimmende größere Arbeit erschienen, das Referat v. Hösslins über die paranoiden Erkrankungen. Auch er nennt in einem Atemzuge die *Paraphrenia systematica*, „gekennzeichnet durch langsame, erst kombinatorische, dann auch halluzinatorische Entwicklung eines fixierten Verfolgungs- und Größenwahns“ und die *Paraphrenia phantastica*, „die mit massenhaften unsinnigen Verfolgungs- und Größenideen und zahlreichen Sinnestäuschungen und Konfabulationen einhergeht“.

Moravcsik, der in seinen klinischen Mittheilungen 1914 ebenfalls auf die Notwendigkeit, die Paraphrenien Kraepelins aus der *Paranoia* auszuscheiden, hinweist, versteht anscheinend unter den Paraphrenien nur wahnbildende Psychosen, die der *Paraphrenia phantastica* entsprechen würden, jedenfalls nach der allgemeinen Symptombeschreibung, die er gibt, im Denken und Handeln der Kranken wie nach der Form und Dauer der Wahnbildungen von den systematischen und expansiven Paraphrenien Kraepelins erheblich abweichen. Auch der von ihm ausführlich angeführte Fall einer paranoiden Erkrankung, in der einzelne Buchstaben mit ganz bestimmten symbolischen Erklärungen belegt wurden, spricht für die obige Ansicht.

Mir scheint nach allem das eine sicher, daß der Schnitt, mit dem Kraepelin die paranoiden Erkrankungen seiner Paraphreniegruppe von der *Dementia praecox* schied, nicht an der richtigen Stelle angelegt ist. Die *Paraphrenia phantastica* (Fälle, die zu ihr gehören, sind nicht so selten) gehört unbedingt zur Schizophrenie; über die *Paraphrenia confabulatoria* möchte ich, wie bereits erwähnt, kein sicheres Urtheil fällen, doch scheint mir, daß sie der ersteren sehr nahesteht. Unzusam-

menhängende, wechselnde, unsinnige, phantastische Wahnideen in Verbindung mit katatonen Symptomen und dem Ausgang in Verblödung lassen nach unserer heutigen Kenntnis eine Dementia praecox als sicher annehmen; auch Stransky ist der Ansicht, daß Fälle mit phantastischer Wahnbildung erfahrungsgemäß oft suspekt auf Dementia praecox seien. Jedenfalls müssen diese Fälle von dem Symptomenbilde der Paraphrenia systematica und expansiva im Kraepelinschen Sinne getrennt werden.

Nach Abzug der Paraphrenia phantastica (und confabulatoria?) besteht nun Kraepelins Paraphreniegruppe anscheinend aus einer Anzahl gleichwertiger Krankheitsformen. Bevor ich auf die Stellung dieser Gruppe zur Paranoia und zur Dementia praecox, auf die Berechtigung, sie als „endogene Verblödungen“ zu bezeichnen, eingehe, sollen die Krankengeschichten einiger hierher gehöriger Fälle besprochen werden, da gerade in dieser Frage die Veröffentlichung kasuistischen Materials wie kaum in einer anderen vonnöten ist, um Mißverständnisse zu vermeiden.

Fall 2. E. G., Ehefrau eines Professors, geb. 20. III. 1855, aufgen. 17. X. 1901.

Die Mutter der Pat. war geisteskrank. Die erste Entwicklung war ungestört, sie lernte auf der Schule schwer. Im Jahre 1872 verheiratete sie sich, gebar drei gesunde Kinder, während sie ein viertes Mal abortierte. Pat. war stets leicht erregbar und leicht verletzt, in ihren Gefühlen sehr wechselnd.

Die psychische Erkrankung begann im Frühjahr 1898. Sie glaubte eines Tages, eine ihr bekannte Dame habe mit Absicht vor ihr ausgespuckt. Später meinte sie, die Leute, die vor ihrer Villa ständen, schimpften auf sie; sie sah schließlich überall Personen, die Schlechtes von ihr sprachen. Es kam mehrfach zu Aufregungszuständen, wobei sie ihre vermeintlichen Feinde mit dem Revolver bedrohte usw. Im Jahre 1900 traten zuerst Eifersuchtsideen gegen ihren Gatten auf. Jeden Gruß, jede zufällige Handbewegung, jeden zufälligen Blick eines weiblichen Wesens deutete sie in diesem Sinne. Am Fenster der Wohnung ihrer Schneiderin sah sie Ende 1899 ihren Gatten stehen; als sie hinaufkam, um ihn in flagranti zu ertappen, war er nicht oben, doch sah er, als sie ihm später auf der Straße begegnete, „so sonderbar“ aus. Unterrichtete ihr Gatte abends noch, so gingen junge Mädchen in die Schule hinein; als sie wieder fortgingen, sagte die eine: „so ein paar Groschen“, für die Pat. ein Zeichen, daß sie in unerlaubtem Verkehr mit ihrem Manne gestanden hatten. Mai 1901 traten Vorstellungen auf, daß ihr Mann sie vergiften wolle; sie schmeckte das Gift und ließ ihr Essen mehrmals vom Chemiker untersuchen. Sie trennte sich dann vom Ehemann, reiste an verschiedenen Orten umher, ohne Ruhe zu finden, kam dann wieder nach Hause. Ihr Wahn spann sich immer weiter, sie hörte in der Mädchenkammer Klopfen, das sie auf ihren Mann bezog, der Gatte ölte die Türen, damit alles geräuschlos vor sich gehen könne.

In der Anstalt bestand der Wahn unverändert, unterhalten durch lebhaftere Sinnestäuschungen, die sie eifrig zu dissimulieren versuchte. Sie bat z. B. andere Kranke, mit denen sie darüber sprach, ja nichts wieder zu erzählen. Vorzugsweise waren es Geschmacks- und Geruchshalluzinationen: sie schmeckte im Essen Gift, besonders Arsenik, das ihr beigebracht werden sollte, um sie mit Recht in der Anstalt festhalten zu können. Sie aß deshalb wenig, wartete so lange, bis die übrigen Kranken gegessen hatten, ging mit einem Glas zur Quelle, um sich dort mal ordentlich satt zu trinken. Das Essen roch auch; ebenso ging von ihrer Kleidung oft ein eigentümlicher Schwefelgeruch aus, den sie auch vom Arzte konstatiert

wissen wollte. Ihr ganzer Körper düstete eigentümliche Riechstoffe aus, im Zimmer war oft ein so sonderbarer Dunst. Die Stimmung war dabei, abhängig von der Zahl und Stärke der Sinnestäuschungen, sehr wechselnd.

Am 12. I. 1902 wurde sie auf Wunsch des Ehemannes versuchsweise entlassen. Zu Hause äußerte sie sofort die alten Eifersuchts- und Vergiftungsideen, „noch in der ersten Nacht“, wie der Ehemann schrieb. Sie trennte sich bald von ihrem Gatten und zog mit ihrer Mutter zusammen. Der Ehemann starb nach einigen Jahren. Das Treiben der Kranken wurde nun immer sonderbarer. Sie holte alle ihre Lebensmittel selbst ein, wechselte dabei oft den Verkäufer, kochte alles selbst, bedeckte alles vorsichtig. Als ihr Sohn zufällig eines Tages eine Schüssel aufdeckte, rief sie: „Nun seid ihr alle verseucht, dafür müßt ihr büßen.“ Sie legte sich nur angekleidet aufs Bett, aus ihrem Schlafzimmer hörte man nachts oft lautes Schelten.

Am 2. I. 1909 erfolgte die Wiederaufnahme. Sie reproduzierte die alten Ideen von der Untreue des Ehemannes und den Vergiftungsversuchen. Ihr Mann solle gestorben sein, das sei aber nicht wahr. Während sie noch bei seinem Scheinbegräbnis auf dem Kirchhofe gewesen sei, habe sie ihn im Gefolge eines anderen Leichenzuges gesehen. Er lebe jetzt mit ihren Söhnen zusammen und verfolge sie. Obgleich sie selber gekocht habe, werde ihr doch etwas in das Essen getan. Sie gehöre nicht in eine Irrenanstalt, werde aber solange darin bleiben, wie der Kaiser oder Herzog darüber verfügt hätten. Mit dem Kaiser sowie dem Staatsminister stehe sie in dauernder Verbindung; sie spricht „durch Flug“ mit ihnen. Beide sagen ihr genau, was sie tun solle; sie hörte auch ihre Mutter in der Anstalt sprechen. Ihre Abstammung sei mit einem dunklen Geheimnis umhüllt; seit frühester Kindheit sei sie betrogen, ihr und ihren Eltern sei nachgestellt worden. Ihr Geschick sei den Herrschern genau bekannt; als der frühere Landesfürst einmal an ihr im Schloßgarten vorbeigefahren sei, habe sie deutlich ihren Namen nennen hören und Hoheit habe gesagt: „Hat sie es denn auch verdient?“

Während der zweiten Internierung litt sie unter zahlreichen Personenverkennungen, ihr Benehmen war durchaus angemessen, dabei reserviert. Die Intelligenz zeigte keine Lücken.

Am 3. IX. 1910 wurde sie auf Wunsch des Vormundes entlassen.

Zusammenfassung. Eine von der Mutter her schwer mit Geisteskrankheit belastete, den besten Ständen angehörende Frau erkrankt im 44. Lebensjahre psychisch. Die Krankheit äußert sich zuerst in anscheinend rein kombinatorisch entstandenen feindlichen Beziehungsideen, die sie in allem zu sich fand. Zwei Jahre später treten Eifersuchtsideen gegen den Gatten auf; wahnhaftige Umdeutungen normaler Wahrnehmungen (optischer wie akustischer) geben ihr die Bestätigung ihrer krankhaften Ideen, auch echte Gesichtstäuschungen scheinen, wenn auch selten, vorgekommen zu sein. Als nach abermals einem Jahre sich Vorstellungen, daß ihr Mann sie vergiften wolle, ihr bestätigt durch Geschmackstäuschungen, die so intensiv waren, daß sie ihr Essen mehrmals chemisch untersuchen ließ, festsetzten, zieht sie die Konsequenzen und verläßt den Ehemann. Nach planlosen Reisen, ohne Ruhe gefunden zu haben, zum Ehemann zurückgekehrt, treten die Eifersuchtsideen, wahnhaften Deutungen mit Sinnestäuschungen vermischt, immer stärker hervor; erst nach mehrjährigem Bestande der persekutorischen Vorstellungen kommen Größenideen hinzu, die Sinnestäuschungen, jetzt

vorzüglich solche des Gehörs (neben Geschmacks-, Geruchs- und Gesichtshalluzinationen), werden lebhafter, unbestimmte Konfabulationen von hoher Abstammung bilden den Schlußstein des Wahngebäudes. Während der 12 Jahre, die die Beobachtung der Kranken umfaßt, war ihr Benehmen durchaus angemessen, dabei sehr reserviert; die Intelligenz zeigte keine Lücken, die Handlungen waren geordnet, stets konsequent, die Affektivität sehr lebhaft; schizophrene Zeichen waren nie vorhanden. Nach 12jähriger Krankheitsdauer konnte die Patientin trotz ihrer systematisierten Verfolgungs- und Größenvorstellungen (nicht etwa in einer Remission oder dergleichen) in die Freiheit zurückkehren, die sie noch genießt. Als wichtig ist noch hervorzuheben, daß es sich um eine Persönlichkeit handelt, die schon in der Kindheit sehr affektlabil, dabei übertrieben empfindlich und leicht erregbar war.

Fall 3. J. H., geb. 24. IV. 1846, aufgen. 14. II. 1900.

Die Mutter ist in geistiger Umnachtung durch Suicid geendet. Pat. hat auf der Schule gut gelernt, ist stets gesund geblieben. Seit dem Jahre 1876 betrieb sie selbständig ein Tapissiergeschäft, das bis 1897 sehr gut ging; der Verdienst wurde dann schlechter, wie Frl. H. angibt, durch Schikane.

Von der Konkurrenz wurden ihr Kunden zugeschickt, die die Nadeln zu den Handarbeiten bei ihr kaufen sollten, wo sie die Stickereien wo anders gekauft hatten, oder die verlangten, daß sie nach einer Docke Wolle von bestimmter Farbe ihr ganzes Lager durchsuchen solle. Derartige Ansinnen wies sie kurzer Hand ab. Weiter fühlte sie sich durch die Zudringlichkeiten ihres Hauswirtes belästigt (in Wirklichkeit war es umgekehrt). Silvester 1897 brachte dieser ihr Kuchen; diese Aufmerksamkeit kam ihr gleich sonderbar vor, sie wollte ihn deshalb erst gar nicht genießen. Da sie aber zufällig nichts anderes hatte, aß sie ihn am Neujahrstage 1898 doch. Sofort nach dem Genuß spürte sie einen sonderbaren Zustand und noch monatelang eine „Wirkung auf das Gemüt“. Der Hauswirt habe auch auffallend häufig ihren Weg gekreuzt und über sie auf der Straße Äußerungen getan. Ein Mitbewohner des Hauses hatte ferner ein Loch in die Wand gebohrt und Kohlensäure durch dasselbe in ihr Zimmer gelassen; ihr ist danach „so sonderbar zu Sinne“ geworden. Derartige Belästigungen, die sie roch und fühlte, fanden überall statt. Einmal setzte sich im Theater ein Herr erst nach dem 2. Akte hinter ihr in die Loge. Das kam ihr schon sonderbar vor; bald aber merkte sie, daß er sie durch Kohlensäure belästigte, was sie roch.

Da sie ihr Geschäft vernachlässigte, die Miete nicht bezahlte, wurde ihr der Laden gekündigt. Sie dachte aber gar nicht daran auszuziehen, sondern verzeigte, empfand es aber später als das haarsträubendste Unrecht, daß ihre Wohnung in ihrer Abwesenheit geräumt und die Sachen verkauft waren. Überall, wo sie sich später aufhielt, wurde sie verfolgt. Sie fühlte bald, daß die Wirtsleute mit der Polizei unter einer Decke steckten, sie ausspionierten usw. Selbst im Mägdeheim fühlte sie sich nicht sicher, ihr wurde daselbst auf „geheimnisvolle Weise“ starkes Herzklopfen gemacht; sie verließ es deshalb wieder.

In die Anstalt gebracht fühlte sie sich nach wenigen Tagen auch hier verfolgt. Alles wurde gemacht, um sie zu schädigen, z. B. war das Temperaturmessen nur dazu da, um ihr unerträgliches Herzklopfen zu bereiten; eine Borste, die sie zufällig in einem Brötchen fand, war absichtlich hineingebacken und das Brötchen gerade ihr gegeben, um sie zu ärgern. Besonders hervor traten auch die Geruchstäuschungen: dauernd beklagte sie sich über schlechte Luft im Zimmer, ihre

Zimmergenossinnen hatten „einen unangenehmen Geruch an sich“, auch das Essen roch. Streit wegen ihres dauernden Fensteröffnens war an der Tagesordnung. Gehörstäuschungen waren seltener; meist handelte es sich um „häßliche Worte“, die zum Teil völlig verblödete Kranke ihr zugerufen haben sollten, und auf die sie mit Ohrfeigen reagierte.

Daneben hegte sie Zweifel an dem wirklichen Tode eines Bruders, den sie mehrmals gesehen zu haben behauptete. Derselbe sei „1880 gestorben und nicht gestorben“, 1898 habe sie ihn dann plötzlich vor ihrem Laden stehen sehen. Jahre hindurch blieb die Wahnbildung etwa auf demselben Standpunkte, sie wurde aber immer herrschsüchtiger, wodurch sie für die übrigen Kranken lästig wurde. 1909 kam sie mit Größenideen heraus: ihr Bruder habe eine hohe Stellung am preußischen Hofe, sie selbst werde bald in den Besitz einer großen Summe Geldes kommen, ihr Geschäft werde noch einmal in hoher Blüte stehen; ihr seien früher von einer Verwandten derartige Andeutungen gemacht worden. Die Belästigungen besonders durch beängstigende Gerüche und durch Beeinflussung von seiten der Mitkranken bestanden zahlreich und lebhaft fort; die frühere Beeinflussung durch Kohlensäure kam von den Juden her.

Das Gedächtnis zeigte keine wesentlichen Lücken, die Affekte waren sehr lebhaft. Sie zeigte sich stets geordnet, mit sehr ausgesprochenen altruistischen Gefühlen. Sie arbeitete stets fleißig, sprach logisch; auch der Zusammenhang in ihren Briefen blieb bis zuletzt gewahrt. Nur die Urteilsfähigkeit nahm in den letzten Lebensjahren etwas ab; sie drängte lebhaft in die Freiheit, da sie ganz gesund sei, machte auch einen Fluchtversuch.

Sie starb am 14. III. 1910 im 64. Lebensjahre infolge einer Blutung in das Kleinhirn und die Ventrikel.

Zusammenfassung: Auch diese Kranke ist schwer durch Geistesstörung der Mutter belastet. Im 51. Lebensjahre treten Beeinträchtigungsvorstellungen auf, die sich mit erotischen Ideen eng verflechten. Es entwickelt sich ein allgemeiner Verfolgungswahn, in dessen Verlauf Sinnestäuschungen (des Geruchs und Gefühls) sich zeigen. Die Wahnideen und Sinnestäuschungen nehmen sie derart in Anspruch, daß sie ihr Geschäft, das ihr den Lebensunterhalt einbrachte, vernachlässigt und sie bald dem Nichts gegenübersteht. Daraus leitet sie natürlich neue persekutorische Ideen her und fühlt sich schließlich nirgends mehr sicher. Der Eintritt in die geschlossene Irrenanstalt bringt nur für wenige Tage Ruhe; bald beginnt auch hier der allgemeine Schädigungswahn, von lebhaften Geruchs- und selteneren Gehörstäuschungen begleitet. Allmählich, etwa 9 Jahre nach Beginn der Erkrankung, zeigt sich eine Wesensänderung, insofern sie hochfahrend, herrschsüchtig und auf Größenideen verdächtig wird, die sie aber erst 3 Jahre später produziert. Der Verfolgungswahn besteht dabei weiter und wird noch um neue Züge bereichert; „unsinnige“ Vorstellungen hat sie niemals geäußert. Bis zu ihrem im 64. Lebensjahre infolge Gehirnblutung erfolgten Tode zeigt sie normales Gedächtnis, lebhaft adäquate Affekte, geordnetes Benehmen, konsequent den sie beherrschenden Vorstellungen. In den letzten Jahren ließ die Urteilskraft nach, in Schrift und Sprache wahrte sie bis zuletzt den Zusammenhang.

Fall 4. A. K., geb. 24. I. 1841, aufgen. 20. XII. 1900.

Der Vater der Pat. ist an den Folgen eines Schlaganfalles, eine Schwester schwachsinnig, drei jüngere Geschwister sind „an Gehirnentzündung“ gestorben. Ein Schwestertochtersohn befindet sich wegen Dementia praecox in der Anstalt.

Sie war stets schwächlich, dabei schon als junges Mädchen wunderlich, empfindlich, leicht übelnehmend, entschlußunfähig. Im Verkehr mit der Männerwelt nahm sie alles für bare Münze, in der Wahl des Ehemannes war sie andererseits sehr anspruchsvoll, so daß sie unverheiratet blieb. „Es drehte sich alles bei ihr — auch bis ins höhere Lebensalter hinein — um Liebeleien und bezog sie gern jedes Wort, jede Andeutung auf einen von ihr willkürlich angenommenen Annäherungsversuch.“ Im späteren Lebensalter wurde sie menschenscheu, mißtrauisch, witterte hinter dem Betragen ihrer Verwandten Spekulationen auf ihr Vermögen. Im Herbst 1900 nahmen die Wunderlichkeiten zu und es bildeten sich persekutorische Ideen heraus; sie fürchtete Gift in den Speisen, fühlte sich von Kindern usw. verfolgt, hörte besonders viele Stimmen beschimpfenden Inhaltes: sie habe auf offener Straße einen Mann geküßt usw. Zudem erregte sie die am 1. XII. 1900 stattfindende Volkszählung, von der sie eine Schädigung fürchtete.

In der Anstalt steht sie seit ihrer Aufnahme unter Verfolgungsideen. Sie glaubt, ihre Angehörigen wollen sie schon bei Lebzeiten beerben und haben sie deshalb ins Irrenhaus gebracht; die Ärzte stecken mit ihren Angehörigen unter einer Decke und trachten nach ihrem Gelde. Auch die Mitkranken bestehlen sie; so glaubt sie, daß eine Mitkranke von ihren (Pat.) Wertpapieren habe und die Kupons davon abschnitte, andere Kranke tragen ihre Kleidungsstücke. Sie fühlt sich dauernd gequält, glaubt, ein Gerichtsverfahren schwebte gegen sie, man wolle sie vergiften, chloroformieren usw.

Die Einzelheiten des Wahngebäudes wechseln etwas; sie sind abhängig von den zahlreichen Sinnestäuschungen, unter deren Einfluß sie dauernd steht. Bald hört sie einen Angehörigen sprechen, sieht ihn über den Wirtschaftshof gehen, bald hört sie die eigene Schwester; sie hört ihre Verwandten sagen: die Hände müßten ihr abfaulen. In der Nacht klopft es viel, ein eigentümliches Klopfen; sie gerät deshalb in lebhafteste Angst, daß ihr etwas passieren könne. Ihr wird vorgehalten, sie solle lebendig begraben werden: sie riegelt sich deshalb auf dem Klosett ein. Sie hört häufig Geschrei, schimpft auf das „Mordinstrument“, das sie immer höre. Ihr wird vorgehalten, daß wegen zahlreicher Unterschlagungen, die sie verübt habe, ein Gerichtsverfahren über sie eingeleitet worden sei: sie bittet, man möge dafür sorgen, daß dasselbe eingestellt werde. Ein betäubender Geruch ist in ihrem Zimmer, so daß sie fortwährend ihr Taschentuch vor Mund und Nase halten muß: sie öffnet deshalb überall die Fenster. Sie sieht in einer Kranken auf einer anderen Abteilung ihre Nichte und findet, daß dieselbe schlecht aussähe; sie läßt daraufhin ihr Essen stehen und bittet, man möge es ihrer Nichte geben, die es nötiger habe. Die Butter schmeckt ihr wie Hundefett, im Kaffee ist Gift.

Die Halluzinationen sind sehr lebhaft, sie belästigen die Kranke sogar während des Gespräches mit dem Arzte. „Seien Sie bitte stille, lassen Sie mich da mal hinhören (wendet sich gegen die Wand). Gehen Sie fort... ich kann es nicht verstehen.“

Das Verhalten der Kranken ist sehr wechselnd. Früher kamen Zeiten vor, in denen sie relativ frei von Krankheitserscheinungen war, in den letzten Jahren ist das nicht mehr der Fall. Sie ist jetzt sehr mißtrauisch, hält deshalb auch mit ihren Ideen meist zurück, sie hält sich für sich. Sie protestiert energisch gegen ihre Internierung, sie sei ganz gesund und nur durch „Mogelei“ nach K. gekommen. Bei größerer Intensität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen wird

sie lebhafter und gibt über ihr Innenleben Auskunft. Sie beschäftigt sich fleißig, hilft gern und brauchbar anderen Kranken. Erst in letzter Zeit ist es wiederholt zu eigentümlichen Handlungen gekommen, indem die sonst sehr saubere Kranke sich die Hände in ihrem Urin wäscht bzw. den Versuch dazu macht. Über die Motive dazu gibt sie keine Auskunft.

Das Gedächtnis der Kranken ist völlig intakt, ebenso die Merkfähigkeit. Sie beurteilt ihre Umgebung durchaus richtig; zu einer exakten Intelligenzprüfung läßt sie sich leider nicht herbei, doch sind stärkere Defekte sicher auszuschließen.

Zusammenfassung: Auch hier der Sproß einer psychisch schwer durchseuchten Familie, der schon von Jugend auf eigenartig, wunderbar, empfindlich, leicht übelnehmend, ja direkt paranoisch veranlagt war. Im späteren Alter erfolgt langsam unter immer stärkerem Hervortreten der psychopathischen Veranlagung (Menschenscheu, Mißtrauen) die Ausbildung krankhafter Beeinträchtigungsideen, die sich schließlich im 59. Lebensjahre unter lebhaften Gehörstäuschungen meist beschimpfenden Inhaltes zu ausgesprochenen persekutorischen Wahnvorstellungen entwickeln. Während die Hauptrichtung des Wahnes im Sinne der Schädigung und Verfolgung dauernd stabil bleibt, wechseln in diesem Falle seine Einzelheiten häufiger. Abhängig ist dieser Wechsel hauptsächlich von den zahlreichen Trugwahrnehmungen, unter denen die Gehörstäuschungen ständig überwiegen. Die Sinnestäuschungen sind so lebhaft, daß sie sogar während der Unterhaltung mit dem Arzte auftreten und die Kranke mehr als das reale Gespräch fesseln. Irgendwelche sicheren Anzeichen von expansiven Ideen sind bisher niemals beobachtet. Während einer fast 14jährigen Beobachtungsdauer ist das Verhalten der Patientin stets geordnet, lebhaft affektiv betont, besonders auch durch altruistische Gefühle dirigiert. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind völlig intakt, Sprache und Schrift einwandfrei. In den letzten Jahren ist mehrmals bemerkt worden, daß die Kranke sich die Hände in ihrem Urin wusch bzw. zu waschen versuchte. Über die Motive ist nichts zu erfahren; man merkt deutlich, daß die Unterhaltung darüber der Kranken peinlich ist. Irgendwelche ethischen Defekte als Ursache dieser Handlungen sind nach dem ganzen sonstigen Gebaren der Patientin mit Sicherheit auszuschließen.

S. P., Bergarbeiterwitwe, geb. 4. X. 1865, aufgen. 29. XII. 1912.

Eine hereditäre Belastung ist nicht zu erweisen. Pat. entstammt sehr ärmlichen Verhältnissen; sie lernte auf der Schule, die sie nur unregelmäßig besucht hat, schwer. Später war sie in landwirtschaftlichen Betrieben bedienstet und heiratete mit 29 Jahren einen Bergarbeiter, der nach wenigen Jahren an Lungentuberkulose erkrankte, der er nach 12jähriger Ehe erlag. Die pekuniären Verhältnisse waren stets sehr ungünstig. Sie hat elfmal geboren, zweimal vor der Ehe (Väter waren verschiedene Männer!), achtmal in der Ehe (davon zwei Fehlgeburten), einmal als Witwe. Als solche hat sie mit einer ganzen Reihe von Männern geschlechtlichen Umgang gepflegt.

Nach dem Tode des Ehemannes war sie nacheinander bei zwei Hofbesitzern eines nahegelegenen Dorfes als Wirtschafterin tätig. Aus der letzten Stellung

ging sie aus nicht ganz aufgeklärten, zum Teil jedenfalls krankhaften Gründen fort; sie hielt sich seitdem (1911) ohne regelmäßige Tätigkeit in verschiedenen Orten auf.

Frau P. wurde in die Anstalt eingeliefert wegen dauernder Zwistigkeiten mit den Hausgenossen; sie wechselte häufig die Wohnung, weil sie sich von den Mitbewohnern verfolgt fühlte, weil es spukte, ihr Gift ins Essen getan, sie behext und bestohlen wurde. Durch ihre Versuche, sich vor ihren Verfolgern zu schützen, denen sie auch mit dem Beile zu Leibe ging, störte sie die Nachbarn. In dem Physikatgutachten heißt es, daß sie stets „einen sonderbaren und unangenehmen Eindruck“ machte.

Pat. glaubt, daß die Verfolgungen gegen sie von dem Besitzer W. in R., bei dem sie zuletzt 2 $\frac{1}{2}$ Jahre in Stellung war, mit dem sie die ganze Zeit hindurch auch in sexuellem Verkehr gestanden hatte, ausgingen, der die „schwarze Kunst“ besäße, d. h. hexen könne. Er habe selbst gesagt: „er habe die Kräfte der schwarzen Kunst“, „solche Menschen, wie er es sei, gäbe es nur wenige“. Den ganzen Tag habe er auf dem Boden gesessen und allerlei betrieben, was kein Mensch wisse; häufig sei er gegen 12 Uhr nachts in den Garten gegangen, habe nachts am Kreuzweg Kräuter zu Tees geholt. Auf solchen Spaziergängen habe sie ihn oft begleiten müssen. Einmal, als sie nachts wieder nach Kräutern suchten, habe sie hinter sich deutlich schwere Tritte vernommen, aber niemand sei vorbeigekommen. Da sei es ihr unheimlich geworden und am Tage danach sei ihr unwohl gewesen und sie habe das Gefühl gehabt, als ob sie Gott fluchen müsse. Dagegen habe W. ihr einen „Himmelsbrief“ gegeben, den sie auf die Brust gelegt habe. Am Abend sei ihr dann plötzlich die Gewißheit gekommen, daß W. schuld an allem sei. Anderen Tags sei sie von W. fortgegangen, obgleich er ihr alles Schlechte angedroht habe.

Sie zog nach K. Sie lebte von einem Kapital von 9000 M., das sie früher von W. für ihre mannigfachen Dienste bekommen hatte, von dem sie aber 3000 M. auf eine Klage W.s hin wieder herausgeben mußte. Sie merkte nun bald, daß W. sie verfolge. „Von W. stammt die ganze Geschichte. Er ist immer zu den Leuten gekommen, wo ich gewohnt habe, und hat mit ihnen durchgesteckt.“ So kam es, daß sie nirgends Ruhe fand, häufig ihre Wohnung, ja selbst den Wohnort wechselte, mit allen Hausnachbarn Streit bekam. Genährt wurde ihre Angst vor W. durch eine Kartenlegerin; sie gab dieser 20 M., damit sie sich das 11. und 12. Buch Mosis kaufe, um W. wieder etwas anzutun. Um die Hexerei W.s aus dem Leibe zu bekommen, hat sie sich auch in H. massieren lassen. W. hielt es auch mit ihrem letzten Hauswirt; dieser sagte ihr, sie würde behext werden, wenn sie W. nicht das von den 9000 M. noch übriggebliebene Geld wieder zurückgäbe. Daraufhin bekam sie solche Angst, daß sie W. tatsächlich 2400 M. zurücksandte, obgleich sie sich damit ihrer letzten Existenzmittel beraubte. Zum Beweise dafür, daß es mit der Hexerei W.s seine Richtigkeit habe, erzählt sie folgende Geschichte: Als sie die letzte Nacht in H. in einem Gasthause logierte, hörte sie nachts plötzlich Schritte in ihrem Zimmer und eine Hand faßte unter ihre Bettdecke. Zuerst betete sie, dann aber, als das nichts half, fluchte sie. „Da ist es plötzlich mit einem Krach durch die Fenster gegangen.“ Als sie Licht machte, war das Fenster wieder geschlossen und eine grüne Spielkarte lag auf dem Fensterbrett.

In der ersten Zeit nach ihrer Überführung in die Anstalt fühlte sie sich frei; aber bald begannen auch hier die Belästigungen: die übrigen Kranken sprachen über sie, der Arzt wußte ganz genau über sie Bescheid. Häufig berichtete sie von Halluzinationen: W. sei am Fenster des Schlafsaales gewesen und habe mit einer anderen Kranken über sie gesprochen, derselben über sein Verhältnis zu hr erzählt usw.

Frau P. kann mit ihren Mitkranken keinen Frieden halten, besonders in Zuständen leichter Erregung, die meist schnell abklingen. Außerhalb dieser Zeiten ist sie ruhig und geordnet. Die Intelligenz steht auf niedriger Stufe, doch lassen sich sicher erworbene Defekte, die nicht durch den unregelmäßigen Schulbesuch und die mangelhafte Beherrschung der deutschen Sprache erklärt werden, nicht nachweisen. Die Urteilskraft besonders ist außerhalb der Wahnideen anscheinend intakt.

Zusammenfassung: Eine von Jugend auf schwach begabte Frau, die jahrzehntelang in den ärmlichsten Verhältnissen gelebt hat, dabei 11 Geburten durchmachte, erkrankt, nachdem sie schon längere Zeit einen sonderbaren Eindruck gemacht hat, anscheinend im 46. Lebensjahre unter den Symptomen des Schädigungswahnes, den sie von ihren Nachbarn, nach Internierung in der Anstalt auch von deren Ärzten, Personal und Kranken herleitet, den sie aber in letzter Linie auf die Hexereien ihres früheren Dienstherrn, mit dem sie mehrere Jahre auch in sexuellem Verhältnis gestanden hat, zurückführt. Dieser hat augenscheinlich die etwas minderbegabte, deswegen sehr abergläubische Frau durch bewußt oder unbewußt eigentümliches Gebaren (wahrscheinlich ist letzteres) in seinen Bann gezogen und auf dem Boden dieser häufigen psychischen Aufregungen ist eine große Angst vor seinen Künsten, sind endlich Verfolgungsideen erwachsen. Der Wahn zeigt bei dieser, wie die Vorgeschichte erweist, sexuell stets sehr begehrliehen Frau zweifellose erotische Komponenten; er ist im übrigen ein sehr einfach angelegter reiner Verfolgungswahn und hat sich während der Zeit der Beobachtung nicht im geringsten geändert. Unterhalten wird er durch Sinnestäuschungen des Gehörs, die im Laufe der Jahre zahlreicher geworden sind. Irgendwelche Zeichen eines erworbenen Defektes sind nicht nachzuweisen, der Gesamteindruck der Persönlichkeit ist in ruhigen Zeiten durchaus äquilibrirt. Nicht unwichtig ist in diesem Falle der Einfluß, den die psychische Infektion von seiten des Dienstherrn, der nach den uns gewordenen Mitteilungen selbst psychisch zum mindesten an der Grenze des Krankhaften zu stehen scheint, auf die Auslösung der Psychose bei der von Jugend auf wenig begabten Person hat. Interessant ist auch die Konsequenz in der Handlungsweise der Kranken, die immer wieder den Versuch macht, aus dem Banne des Hexenmeisters zu entkommen, die ihr Geld für einen Gegenzauber hinauswirft, die auch nicht zögert, ihr letztes Kapital hinzugeben, um seinen Nachstellungen zu entgehen, obgleich sie sich dadurch der Mittel zur Bestreitung der dringendsten Bedürfnisse entäußert.

Fall 6. G. H., Arbeiter, geb. 17. XI. 1859, aufgen. 17. VIII. 1905.

Über erbliche Belastung ist nichts bekannt. Auf der Schule hat H. mittelmäßig gelernt, ist dann Dachdecker geworden. 1880 verheiratete er sich das erstemal; die Ehefrau starb 1890. Er verheiratete sich später wieder; von 9 Kindern, die er zeugte, leben noch 6. 1892 verbüßte er eine einjährige Gefängnisstrafe wegen Diebstahls. Im Anschluß an eine Messerstecherei wurde er 1905 in ein Krankenhaus aufgenommen und von dort nach K. eingeliefert.

Die Erkrankung H.s begann anscheinend 1889. Es erscheint ihm im Traume der Teufel, der ihm im Auftrage des Herzogs von Cumberland 40 000 Taler für seine Seele bot. „Er wollte mich in geistige Versuchung führen, da habe ich aber meinen Hammer genommen und ihn damit verhaun.“ Kurz nachher habe sein Vater ihm angekündigt, daß er Christus werden sollte. Er sei demselben einmal, als er von der Arbeit kam, entgegengegangen, da habe sein Vater ihn beim Kopfe gefaßt und ihm gesagt, er würde noch einmal als Jesus Christus die Welt regieren. Damals habe er noch nicht gewußt, was das bedeuten solle, erst später sei ihm alles klar geworden. Der Herzog von C. habe ihm nun mit allen Mitteln nachgestellt; er habe ihm seinen Trau- und Konfirmationsschein gestohlen, sich selbst für H. ausgegeben, habe versucht, ihn und seine Familie mit Elektrizität umzubringen. Seine erste Frau zu töten, sei dem Herzog von C. gelungen, ihm selbst habe er aber nichts antun können. Der Herzog wohne nicht in Gmunden, wie es immer in den Zeitungen stehe, sondern er sitze unter dem Namen H. im Zuchthause. Auch die Thronbesteigung des Herzogs von Braunschweig sei unwahr. Er (H.) werde, nachdem es ihm in harten Kämpfen gelungen sei, den Teufel, den Verbündeten des Herzogs v. C., zu überwinden, als „König der Ehren“ in Braunschweig, das dann „Neu-Jerusalem“ heißen würde, einziehen und von da aus die ganze Welt, vor allem aber seine Freunde glücklich machen.

Auf den Zeitpunkt des Herannahens des „Paradieses“, in dem er Herrscher wird, wartet H. von Monat zu Monat, von einem christlichen Feiertage zum anderen. Inzwischen kommen immer noch Kämpfe mit dem Teufel und dem Herzog v. C. vor, die ihn „kujonieren“ wollen. Der letztere hat früher oft mit ihm gesprochen, besonders auch zu der Zeit, wo H. im Gefängnisse saß; jetzt hört er ihn nur noch so, „als ob ein Hund ein bißchen bellt“ des Abends, wenn er im Bette liegt.

Wohlgeliebt, meist lächelnden Angesichts ist H. ein in allen landwirtschaftlichen und gärtnerischen Arbeiten geschickter Kranker. Sein Wesen ist stets herablassend und gönnerhaft. Wenn er einmal die Regierung antritt, sollen es alle Menschen gut haben; Armut wird es dann auf dieser Welt nicht mehr geben, ewiger Frühling wird herrschen. Durch Zweifel und Anulkerereien seiner Mitkranken, die er später alle gesund machen will und deren augenblickliche Krankheit er anerkennt, kann er zur Wut gereizt werden, beruhigt sich aber ebenso schnell wieder. Mündlich wie auch schriftlich vermag er seinen Wahnideen in gut verständlicher Weise Ausdruck zu geben, wobei er mit Bibelsprüchen und Gesangbuchversen, deren er eine große Anzahl zur Verfügung hat, deren Pointen er sehr gewandt und passend auf sich und seine Lage anwendet, seinen Worten den nötigen Nachdruck zu geben weiß.

Intellektuelle oder ethische Defekte sind nicht nachzuweisen. Früher hat er mehrfach durch Entweichungen aus der Anstalt sein Los zu ändern versucht, jetzt wartet er geduldig auf den Tag seines Regierungsantrittes, der seiner Ansicht nach bald kommen muß. Seine Wahnideen hat er noch letztthin in derselben Weise, in demselben Zusammenhang und besonders mit derselben Affektbetonung auseinandergesetzt, wie sie im Aufnahmestatus vor acht Jahren verzeichnet stehen.

Zusammenfassung: Ein auf der Schule mäßig beanlagter, dafür im praktischen Leben sehr brauchbarer Mann, erkrankt im 40. Lebensjahre, anscheinend ziemlich akut, unter lebhaften Sinnestäuschungen an Verfolgungswahn, dem expansive Vorstellungen zum mindesten nach kurzer Zeit folgen. Ein religiöses Größenwahnsystem bildet bald das Hauptsymptom, während die persekutorischen Ideen, die sich, anknüpfend an politische Ereignisse, an die Person des Thronprätendenten

knüpfen, erst in zweiter Linie stehen. Der Wahn ist heute nach 15jährigem Bestande der Psychose systematisiert, klar, wird seit den 9 Jahren, wo er in der Anstaltsbeobachtung steht, unverändert produziert; die Sinnestäuschungen sind dagegen im Laufe der Jahre erheblich abgeblaßt. Dem Überwiegen der Größenideen entsprechen Haltung und Benehmen des Kranken, Gedächtnis und Merkfähigkeit lassen nichts zu wünschen übrig, die Affekte sind lebhaft ansprechbar und durchaus adäquat. Nur eines muß bei diesem Krankheitsbilde auffallen: daß dieser Mensch, der außerordentlich lebhaft von seinem Wahne in Anspruch genommen wird, der sich Tag und Nacht mit ihm beschäftigt, dessen Affektivität sonst nicht im mindesten gelitten hat, im Gegensatze zu früher geduldig seine Befreiung aus der Anstalt erwartet, trotzdem ihm täglich der Weg in die Freiheit ohne Schwierigkeiten offen steht, daß er sich selbst vom Reformationsfest auf Weihnachten, von Weihnachten auf Ostern usw. vertröstet und ruhig seine Arbeit tut, wenngleich er sich dieselbe selbst aussucht. Spricht man ihn auf das endlose Verschieben des Termins seines Regierungsantrittes an, so weicht er aus; er hat zweifellos selbst das Gefühl, daß etwas an seinem Verhalten nicht logisch ist, er, der sonst für alles und jedes eine Erklärung, sei es aus der Bibel, sei es sonstwie hat, weiß auf diesen Einwand nichts zu sagen, sondern vertröstet nur mit überlegener Miene auf den nächsten Festtag, an dem nun aber ganz sicher der erwartete Umschwung eintreten werde. Es besteht ohne Zweifel eine leichte, eigenartigerweise auf diesen einen Punkt beschränkte Abschwächung, die mit intrapsychischer Spaltung oder dergleichen natürlich nichts zu tun hat.

Fall 7. K. H., Arbeiterwitwe, geb. 31. III. 1849. aufgen. 21. IX. 1911.

Pat. ist erblich nicht belastet. Sie war von Jugend auf gesund, heiratete mit 26 Jahren und gebar 2 Kinder. Sie erkrankte kurz nach dem Tode des Ehemannes im Jahre 1903. Schon 1906 wurde die Aufnahme in eine Irrenanstalt beantragt, doch abgelehnt, weil die Kranke trotz zweifellos bestehender Geisteskrankheit noch zu keinen Klagen Anlaß gegeben hatte. 1911 erfolgte die Aufnahme, weil sie gegen ihre vermeintlichen Verfolger aggressiv geworden war.

Als Grund dafür gab sie folgendes an: Die Nachbarsleute „giften“ sie unausgesetzt bei Tag und bei Nacht; sie setzen ihr mit „Stich-, Knuff- und Schneidegiften“ zu. Auch wurden vom Nachbarhause, aber auch von ferner liegenden Häusern, „Zieler“ auf sie gerichtet, mittels deren ihr das Blut „herausgezielt“ wurde. Durch die Gifte wird bewirkt, daß sie alle möglichen Gestalten, Tiere u. dgl. sieht. So sieht sie Schlangen, Meeresvieh, Kröten, Schweine im Zimmer, andererseits nackte männliche Körper, steife Geschlechtsteile usw. Fortwährend hört sie dabei Stimmen die ihr alles mögliche zurufen; auch mit Elektrizität wird sie bearbeitet. Das Gift geht durch alle Wände, Fenster und Türen; sie hat deshalb in ihrer Wohnung die Fenster dicht verhängt, alle möglichen Dinge (Plättbrett, Bilder usw.) vor ihr Bett gestellt. Die Belästigungen gingen früher von ihrer Umgebung aus, die einen „Hurenverein“ gebildet hatte, dessen Aufgabe es war, sie gegen ihren Willen zur Wiederverheiratung zu zwingen. Sie habe auf ihre Nachbarn gescholten, weil sie dadurch vor den Anfeindungen kurze Zeit Ruhe bekäme.

Auch in der Anstalt wurde sie bis zu ihrem Tode mit Giften behandelt, besonders mit „Knuff-, Stich- und Leichengift“. Es kam dorthin aber nicht so derb, weil von ihrer Heimatsstadt Br. aus „gezielt“ wurde. Auch in der Anstalt verspürte sie Dünste, die durch das „Zielen“ verursacht wurden und die ihr Durchfälle bereiteten, auch hier fühlte sie die elektrischen Einwirkungen. Die Gehörstäuschungen bestanden ebenfalls weiter: sie hörte, wie ihr aus Br. durch unsichtbare Stimmen mitgeteilt wurde, daß von den Mietern ihres Hauses niemand gekündigt habe, auch wurden ihr telephonisch Mitteilungen gemacht. Sie hörte die „Zieler“, richtig kommen, es gab so „ein kleines Getöse“.

Das Benehmen der Kranken war entsprechend der Menge und Intensität der Belästigungen wechselnd; sie konnte sehr freundlich und liebenswürdig sein, aber auch in gemeinen Ausdrücken schelten; von einer Unordnung im Denken und Handeln war nichts zu bemerken. Sie bestritt auf das lebhafteste, krank zu sein. Die Intelligenz stand auf einer nicht sehr hohen Stufe; erworbene Defekte wie Zeichen psychischen Zerfalles waren nicht nachzuweisen. Sie starb an Diabetes und Tuberkulose.

Zusammenfassung: Im 54. Lebensjahr bricht über eine bis dahin angeblich stets gesunde, erblich nicht belastete Frau kurz nach einer seelischen Aufregung eine Geistesstörung herein, die erst nach achtjährigem Bestehen einen derartigen Grad erreicht, daß ihre Aufnahme in eine Irrenanstalt wegen Gemeingefährlichkeit erfolgen mußte. Grund der Internierung war, daß sie gegen ihre angeblichen Verfolger, die sie von fernher mit Giften bearbeiteten, aggressiv geworden war. Auch in der Anstalt bestand der Verfolgungswahn, eng verbunden mit erotischen Komplexen, fort. Gesichts-, Gehörs- und Gefühlstäuschungen, letztere als Bearbeitung mit Elektrizität gedeutet, gaben dem Wahn neue Nahrung. Ausgingen die Belästigungen von einer ganz bestimmten Gruppe von Leuten; Zweck der Belästigungen war, die Kranke zur Wiederverheiratung zu zwingen. Sie dauerten in der Anstalt fort, aber, und das ist für die Unerschütterlichkeit des Wahnes bezeichnend, sie gingen von denselben Leuten und demselben Orte aus, wie vorher, die neue Umgebung wurde nicht in den Kreis der krankhaften Vorstellungen gezogen. Das Benehmen der Kranken war durchaus zweckentsprechend; sie suchte sich gegen ihre Feinde zu wehren, vor den Belästigungen zu schützen. Die Intelligenz war immer mäßig gewesen, Zeichen erworbener Defekte wie solche psychischen Zerfalles waren bis zum Tode nicht nachweisbar.

Fall 8. W. Sch., Witwe, geb. 14. II. 1873, aufgen. 11. I. 1912.

Pat. ist hereditär nicht belastet. Über ihre Lebensführung bis 1911 ist bekannt, daß sie eine sehr fleißige Frau war, die sich früh (im 19. Lebensjahre) verheiratete, drei bisher gesunde Kinder gebar und seit 1900 verwitwet ist. Sie lebte seither von den Zinsen eines kleinen Kapitals, Unterstützungen von seiten ihrer Verwandten und ihrer Hände Arbeit als Schneiderin. Sie erzog ihre Kinder anständig und hatte nie Not zu leiden.

Die geistige Erkrankung begann Mai 1911. Pat. wurde leicht verstimmt, stiller, kümmerte sich schließlich um nichts mehr. Nach einem Landaufenthalt besserte sich der Zustand wieder, doch blieben stete Klagen über Kopfschmerzen. November 1911 versuchte sie, sich zu erhängen, Dezember 1911 machte sie einen zweiten Selbstmordversuch. Da sie zudem oft aufs Gericht lief, um verschiedene

Personen anzuzeigen, von denen sie sich belästigt fühlte, wurde sie am 4. I. 1912 dem Krankenhause in Br. zugeführt, von wo aus ihre Einlieferung in K. am 11. I. 1912 erfolgte.

Schon im Krankenhause berichtete sie von fortwährenden Verfolgungen eines „Fanatikers im grauen Anzuge“, dessen Stimme sie von der Decke und aus dem Fußboden heraus hörte. Sie verkannte die Personen ihrer Umgebung und sprach viel von Suggestion, die an ihr verübt würde.

Diese „Suggestionen“ begannen am 14. II. 1910, ihrem Geburtstage, in einer Konditorei in H. Es wurde ihr damals etwas in den Kaffee getan; sie schmeckte es nicht, fühlte aber gleich nach seinem Genuß eine eigentümliche Veränderung, ein Ziehen und Sichblähen im Unterleib und in den Beinen. Urheber dieser Suggestion war ein Ingenieur P. aus H., der zwei Jahre vorher gleichzeitig mit ihr und ihretwegen nach Br. gezogen war. In H. hatte sie ihn nur einmal flüchtig gesprochen, in Br. nie, nur an seinem Lächeln erkannte sie ihn. Dieser Ingenieur „gab“ ihr durch Suggestion, daß er sie heiraten wolle; er „präparierte“ sie, d. h. er gab ihr etwas ein, damit sie nicht mehr allein leben konnte. Ende Juni 1900 bekam sie wieder eine „Suggestion“, die für sie bedeutsame „Vierstundensuggestion“. Sie wurde während dieser Zeit gezwungen, alles ihr Vorsuggerierte laut nachzusprechen, darunter viele obszöne Redensarten, obgleich ihre Kinder und ihre Mutter dabeistanden. Diesmal gingen die Suggestionen von ihren Hausmitbewohnern aus, die sagten: P. sei ein schlechter Kerl, den sie nicht haben solle; sie hätten ihm deshalb eine „Falle“ (darunter sei eine gewerbsmäßige Dirne zu verstehen) gestellt. Außerdem wurde sie während dieser Suggestion auch beschimpft: Suggestiondirne, Suggestionmätresse; sie sollte dadurch auch ausgeforscht werden. Viele andere „Suggestionen“ schlossen sich an.

Die „Suggestionen“ finden auch in der Anstalt dauernd statt. Durch Suggestion wird ihr Nasenbluten gemacht, Pulver werden ihr eingegeben, um die Zähne zu lockern und das Zahnfleisch auslaufen zu lassen. Besonders leidet sie aber unter sexuellen Belästigungen, die sie lange Zeit besonders von seiten einer Oberpflegerin währte, die ihr „Hurenpulver“ eingab, die ihr die eigene Schwangerschaft übertragen wollte. Auch von den Ärzten wird sie sexuell belästigt, die zusammen mit anderen Männern im Keller unter ihrem Zimmer sind und auf ihre Gebärmutter drücken, oder im Vorbeigehen ihr suggerieren, daß sie eine Zeitlang, ohne atmen zu können, auf dem Stuhle sitzen muß.

Alles das wird ihr durch zahlreiche Gehörstäuschungen bestätigt. Über Nacht wird sie „verständigt“, daß sie nur „aus Spekulatismus von verruchten Anarchisten“ in der Anstalt gehalten werde; über Nacht wird ihr „suggeriert“, daß sie sich wieder verheiraten müsse. Geschmackstäuschungen lassen sie merken, daß Hurenpulver oder dergleichen im Kaffee war.

Das Benehmen der Kranken ist wechselnd. Meist zeigt sie geordnetes Benehmen, gemessene Haltung, lächelnde Miene, geht, den Kopf in den Nacken geworfen, umher, ist im Verkehr liebenswürdig, wenn auch stets leicht erotisch. Zu anderen Zeiten ist sie erregter, schilt in gemeinen Redensarten, hält dann mit ihren sexuellen Ideen auch vor ihren Kindern nicht zurück, spricht zu ihnen davon, daß sie sich wieder verheiraten müsse und über die Gründe dafür. Sie protestiert unentwegt gegen ihre Internierung in der Anstalt, ist nur auf energischen Zuspruch hin zu einer geregelten Beschäftigung zu bewegen.

Intellektuell bestehen keine Defekte, auch die Urteilskraft erscheint außerhalb ihres Wahnkreises intakt.

Zusammenfassung: Eine jung verheiratete, jung verwitwete Frau aus geistesgesunder Familie erkrankt im 38. Lebensjahre unter

den Zeichen eines Depressionszustandes. Nach scheinbarer Besserung macht sie mehrere, anscheinend nicht ganz ernst gemeinte Selbstmordversuche, belästigt die Gerichte, so daß sie der geschlossenen Anstalt überwiesen wird. Hier zeigt sie seitdem lebhaftere persekutorische Ideen, in denen erotische Komplexe zahlreich und vorherrschend nachzuweisen sind. Die Verfolgungen leitete sie anfangs von einem einzelnen Manne, der anscheinend tiefen Eindruck auf sie gemacht hat, her, später verallgemeinerte sie sie auf ihre Umgebung; auch jetzt ist ihre Umgebung, sind besonders Ärzte und Pflegerinnen die Urheber ihrer Leiden. Der Wahn ist in diesem Falle ein typischer körperlicher Beeinflussungswahn; die Beeinflussungsideen beziehen sich fast ausschließlich auf die Geschlechtssphäre. Neben perversen Gefühlen (vielleicht auch Gefühls-täuschungen?) sind sichere Gehörs- und Geschmackshalluzinationen nachzuweisen. Haltung und Benehmen der Kranken lassen ihr in der Regel die erotischen Ideen vom Gesichte ablesen; sie ist dabei lebenswürdig, weiß sich völlig geordnet zu unterhalten und zeigt ein klares Urteil, wie es auch ihr Vorleben erwarten läßt. Zeitweise, wenn Halluzinationen und perverse Empfindungen stärker werden, ist sie wie ausgewechselt. Sie spricht dann in den deutlichsten Ausdrücken von ihren sexuellen Belästigungen, was sie in ruhigeren Zeiten nicht tut. Sie kämpft dauernd für ihre Entlassung, da sie nicht geisteskrank sei und sucht ihre Kinder zu überreden, Schritte für ihre Befreiung zu unternehmen.

Wahnideen, persekutorische wie expansive, beherrschen in allen beschriebenen Krankheitsfällen die Menschen, Wahnideen, die in einem Alter entstanden sind, wo ein genügender Schatz von Erfahrungen, von gefühlsbetonten Vorstellungskomplexen erworben ist, aus dem die krankhaft gereizte Psyche schöpfen kann. Demgemäß sind die krankhaften Vorstellungen, da nebenbei keine Lockerung des Ablaufes der Vorstandesfunktionen statthat, logisch aufgebaut, zum größten Teile auch für den Geistesgesunden in ihrer Ausgestaltung durchaus verständlich, vor allem die Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. Die Ehefrau, die von Eifersuchtsideen gegenüber dem Gatten erfüllt ist und demgemäß auch unverfängliche Situationen im Sinne ihrer Idee auslegt, die Geschäftsfrau, die, von der Sorge ums tägliche Brot zermüht, den vielleicht tatsächlichen leichten Rückgang ihres Geschäftes als Folge der Anfeindungen und des unlauteren Wettbewerbes ihrer Konkurrenten ansieht, die vermögende alte Jungfer, die Nachstellungen von seiten ihrer Verwandten, die sie bereits zu Lebzeiten zu beerben trachten, wähnt, die abergläubische ältere Frau aus niederen Ständen, die in jahrelangem intimem Zusammenleben mit einem zum mindesten eigenartigen Manne mystifiziert, sich von ihm übernatürlich beeinflußt fühlt, die Witwe, die nach dem nach langjähriger Ehe erfolgten Tode des

Gatten die hämischen Bemerkungen und Anfeindungen ihrer Nachbarn fürchtet und deshalb wähnt, endlich die jung verwitwete Frau, die in eigenartiger Verknüpfung von Wunsch- und Befürchtungskomplexen ihre sexuelle Ehre angegriffen fühlt: sie alle sind in ihren Ideen für den Geistesgesunden durchaus verständlich, haben jedenfalls im normalen Geschehen nach den Erfahrungen eines jeden ihre Analoga. Schon mancher derartige Kranke hat richterliche Verfolgungen in Szene gesetzt, bevor der Mangel jeder tatsächlichen Unterlage die krankhafte Natur der Nachstellungen offenbar machte. Als „unsinnig“ kann man keine der erwähnten Vorstellungen bezeichnen; alle sind Abbilder tatsächlicher Vorgänge oder wenigstens Möglichkeiten, wenngleich sie entsprechend den zugrunde liegenden pathologischen Prozessen extrem vergrößert bzw. krankhaft verzerrt sind.

Das gilt auch für die Art der persekutorischen Ideen, die man als Beeinflussungswahn zu bezeichnen gewohnt ist. Es ist eine allbekannte Tatsache, daß ein Mensch auf den anderen suggestiven oder hypnotischen Einfluß auszuüben imstande ist. Die Telepathie, das Gedankenlesen erfreuen sich in den Kreisen der weniger Gebildeten, die gerade ein großes Kontingent dieser Art von Wahnsinnigen stellen, eines viel regeren Interesses und viel größerer Anhängerschaft als in gebildeten Kreisen; was Wunder, daß ein derartiger Mensch, der noch zudem das ganze Problem nur halb oder noch weniger verstanden hat, wenn er in Geisteskrankheit verfällt, die ihm selbst unverständlichen Regungen auf diese geheimnisvolle Weise (s. z. B. Fall 8) zu erklären sucht. Ganz nahe steht diesen Erklärungsversuchen sicherlich der Aberglaube, aus dem heraus im Falle 5 der Wahn erwachsen ist; wo in solchen Fällen das noch Physiologische aufhört und das Pathologische beginnt, ist oft nur aus den Begleitumständen und dem Verlaufe zu entscheiden. Jedenfalls deutet ein solcher Wahn noch nicht auf einen Zerfall der Persönlichkeit; auch er ist dem Geistesgesunden noch verständlich.

Weit mehr Schwierigkeiten bieten für unser Verständnis die Krankheitsfälle mit primären Größenideen. Daß die Kranken, die sich Jahrzehnte hindurch von ungewöhnlichen Verfolgungen bedrängt fühlen, zu einer ungewöhnlich hohen Auffassung von ihrer Person und daraus resultierend als logischer Schlußfolgerung zu Größenvorstellungen gelangen, ist schließlich verständlich; daß aber ein Mensch sich ohne vorausgehende wesentliche persekutorische Vorstellungen, ohne den pathologischen dauernden Reiz, als Christus oder Gottgesandten wähnt, wie es sowohl im Falle 6 dieser, wie in den Fällen 5 und 6 meiner früheren Publikation statthat, ist weit weniger verständlich. Als Erklärung ist wahrscheinlich heranzuziehen, daß es sich in allen drei Fällen um religiöse Größenideen handelt, d. h. um lebhaft die Phantasie und das Gefühlsleben anregende, affektbetonte Komplexe, die gerade auf geistig

minderbegabte Personen, wie sie nach meiner Erfahrung unter den Nicht-Schizophrenen das größte Kontingent der Religiös-Wahnsinnigen stellen, besonders tief einwirken, Komplexe, die bereits noch in die Gesundheitsbreite fallende Psychen in exaltierender Weise zu beeinflussen imstande sind.

Kein Wahn gleicht dem anderen, weder in den oben beschriebenen noch in den früher veröffentlichten Fällen. Ebenso wie das Geistes- und Gefühlsleben jedes in psychischer Gesundheitsbreite Stehenden seine Eigenart zeigt, so wird diese Eigenart auch von den im späteren Lebensalter Erkrankten in die Psychose mit hinübergenommen. Abhängig ist diese Eigenart von den verschiedensten Faktoren, von denen die ererbte Veranlagung, die Erziehung und die Bildung wohl die ersten Stellen einnehmen. Die Einwirkung der Bildung tritt bei den in Frage stehenden Kranken am deutlichsten hervor. Je höher die Bildungsstufe, auf der der Kranke steht, desto komplizierter fällt der Wahn aus, desto reichere Blüten pflegt derselbe im Decursus morbi zu treiben. Tut er das nicht, so spricht das für einen Defektosität setzenden Prozeß. Die Erziehung wirkt ebenso bei den in Frage stehenden Kranken modifizierend auf den Wahn und besonders auf das Verhalten im Wahn ein. Der Grad der Selbstbeherrschung, das Maß der Beherrschung der gesellschaftlichen Formen, das in gesunden Tagen den Ablauf des Verhaltens regelte, wird auch in die Krankheitszeit mit hinübergenommen, und es bedarf meist jahrzehntelanger vermeintlicher Quälereien und Nachstellungen, um einen solchen Kranken sich vergessen zu lassen. Selbstverständlich spielt hierbei schon die ererbte Anlage eine Rolle. Wie die Selbstbeherrschung und Anpassungsfähigkeit des Geistesgesunden gegenüber den verschiedenen ihn treffenden Ungelegenheiten im Kampfe ums Dasein eine äußerst verschiedene ist, so ist noch vielmehr das Verhalten derartiger Geisteskranker, die, wie allgemein anerkannt ist, stets von Jugend auf leichter ihr seelisches Gleichgewicht verlieren als psychisch gesunde Individuen, ein sehr verschiedenes. Nach längerem Bestehen der Erkrankung pflegt allerdings die Selbstbeherrschung dieser Kranken immer zu leiden, immer aber wird es auch dann ruhigere Zeiten geben, in denen die Umgangsformen die alten sind. Stärkere Abweichungen des ethischen Verhaltens von der Norm, die man als ethischen Defekt bezeichnen könnte, sind den beschriebenen Krankheitsbildern fremd. Überhaupt gibt uns die Betrachtung der Gesamtpersönlichkeit, wie sie vor der Erkrankung war, in vielen Fällen den Schlüssel auch für sonst nicht ganz verständliche Handlungen und Wahnideen. Der Wahn schöpft eben aus der vorpsychotischen Persönlichkeit mit ihrem Wissen und ihren Neigungen; nur schon vorher angelegte Strebungen entfalten sich im Wahn in exzessiver Weise.

Schon im Leben des Geistesgesunden bildet einen Maßstab für den

Grad der Ordnung im Denken die Ordnung im Handeln. Bei den in Frage stehenden Kranken ist schon bei der epikritischen Zusammenfassung die meist mit äußerster Zähigkeit durchgeführte Konsequenz im Handeln betont worden. Unbekümmert um ihr Fortkommen verläßt die vermeintlich betrogene Ehefrau den Gatten, an dessen Seite sie ein sorgenfreies Leben führen kann; unbekümmert um die Folgen weist die Geschäftsfrau Kunden, die ihr zur Schikane von Konkurrenten zugeschickt sind, ab, wenn sie auch ihr Geschäft zugrunde richtet; um dem Hexenmeister zu entfliehen, gibt eine Frau ihre Stellung auf, wechselt wiederholt Wohnort und Wohnung, ja, sie gibt ihr Letztes hin, um sich aus seinen Zauberspannen zu befreien; gegen ihre vermeintlichen Verfolger suchen die Kranken bei den Gerichten, der Polizei, den Staatsbehörden Schutz, gegen deren Angriffe suchen sie sich durch Verbarrikadieren der Zimmer, durch Bandagen, unter Umständen auch mit der Waffe zu schützen. Sie verwenden also Mittel, deren sich auch der Geistesgesunde gelegentlich bedient, um allem Streit aus dem Wege zu gehen, um sich vor Nachstellungen zu befreien. Wüßten wir z. B. nicht, daß in unserem ersten Falle von seiten des Ehemannes kein Grund zur Eifersucht gegeben ist, so könnte man das Handeln der Kranken, wie es sich in den ersten Jahren äußert, wohl verstehen und für richtig halten. Auch die Angst vor den Verwandten im zweiten Falle ist uns ebenso verständlich wie die mannigfachen Versuche, sich vor denselben zu schützen; beiden gleichen verbürgte Begebnisse der Tagesgeschichte aufs Haar. Allerdings fällt eins in bezug auf die Handlungen als krankhaft auf: die Maßlosigkeit der Reaktionen. Es fehlen unseren Kranken zweifellos Hemmungen, die den psychisch Gesunden zum Verkehr mit seinen Mitmenschen tauglich machen, oder aber dieselben sind wenigstens der krankhaften Gefühlsbetonung der wahnhaften Vorstellungen an Stärke nicht gewachsen. Zwar hört man von derartigen Kranken gelegentlich, daß sie ein Auge zudrücken, versuchen wollen, sich den neuen Verhältnissen anzupassen, vermeintliche Anfeindungen in den Kauf zu nehmen, aber meist geschieht das nur in den ersten Jahren der Krankheit oder aber später so lange, als sie sich in der geschlossenen Anstalt in Versuchen erschöpfen, die Freiheit wiederzugewinnen. Es sind meist mehr oder minder geschickte Dissimulationsversuche, die oft schon der geringste Widerstand, ein abschlägiger Bescheid oder dergleichen aufdeckt. Mit welcher Zähigkeit und Verbissenheit derartige Kranke beim Kampfe um ihre Idee vorgehen können, ist bekannt. Ein nicht gering einzuschätzendes Moment für die Beurteilung und Klassifizierung unserer Kranken ist der Umstand, daß sie oft mit gleicher Zähigkeit auch altruistischen Bestrebungen nachgehen, wenngleich ein egoistischer Kern meist wohl immer dahinter steckt; daß aber die Sorge um die Angehörigen manche Kranke mit zum Kampfe um Leben, Freiheit und Ehre antreibt,

ist zweifellos. Besonders einfach liegen die eben besprochenen Verhältnisse bei den zum größten Teile dieser Gruppe angehörenden Fällen von Querulantenwahnsinn zutage. Bei diesen Leuten kann man direkt von einer Hypertrophie des Rechtsbewußtseins sprechen, dessen Krankhaftigkeit zu Anfang noch fraglich erscheinen kann (sich ja häufig dauernd auf dieser Stufe hält), das dann aber immer deutlicher krankhafte Bahnen einschlägt.

Die Gruppe der Kranken, die wir behandeln, stellt in den Irrenanstalten oft sehr wertvolle Arbeitskräfte, wertvoll nicht nur der Quantität, sondern besonders der Qualität nach. Wenn an reinem oder fast reinem Verfolgungswahn Leidende die ihnen zugewiesene Arbeit tun, solange die Belästigungen nicht zu intensiv sind, so ist das durchaus erklärlich und entspricht dem vorhandenen, auf normalen Urteilsregungen beruhenden Drange nach Beschäftigung, zumal die Kranken selbst meist merken, daß während der Beschäftigung die Verfolgungsideen etwas zurücktreten. Anders bei den Größenwahnsinnigen. Daß Fürstentöchter fleißig in der Nähstube unter den übrigen Kranken arbeiten, der künftige Christus ein fleißiger Gärtner ist, der künftige Millionär sich als fleißige Schreibkraft bewährt, erscheint auf den ersten Blick sonderbar. Geht man den Motiven nach, so werden die mannigfachsten Gründe angegeben: der künftige Christus erklärt, auch der erste Messias sei ein einfacher Mann gewesen und habe grobe Arbeit verrichtet; die Fürstentochter rechtfertigt sich, sie tue es nur zum Zeitvertreib. Oft spielen heimliche Beweggründe eine Rolle: der künftige Millionär, der auf dem Bureau hilft, drängt sich zu dieser Tätigkeit, weil sie ihm das nötige Papier für seine Erklärungen und Beschwerden bietet, eventuell ihm auch die Möglichkeit gibt, Briefe hinauszuschmuggeln. In anderen Fällen mag es das Bestreben sein, auf andere Menschen einen gewissen Einfluß auszuüben, die die Patientinnen unter ihre Mitkranken drängt, was natürlich zu dauernden Zwistigkeiten mit den Arbeitsgenossinnen führt, so daß man oft gezwungen ist, sie, obwohl die brauchbarsten Arbeiterinnen, aus dem Kreise zu entfernen. Oft endlich wird angegeben: ja, der Mensch müsse doch etwas tun, und bis man sich die Arbeit aussuchen könne, müsse man eben fürlieb nehmen. In allen Fällen ist nicht zu verkennen, daß diese Kranken in der Arbeit sehr wählerisch sind und sich dieselbe am liebsten selbst aussuchen. Man hat auch in bezug auf ihre Tätigkeit bei diesen Kranken das Gefühl, daß es sich um ein natürliches Betätigungsbedürfnis handle, das von dem normaler Menschen nicht verschieden ist. Daß einer der in Frage stehenden Kranken, wie ein mir bekannter Schizophrener, ein vermeintlicher König, mit überlegener Miene sein mit bunten Bändern, Flittern und alten Blechstücken geschmücktes Scepter in der Hand, in großen Eimern das Schweinefutter herumträgt, ist ausgeschlossen. Die sich darin kennzeichnende Uraus-

geglichenheit der Strebungen, der intrapsychische Zerfall, ist ja eben das sichere Zeichen für einen der paranoiden Form der Dementia praecox zuzurechnenden Zustand.

Ein kleiner Teil der in Frage stehenden Kranken ist zu keiner Arbeit außer der für die eigene Person zu bewegen. Jahrelang sitzen die Kranken untätig umher, hetzen noch andere Kranke auf, gleichfalls nichts zu tun und bilden so eine Crux für die Irrenanstalten, da sie, intellektuell durchaus auf der Höhe, auch sonst stets Schwierigkeiten machen, intrigieren, mit lächelnder Miene die kleinen Nachteile, die ihnen aus der Untätigkeit erwachsen, in den Kauf nehmen; „wenn ich in der Freiheit bin, werde ich arbeiten, dann weiß ich, wofür ich es tue“, lautet die ständige Antwort, die man auf Vorhaltungen zu hören bekommt.

Ein Menschenleben hindurch kämpfen diese Kranken den Kampf gegen ihre vermeintlichen Feinde, den Kampf um ihr Recht und ihre Freiheit; noch auf dem Sterbebette protestieren sie gegen ihre Internierung, fluchen sie ihren Verfolgern, klagen sie, daß sie, die Hochgeborenen, auf so einfachem Lager sterben müssen. Nie kommt es vor, daß sie, ähnlich wie der wegen seiner Unsauberkeit im kahlen Einzelzimmer auf den Strohsack gebettete Paralytiker, im Himmelbett in seinem Palast zu liegen meint, sei es auch nur in extremis, ihre Umgebung im Sinne ihres Größenwahnes illusionär verfälschen; im Gegenteil, gerade das Empfinden des Mißverhältnisses zwischen den Ansprüchen, die sie vermöge ihrer vermeintlichen hohen Stellung machen zu können glauben und der Einfachheit ihres Sterbelagers läßt sie noch den letzten Seufzer über die Ungerechtigkeit der Ärzte und ihrer Verfolger, die sie von ihrem Reichtum zurückhalten, ausstoßen.

Man kann also das Handeln der in Frage stehenden Kranken mit Recht als das Abbild des Handelns geistig gesunder Individuen bezeichnen. Freilich, wie die Vorstellungen in den späteren Stadien des psychischen Leidens oft nur ein verzerrtes Abbild normaler Ideen sind, so werden auch die Handlungen eigenartiger. Es kommt zu Handlungen, die uns auf den ersten Blick unverständlich bleiben. Meist werden die zugrunde liegenden krankhaften Vorstellungen durch genaue Exploration zu erfahren sein, oft aber wird es uns bei den an sich mißtrauischen Kranken, die zudem sicherlich oft selbst noch ein unbestimmtes Gefühl für die Eigenart ihrer Handlungen haben, auch nicht gelingen, die Beweggründe dafür zu erfahren. „Unsinnige“ Handlungen muß ich nach meiner Erfahrung bei den fraglichen Kranken als ausgeschlossen betrachten.

Einen breiten Raum nehmen in den Schilderungen der Leiden solcher Patienten die krankhaften Empfindungen auf den verschiedenen Sinnesgebieten ein. Die Sinnestäuschungen sind es zweifellos, die die Kranken am meisten belästigen; keiner der Kranken ist ganz frei von Sinnes-

täuschungen. Die einen halluzinieren mit allen Sinnen, die anderen mit dem einen oder dem anderen Sinnesgebiet. Dominierend sind in fast allen Fällen die Gehörstäuschungen¹⁾; sie geben für die übrigen Trugwahrnehmungen die Erklärungen, für die wahnhaften Ideen die Bestätigung ab. Die übrigen Sinnestäuschungen begleiten hauptsächlich besondere Wahnarten: Geschmacks- und Geruchstäuschungen den Vergiftungswahn, Gesichtstäuschungen den Eifersuchtswahn, Gefühlsstörungen den Wahn körperlicher Beeinflussung usw. Das zeitliche Verhältnis der Entstehung der Sinnestäuschungen zu der der Wahnideen ist oft nicht mit Sicherheit zu entscheiden; in der Regel ist wohl die Wahnidee das primär entstandene Symptom, und erst auf dem durch sie krankhaft vorbereiteten Boden entstehen Sinnestäuschungen; in anderen Fällen scheinen mir allerdings, wie ich in einer früheren Arbeit auszuführen bemüht war, die Wahnideen die Resultate aus den krankhaften Sinnesempfindungen gewesen zu sein. Eine prinzipielle Bedeutung für die Beurteilung dieser Krankheitsfälle hat diese Frage auch nicht, da, wie Pilcz, Neisser, v. Hoesslin, Berger u. a. nur zugestimmt werden kann, keine paranoide Erkrankung ganz ohne Sinnestäuschungen abläuft.

Die Reaktion auf diese Sinnestäuschungen ist nun ebenfalls eine durchaus verständliche. Daß sich der durch unangenehme Gehörstäuschungen Belästigte die Ohren verstopft, der durch Visionen Geplagte die Fenster verdunkelt, die Augen schließt, der von Gefühlsstörungen Verfolgte seinen Körper mit Bandagen, mit ganzen Rüstungen sonderbarer Art zu schützen sucht, ist ebenso verständlich wie die Reaktion, die unangenehme Geschmacks- und Geruchstäuschungen hervorzurufen pflegen: gänzliche oder teilweise Nahrungsverweigerung. Auch diese Reaktionshandlungen sind, wenngleich sie oft ein etwas possenhaftes Aussehen haben, nie unsinnig; die Nahrungsverweigerung z. B. erreicht nach meinen Erfahrungen nie einen derartigen Grad, daß zur Zwangsfütterung geschritten werden müßte, der natürliche Drang nach Ernährung, sei es auch nur, um den Kampf gegen die Verfolger fortsetzen zu können, ist stärker als die Abscheu vor den Speisen, gerade so, wie der geistig Gesunde unter Umständen ihm sonst ekelhafte Dinge ißt, um sein Leben zu erhalten. Aber doch sind es die Sinnestäuschungen viel mehr als die Wahnideen, die maßlose Reaktionen hervorzurufen pflegen, soweit es sich nicht um direkt vitale Interessen handelt. Das erklärt sich zwanglos daraus, daß die unaufhörlichen Quälereien, denen die Kranken sich ausgesetzt fühlen, die Affektivität im Sinne der Labi-

¹⁾ Unter den von mir veröffentlichten insgesamt 15 Krankheitsgeschichten derartiger Patienten berichten sämtliche 15 von Gehörstäuschungen, 12 daneben von Gesichtstäuschungen, je 8 von Geschmacks- und Gefühls-, 6 von Geruchstäuschungen.

lität beeinflussen, was notwendig zu einer Verstärkung der Reaktionen führt.

Durch ihre Unveränderlichkeit, die Verknüpfung der wahnhaften Vorstellungen zu einem System, dem alle neuen Züge, alle späteren Sinnestäuschungen eingefügt werden, durch die Konsequenz der Handlungen charakterisiert, währt die Erkrankung Jahrzehnte hindurch bis zum Tode des Individuums. Da die Erkrankung die Lebensdauer nicht abkürzt und meist erst in einem Alter beginnt, wo ein großer Teil der dem Leben drohenden Gefahren überstanden ist, so ist es kein Wunder, daß die Patienten, die demnach fast ausnahmslos zu den langlebigen Menschen zu rechnen sind, in der letzten Lebenszeit den Veränderungen, die das Alter für Körper und Geist mit sich bringt, eine günstige Angriffsfläche bieten. Besonders scheint es, auch nach Kleists Erfahrungen, denen sich meine nur anschließen, daß die Arteriosklerose bei ihnen einen günstigen Boden zur Entwicklung findet. Daß dieselbe in manchen Fällen die Gehirnarterien weit stärker als die peripheren Gefäße befällt, ist nach unseren heutigen Kenntnissen vom Wesen und der Entstehung der Aderverkalkung kein Wunder. Man kann sich vorstellen, daß die dauernden Reize, die die zahllosen Sinnestäuschungen, die mannigfachsten Wahnideen, die noch dazu zu dauernden Konflikten mit der Umgebung führen, oft zu jahrzehntelanger Internierung in einer Irrenanstalt und damit zu dauernden Kämpfen, Hoffnungen und Enttäuschungen, alles starken Affektschwankungen, auch dauernde Druckschwankungen im arteriellen System herbeiführen, die als eines der Hauptmomente für die Entstehung der Gefäßerkrankung angesehen werden. Die Arteriosklerose scheint bei vielen dieser Kranken in relativ jungen Jahren aufzutreten. Ihr ist es wahrscheinlich in den allermeisten Fällen zuzuschreiben, daß, nachdem der Kampf um den Wahn oft ein Menschenleben hindurch mit aller Erbitterung und Konsequenz geführt worden ist, die geistige Spannkraft nachzulassen beginnt. Es ist für die sich entwickelnde psychische Abschwächung bezeichnend, daß bei ihr, wie bei den höheren Graden der noch physiologischen senilen Einengung, in erster Linie die Fähigkeit, neue Eindrücke dem Wissensschatz einzufügen und mit den älteren logisch zu verbinden, eine Einbuße erfährt. Dementsprechend werden in diesem Stadium die neuen Blüten, die der Wahn, wenn auch spärlicher als früher, immer noch treibt, nicht mehr mit dem Wahnstamm innig verbunden; sie bestehen kurze Zeit neben den alten Ideen, die in gleicher Gestalt wie schon Jahrzehnte hindurch, fortbestehen, um nach mehr oder minder langer Zeit der Vergessenheit anheimzufallen und neuen Ideen Platz zu machen. Daß diese Wahnvorstellungen, da die Direktion von einem höheren Begriffe aus, von einer Leitidee her fehlt oder nur sehr schwach vorhanden ist, krauser und zusammenhangsloser werden, jedenfalls mit dem Grundwahn, der,

wie immer wieder betont sei, gegen früher unverändert daneben besteht, oft nur wenig Berührungspunkte haben, ist durchaus erklärlich.

Aus der Schilderung der Symptome und des Verlaufes geht bereits hervor, daß die Intelligenz bei den in Frage stehenden Kranken keine Einbuße erleidet, abgesehen von der in den letzten Stadien eintretenden Abschwächung. Die Kranken sind zeitlich und örtlich stets orientiert und stehen nach Gedächtnis und Merkfähigkeit durchaus auf der Höhe der geistesgesunden Menschen, ja, beide Qualitäten setzen oft direkt in Erstaunen. Schwieriger ist in derartigen Fällen die Frage nach dem Verhalten der Urteilskraft zu entscheiden, besonders in älteren Fällen, in denen die von Wahnideen relativ freien Zeiten recht selten und kurz sind. Man kann aber doch immer feststellen, daß sowohl die außerhalb des Wahnes liegenden Verhältnisse richtig, oft scharfsinnig beurteilt werden, als auch die in den Bereich des Wahnes fallenden Urteilsassoziationen einen vom Standpunkte des Wahnes aus durchaus verständlichen Ablauf nehmen. Daß dabei die Urteilsassoziationen besonders nach langem Bestande des Leidens gern in die durch den Wahn ausgefahrenen Bahnen abirren, ist nicht verwunderlich, steht jedenfalls mit den Erscheinungen, die jeder Geistesgesunde gelegentlich an sich selbst nachweisen kann und die uns oft zu schweren Fehlschlüssen verleiten, in engem Zusammenhange; daß diese Abirrungen beim Wahnsinnigen leichter und öfter zustande kommen, ist verständlich. Jedenfalls läßt sich kein Modus der Urteilsbildung nachweisen, der von dem geistesgesunder Individuen wesentlich abweicht. Ebenso wenig wie die Intelligenz ist die Ethik dieser Kranken von der gesunder Menschen verschieden. Schwankend kann man in dieser Ansicht manchmal werden durch das übermäßig starke Hervortreten erotischer Komponenten im Wahnbilde, wie es auch in manchen der vorbeschriebenen Fälle zu finden ist, die das normale Schamgefühl zurückzudrängen scheinen. Doch ist zu betonen, daß es sich in diesen Fällen nur um Phasen der Erkrankung handelt, in denen eine allgemeine Erregung infolge von lebhafteren Wahnideen, zahlreicheren Sinnestäuschungen, Konflikten mit der Umgebung usw. eingetreten ist und im Anschluß an diese das erotische Fühlen so lebhaft in den Vordergrund des Interesses tritt, daß Haltung und Redeweise — nur um diese handelt es sich — der Kranken von ihm beherrscht werden und die Grenzen der Schicklichkeit hart streifen oder etwas überschreiten, während sich in den ruhigeren Zeiten das normale Schamgefühl geltend macht. Zu einem dauernden Defekt kommt es auch in dieser Beziehung nie.

Etwas anders ist der intellektuelle Zustand in den letzten Stadien des Leidens. Es kommt in ihnen — sofern die Psychose nicht durch den Tod des Individuums ein vorzeitiges Ende findet — zu einer starken Einengung des Interessenkreises zugunsten der herrschenden Wahn-

ideen, zu egozentrischer Umwandlung des Gefühlslebens. Darunter leidet natürlich das Urteil, das gemäß den krankhaften Ideen gefärbt wird; doch ist die Urteilsschwächung bei weitem nicht so groß, wie es zuerst scheint. Sobald es einmal gelingt, den Kranken interessierende Saiten, die außerhalb seines Wahnes liegen, anzuschlagen, findet man scharfe Urteilskraft, wobei sich dann die völlige Intaktheit des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit offenbart. In einem Teile der Fälle ist aber doch zweifellos mit der schon oben beschriebenen zunehmenden Zusammenhanglosigkeit der neugebildeten Wahnideen eine mehr oder minder starke Abnahme von Gedächtnis- und Merkfähigkeit, eine gewisse Gleichgültigkeit für außerhalb des krankhaften Vorstellungskreises liegende Dinge, eine stärkere Einseitigkeit des Urteils in den letzten Stadien der langen Krankheit nachzuweisen; dabei erreichen die in Frage stehenden Störungen nie extreme Grade. Es ist schon darauf hingewiesen worden, daß in diesen Fällen sich meist arteriosklerotische Prozesse oder senile Veränderungen finden. Die Frage, ob daneben noch eine nur durch den dieser Art von Psychosen zugrunde liegenden Krankheitsprozeß an sich verursachte Abschwächung der intellektuellen Fähigkeiten vorkommt, ist heute nicht mit Sicherheit zu beantworten. Meiner Ansicht nach sind in allen Fällen, in denen während der letzten Stadien der Krankheit eine Defektuosität mäßigen Grades nachzuweisen war, Veränderungen der beschriebenen Art zu finden, denen die Störung zur Last gelegt werden kann.

Das Leiden ist ein exquisit chronisches und unheilbar; es erstreckt sich, soweit nicht vorzeitig der Tod eintritt, über Jahrzehnte und dauert langsam progressiv bis zum Tode an, der durch interkurrente Leiden, häufig durch Hirnblutung oder andere arteriosklerotische Prozesse herbeigeführt wird. Der Verlauf ist im allgemeinen ein stetig progressiver, doch kommen besonders im Beginne des Leidens weitgehende Remissionen vor, die aber nie so weit gehen, daß eine völlige Heilung eintritt. Es handelt sich dabei um ein mehr oder minder lange dauerndes Zurücktreten des Wahnes; die Kranken werden zuzeiten in dem Realitätsbewußtsein der sie treffenden Verfolgungen schwankend, geben die Möglichkeit eines Irrtums zu. Sie versuchen dann meist, den letzten Rest zu dissimulieren, um nicht mehr als krank zu gelten; sie weichen Unterhaltungen über ihre Krankheit aus, an sich schon ein sicheres Zeichen, daß der Wahn noch, wenn auch in geringerer Intensität fortbesteht. Die Remissionen haben in der Regel keine lange Dauer; äußere oder innere Gründe bringen die Krankheit bald auf die frühere Höhe oder meist darüber hinaus. In den späteren Jahren der Krankheit kommt es nicht mehr zu so weitgehenden Besserungen. Dagegen finden sich auch dann noch Schwankungen in der Stärke und dem Hervortreten der Wahnideen und Halluzinationen, die aber nach meinen Erfahrungen, die nur die anderer

Autoren bestätigen, nie regelmäßig — ähnlich den Phasen des manisch-depressiven Irreseins — sind, sondern, abhängig von äußeren Einflüssen, Konflikten mit der Umgebung, leichten körperlichen Erkrankungszuständen, zeitlich regellos auftreten, nur bei Frauen gelegentlich zeitlich mit der Menstruation zusammenfallen können, es aber nicht müssen. Diese Schwankungen können in höchster Steigerung zu Zuständen führen, die sich als leichte Bewußtseinstrübungen charakterisieren, mit massenhaften Sinnestäuschungen, äußerst lebhaften, affektstarken Verfolgungsideen einhergehen und zu gesteigerten Reaktionen führen, in denen sie leicht aggressiv werden, auch mit der Waffe in der Hand gegen ihre Verfolger vorgehen, überhaupt weniger Hemmungen in ihren Handlungen zeigen; zu ausgesprochener Tobsucht kommt es nicht. Derartig hochgradige Störungen finden sich indessen sehr selten. Erheblich häufiger sind die geringfügigeren Schwankungen, in denen es aber auch schon zu Reaktionen kommen kann, die mit dem sonstigen Verhalten der Kranken in Widerspruch stehen, wie wir es z. B. bei der Patientin 8 finden. In den späteren Stadien der Krankheit wird mit der größeren Stabilisierung des Wahnes die Haltung und Stimmung der Kranken erheblich gleichmäßiger; Widerstand, Nichtanerkennung der Größenideen, Abschlagen eines Wunsches kann auch dann noch momentane Erregungen hervorbringen, die aber mit denen an der Grenze der Senilität stehender Individuen übereinstimmen und ebenso schnell, wie sie gekommen, wieder verschwinden, wobei oft das normale Gefühl, dem Unmut zu freien Lauf gelassen zu haben, zurückbleibt.

Die Erkrankung beginnt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle im späteren Lebensalter. Unter 15 Fällen begannen nur zwei am Ende des 3. Jahrzehnts, zwei weitere im 4., sechs im 5. und fünf im 6. Lebensjahrzehnt. Als Durchschnittsalter ergeben sich 44 Jahre, der jüngste Patient war bei Beginn der Psychose 28, der älteste 59 Jahre alt. Das Leiden trifft nach meinen Fällen in etwa 53% Menschen, die von Jugend auf eigenartig waren, sei es, daß sie als scheu und zurückgezogen, mißtrauisch, absonderlich, unlenksam, sei es, daß sie als leichtgläubig oder wenig begabt bezeichnet werden. Für den Prozentsatz der hereditären Belastung kann nach dem mir zu Gebote stehenden Material keine sichere Zahl angegeben werden, da die Anamnese in einem Teile der Fälle in dieser Beziehung absolut ungenügend ist; jedenfalls ist die Belastungsziffer (nur Geisteskrankheiten!) von $26\frac{2}{3}\%$, die meine Fälle ergeben, als viel zu gering anzusehen. Auch unter meinen neuen Fällen ist auffallend, daß die verwitweten und unverheirateten Frauen das weitaus größte Kontingent zu dieser Art der psychischen Erkrankung stellen; dafür ist meines Erachtens, wie schon in einer früheren Arbeit ausgeführt wurde, sicher nicht eine etwaige ausgiebigere Involution beim weiblichen Geschlechte in diesen Jahren als Ursache heranzuziehen (s. auch Bergers

Angaben, in dessen Materiale in 11 von 18 ähnlichen Erkrankungen die Periode zur Zeit der Erkrankung noch völlig normal war und es auch noch viele Jahre hindurch blieb), sondern der Umstand, daß den unverheirateten und verwitweten Frauen das Gefühl des männlichen Schutzes fehlt und diese Frauen deswegen weniger sorglos in ihrem Besitze, weniger sicher in ihrer sozialen Position sind, sich weniger vor Anfeindungen und Angriffen, besonders auf die Geschlechtsehre sicher fühlen, wozu vielleicht noch die unbefriedigte Sexualität hinzukommt. Andererseits ist zu betonen, daß es sich nicht etwa um eine ausschließlich Frauen befallende Krankheit handelt, wenngleich dieselben die Mehrzahl der Fälle stellen (in meinem Materiale 6 Männer auf 9 Frauen).

Krankheitsbilder, wie sie vorstehend skizziert sind, gehören zu den selteneren, immerhin sieht der einzelne im Laufe der Jahre eine ganze Anzahl davon. Ähnliche oder gleiche haben in letzter Zeit Kleist, Banse, Berger beschrieben. Es sei hier — auf die Veröffentlichungen der beiden ersteren Autoren ist bereits in einer früheren Arbeit eingegangen — nur auf die völlige Übereinstimmung der Fälle Bergers mit den meinigen hingewiesen. Berger fand in der Hälfte seiner Fälle sichere Angaben über eine schon vor dem Einsetzen der Psychose vom Durchschnitt abweichende Persönlichkeit (wir: 53%). Der Ausbruch der Krankheit erfolgte immer nach dem 30. Lebensjahre, in 11 von 18 Fällen im 4. Lebensjahrzehnt; auch er fand Halluzinationen in allen seinen Fällen, wobei dieselben in einigen der Wahnbildung vorangingen, in anderen gleichzeitig mit den krankhaften Vorstellungen auftraten, in wieder anderen ihnen folgten. 12 von den 18 Kranken waren ledige oder verwitwete Frauen. Der Verlauf des Leidens, die Art der Wahnbildung und des Wahnes sind im wesentlichen denen meiner Kranken gleich.

Alle Autoren haben die geschilderten Krankheitsfälle unter der Bezeichnung *Paranoia* zusammengefaßt; ebenso, wie ich es getan, in der ausgesprochenen Absicht, sie als nicht identisch mit der *Dementia paranoides*, als im Grunde verschieden von den schizophrenen Wahnbildungen hinzustellen. Kraepelin würde, das ist wohl als sicher anzunehmen, die skizzierten Krankheitsfälle seiner Paraphreniegruppe und zwar der *Paraphrenia systematica* und *expansiva* einverleiben. In der Tat gleichen sich die Schilderungen der Symptomatologie und des Verlaufes, von einigen Differenzen abgesehen, ziemlich genau. Es fragt sich nun, wessen Klassifizierung die richtigere ist; ob die Autoren, die die beschriebenen Psychosen in Anlehnung an einen traditionellen Begriff, aus dessen etwas verwischter Hülle sich allmählich, nicht zum wenigsten unter Kraepelins Ägide, ein bestimmter Kern herausgeschält hat, als *Paranoia* bezeichnen wollen, oder Kraepelin, der in neuester Zeit unter *Paranoia* etwas ganz anderes verstehen und die fraglichen Er-

krankungen mit der Gruppe der Schizophrenen zusammen als endogene Verblödungen gruppieren will.

Zur Entscheidung dieser Frage werden wir zunächst zweierlei zu untersuchen haben: 1., ob es richtig ist, daß die beschriebenen Psychosen mit den der Schizophrenie angehörenden wahnbildenden Erkrankungen bzw. der *Dementia praecox* überhaupt so nahe Berührungspunkte haben, daß es berechtigt ist, beide Krankheitsgruppen in einer größeren Obergruppe (endogene Verblödungen) zusammenzufassen, und 2., inwiefern sich die beschriebene Krankheitsform von den psychischen Erkrankungen oder Zuständen, die Kraepelin neuerdings als *Paranoia* bezeichnen will, unterscheiden, ob diese Unterscheidungsmerkmale grundlegende Bedeutung haben.

I.

Die Gruppe der *Dementia praecox* kennzeichnet sich nach der heutigen Auffassung durch eine Reihe von Symptomen, die das ganze Denken, Fühlen und Handeln von dem normalen weit unterscheiden. Die eigenartige Unausgeglichenheit der Strebungen des Schizophrenen, die seelische Haltlosigkeit, die mangelhafte Einheitlichkeit und die Abspaltung der Affekte geben den Boden ab, auf dem sich der Autismus, die Maniertheit, die katatonen Symptome entwickeln können. Ob man die Zustandsbilder, wie sie sich am Schluß der Erkrankung darbieten, als intellektuelle und affektive Defektzustände bezeichnen will oder nicht, ob man hinter der stumpfen Hülle, die viele Kranke zeigen, noch weitgehendes geistiges Leben vermutet oder nicht, ob man den Kranken mit Sprachverwirrtheit, den manierten, negativistischen, faseligen paranoid Dementen noch irgendwelche höheren geistigen Vorgänge zutraut oder nicht, ist für die Beurteilung der gestellten Frage gleichgültig. Hier muß es darauf ankommen, ob diejenigen Fälle von *Dementia paranoides*, die auf einer bestimmten Höhe der Krankheit anscheinend haltgemacht haben und lange Zeit darauf verharren — und solche Fälle gibt es sicher —, mit den vorbeschriebenen zusammengehören oder nicht.

Was das Alter des Individuums anlangt, in dem die psychischen Störungen bei der *Dementia praecox* entstehen, so stimmen die Angaben wohl aller Autoren darin überein, daß die Psychose in dem Alter der körperlichen und psychischen Reifung vorzüglich ausbricht. Während die einen behaupten, daß die Erkrankung immer in diesem Alter die ersten Störungen macht, die nur häufig nicht erkannt werden — eine Ansicht, die, wenn auch nicht absolut beweisbar, durchaus nicht unwahrscheinlich ist —, meinen die andern, daß ein Teil der Fälle auch in späteren Jahren erkranken könne, daß besonders die Zeit der psychischen und körperlichen Involution eine zweite bevorzugte Epoche für

den Ausbruch der Erkrankung darstelle. Immerhin sind nach den neuesten Auslassungen Kraepelins 26% der paranoid Dementen diesseits des 25. Lebensjahres erkrankt. Da nun alle vorbeschriebenen Krankheitsfälle zu den Spätparanoiden gehören könnten, ein gewisser Prozentsatz auch in der Involutionszeit erkrankt, ein Umstand, der Kleist ja zur Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs geführt hat, so ist aus dem Erkrankungsalter kein Unterschied der beschriebenen Psychosen gegen die Dementia praecox zu konstruieren; paranoide Erkrankungen pflegen ja überhaupt das spätere Alter zu bevorzugen.

Was die Art der Entstehung der Psychose angeht, so erkrankten nach Kraepelin die paranoiden Schizophrenen in 63% der Fälle schleichend, während 30% der Erkrankungen subakut, 7% akut beginnen. Die Art des Beginnes der Erkrankung ist bei unseren Patienten gelegentlich sehr schwer zu bestimmen, da gerade bei diesen urteilskräftigen Leuten mit der Möglichkeit gerechnet werden muß, daß sie Jahre hindurch ihre Ideen dissimulieren, bis eine plötzliche Steigerung der Belästigungen oder Sinnestäuschungen die schon im geheimen bestehenden Ideen massenhaft hervorbrechen läßt. Immerhin sind diese Fälle selten, und weitaus die Mehrzahl der Erkrankungen beginnt in langsamer, schleichender Weise. Ein sicheres unterscheidendes Moment ist allerdings auch hieraus nicht zu gewinnen.

Grundverschieden ist der Wahn der Dementia paranoides von dem der oben beschriebenen Fälle. Bei der ersteren handelt es sich um Wahnbildungen, die meist mit Verfolgungsideen beginnen, die im Anfange wohl noch eine gewisse Einheitlichkeit, Dauerhaftigkeit und logischen Aufbau zeigen, die aber nach meist ganz kurzer Zeit zerfahrener, wechselnder und abenteuerlicher werden und den die Schizophrenie stempelnden Zerfall der psychischen Persönlichkeit zum Ausdruck kommen lassen. Demgegenüber steht bei den fraglichen Psychosen die Dauerhaftigkeit der Wahnbildungen über lange Zeit hinaus außer allem Zweifel; einzelne Wahnideen, oft die erste, oft eine spätere, die einen vorläufigen Abschluß der Wahnbildung darstellt, dauern das ganze Leben hindurch an. Während bei der Dementia praecox meistens die späteren Wahnideen — es handelt sich oft nur um wahnhaft Einfälle — ohne Zusammenhang neben den älteren stehen, bis die letzteren nach und nach verblassen, werden bei den vorbeschriebenen Erkrankungen die späteren Vorstellungen dem leitenden Wahn untergeordnet und dem ganzen System fest eingegliedert. Das schließt natürlich nicht aus, daß von der Masse der krankhaften Vorstellungen auch hier einzelne wieder untergehen und vergessen werden, während andere, die für den Ausbau des Systems wichtigeren, fortdauern. Im späteren Verlaufe der Erkrankung werden bei der paranoiden Demenz die wahnhaften Vorstellungen immer unsinniger und verworrener, so daß man sie in manchen

Fällen schließlich „kaum noch oder nicht mehr zu enträtseln vermag“ (Kraepelin); bei den vorbesprochenen Fällen sind die Wahnideen, auch die neu auftretenden, noch in späteren Stadien des Leidens logisch und dem Geistesgesunden verständlich. Um es kurz zusammenzufassen: Es handelt sich bei den oben behandelten Psychosen um systematisierte, von einem Leitmotiv beherrschte, bis zum Lebensende dauernde und in ihrem inneren Wesen gleichbleibende Wahnvorstellungen, die meist dem psychisch normalen Menschen verständlich, nie direkt unsinnig sind, während bei der paranoiden Demenz zuerst eine Wahngruppe die andere ablöst, dann nur noch zusammenhanglose wahnhaftige Einfälle auftreten, endlich unsinnige, rätselhafte, abrupte, wahnähnliche Vorstellungen von kurzer Dauer geäußert werden. Auch wenn der Zerfall der Persönlichkeit einen gewissen Standpunkt nicht überschreitet, ist die Unausgeglichenheit der Wahnideen, eine gewisse Sinnlosigkeit derselben, die Neigung zu abenteuerlichen, besonders auch, wie Kraepelin es erwähnt, abenteuerlichen hypochondrischen Ideen immer zu bemerken. Andererseits ist es nicht durchführbar, die Wahnvorstellungen nach ihrem Inhalte für die eine oder die andere Krankheit als pathognomisch in Anspruch zu nehmen. Erotische sexuelle Ideen z. B. herrschen bei der Dementia praecox vielleicht vor, weil die Schizophrenie in dem Alter der Geschlechtsreife oder bald nachher auszubrechen pflegt, wo gerade der Sexualsphäre die größte Beachtung von seiten der Menschen geschenkt wird. Auch der Wahn körperlicher und geistiger Beeinflussung z. B. ist bei der Dementia praecox häufiger, weil die Unfreiheit des Willens gerade mit dem langsamen Rückgang der intellektuellen Fähigkeiten zusammenpaßt. Pathognomonisch sind beide Wahnarten nicht, besonders auch die letztere nicht, wie bereits früher ausgeführt ist; auch der Glaube an eine Beeinflussung von anderer Seite kann der Ausfluß der normalen Logik beim Suchen nach der Ursache der Peinigungen sein. Sexuelle Ideen als Ausfluß gesteigerter Erotik, die wiederum dem Alter, in dem die fraglichen Erkrankungen auszubrechen pflegen, nicht fremd ist, haben vielfache Übergänge zum normalen Verhalten.

Ist schon die Art des Wahnes bei den vorbeschriebenen psychischen Zuständen von dem bei der Dementia paranoides durchaus verschieden, so zeigen noch viel mehr Unterschiede die Haltung und die Handlungen der Kranken im Wahn. Gerade weil die eigenartigen Störungen des Willens bei den Schizophrenen eine so große Bedeutung haben, sind sie zur Unterscheidung von anderen Krankheiten so sehr geeignet. Bei den in Frage stehenden Kranken findet man immer eine logisch konsequente Handlungsweise, die in Abwehrmaßnahmen gegen die Verfolgungen, in Maßnahmen, sich in den Genuß der wahnhaften Glücksgüter gemäß den Größenideen zu setzen, bestehen. Die einzelnen Mittel, die die Kranken

zu dem einen oder dem anderen Zwecke ergreifen, sind ein Abbild der dem geistig normalen Individuum in ähnlichen wirklichen Lagen zu Gebote stehenden Mittel. Die Zähigkeit, mit der die Kranken auf dem einmal eingeschlagenen Wege jahre-, jahrzehntelang beharren, die Art und Weise, wie sie plötzlich sich bietende Mittel in durchaus sachgemäßer Weise ergreifen, die Art, wie sie auf sich ihnen entgegenstellende Widerstände reagieren, weicht von der der Normalen im wesentlichen nicht ab. Dagegen fehlt bei den paranoid Dementen die ausdauernde konsequente Reaktionsweise, die auf jede neu aufschießende Wahndee, auf neu auftretende Sinnestäuschungen in zweckmäßiger Weise zu reagieren weiß. Es kommt daher oft zu direkt widersinnigen Reaktionen, weil eben die Reaktion die Wahndee oft lange Zeit überdauert und entsprechend der katatonen Art noch anhält, wenn schon längst ganz andersartige wahnhafte Vorstellungen die vorhergegangenen ersetzt haben. In der späteren Zeit ist der Mangel an Reaktionen für den paranoid Dementen typisch. Mit lächelnder Miene erzählt er von den ärgsten Belästigungen oder Verfolgungsvorstellungen oder aber er berichtet mit gleichgültigster Miene, daß er König, Millionär oder dergleichen wäre. Der König, der mit dem Zepter in der Hand das Schweinefutter trägt, ist für die Handlungsweise bei der Dementia paranoides bezeichnend.

Damit kommen wir in das Gebiet der Handlungen, die wir unter der Bezeichnung der katatonen Symptome zusammenzufassen pflegen. Wenn auch das einzelne „katatone“ Symptom ohne jede diagnostische Bedeutung sein kann, wie letzthin erst wieder Schneider eindrucksvoll ausführte, so ist doch eine Summe derartiger Symptome oder aber die intensive Ausprägung auch einzelner derartiger Krankheitszeichen in hohem Grade für die Diagnose der Schizophrenie beweisend. Derartige Symptome fehlen bei den vorbeschriebenen Fällen in irgendwie stärkerer Ausprägung völlig; negativistische Erscheinungen, Manieren, Stereotypen usw. sind der paranoiden Demenz vorbehalten.

Ein weiteres sehr wichtiges Unterscheidungsmerkmal bilden die Störungen der sprachlichen Funktion. Dieselbe ist bei den in Frage stehenden Erkrankungen bis zuletzt der Geistesgesunder gleich; Sprachverwirrtheit kommt nicht vor. Etwas muß auf die Frage eingegangen werden, ob Wortneubildungen sich finden lassen. Allerdings haben auch die vorbeschriebenen Kranken oft für die sie treffenden Quälereien oder für die Art der Größenideen Bezeichnungen, die auf den ersten Blick eigenartig sind, sei es, daß die Kranken von „Stich-, Knuff- und Schneidegiften“ sprechen, daß sie von gegen sie gerichteten „Zielern“, von „Photophonieren“ berichten, oder aber, daß sie Ausdrücke wie „Somnambule“, „Suggestion“, „Blutloge“, „Dechargieren und Rezessieren“ gebrauchen. Eigentliche Wortneubildungen kommen auch hier nicht vor, es werden nur auch sonst gebräuchliche Worte in etwas eigentüm-

lichem Sinne gebraucht, um die eigenartigen Empfindungen zu charakterisieren, für die es in der gewöhnlichen Sprache keine Bezeichnung gibt. Bei Fragen nach dem Zusammenhang und der Bedeutung der scheinbar eigenartigen Ausdrücke wird sich immer eine auch dem Geistesgesunden verständliche Erklärung ergeben. Ganz anders sind die sinnlosen Wortverbindungen und -verstümmelungen, die die paranoid Dementen mit den übrigen Schizophrenen gemeinsam haben, zu beurteilen, für die die Kranken meist nur einen noch größeren Wortsalat oder ein verlegenes Lächeln als Erklärung haben, oder deren Erklärung uns die krausesten Wahnvorstellungen nebeneinander offenbart. Vorkommt dagegen auch bei Größenwahnnideen produzierenden Kranken der oben beschriebenen Art eine gewisse Geziertheit der Ausdrucksweise, eine gewisse Schwülstigkeit der Schriftsätze, die aber nie so stark wird, daß der Inhalt darunter leidet oder gar sinnlos wird, und die aus dem Größenwahn der Kranken leicht erklärlich ist.

Die Intelligenz wie die Affektivität ist bei den in Frage stehenden Kranken, wie schon oben betont wurde, bis ans Lebensende im wesentlichen intakt, die Gefühlsbetonung besonders durchaus adäquat und von hinlänglicher Stärke und Dauer, um ein dem normaler Menschen ähnliches Fühlen und Denken zu gestatten. Der paranoid Demente hingegen erscheint bereits im Anfange der Erkrankung gegen seine Ideen oft auffallend teilnahmslos und gleichgültig; in den späteren Stadien des Leidens steigert sich entweder die Gleichgültigkeit, vermögen selbst die schlimmsten Verfolgungen und Quälereien keine Affektreaktionen mehr hervorzurufen, oder aber die Kranken werden direkt negativistisch. Intellektuell zeigt sich bei den paranoid Dementen in den späteren Stadien stets ein mehr oder minder ausgeprägter Defekt, dessen Ausbildung mit dem starken Hervortreten abenteuerlicher, oft direkt sinnloser Wahnideen und dem meist deutlichen Hervortreten des Fehlens ethischer Hemmungen, die bei den oben beschriebenen Kranken bis zum Ausgang des Leidens unverändert bleiben, parallel geht. Das Vorkommen eines jahrzehntelangen Verlaufs der Dementia paranoides, ohne daß Zeichen eines intellektuellen Zerfalles sich einstellen, muß ich bezweifeln.

Der Ausgang der Dementia paranoides ist demgemäß ein geistiges Siechtum hohen Grades, während die oben beschriebenen Patienten bis in ein hohes Alter hinein ihre geistige Lebendigkeit behalten, die sie zu reger geistiger wie körperlicher Beschäftigung befähigt.

Wenn ich zusammenfasse, so muß ich zu dem Schlusse kommen, daß die beschriebenen Krankheitsbilder mit der Dementia paranoides, d. h. mit der Gruppe der Dementia praecox im heutigen Sinne nichts, aber auch gar nichts Wesentliches gemeinsam haben. Wenn auch zugegeben werden muß, daß es im Anfange der Erkrankung bei einer kleinen Anzahl von Fällen Schwierigkeiten bereiten kann, beide Psycho-

sen voneinander zu scheiden, so wird eine längere Beobachtung immer die Krankheiten auseinanderhalten lassen. Übergänge zwischen beiden kann es nicht geben, da sie ihrem innersten Wesen nach grundverschieden sind. Es handelt sich bei der obigen Krankheit um eine bei intellektuell als normal anzusehenden Individuen, deren Vorstellungsleben aus noch unbekanntem Gründen krankhafte Bahnen einschlägt, die dann mit normaler Energie und normaler Gefühlsbetonung verfolgt werden, sich entwickelnde Störung. Bei der *Dementia paranoides (praecox)* dagegen handelt es sich um eine mit intellektuellem Rückgang und affektivem Zerfall einhergehende Geistesstörung, die bei besonders Disponierten, meist im reiferen Alter, zusammenhanglose, affektlose, oft rätselhafte Wahnideen in großer Zahl und von kurzer Dauer hervorbringt. Daß die Abderhaldensche Untersuchung, die bei den Fällen von *Dementia praecox* meist positive Abbauresultate mit Geschlechtsdrüsen aufweist, in den Fällen Bergers, in denen sie ausgeführt wurde, stets negative Resultate ergab, sei bei der Unsicherheit der Untersuchungen und ihrer Grundlagen nur erwähnt.

Es erscheint mir daher nicht angängig, beide Formen von Krankheiten in einer Gruppe als „endogene Verblödungen“ zusammenzufassen, weil der Begriff der Verblödung auf die oben beschriebenen Krankheitszustände keineswegs anwendbar ist. Ich habe auch bereits ausgesprochen, daß ich es für ausgeschlossen halten muß, daß es zwischen den umschriebenen paranoischen Krankheitsbildern und der *Dementia paranoides* Übergänge gäbe, und ich möchte diese Ansicht noch mit wenigen Worten gegenüber dem Schema, das Stransky seinem Referate über die fraglichen Erkrankungen, dem ich sonst im großen und ganzen nur zustimmen kann, beigegeben hat und das auch derartige Übergänge bzw. nahe Verbindungen (wenn auch nicht so nahe wie Kraepelin) annimmt, vertreten. Auch ich bin auf Grund meiner Kenntnisse der Vererbung von Geisteskrankheiten der Ansicht, daß alle Psychosen einer einheitlichen degenerativen Grundlage entsprossen; ich kann in dieser Beziehung das Stranskysche Schema wohl annehmen. Wenn ich trotzdem Übergänge der ausgebildeten Paranoia und der *Dementia paranoides* dadurch nicht erklärt oder auch nur wahrscheinlich gemacht finde, so geschieht das deshalb, weil das Schema meiner Ansicht nach einen großen Fehler enthält, nämlich den, daß die verschiedenen Krankheiten erst weit von dem allgemeinen Grundmycel ihre verbindenden Äste zu haben scheinen. Das ist nicht richtig. Die Übergänge zwischen den einzelnen Krankheitsgruppen müssen nahe dem Wurzelwerk gesucht werden, sie müssen bereits in der Anlage oder wenigstens dicht an der allgemeinen Grundlage aller auf degenerativer Basis entstehenden psychischen Krankheiten eingezeichnet werden; je ausgebildeter und selbständiger die einzelnen Psychosen werden, desto weniger können

Übergänge zwischen der einen und der anderen Gruppe vorkommen, sofern nicht schon in der Anlage diese zweite Richtung begründet war. Nur aus der nach zwei Richtungen hinneigenden, wenn ich so sagen darf, doppelten Anlage können sich zwei verschiedene Krankheiten entwickeln oder aber können Symptome der einen Gruppe die andere komplizieren.

II.

Auch nach Abtrennung der Paraphreniegruppe erkennt Kraepelin eine „Paranoia“ an. Zu den Paraphrenien gehören nach ihm diejenigen Krankheitsfälle, bei denen wir Grund haben, den Ablauf bestimmter Krankheitsvorgänge anzunehmen, während zur Paranoia die Formen zu rechnen sind, als deren Ursache wir die Einwirkung der Lebensreize auf krankhaft veranlagte Persönlichkeiten betrachten. Es ist also die Paraphrenie eine eigentliche Krankheit, die Paranoia eine psychische Mißbildung, „eine von Geburt an bestehende oder wenigstens in frühester Kindheit erworbene geistige Invalidität“, die in späteren Jahren progressiv werden kann.

Es ist ja zweifellos, daß es Menschen gibt, die für den Größenwahn von Jugend auf prädestiniert erscheinen, Menschen, die, von jeher grüblerisch, zu träumerischen Phantasten werden und für das Leben infolge ihrer eigenartigen sozialen Haltung, ihrer in einer bestimmten Richtung vollständig absorbierten intellektuellen Tätigkeit unbrauchbar sind. Ein großer Teil dieser Individuen hält sich das ganze Leben lang hart an der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit. Meist haben sie selber das Gefühl, von der großen Menge abzustecken; sie werden deshalb zu Einsiedlern, die ängstlich mit ihren Ideen zurückhalten und so deren Beurteilung sehr schwer machen. In anderen Fällen beherrscht diese Individuen bereits ein unbestimmtes Mißtrauen, das sich später immer mehr steigert und verallgemeinert. Diese Art von Leuten gehört zu jenen unsympathischen Menschen, die hinter jedem Worte, jeder Geste des anderen eine Mißachtung, Beleidigung, Benachteiligung wähen. Auch sie werden Einsiedler und spinnen sich in ein Gewirr von krankhaften Vorstellungen der Beeinträchtigung und Verfolgung von seiten ihrer Mitmenschen ein.

In solchen Fällen hat man allerdings das Gefühl, als ob der Lebensgang dieser Individuen eine einzige große Kette psychopathischer Eigentümlichkeiten, eine ununterbrochene Reihe von Irrtümern, infolge eines krankhaften Leitmotivs entstandener Mißdeutungen darstellt, die in früher Jugend beginnt und sich immer stärker ausprägt. Infolge des überaus langsamen Fortschreitens, das den Individuen immer Zeit läßt, sich an die neuen Situationen zu gewöhnen, kommt es, da auch Sinnestäuschungen in den regelrechten Fällen zu fehlen pflegen, in einem großen Teile der Fälle nie zu lebhafteren Störungen des psychischen

Gleichgewichts, so daß sich derartige Individuen in der Freiheit zu halten vermögen.

Sind nun diese Fälle von den von uns oben beschriebenen Krankheitsbildern prinzipiell verschieden? Auch bei diesen haben wir in einem großen Teil der Fälle gesehen, daß die Individuen bereits in der Kindheit absonderlich waren, daß ihr eigentümliches Gebaren in späteren Jahren langsam zunahm, bis der Wahn zum Ausbruch kam. Für den Teil der Fälle, wo eine solche Absonderlichkeit nicht berichtet wird, möchte ich die Mangelhaftigkeit der Anamnese für das scheinbare Fehlen derartiger Angaben verantwortlich machen. Andererseits ist sicher, daß, während ein Teil der von Kraepelin neuerdings als Paranoiker bezeichneten Individuen sich bis ans Lebensende auf einer Stufe hält, die sie wohl zu verschrobenen, überspannten Menschen stempelt, sie aber noch nicht als geisteskrank im gewöhnlichen Sinne zeichnet, ein anderer Teil in späteren Jahren oft ohne Hilfsursache, oft infolge von stärkeren Störungen des intrapsychischen Gleichgewichts, die sie treffen, oder endlich im Beginne des Seniums offenkundig erkrankt. Auch ist zu erwägen, daß bei diesen „konstitutionell Paranoischen“, wie man diese Kategorie von Individuen vielleicht kurz bezeichnen könnte, sich die strikt paranoische Vorstellungsweise aus der allgemeinen degenerativen Psychopathie doch wohl auch durch einen Krankheitsprozeß ausbildet, der aber auf mäßiger Höhe stehenbleiben kann; eine Progressivität ist auch bei ihnen ausnahmslos vorhanden. Den Übergang zum ausgesprochenen paranoischen Krankheitsbild geben vielleicht die milde und abortiv verlaufenden Fälle ab, auf die Stransky neuerdings wieder hinweist, die mit ihren Schwankungen an der Grenze von geistiger Gesundheit und Krankheit gelegentlich den Eindruck eines rezidivierenden Verlaufs der Paranoia hervorrufen können.

Ich vermag mich deswegen nicht dem Eindruck zu entziehen, daß zwischen den neuerdings von Kraepelin als Paranoiker angesprochenen Individuen und den oben beschriebenen wahnbildenden Geisteskranken fließende Übergänge bestehen, ähnlich, wie zwischen den konstitutionell Verstimmtten und den manisch-depressiven Geisteskranken fließende Übergänge vorkommen. Jedenfalls stehen beide Arten von paranoischen Zuständen sich ihrer Genese nach sehr nahe. Auch Maier hat sicherlich ähnliche Zustände im Auge, wenn er von Grenzfällen der Paranoia spricht, bei denen die Systematisierung katathymer Wahnbildung eine unvollständige bleibt oder eine Korrektur möglich ist, eine Kategorie, zu der er die abortiven Wahnsysteme auf dem Boden der Psychopathie zählt.

Es erübrigt sich nach den obigen Betrachtungen über die Zusammengehörigkeit beider Krankheiten eigentlich, zu erörtern, ob es, wenn die neuerdings von Kraepelin als Paranoia beschriebenen Fälle mit den

oben skizzierten keine so engen Beziehungen haben sollten, wie wir es annehmen, berechtigt ist, diese Bezeichnung für jene Klasse psychischer Anomalien zu reservieren. Ganz abgesehen davon, daß es für die Verständigung untereinander nicht opportun erscheint, einen Ausdruck, mit dem heute in Deutschland allgemein ein umschriebener Begriff verbunden wird, noch dazu im großen und ganzen ein einheitlicher Begriff, der sich im Verlaufe von Jahrzehnten herausgebildet hat, plötzlich auf ganz anders geartete Psychosen anzuwenden, scheint es mir, als ob der Ausdruck *Paranoia* für die oben beschriebenen Krankheitsfälle durchaus passend ist, da er das Hauptmoment der Erkrankung treffend und kurz kennzeichnet. Ihn aufzugeben und an seine Stelle einen gleichbedeutenden zu setzen, liegt keine Veranlassung vor, und man darf wohl überzeugt sein, daß dem dahingehenden Vorschlage Kraepelins die allseitige Zustimmung versagt bleibt. Andererseits haben die neuerdings von ihm als *Paranoia* bezeichneten Zustände so viele enge Berührungspunkte mit den als *Konstitutionen* bezeichneten krankhaften Veranlagungen, bei denen wir ja ebenfalls keinen eigentlichen Krankheitsprozeß, sondern nur eine abnorme Anlage annehmen, daß schon deshalb die Bezeichnung der obigen Grenzzustände als „paranoische *Konstitutionen*“ eine durchaus glückliche wäre.

Die vorstehenden Ausführungen dürften ergeben haben, daß die *Paraphrenia systematica* und *expansiva* Kraepelins aus dem Verbände mit der *Paraphrenia phantastica* auszuschneiden sind. Ob die *Paraphrenia confabulatoria* zu den erstgenannten Psychosen engere Beziehungen hat, erscheint mir sehr zweifelhaft. Die Fälle von *Paraphrenia phantastica* gehören sicher zur *Dementia paranoides*. Die Art der phantastischen, abenteuerlichen, zusammenhangslosen, einem dauernden Wechsel unterworfenen Wahnideen, die zerfahrene, ziellose, in Maß und Art stets wechselnde Reaktionsweise der Kranken auf die Wahnvorstellungen, die mannigfachen katatonen Symptome im Verlauf des Leidens, endlich dessen Ausgang in die meist hochgradige gemüthliche Stumpfheit, sprachliche Verwirrtheit, ethische Depravation und intellektuelle Verblödung kennzeichnen sie als schizophrenen Prozeß, worauf auch die Häufigkeit des Beginnes im Pubertätsalter hinweist. Auch die Fälle mit ausgedehnter konfabulatorischer Umdeutung des ganzen Vorlebens neben sonstigen paranoiden Vorstellungen scheinen mir in ihrer Gesamtheit auf die Zugehörigkeit zur Schizophrenie höchst verdächtig. Derartige Erinnerungsfälschungen setzen immer eine ziemlich hochgradige Bewußtseins-trübung oder einen ausgedehnten Bewußtseinszerfall voraus. Auf den letzteren weist in den fraglichen Fällen auch die Sprunghaftigkeit der Wahnbildung, das Weiterschreiten auch der Erinnerungsfälschungen im Sinne immer phantastischerer Größenideen, die sich darin kundgebende

Urteilsschwäche hin, alles Eigenschaften, die sie von den als Paraphrenia systematica und expansiva beschriebenen psychischen Erkrankungen ebensoweit unterscheiden wie der Paraphrenia phantastica, d. h. der Dementia praecox nahebringen.

Was nun Kraepelins Paraphrenia systematica und expansiva anbetrifft, so gehören die beiden Psychosen zu denen, die in der Literatur seit Jahren als Paranoia beschrieben sind. Die Verrückung des Persönlichkeitsbewußtseins unter Ausbildung von Verfolgungs- bzw. Größenvorstellungen, die in Affektstörungen begründet sind, bei Intaktheit der intellektuellen Fähigkeiten und erhaltener Ansprechbarkeit der Affektsphäre, hat den Anlaß zu dieser Bezeichnung gegeben, die das Krankheitssyndrom kurz und treffend kennzeichnet.

Entsprechend den Definitionen der meisten neueren Autoren ist die Erkrankung vielleicht folgendermaßen zu skizzieren, wobei einzelne Wiederholungen des Vorhergehenden sich nicht ganz umgehen ließen:

Unter Paranoia verstehen wir eine chronische psychische Erkrankung, die sich unter schleichend beginnender, langsam fortschreitender Verrückung des normalen Persönlichkeitsbewußtseins in der Ausbildung systematisierter, sich im wesentlichen im Rahmen normaler Möglichkeiten haltender Wahnideen von unbegrenzter Dauer und absolutem Realitätswert äußert, ohne daß die Intelligenz, die Ethik, die Affektivität eine Einbuße oder eine von der geistesgesunder Individuen abweichende formale Gestaltung erleiden. Im einzelnen kann die Erkrankung im Rahmen der obigen Definition Verschiedenheiten zeigen, die sich aus dem Überwiegen der Verfolgungs- und Größenideen, dem mehr oder minder häufigen Auftreten lebhafter oder zurücktretender Sinnestäuschungen auf den verschiedenen Sinnesgebieten in verschiedenster Verbindung, endlich aus der durch die vorpsychotische Gesamtpersönlichkeit mit ihrer Erziehung, ihrer Bildung und ihren charakteristischen Neigungen bedingten Reaktionsweise und Reaktionsstärke ergeben.

Die Erkrankung befällt ungefähr im Zeitraum des 4.—6. Lebensjahrzehntes Individuen, die wohl ausnahmslos zu der Klasse der degenerativen psychopathischen Konstitutionen gehören, die, von Jugend auf absonderlich, später zu phantasievollen Träumern, zurückgezogenen, mißtrauischen Kleinigkeitskrämern, Hagestolzen, Leuten mit übertriebenem Rechtsgefühl und stark ausgeprägtem Persönlichkeitsbewußtsein werden, immer aber, entsprechend ihrer psychopathischen Veranlagung, von leicht ansprechbarer Affektivität, meist leicht verletzlich, jähzornig, für den geselligen Verkehr ungeeignet sind. Von den Geschlechtern erscheint das weibliche hinsichtlich der Häufigkeit der Erkrankung etwas bevorzugt.

Bei der Erzeugung der ersten Wahnidee haben affektive Störungen intensiver Natur eine führende Rolle. Immer läßt sich eine Steigerung

der von Haus aus meist sehr labilen Affektivität dieser Individuen zu pathologischer Höhe durch die verschiedensten, meist jahrelang einwirkenden Umstände nachweisen, wie: dauernde psychische Beeinflussung in bestimmter, stark gefühlsbetonter Richtung, dauernde psychische Insulte, materielle Sorge und Not, Strafhafte, kurzdauernde exzessiver Alkoholmißbrauch, langdauernde Überanstrengung ohne entsprechenden Nutzen, Unglücksfälle, schreckenerregende Ereignisse usw. Es erklärt sich daraus auch das Überwiegen der ledigen und verwitweten Frauen bei dieser Erkrankung, die ohne Realisation ihrer Lebensträume, im Gefühl dauernder Unsicherheit ihrer sozialen Position, oft in materieller Not zu wahnhaften Vorstellungen kommen; vielleicht können auch die Affektschwankungen infolge unbefriedigter Sexualität zum wenigsten zur Hilfsursache werden.

Nachdem es in langsamem, stetigem, schleichendem Beginn unter dem Einflusse derartiger affektbetonter Umstände zu einer zunehmenden Umwandlung der Persönlichkeit gekommen ist, wobei die spezielle Art des künftigen Wahnes, meist auch die Wahnrichtung noch nicht ausgeprägt ist, wird, wiederum unter dem Einflusse lebhaft gefühlsbetonter Ereignisse, die erste Wahnidee geboren, die in ihrer Form dem Produkt aus der Art der inneren Spannung und dem den Anstoß gebenden affektiven Moment entsprechend, ein absolutes Übergewicht über die normalen Vorstellungen und eine sehr lebhaft, über das Maß des Normalen hinausgehende Gefühlsbetonung aufweist. Diese dominierende und richtunggebende Stellung kommt der erst konzipierten Wahnidee und den ihr zugehörigen Affekten aber nicht nur den normalen Vorstellungen gegenüber zu, sondern auch den weiteren mehr oder minder zahlreichen krankhaften Ideen, die z. T. der rein kombinatorischen Verarbeitung der sich dem Kranken in den Weg stellenden Hindernisse und Schwierigkeiten ihren Ursprung verdanken, z. T. auf Störungen der Sinneswahrnehmungen zurückgehen.

Die primäre Wahnidee gehört in den meisten Fällen zur Klasse des reinen Verfolgungswahnes. Die Verfolgungen werden anfänglich von den verschiedensten, den Kranken meist nächststehenden Personen hergeleitet, um im Verlaufe der Erkrankung weitere Kreise zu ziehen und schließlich an den staatlichen Behörden und deren Leitern oder auch an dem Kranken fernerstehenden Gruppen von Individuen, mit denen er vielleicht zu irgendeiner Zeit ein oft nur harmloses unangenehmes Erlebnis hatte, haften zu bleiben. Die Anzahl der späteren ergänzenden und ausschmückenden Wahnideen, die Reichhaltigkeit des Wahnsystems hängt z. T. von der Bildungsstufe des erkrankten Individuums ab; je höher der Bildungsgrad, um so komplizierter das Wahnsystem. Die späteren Wahnideen vermögen den primären Wahn wohl zu modifizieren, aber nicht im innersten Kern zu verändern; sie kommen meist

der Logik des Kranken, der in seinem eigenen Wahngebäude irgendeine Lücke findet, zu Hilfe. Die Wahnideen sind immer Abbilder, wenn auch verzerrte Abbilder normaler Vorstellungen oder aber normale Vorstellungen, die sich, ohne einen gesunden Grund dafür, derartig überwertig einnisten, daß der normale Vorstellungsablauf dadurch gehemmt oder im Sinne dieser überwertigen Idee abgelenkt wird. „Unsinnige“ Wahnvorstellungen gehören nicht in das paranoische Krankheitsbild, wohl aber können zeitweilig dem Geistesgesunden „unverständliche“ Ideen auftauchen. Deshalb kommen auch stärkere hypochondrische Vorstellungen, allgemeiner Verneinungswahn usw. in ausgebildeter Form nicht vor. Doch ist zu betonen, daß die Art des Wahnes kein differentialdiagnostisches Kriterium abgibt; auch den Wahn der Beeinflussung u. ä. findet man bei den in Frage stehenden Kranken. Durchaus logisch ist auch der nach jahrelangem Bestehen der persekutorischen Ideen als Krönung des Ganzen in den meisten Fällen sich ausbildende komplementäre Größenwahn; dem Suchen der Kranken nach einem Grunde für die jahrelangen Quälereien und Verfolgungen kommt die an sich normale, wenn auch einseitig gewordene Urteilskraft mit der Schlußfolgerung von Größenvorstellungen zu Hilfe, die in der Regel sehr einfach, dabei im Grunde ebenso stabil wie die Verfolgungsideen sind.

Ein weit kleinerer Teil der Paranoiafälle beginnt mit Größenvorstellungen, an die sich dann als logischer Schluß aus den Hindernissen und Widerwärtigkeiten, die sich dem Kranken bei dem Versuche der Realisierung seines Größenwahnes in den Weg stellen müssen, Verfolgungsideen anschließen, wobei aber die expansiven Vorstellungen immer die Oberhand behalten. Diese Größenideen stehen dem Empfinden des Geistesgesunden, wie das natürlich ist, weit ferner als die Verfolgungsideen, die in den meisten Fällen viel mehr Wahrscheinlichkeit an sich zu tragen pflegen. Aber auch die Größenideen erreichen niemals so exorbitante, kritiklose Höhe wie bei den Defektpsychosen. Auch sie haben in verbürgten Geschehnissen z. T. Analoga (z. B. Abstammung von hohen Persönlichkeiten infolge unehelicher Schwängerung), zum anderen Teile sind sie durch Sinnestäuschungen oder wahnhafte Auslegungen tatsächlicher Gehörs- oder Gesichtswahrnehmungen ausgelöst (so z. B. die Kranken, die den Kaiser, den Landesfürsten im Vorbeifahren über sich sprechen hören); nie sind sie als unsinnig zu bezeichnen. Eine besondere Stellung nehmen die religiösen Größenwahnideen ein; sie zu erklären, muß, wie bereits oben ausgeführt ist, die außerordentlich hochgradige gemütliche Einwirkung religiöser Komplexe mit all ihrem mystischen Beiwerk besonders auf halbgebildete Menschen herangezogen werden. Die massenhaften dunklen Andeutungen, die sich in der Bibel finden, die zudem noch naiv falsch gedeutet werden, bieten eine unerschöpfliche Fundgrube für dem Größenwahn zusteuernde Psychopathen;

derartige Individuen scheinen dabei charakteristischerweise stets zu den weniger intelligenten Psychopathen zu gehören.

Die Handlungen der Paranoiker entsprechen durchaus den sie beherrschenden Vorstellungen. Das dauernde Erhaltenbleiben der Ordnung im Handeln ist eines der hervorstechendsten Merkmale der Paranoia. Der Geistesgesunde kann sich in das Verhalten dieser Kranken durchaus hineindenken; die Maßregeln, die er ergreift, um sich vor Nachstellungen zu schützen, um seine Größenideen zu verwirklichen, zu seinem vermeintlichen Rechte zu kommen, entsprechen in der großen Mehrzahl den von Geistesgesunden unter ähnlichen tatsächlichen Verhältnissen einzuschlagenden Wegen. Wäre nicht der Boden, auf dem die Handlungen erwachsen, ein pathologischer, so wären sie nicht als krankhaft zu bezeichnen. Ausnahmen von dieser Regel kommen meines Erachtens, wenn überhaupt, so nur vereinzelt vor. Auch scheinbar „unverständliche“ Handlungen werden von den Kranken meist zwanglos erklärt, sofern die Kranken nicht mit ihren Erklärungen zurückhalten. Daß die Mittel, auf die die Patienten besonders nach jahrelangem Bestehen der Krankheit verfallen, gelegentlich ein wenig schief und komisch wirken, ist unbestreitbar, erklärt sich aber aus dem eigenartigen Zustand dieser Kranken. „Unsinnige“ Handlungen kommen nicht vor; wo sie uns bei anscheinend der Paranoia zugehörigen Fällen entgegentreten, müssen sie uns zur Revision der Diagnose veranlassen.

Ebenso wie das Handeln zeigt auch der formale Ablauf des Denkens keine wesentlichen Abweichungen von der Norm. Bis in die letzten Stadien der Erkrankung örtlich und zeitlich orientiert, bleiben die Kranken meist nach Gedächtnis und Merkfähigkeit ungestört. Der Gesichtskreis zeigt allerdings eine mehr und mehr um sich greifende Einengung im Sinne der vorherrschenden Wahnideen; von schwererer Alteration der Urteilsassoziationen, die dadurch naturgemäß in Mitleidenschaft gezogen werden, kann aber trotzdem keine Rede sein. Besonders bleibt die Fähigkeit zur Beurteilung außerhalb des Wahnkreises gelegener Dinge durchaus normal. Ethische Störungen zeigen die Kranken nicht; neben der durch den Wahn bedingten stark egozentrischen Einengung der Interessensphäre sind die Kranken bis in die letzten Stadien des Leidens auch lebhafter altruistischer Gefühle fähig.

Die Affektivität der Paranoiker ist im ganzen Verlaufe der Krankheit lebhaft ansprechbar, nie abgestumpft, eher entsprechend dem pathologischen Charakter der Vorstellungen gesteigert. Die Affekte entsprechen der Art und Richtung des herrschenden Wahnes und der Sinnestäuschungen; je lebhafter beide, desto lebhaftere Farben pflegt die Affektivität zu tragen, sie sind stets aus der Art und Lebhaftigkeit der Krankheiterscheinungen erklärbar. Anzunehmen, daß neben diesen

sekundären Affekten noch primäre, im Krankheitsprozeß an sich begründete Affektanomalien vorliegen, ist kein Grund vorhanden. Starke Schwankungen der Affektivität kommen nur der Intensität nach vor; dagegen findet in den Fällen, in denen sich an einen Verfolgungswahn ein komplementärer Größenwahn anschließt, entsprechend dieser Umwandlung und mit ihr Schritt haltend, eine langsame Umwandlung des schon die persekutorischen Ideen meist begleitenden Mischaffektes in eine mehr dem Größenwahn entsprechende Affektrichtung statt, die aber nie zu reinen Lustaffekten fortzuschreiten pflegt.

Eine sehr große Abhängigkeit zeigt sowohl der Augenblickszustand wie das Gesamtkrankheitsbild der Paranoia von der Zahl und Lebhaftigkeit der Sinnestäuschungen. Was ihre Häufigkeit anlangt, so gibt es Fälle, in denen die Kranken im ganzen Verlaufe der Psychose nur gelegentlich durch Halluzinationen betroffen werden, andere, in denen im Decursus morbi dauernd einzelne Sinnestäuschungen auftreten, andere endlich, in denen äußerst zahlreiche und sinnlich lebhaftere Trugwahrnehmungen das Krankheitsbild direkt beherrschen. Ob es auch Paranoiker gibt, die während der ganzen Krankheitsdauer nie von Sinnestäuschungen heimgesucht werden, ist nicht mit absoluter Sicherheit zu entscheiden, erscheint mir aber ebenso wie anderen Autoren nicht sehr wahrscheinlich. In den meisten Fällen, wo eine dauernde Beobachtung statthat, sind doch vereinzelt Halluzinationen zu konstatieren, die sehr oft nur aus dem Verhalten der Kranken zu schließen, aus Briefen oder Äußerungen anderen Patienten gegenüber zu entnehmen sind, während diesbezügliche Fragen strikt negiert werden. Die Kranken sind sich eben durchaus bewußt, daß Halluzinieren als ein Krankheitssymptom angesehen wird; da sie nun nicht krank erscheinen wollen, andererseits ihre Trugwahrnehmungen von den normalen Sinneswahrnehmungen durchaus unterscheiden können, wenngleich sie ihnen denselben Realitätswert zuerkennen, so dissimulieren sie derartige Symptome. Die Sinnestäuschungen können in seltenen Fällen das primäre Symptom des Krankheitsprozesses darstellen, an die sich, durch sie geleitet, erst die Wahnideen anschließen; in der Mehrzahl der Fälle sind jedoch die Wahnideen das Primäre und erst im Verlaufe der offenkundigen Erkrankung treten früher oder später Trugwahrnehmungen auf.

Die Sinnestäuschungen können auf allen Sinnesgebieten in wechselnder Zahl vorkommen. An Häufigkeit stehen allen voran die Gehörstäuschungen, die wohl in allen Fällen, in denen sich überhaupt Halluzinationen nachweisen lassen, vorhanden sind, während die Trugwahrnehmungen auf den übrigen Sinnesgebieten je nach der Art des Wahnes wechseln, beziehungsweise auch wohl den Anstoß zu neuen ausschmückenden Wahnideen geben können. Zu betonen ist, daß, ebenso wie die

Art des Wahnes kein differentialdiagnostisches Moment abgibt, auch die Häufigkeit und Art der Sinnestäuschungen ebenso wie ihre Gestaltung im einzelnen keine Unterscheidung der paranoischen und paranoiden Erkrankungen zulassen.

Der Verlauf der Paranoia ist im ganzen ein langsamer und schleichtender. In einer Reihe von Fällen kommt es besonders im Anfange der Erkrankung zu Schwankungen in der Intensität des Krankheitsprozesses, so daß Intermissionen oft weitgehender Art eintreten, die in vereinzelt Fällen fast eine Heilung vortäuschen, zumal die Kranken mit zunehmender Klarheit fähig werden, die letzten Reste des Wahnes zu dissimulieren. Bald bricht dann aber aus äußeren oder inneren Gründen die Krankheit wieder hervor, um sofort die alte Höhe zu erreichen oder zu überschreiten. Es kann so zu scheinbar rezidivierender Paranoia kommen, deren echtes Vorkommen zu bezweifeln ist. Ein Beweis dafür, daß es sich wirklich nur um weitergehende Intermissionen in diesen Fällen handelt und der Keim der Krankheit nur geschlummert hat, liegt schon darin, daß der Wahn des Rezidivs den der primären Erkrankung meist bis in alle Einzelheiten zu kopieren pflegt, was bei wirklicher Heilung der ersten Attacke und Neuerkrankung in dieser Regelmäßigkeit nicht erklärbar wäre. Ihr Analogon hat die Paranoia auch in dieser Beziehung im manisch-depressiven Irresein, mit dem sie ja überhaupt wohl infolge der Verwandtschaft des zugrundeliegenden Krankheitsprozesses nach vielen Richtungen hin Ähnlichkeiten aufweist. Je länger die Paranoia besteht, desto seltener und unerheblicher werden die Remissionen, schließlich schreitet der Krankheitsvorgang nur mit leichten Schwankungen der Intensität progredient fort, wie es die meisten Fälle von Beginn an tun. Heilungen von wirklichen Paranoikern sind noch nicht sichergestellt.

Den Ausgang des unkomplizierten Leidens bildet ein eigenartiges geistiges Siechtum, das in der immer stärkeren Verrückung der Stellung des Individuums zur Umwelt, der dadurch bedingten Einengung der Interessensphäre entsprechend den Wahnvorstellungen sich charakterisiert. Irgendwelche Zeichen, die für eine wirkliche Defektuosität des Gehirns sprechen, wie intellektuelle Einbuße, affektive Stumpfheit, ethischer Verfall fehlen in den reinen Fällen bis zum Schluß. Wo nach jahrzehntelanger Dauer der Erkrankung sich ein leichtes Nachlassen des Gedächtnisses, verbunden mit mehr oder weniger hervortretender Unordnung in den letztkonzipierten Wahnideen gegenüber den älteren, die unverändert bestehen bleiben, zeigt, finden sich bei diesen langlebigen Individuen wohl immer arteriosklerotische Erscheinungen oder höhergradiger seniler Rückgang, Prozesse, die die leichte Einbuße an intellektuellen Fähigkeiten dieser infolge der dauernd gesteigerten Tätigkeit dem Aufbrauch stärker als normal anheim-

fallenden Gehirne genügend erklären, ohne daß man einen durch die Art des Krankheitsagens selber bedingten intellektuellen Rückgang anzunehmen brauchte, der sich allerdings bei unserer völligen Unkenntnis des der Psychose zugrunde liegenden Krankheitsprozesses auch nicht mit absoluter Sicherheit ausschließen läßt. Daß die Kranken in den letzten Stadien der Krankheit, nachdem sie Jahrzehnte für ihr Recht gekämpft haben, in diesem Kampfe an Intensität der Anspannung nachlassen, braucht nicht unbedingt einen intellektuellen Rückgang zur Ursache zu haben.

Derartige Paranoiker sieht man in unseren Irrenanstalten häufiger, als dem prozentualen Anteil, den sie an der Gesamtaufnahme stellen (etwa 1%), entsprechen würde; als die Langlebigen unter den Anstaltsinsassen überleben sie die große Menge der Paralytiker, auch einen großen Teil der Schizophrenen und Epileptiker. Nicht alle Paranoiker bedürfen der Anstaltspflege; ein Teil von ihnen kann sich das ganze Leben hindurch in der Freiheit halten. Es sind das Fälle, in denen der Wahn nicht gerade vitale Interessen des Individuums betrifft, oder in denen die Kranken wenigstens vor ernsteren Zusammenstößen mit der Umwelt, die bei einem großen Teil den Anlaß zur Internierung abgeben, durch die Eigenart ihrer Ideen oder verständnisvolle Angehörige geschützt werden können. Ein anderer Teil bedarf nur der zeitweisen Internierung in der geschlossenen Anstalt; gar bald lernen diese Individuen vermöge ihrer intakten Intelligenz, die sie erkennen läßt, daß sie nur unter Hintansetzung ihrer Wahnideen die ersehnte Freiheit wiedererlangen können, bis zu einem gewissen Grade über ihren Wahnideen zu stehen und können so für immer oder doch für längere Zeit wieder aus der Anstalt genommen werden. Eine dritte Gruppe von Kranken bedarf dauernd der Internierung in geschlossener Anstalt, nämlich diejenigen, die entweder Wahnvorstellungen pflegen, die notwendig zu Konflikten mit der Umwelt führen müssen, oder aber, wo die besondere Stärke der Wahnideen sie zu Belästigungen ihrer Mitmenschen hinreißt, schließlich alle die Fälle, in denen die Kranken sehr lebhaft und zahlreich halluzinieren, da dadurch die Affektivität eine besonders lebhaft und infolgedessen die Reaktion eine wesentlich gesteigerte ist. Im allgemeinen kann man sagen, daß der Anstaltsaufenthalt auf den Paranoiker im Gegensatz zu der großen Mehrzahl der psychischen Krankheitszustände nicht günstig einwirkt. Die Reibungen mit der Umwelt sind für den verfolgten Paranoiker viel nachteiliger als für viele andere Kranke; diese Reibungen sind nun in dem Milieu einer Irrenanstalt mit ihrem erzwungenen Hintansetzen der eigenen Individualität, ihrem engen Zusammenleben grundverschiedener Kranker und grundverschiedener Charaktere natürlich noch viel weniger von derartigen Kranken abzuhalten als in der Freiheit.

speziell der Familie. Dazu kommt noch, daß schon die gewaltsame Internierung dem Kranken überreichen Stoff zu weiterer Ausspinnung seiner Verfolgungsideen gibt. Ist daher in vielen Fällen die Unterbringung derartiger Kranker in geschlossenen Anstalten auch nicht zu umgehen, so soll man doch nach Möglichkeit unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Umstände, besonders der sozialen Lage des Individuums, abwägen, ob der Kranke nicht doch noch damit verschont werden kann. Ist er einmal in der Anstalt interniert, so ist immer wieder zu erwägen, ob er nicht wieder der Freiheit zurückzugeben ist, da der erzieherische Einfluß der Irrenanstalt sich wenigstens für längere Zeit bei den meisten dieser Kranker bemerkbar macht. Selbstverständlich gibt es Fälle, besonders solche unter ungünstigen sozialen Verhältnissen, die der dauernden Überwachung in geschlossener Anstalt im eigenen Interesse und dem der Allgemeinheit bedürfen.

Nach den vorstehenden Gesichtspunkten gesiebt, stellt die Paranoia eine psychische Erkrankung von durchaus einheitlichem Gepräge dar, streng geschieden von den in Defektuosität endenden Psychosen, vor allem der Dementia paranoides, erheblich näher dem manisch-depressiven Irresein stehend, mit dem sie eine nahe Verwandtschaft der psychopathischen Grundlage verbindet. Die paranoiden Erkrankungen in ihrer Gesamtheit „Paraphrenien“ zu nennen, wo sie seit dem Bestehen einer ernststen psychiatrischen Forschung unter der zweckentsprechenden Bezeichnung „Verrücktheit = Paranoia“ zusammengefaßt wurden, auch wenn früher unter derselben alles mögliche andere mit zusammengefaßt worden ist, was wir seither trennen lernten, liegt um so weniger Grund vor, als von dem Schöpfer des neuen Begriffes unter denselben psychopathische Zustände mit hineinbegriffen sind, die zweifellos nicht dazu gehören. Ob sich eine Teilung derjenigen paranoiden Krankheitsformen, die heutzutage in den großen Topf der Dementia praecox geworfen werden, in wohlcharakterisierte Einzelwesen (z. B. Paraphrenia phantastica, confabulatoria usw.?) wird durchführen lassen, soll dahingestellt bleiben, wenngleich wenig Aussicht dafür zu bestehen scheint.

Autorenverzeichnis.

- Bloch, E. Über Wiederholung der Binet-Simonschen Intelligenzprüfung an denselben schwachsinnigen Kindern nach Ablauf eines Jahres. S. 445.
- Consiglio, P. Studien über Militärpsychiatrie und -kriminologie. Die soziale Medizin im Heere. S. 384.
- Dees. Timon von Athen. (Drama von Shakespeare.) S. 50.
- Bekämpfung infektiöser Krankheiten in Anstalten. S. 65.
- Edler v. Wieg-Wickenthal, K. Psychologische Betrachtungen über Intellekt und Willen und deren Bedeutung in normalen und pathologischen Bewußtseinszuständen. S. 129.
- Engelhard, C. Fr. Eine Familie mit hereditärem Nystagmus. S. 319.
- Gaupp, R. Die Klassifikation in der Psychopathologie. S. 292.
- Gruhle, H. W. Selbstschilderung und Einfühlung. Zugleich ein Versuch der Analyse des Falles Banting. S. 148.
- Krambach, R. s. Walter u. Krambach.
- Krueger, H. Zur Frage nach der nosologischen Stellung der „Paraphrenien“. S. 456.
- Pick, A. Zur Frage der Häufung epileptischer Anfälle zu bestimmten Nachtzeiten. S. 128.
- Beitrag zur Pathologie des Denkverlaufes beim Korsakow. S. 344.
- Schabelitz, H. Experimente und Selbstbeobachtungen im Bromismus. S. 1.
- Schneider, K. Über Erinnerungsfälschungen bei Zwangsgedanken. S. 90.
- Schulhof, F. Psychologisches aus Kants Schriften. S. 113.
- Intelligenzprüfung. S. 276.
- Strasser-Eppelbaum, V. Das autistische Denken in der Dementia praecox. S. 68.
- Thierauch, H. Großhirntumor unter dem Bilde der progressiven Paralyse. S. 315.
- Thumm, M. Beitrag zur Kasuistik und Bewertung der Heimwehdelikte. S. 80.
- Walter, R. und R. Krambach. Vegetatives Nervensystem und Schizophrenie. S. 232.
- Zimmermann, R. Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Blutbildes. S. 339.

GENERAL LIBRARY
JUN 7 1915
UNIV. OF MICH.

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie

Herausgegeben von

A. Alzheimer **R. Gaupp** **M. Lewandowsky** **K. Wilmanns**
Breslau Tübingen Berlin Heidelberg

Originalien

Redaktion

des psychiatrischen Teiles | des neurologischen Teiles
A. Alzheimer | **M. Lewandowsky**

Achtundzwanzigster Band. Viertes und fünftes (Schluß-) Heft
(Ausgegeben am 30. April 1915)



Berlin
Verlag von Julius Springer
1915

*Manuskripte sind bis auf weiteres nur zu senden an
Herrn Professor Dr. Lewandowsky, Berlin W 62, Lutherstr. 21.*

Die Abteilung der „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie“, die die

Originalbeiträge

bringt, erscheint in zwangloser Folge, derart, daß die eingehenden Arbeiten so rasch als irgend möglich, spätestens aber 4—6 Wochen nach Eingang, erscheinen können. Eine Teilung von Arbeiten in verschiedene Hefte soll vermieden werden. Zum Verständnis der Arbeiten und zur Belegung von Befunden wichtige Abbildungen und Tafeln können den Arbeiten jederzeit beigegeben werden.

Die Manuskripte sind bis auf weiteres sämtlich an

Herrn Professor Dr. Lewandowsky, Berlin W 62, Lutherstraße 21,

einzusenden. Die Autoren der Originalien werden gebeten, ihren Arbeiten ein Autoreferat für den Referateteil beizulegen.

Das Mitarbeiterhonorar beträgt M. 40.— für den Druckbogen Originalien; jeder Mitarbeiter erhält 60 Sonderabdrücke seiner Arbeit unentgeltlich.

Die Zeitschrift erscheint in Heften von je ca. 8 Bogen, die zu Bänden von etwa 40 Bogen (je nach Zahl und Art der beigegebenen Abbildungen) vereinigt werden.

Der Preis des Bandes beträgt M. 24.—. Die Erledigung aller nicht-redaktionellen Angelegenheiten, die die Zeitschrift betreffen, erfolgt durch die

Verlagsbuchhandlung von Julius Springer,
Berlin W 9, Linkstraße 23/24.

28. Band.

Inhaltsverzeichnis.

4./5. Heft.

	Seite
Engelhard, C. Fr. Eine Familie mit hereditärem Nystagmus. (Mit 1 Textfigur)	319
Zimmermann, R. Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Blutbildes . . .	339
Piek, A. Beitrag zur Pathologie des Denkverlaufes beim Korsakow . . .	344
Consiglio, P. Studien über Militärpsychiatrie und -kriminologie. Die soziale Medizin im Heere	384
Bloch, E. Über Wiederholung der Binet-Simonschen Intelligenzprüfung an denselben schwachsinnigen Kindern nach Ablauf eines Jahres	445
Krueger, H. Zur Frage nach der nosologischen Stellung der „Paraphrenien.“	456
Autorenverzeichnis	504

Verlag von Julius Springer in Berlin

Beiträge
zur Frage nach der Beziehung zwischen
klinischem Verlauf und anatomischem Befund bei Nerven- und Geisteskrankheiten

Bearbeitet und herausgegeben von
Franz Nissl, Heidelberg

Soeben erschien:

Erster Band. Heft 3:

**Ein Fall von Paralyse mit dem klinischen Verlauf einer
Dementia praecox. Zwei Fälle mit „akuter Erkrankung“
der Nervenzellen**

Mit 59 Figuren. — Preis M. 4.60

Früher erschienen:

Erster Band. Heft 1. Mit 34 Figuren. — Preis M. 2.40

Erster Band. Heft 2:

Zwei Fälle von Katatonie mit Hirnschwellung

Mit 48 Figuren. — Preis M. 2.80

Vor kurzem erschien:

**Die chirurgischen Indikationen
in der Nervenheilkunde**

Ein kurzer Wegweiser für Nervenärzte und Chirurgen

Von

Dr. Siegmund Auerbach

Vorstand der Poliklinik für Nervenranke in Frankfurt a. M.

Mit 20 Textabbildungen. — Preis M. 6.40; in Leinwand gebunden M. 7.—

Inhaltsverzeichnis:

- I. Die chirurgischen Indikationen bei Erkrankungen des Nervensystems, die mit Störungen der inneren Sekretion zusammenhängen.
- II. Die chirurgischen Indikationen bei den sogenannten Neurosen.
- III. Die chirurgischen Indikationen bei Erkrankungen des Gehirns.
- IV. Die chirurgischen Indikationen bei Erkrankungen des Rückenmarks.
- V. Die chirurgischen Indikationen bei Erkrankungen der peripheren Nerven.

Zu beziehen durch jede Buchhandlung

Verlag von Julius Springer in Berlin

Zwanglose Abhandlungen aus den Grenzgebieten der Pädagogik u. Medizin
Herausgegeben von **Th. Heller-Wien** und **G. Leubuscher-Meiningen**

Vor kurzem erschien:

Heft 5:

Gesundheit und Nachwuchs

Von **Leo Burgerstein**

in Wien

Preis M. 1.20

Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie
Herausgegeben von **A. Alzheimer-Breslau** und **M. Lewandowsky-Berlin**

Vor kurzem erschien:

Heft 9:

Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein

Eine psychopathologische Studie

Von **Dr. Paul Schilder**

Assistent an der psychiatrischen und Nervenkl. der Universität Leipzig

Preis M. 14.—

Vorzugspreis f. d. Abonnenten der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. M. 11.20

Soeben erschien:

Heft 10:

Die Gemeingefährlichkeit in psychiatrischer, juristischer u. soziologischer Beziehung

Von **Dr. jur. et med. M. H. Göring**

Privatdozent für Psychiatrie

Assistenzarzt an der Klinik für psychische u. nervöse Krankheiten zu Gießen

Preis M. 7.—

Vorzugspreis für die Abonnenten der Zeitschr. für die ges. Neurol. u. Psych. M. 5.60

Vor kurzem erschien:

Sexuelle Anomalien

ihre psychologische Wertung und deren forensische Konsequenzen

Erweiterter Vortrag

gehalten in der Juristisch-psychiatrischen Vereinigung, Zürich, am 26. Febr. 1913

Von **Dr. med. L. Frank**

Spezialarzt für Nerven- und Gemütskrankheiten in Zürich
ehem. Direktor der Kantonalen Irrenheilanstalt Münsterlingen, Thurgau

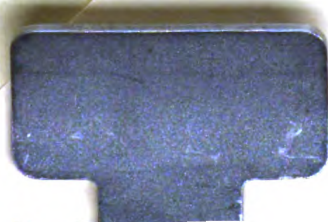
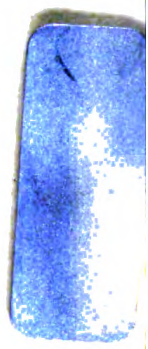
Preis M. 2.—

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

UNIVERSITY OF MICHIGAN

3 9015 07348 7871

7-1-20
100-107



Generated on 2019-01-13 12:48 GMT / <http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015073487871>
Public Domain in the United States; Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

