

## I.

Aus der psychiatrischen Klinik in Greifswald  
(Prof. A. Westphal).

### Klinische Beiträge zur Melancholiefrage.

Von

**Dr. O. Kölpin,**

Privatdocent und I. Assistenarzt der Klinik.



Wenngleich die Melancholie zu den häufigsten und bekanntesten Geisteskrankheiten gehört, so dürfte es dennoch schwer fallen, eine kurze, erschöpfende und allgemein befriedigende Definition dessen zu geben, was unter dem Begriff „Melancholie“ zu verstehen ist, und das noch um so mehr, als im Laufe der Zeit sich dieser Begriff mannigfache Umformungen hat gefallen lassen müssen. Diese Schwierigkeit betont auch Kraepelin<sup>1)</sup> in seinem Artikel „Ueber die klinische Stellung der Melancholie“. Die Ansicht der älteren Psychiater, nach der jede Psychose mit Ausnahme der primären Verrücktheit durch eine prodromale Melancholie eingeleitet werden sollte, hat sich nicht aufrecht erhalten lassen. Wenn man damals geneigt war, so ziemlich jede mit einigermassen lebhaftem Unlustaffect einhergehende Verstimmung als Melancholie aufzufassen, oft auch, worauf Wernicke aufmerksam gemacht hat, durch den im Beginn der acuten Psychosen häufig zur Beobachtung kommenden Affect der Rathlosigkeit eine Melancholie vorgetäuscht wurde, so kam man doch bald zu der Einsicht, dass mit einer solchen weiten Fassung des Krankheitsbegriffes der psychiatrischen Wissenschaft nicht gedient war, und man versuchte das Krankheitsbild in schärferen Umrissen herauszuarbeiten. Den mannigfaltigen klinischen Erscheinungsweisen der Melancholie entsprechend, schuf man eine Reihe von Unterabtheilungen und stellte die Formen der Melancholia activa und passiva, der Melancholia torpida und agitata, der Melancholia

---

1) Kraepelin, Monatsschrift für Psychiatrie Bd. VI.

attonita s. cum stupore und andere auf. Die Abgrenzung dieser Abarten unter einander liess indess oft zu wünschen übrig und andererseits kam man verschiedentlich zu der Auffassung, dass manche melancholischen Zustände nicht nur ihrer Symptomatologie, sondern auch ihrer ganzen Genese und Prognose nach durchaus nicht als gleichwerthig zu bezeichnen wären. Auch heute ist man noch weit von einer allgemeinen Einigung entfernt. Man kann nur zustimmen, wenn Kraepelin (l. c.) sagt: „Die Frage der Melancholie, obgleich so alt, wie die Psychiatrie überhaupt, ist auch heute weit davon entfernt, gelöst zu sein. Dieses Krankheitsbild, das wir uns gewöhnt haben, als eines der am besten gekennzeichneten unter allen Geistesstörungen anzusehen, erweist sich bei genauerer Betrachtung als ein Gemisch ganz verschiedenartiger Zustände, deren Scheidung in wirkliche Krankheitsvorgänge vom wissenschaftlichen und practischen Standpunkte aus die allergrössten Schwierigkeiten bereitet“.

Da vor Kurzem erst von Schott<sup>1)</sup> die verschiedenen Definitionen der Melancholie neben einander gestellt sind, will ich hiervon abssehen, und nur, um die bestehenden Differenzen in ein möglichst helles Licht zu rücken, die Ansichten Kraepelin's und Wernicke's wiedergeben als derjenigen Autoren, deren Standpunkt in dieser Frage wohl am weitesten von einander entfernt ist.

Kraepelin rechnet die Melancholie neben dem präsenilen Beeinträchtigungswahn und dem Altersblödsinn zu dem „Irresein des Rückbildungsalters“. Er bezeichnet speciell als „Melancholie“ „alle krankhaften ängstlichen Verstimmungen der höheren Lebensalter, welche nicht Verlaufabschnitte anderer Formen des Irreseins darstellen“. Alle sonstigen melancholischen Zustände sind als zu der grossen Krankheitsgruppe des manisch-depressiven Irreseins gehörig anzusehen. — Wernicke betrachtet die Melancholie als entstanden durch Herabsetzung der Willenstätigkeit durch intrapsychische Afunction und charakterisiert durch das fundamentale Symptom der subjectiven Insufficienz. Das hieraus resultirende Krankheitsbild belegt er mit dem Namen der „affективen Melancholie“. Dieselbe kann nun sowohl für sich allein als auch in Combination mit anderen Psychosen vorkommen, besonders mit der „acuten Angstpsychose“, ferner auch mit der „akinetischen Motilitätspsychose“, resp. der akinetischen Phase einer cyklischen Motilitätspsychose. — Ausserdem kennt Wernicke noch eine „depressive Melancholie“, die charakterisiert ist durch einen sehr hohen Grad der intra-

---

1) Schott, Beitrag zur Kenntniss der Melancholie. Dieses Archiv. Bd. 36. (S. hier auch die einschlägige Literatur.)

psychischen Akinese mit überwiegend objectiven Ausfallssymptomen. Er will indess diese depressive Form, von der es noch zweifelhaft sei, ob sie als eine eigene Geisteskrankheit anerkannt werden könne, durchaus von der affectiven Form, der Melancholie *zat' ἐξοχήν* getrennt wissen.

Es liegt auf der Hand, dass die beiden Auffassungen der Melancholie, die uns hier entgegentreten, *toto coelo* von einander verschieden sind. Das wird sofort verständlich, wenn wir die Gesichtspunkte, unter denen sich beide Forscher dem Gesamtgebiet der klinischen Psychiatrie gegenüberstellen, kurz skizzieren:

Kraepelin ist bemüht, aus dem Gewirr der Psychosen grosse Krankheitsgruppen abzusondern, die nach Aetiologie, Prognose und Verlauf zusammengehören. Bei der Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen der Psychosen, namentlich auch bei dem oft wechselvollen Charakter derselben kann natürlich unter solchen Voraussetzungen die Symptomatologie erst die zweite Rolle spielen. — Wernicke dagegen versucht an der Hand seines bekannten Aphasiesschemas auf dem Boden einer möglichst exacten Symptomatologie möglichst scharf umrissene Krankheitsbilder zu construiren, die auf diese Weise naturgemäß in erster Linie Zustandsbilder sein werden. Kraepelin giebt somit, wie dies einmal sehr treffend gesagt ist, „einen Längsschnitt der Psychose, Wernicke einen Querschnitt“. In Consequenz ihres Standpunktes ist demnach die Melancholie für Kraepelin im Wesentlichen ein ätiologischer Begriff, für Wernicke dagegen ein wohl abgegrenztes Zustandsbild.

In Folgendem will ich nun versuchen, an der Hand einschlägiger Krankengeschichten zunächst hauptsächlich symptomatologisch die einzelnen Formen der melancholischen Zustände zu zeichnen und dann auf ihr Verhältniss zu einander, ihre klinische Stellung und ihre Umgrenzung des Näheren einzugehen. Das Hauptgewicht lege ich hierbei auf die Herbeischaffung klinischen Materials, das, wie auf manchen anderen Gebieten der Psychiatrie, so auch hier, noch recht fehlt.

Ich beginne mit der Schilderung eines ziemlich häufigen Krankheitsbildes. Da sich die betreffende Kranke ungewöhnlich gut aussprach, theile ich die Krankengeschichte ziemlich in extenso mit:

Beobachtung 1. A. S., Kaufmannswittwe, 74 Jahre alt, Aufnahme am 5. December 1901.

Anamnese: Eine Vaterschwester der Patientin war geisteskrank, sonst keine erbliche Belastung. Sie selbst entwickelte sich normal, heirathete, hatte in kurzer Aufeinanderfolge drei Partus. Sie erkrankte psychisch zum ersten Mal im Alter von 31 Jahren im Anschluss an den Tod eines ihrer Kinder: sie zeigte absolut keine Lust zu irgend welcher Beschäftigung, sass meist in einer

Ecke oder neben der Wiege des Kindes, sprach mit Niemandem; das Essen musste ihr jedesmal angeboten werden. Ihren Angehörigen ging sie mit besonderer Scheu aus dem Wege und versuchte öfters, das Haus zu verlassen. Wie lange die Erkrankung dauerte, ist nicht mit Sicherheit festzustellen. Patientin besserte sich allmälig so weit, dass sie die Wirthschaft wiederum besorgen konnte, doch soll noch längere Zeit eine gewisse Gleichgültigkeit zurückgeblieben sein. — Seitdem hat Patientin ungefähr alle 3—4 Jahre Anfälle gehabt, die meist denselben Charakter trugen, wie der erste. Sie wusste es schon Wochen lang vorher, wenn ein solcher Zustand einzutreten drohte, und klagte dann über Schwindel, starken Schweiß und unbestimmtes Angstgefühl. In einem solchen Anfall entfernte sie sich von Hause, würde dann in Berlin, wo sie planlos umherirrte, aufgegriffen und in die Charité gebracht. Hier legte sie sich einen falschen Namen bei, damit ihre Angehörigen nichts von ihrem Verbleib erfahren sollten. Nach 3 Monaten wurde sie als gebessert entlassen. — Ausser diesen melancholischen Anfällen traten aber auch andere auf, wo auf eine anfängliche Verstimmung eine heitere Erregung folgte. In einem solchen Zustande wurde Patientin in der Provinzial-Irrenanstalt zu Ueckermünde behandelt. Aus der uns von dort freundlichst zur Verfügung gestellten Krankengeschichte ging hervor, dass Patientin dort im Anfang sehr erregt war und verschiedensfach isolirt werden musste. Sie war sehr lebhaft und heiter, sang und sprach fortwährend, bildete Reime. Sie schien verwirrt, kramte viel im Bett herum, schlief schlecht. Darauf folgte eine Periode, wo sie ganz abwesend war, sich bis über den Kopf zudeckte, kein Wort sprach und gefüttert werden musste. Nach etwa 8 Tagen wurde sie allmälig klarer; es zeigte sich, dass für die Akme der Erregung ein Erinnerungsdefect bestand. Patientin fühlte sich zunächst noch sehr elend, klagte über grosse Mattigkeit und ein ödes, wüstes Gefühl im Kopf; allmälig besserte sich der Zustand, so dass sie entlassen werden konnte. — In den Zeiten zwischen den Anfällen soll die Kranke durchaus normal gewesen sein.

Nach Angaben des die Patientin begleitenden Bruders begann der jetzige Anfall vor ungefähr 14 Tagen. Zuerst klagte sie über Magenbeschwerden, äusserte dann, sie fühle, wie sie jetzt nichts mehr besorgen könne, ihr Bruder müsse jetzt alles machen. Sie legte sich zu Bett, benahm sich aber sonst noch ganz correct. Eines Nachts stand sie dann plötzlich auf, lief zu ihrem Bruder und sagte: „Jetzt beginnt die Sache wieder, es geht alles ringsum. Ich habe solches Sausen im Kopf, bin zu nichts mehr nütz“. Am nächsten Morgen erschien sie ganz theilnahmlos, wollte nicht aufstehen, begann wir zu sprechen; sang in der nächsten Nacht 6 Stunden lang ununterbrochen unzusammenhängende selbstgedichtete Verse meist religiösen Inhalts vor sich hin. Später klagte sie über ein unbestimmtes Angstgefühl in der Brust, gab an, dass sie allerhand Melodien höre, oft ganz gemeine Gassenhauer; auch Gesichtshallucination sollen — allerdings sehr selten — Nachts aufgetreten sein. — Häufig äusserte Patientin Selbstbeschuldigungen: sie sei eine Sünderin, habe sich an ihren Mitmenschen versündigt. Dann wieder klagte sie, ihre Gedanken seien so weit weg; sie sei zu nichts mehr nütze, habe statt eines Herzens einen Stein

in der Brust. Das Essen habe keinen Geschmack, es schmecke wie Stroh. Es sei ihr alles so gleichgültig; sie empfinde weder Freude, noch Schmerz. — Suicidversuche hat sie nie gemacht, äusserte nur, sie hätte es wohl gethan, aber sie sei zu feige dazu.

**Status praesens:** Patientin ist eine intelligent aussehende, gracil gebaute Dame, und für ihr hohes Alter noch ziemlich rüstig. Sie benimmt sich durchaus correct und geordnet, giebt in freundlicher und gefälliger Weise Auskunft über die an sie gerichteten Fragen; doch macht sich bei der Beantwortung derselben eine gewisse Verlangsamung des Gedankenablaufs bemerkbar. Patientin klagt auch selber, dass sie sich gar nicht mehr so recht besinnen könne; ihre Gedanken seien so weit weg. Sie zeigt sich örtlich und zeitlich durchaus orientirt, giebt auch über ihre früheren Erkrankungen gute Auskunft: die Anfälle seien mit der Zeit immer häufiger und stärker geworden. Zuerst spüre sie eine ganz unbestimmte Angst und eine innerliche Hitze, dass es gar nicht zu sagen wäre. Die Stimmung sei immer trübe, und dabei klinge Musik vor ihren Ohren, lustige Klänge, die ihr widerstreben. Sie habe nur gegessen, um ihren Angehörigen einen Gefallen zu erweisen. Der Schlaf sei stets schlecht gewesen. — Befragt, was ihr jetzt fehle, giebt sie an, sie habe wieder solch ein unbestimmtes Angstgefühl in der Herzgegend. Wenn es doch nur erst mit ihr vorbei wäre; sie sei schlechter daran als ein Wurm; man möge sie doch zertreten, wie man einen Wurm zertritt; alles, was an ihr sei, sei verdorben, sie sei nichts mehr werth, wolle vollständig ausgelöscht werden in der Menschheit. „Wenn es irgend eine Hülfe giebt, so machen Sie mir doch den Garaus, wie, das ist ganz gleich: ausgelöscht für immer und ewig“.

Diese Klagen bringt Patientin in fliessender Sprache hervor. Ihr Gesichtsausdruck ist dabei ernst, die Stirn in leichte Falten gelegt, doch kommt kein eigentlicher Affect zum Durchbruch. — Die körperliche Untersuchung ergibt normale Verhältnisse. Es besteht Verharren in Stellungen.

7. December. Wird gefragt, ob sie gut geschlafen habe: „Wer kein gutes Gewissen hat, kann auch nicht ruhig schlafen. Ich habe ja kein Gefühl mehr für Recht und Unrecht; das kann doch nicht immer so gewesen sein; wie das wohl möglich sein kann? Diese Angst! und das nicht aussprechen können, was es ist; andere können das doch nicht wissen. Es kann kein Mensch, kein Gott mir helfen, es ist alles umsonst, alle Mühe und Kunst. Ich thue alles, was mir befohlen wird, aber von selbst kann ich nichts sagen, kann ich nichts klagen“.

10. December. Spontan spricht Patientin fast nichts. Das im Anfang noch vorhandene Hören aufdringlicher Melodien ist jetzt geschwunden.

11. December. Patientin ist heute Morgen etwas unruhiger, will schlecht geschlafen haben: „Solche Herzensangst und solche Qual! Ich möchte gern davon befreit sein. Ich möchte alles thun, wenn sie mir nur etwas geben möchten, dass das vorbei wäre. Ich habe keinen Muth dazu; mir läuft alles durcheinander; ich muss immer darauf gestossen werden, was ich thun soll; meine Kraft ist ganz ausgelöscht“.

17. December. Bei Gelegenheit der klinischen Vorstellung äusserte

Patientin: „Manche Zeiten geht es mir ganz gut, dann bin ich ganz gesund. Aber dann befällt es mich so schnell, so plötzlich, dass ich mich gar nicht zu bergen weiss. Ich habe dann zu nichts Lust, es ist mir, als ob alle Nerven zerrissen seien. Das, was mir sonst das Liebste ist, mag ich gerade am wenigsten leiden; ich mag dann nicht, dass die Meinigen mich sehen. Das Herz sitzt gar nicht mehr an der Stelle, wo es sonst sitzt, ich finde es gar nicht; es bedrückt mich dann eine unbestimmte Angst, eine innere Qual. Die Aerzte könnten mir doch etwas geben, damit es aus wäre; wenn es auch sonst nicht erlaubt ist, könnten sie doch mit mir eine Ausnahme machen. Ich bin ja zu nichts mehr nütze, bin ganz hohl, bin bis oben zugeknöpft etc.“.

30. December. Patientin fühlt sich etwas wohler. Die Angst ist geringer. Appetit und Schlaf sind besser. Doch klagt sie immer noch, dass es ihr so leer im Kopfe sei, dass sie noch für nichts rechtes Interesse habe, und alles sie gleichgültig lasse. Sie gibt zu, dass sie mitunter noch Stimmen höre, die sie nach dem Grunde ihrer Unthätigkeit fragten. Wenn sie dann sage (nur in Gedanken), es sei ihr doch nicht möglich, etwas zu thun, antworteten die Stimmen: „Dann lass doch!“

3. Januar 1902. Patientin spricht noch immer spontan sehr wenig, äussert kein Verlangen nach Beschäftigung. „Es ist mir alles zu viel, ich kann doch nichts anfassen, es ist, als ob eine Hand mich zurückstiesse. Am besten wäre es, wenn alles vorbei wäre, ein Schuss . . . wenn einige vom Regiment kämen . . . Ich bin so nutzlos, bin gar nichts werth. Wäre ich doch in der Jugend gestorben! Das hört sich ja alles an wie Unsinn aber . . .“ — Die Stimmung ist dabei gleichmässig ruhig, leicht deprimirt, nie besteht ein wesentlicher Affect.

7. Januar. Besuch von ihrem Bruder, freut sich sehr darüber.

14. Januar. Die Besserung hat deutliche Fortschritte gemacht. Patientin bittet selbst, etwas aufzustehen zu dürfen. Aeussert selber, sie merke, wie es besser werde. Es falle wie Schuppen von ihren Augen. Nur am Morgen sei sie noch etwas ängstlich. Stimmen höre sie nicht mehr, höchstens noch ein Summen in den Ohren.

2. Februar. Nur ab und an ist Patientin noch etwas ängstlich und klagt, dass der Kopf ihr so leer vorkomme.

6. Februar. Jetzt beginnt Patientin auch, sich wieder etwas zu beschäftigen; meint, jetzt werde es wohl ganz gut mit ihr werden. Aeussert den Wunsch, entlassen zu werden.

22. Februar. In der letzten Zeit stets geordnet und freundlich, hatte nie mehr Angst, beschäftigte sich fleissig, fühlte sich wieder vollkommen gesund. Eine daraufhin gerichtete Prüfung ergab, dass von irgend welchen Gedächtniss- oder Intelligenzdefecten nicht die Rede war. Patientin wurde als geheilt entlassen.

Wenn wir hier zunächst von der Anamnese absehen und nur das Bild ins Auge fassen, welches die Kranke während ihres Aufenthaltes in der Klinik darbot, so zeigt sich als charakteristischer Grundton des-

selben das alles beherrschende Gefühl des eigenen Unvermögens, der Gebundenheit jeglichen Wollens, des „gehemmten Ich's“, also das, was Wernicke als „Gefühl der subjectiven Insufficienz“ bezeichnet hat. Dieses Gefühl findet seinen sichtbaren Ausdruck in dem Fehlen jeder Initiative. Unsere Kranke schildert es in geradezu klassischer Weise: „Ich muss immer darauf gestossen werden, was ich thun soll; meine Kraft ist ganz hin . . . Ich thue alles, was mir befohlen wird, aber von selbst kann ich nichts sagen, nichts klagen . . . Ich kann doch nichts anfassen, es ist, als ob eine Hand mich zurückstiesse“. — Zum zweiten ist es das Gefühl der inneren Leere, der vollkommenen Gleichgültigkeit gegen alles und jeden, das Jenseits von Freude und Schmerz, was dem Krankheitsbilde seinen Stempel aufdrückt; dies letztere Symptom ist von Wernicke als „Abstumpfung der psychischen Gefühle“ beschrieben worden. Patientin sagt hierüber: „Das, was mir sonst das Liebste ist, mag ich gerade am wenigsten leiden . . . Ich habe ja kein Gefühl mehr für Recht und Unrecht . . . Ich bin ganz hohl, bin bis oben hin zugeknöpft“. Dieses Bewusstsein peinigt und beunruhigt die Kranken. Ihr Mangel an Empfindung und Mitfühlen erscheint ihnen als Schuld: sie müssen wohl einen Stein statt eines Herzens in der Brust tragen. Insbesondere die Veränderung des Ichgefühls äussert sich in Kleinheits- oder noch besser ausgedrückt, in „Minderwerthigkeits“-vorstellungen: der Kranke taugt nichts, ist zu nichts mehr nütze; man soll ihn nur möglichst bald bei Seite schaffen.

Es findet sich ferner stets bei diesen Fällen ein mehr weniger ausgesprochenes Gefühl der Angst, das im Epigastrium, seltener im Kopf oder im ganzen Leibe seinen Sitz hat, und das von dem Kranken als „innere Angst“, „Gewissensangst“ oder „Herzensangst“ bezeichnet wird. Ein Affect tritt nach aussen hin gewöhnlich nur wenig hervor und es fehlen bei dieser Krankheitsform wohl immer jene plötzlichen und gefürchteten Angstausbrüche, wie sie anderen Formen der Melancholie eigenthümlich sind. Deswegen ist in diesen Fällen auch die Gefahr des Selbstmordes eine verhältnissmässig geringe.

Hallucinationen spielen nur eine sehr untergeordnete Rolle, können auch vollkommen fehlen. Es handelt sich meist um Phoneme: der Kranke hört sich bei Namen rufen, er hört Stimmen, die seine eigenen Empfindungen wiedergeben, indem sie ihm Vorwürfe machen, er sei schlecht, sei gar nicht krank, sei nur faul etc. Mitunter kommt es auch zu Visionen in Form undeutlicher schattenhafter Gestalten.

Auch die Motilität ist insofern betheiligt, als ein Ausfall an Spontanbewegungen, eine „initiative Akinese“ statthat. Die Kranken, wenn sich selbst überlassen, sitzen oder liegen fortwährend still im Bett,

führen nur die nothwendigsten Bewegungen aus, sprechen nur, wenn sie gefragt werden. Zu weitergehenden Störungen der Motilität kommt es indess nicht, und wenn in unserem Fall einmal vorübergehend kataleptische Erscheinungen aufgetreten sind, so ist dies als eine Complication anzusehen. Ich behalte mir vor, auf diese Verhältnisse erst später einzugehen.

Dieses eben in grossen Zügen gezeichnete Krankheitsbild ist am eingehendsten von Wernicke geschildert und analysirt worden; es entspricht durchaus seiner „affectiven Melancholie“. Die meisten Autoren gebrauchen dafür die Namen Mel. simplex oder passiva, auch wohl Mel. apathica (Sommer). Ziehen<sup>1)</sup> beschreibt diese Zustände als „apathische Varietät der Melancholie“. Auch seine „melancholische Verstimmung“ oder „Hypomelancholie“ gehört wohl zum grössten Theil hierher. — Diese Bezeichnungen sind alle im Wesentlichen von dem Zustandsbilde hergenommen. — Aber ebenso wichtig wie das Zustandsbild ist in diesem Falle auch die Berücksichtigung der anamnestischen Daten. Zunächst fällt uns hier die ausgesprochene Neigung der Erkrankung zu periodischem Auftreten resp. zu Recidiven ins Auge: Seit dem 31. Jahre der Kranken traten alle 3—4 Jahre, in der letzten Zeit sogar noch öfter derartige Zustände auf. Ein anderer wichtiger Zustand ist der, dass einzelne dieser melancholischen Anfälle durch eine „stellvertretende“ Manie ersetzt wurden. Besonders trat der manisch-depressive Charakter darin hervor, dass der ausgebildeten Manie ein Stadium der Depression voranging oder auch ihr nachfolgte. Umgekehrt sind auch dem von uns beobachteten, im Uebrigen rein melancholischen Zustande im Anfange der Erkrankung einige als manisch zu deutende Züge beigemischt. Hierher rechne ich das einmal beobachtete Singen selbstgedichteter Lieder religiösen Inhalts und ferner das Sichaufdrängen heiterer Melodien, das von der Kranken selbst als unangenehm empfunden wurde. Letzteres Symptom kann man indess auch mit ebenso grosser Berechtigung als ins Gebiet der Zwangsvorstellung gehörig auffassen.

Von denjenigen Autoren nun, die sich bei ihrer Nomenclatur mehr an den ganzen Verlauf der Krankheit halten, würde unser Fall demnach zu den periodischen Melancholien, event. auch zu den circulären Psychosen gerechnet werden, und nach Kraepelin fällt er unter die depressiven Zustände des manisch-depressiven Irreseins.

Kommen wir nun noch einmal auf den einzelnen Anfall zurück,

---

1) Ziehen, Diagnose und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Halle 1896.

Die Dauer eines solchen schwankt in gewissen Grenzen, dürfte aber im Allgemeinen die Zeit von sechs Monaten kaum übersteigen; oft ist die Dauer sogar noch erheblich kürzer und erstreckt sich nur über einige Wochen. Wenn Ziehen (l. c.) diesen Fällen einen protrahirteren Verlauf zuspricht, wie der Melancholia gravis, so können wir dem nach unseren Erfahrungen nicht beistimmen. — Die Prognose des einzelnen Anfalles ist gewöhnlich eine gute und es kommt zur vollkommenen Restitution. Eine Ausnahme hiervon bilden, wie Kraepelin betont, nur diejenigen Fälle, wo bei jugendlichen Individuen sehr schnell hinter einander z. B. bei jeder Menstruation Anfälle auftreten; hier kommt es leicht zur Verblödung. Bei in höherem Lebensalter befindlichen Kranken sind bisweilen Defecte, namentlich des Gedächtnisses nachweisbar. Dann dürfen wir es aber nicht mit einer Folge der Melancholie, sondern des Seniums zu thun haben.

Was die Zeit des Auftretens dieser Form der Melancholie anbelangt, so kann dieselbe in jedem Lebensalter sich einstellen, doch sind die jüngeren Jahre bei weitem bevorzugter. Nach Kraepelin's Angaben sollen mehr wie  $\frac{2}{3}$  der Fälle vor dem 25. Lebensjahr erkranken.

Eine sehr häufige Varietät des eben geschilderten Zustandsbildes, das ich in Folgendem als „reine Melancholie“ bezeichnen werde, besteht in dem Auftreten von Versündigungsideen, die wohl als das in präzisere Formen gebrachte Gefühl des eigenen Unwerths anzusehen sind. Der Kranke sucht, grübelt förmlich nach einem Grunde für dieses Gefühl, und findet ihn dann gewöhnlich in einem affectbetonten Ereignisse der letzten Vergangenheit. Oft aber müssen auch zeitlich schon weit zurückliegende Dinge zu diesem Zwecke herhalten, namentlich beliebt sind in diesem Sinne die „Jugendsünden“; bei Frauen findet sich auffallend häufig die Vorstellung, ihre Wirthschaft und ihre Angehörigen vernachlässigt zu haben, schuld an dem Tode eines Kindes zu sein. Nicht selten sind auch Versündigungsideen religiösen Inhalts. Da sich die reine Melancholie weder in Prognose, noch Verlauf von dieser Varietät unterscheidet, erscheint es überflüssig, für die letztere einen besonderen Namen zu wählen.

Ich komme jetzt zur Schilderung eines anderen, ebenfalls recht charakteristischen Krankheitsbildes.

**Beobachtung 2.** C. H., Oberpostassistent, 37 Jahre alt, Aufnahme am 17. October 1901. Patient wird aus der chirurgischen Klinik hierher verlegt, weil er seit zwei Tagen dort ausserordentlich erregt gewesen war und mehrere -Selbstbeschädigungsversuche gemacht hatte. Vor Kurzem waren ihm dort wegen Empyems drei Rippen reseziert worden. Dem Vernehmen nach soll Patient ein ziemlich starker Potator gewesen sein.

Status praesens. Patient ist ein grosser kräftiger Mann. Gesichtsfarbe bleich, Lippen trocken und rissig. Auf der Stirn mehrere oberflächliche Abschürfungen. Pupillenreaction prompt, Zunge und Hände zeigen keinen Tremor. Patellarreflexe vorhanden. Keine Sensibilitätsstörung. Druckschmerzhaftigkeit der Waden. Puls 144, Temp. 38,0.

Patient macht zunächst einen etwas ängstlich verwirrten Eindruck, lauscht mitunter, als ob er hallucinire. Er ist jedoch gut zu fixiren, kommt allen Aufforderungen prompt nach; bisweilen indess erscheint er abgelenkt und sagt zuerst etwas Falsches, verbessert sich dann aber selber. Patient klagt über heftiges Angstgefühl. Er solle im Fieber etwas gesagt haben, dafür solle er jetzt ins Gefängniss. Seit 8 Tagen habe er gar nicht geschlafen, habe viele Erscheinungen vor den Augen gehabt; sein ganzes Leben sei an ihm vorübergezogen, einzelne Gestalten seien ganz deutlich gewesen; auch sprechen habe er sie mitunter hören. — Zeitlich und örtlich zeigt sich Patient nach einigem Bessinnen gut orientirt.

Im Verlauf der nächsten Stunden blässt der Angstaffect etwas ab. Patient giebt noch an, dass er früher nie psychisch krank gewesen sei. Nur im August, wo er schon einmal wegen des Empyems operirt worden, sei er öfter sehr ängstlich und erregt gewesen. — Augenblicklich sei seine Angst nicht mehr so gross, aber sein Puls schlage so stark, dass er es durch den ganzen Körper fühle. Es sei ihm so, als ob auf dem Gange und vor dem Fenster immer Leute seien, die hereinkommen wollten. Wie einmal jemand auf dem Flur vorbeigeht, richtet Patient sich lauschend in die Höhe: „Ich dachte, es kämen Soldaten“. — Gegen Abend wird die Angst wieder lebhafter. Patient jammert fortwährend monoton, in verbigerender Weise: „O mein Gott! o mein Gott! o mein Gott! Mutter! Mutter! Mutter! Schwester! Schwester! Schwester! Was soll aus Euch werden?“ Auf Befragen giebt er dann an, dass seine Angehörigen auch keinen Pfennig mehr besässen. — Wegen starker Schmerzen in der Brust erhält Patient Morphium und schläft bis gegen 3 Uhr; dann springt er plötzlich auf, schlägt sich mit einer Seltersflasche gegen den Kopf, ehe die Wache es verhindern kann und bringt sich mehrere tiefe Wunden am Kopfe bei. Er ist ganz ausserordentlich ängstlich, erzählt, dass er 13 rothe Männer mit Messern gesehen habe, die ihm umbringen wollten.

18. October. Die ängstliche Erregung hält an. Die Angst wird in die Präcordialgegend localisiert. Patient jammert fortwährend: „Grosser Gott, was soll das alles? Wie soll das werden? Sie kommen, sie kommen! Ich habe doch nichts gethan. Herr Gott, in deine Hände befehle ich mich. Ich bin doch unschuldig. Meine Mutter, meine Schwester! Warum haben Sie mir gestern nicht den Kopf abgeschlagen? Ich bin doch schuldlos. Wie ist das möglich, ich habe doch nie vor Gericht etwas zu thun gehabt.“ — Trotz des Affects ist Patient gut zu fixiren, ist örtlich gut, zeitlich nicht genau orientirt. Er versucht fortwährend mit dem Kopfe gegen die Wand zu schlagen oder sich mit dem Daumen die Augen auszubohren. Von der Wirklichkeit seiner nächtlichen Hallucinationen ist er überzeugt.

19. October. Gegen Morgen versucht Patient, sich den Verband abzu-

reissen. Acussert dem Wärter gegenüber, er wisse, dass sein Körper nachher an die Anatomie verkauft werden solle; heute Abend solle er umgebracht werden. Allen gegentheiligen Versicherungen setzt er nur ein ungläubiges Kopfschütteln entgegen. An die Ereignisse der letzten Tage hat er nur eine lückenhafte Erinnerung. —

In den folgenden zwei Monaten trat keine wesentliche Aenderung des Zustandes ein. Der Affect war bald stärker, bald schwächer, aber immer ziemlich erheblich. Meist sass Patient jammernd und die Hände ringend im Bett und blickte ängstlich nach der Thür. Rief bisweilen: „Sie kommen, sie kommen“. Ausgeprägter Beziehungswahn: Alles kam ihm so sonderbar vor. Die Leute sähen ihn so komisch an, sprächen auch über ihn. Daneben die lebhaftesten Verfolgungsideen: Er solle hingerichtet, gerädert, geköpft, in einen glühenden Sarg gelegt werden. Draussen stehe schon ein Wagen mit 4 Pferden, um ihn zu holen; er merke wohl die Vorbereitungen zu seinem Tode. Die Augen sollten ihm ausgestochen, der Bauch aufgeschlitzt werden etc. Er sei doch schuldlos, habe doch nichts gethan, höchstens könne er im Fieberwahn irgend jemand beleidigt haben. Häufig wurde der Affect so stark, dass Patient nur mit mit grösster Mühe im Bett festgehalten werden konnte. Oft versuchte er auch, die Verbände abzureißen, oder mit dem Kopf auf die Bettkante aufzuschlagen, so dass fortwährend die sorgfältigste Bewachung nothwendig war. Eine Zeit lang bestanden noch Gesichts- und Gehörshallucinationen, doch waren sie nicht sehr aufdringlich und ohne besonderen Effect auf den Patienten. Nahrungsaufnahme stets leidlich, Schlaf anfangs noch schlecht, später zufriedenstellend.

Gegen Ende December trat dann eine wesentliche Besserung in dem Befinden des Kranken ein. Die Angst hatte sehr nachgelassen und es bestand eine ziemlich weitgehende Krankheitseinsicht. Bald verschlechterte sich der Zustand aber wieder: Patient jammerte fortwährend in monotoner Weise vor sich hin, trug auch zeitweilig eine ausgesprochene rathlose Bewegungsunruhe zur Schau. Besonders beherrschte ihn die Vorstellung, dass er fortgebracht werden solle und klammerte er sich deswegen bei den Visiten fest an die Aerzte an. Der eigentliche Affect blasste indess immer mehr ab, Selbstbeschädigungsversuche kamen nicht mehr vor. Patient, der sonst — man hätte fast sagen mögen — aus Gewohnheit, stets vor sich hin wimmerte, konnte sich bei Gelegenheit von Besuchen seiner Angehörigen vollkommen correct benehmen, zeigte Interesse für das, was zu Hause vorging, schrieb auch durchaus correcte Briefe. Am 15. Februar 1902 wurde er auf Wunsch seiner Mutter gebessert entlassen.

Ohne Zweifel haben wir es auch hier mit einer melancholischen Erkrankung zu thun, doch setzt sich das Bild derselben zum grössten Theil aus ganz anderen Elementen zusammen, wie das vorige. Das prädominirende Symptom in diesem Krankheitsbilde ist das ausgeprägte Angstgefühl, welches dermassen in den Vordergrund tritt, dass alle anderen Symptome als von ihm abhängig erscheinen. Die Intensität dieses

schon an und für sich sehr lebhaften Affects kann gelegentlich lawinenartig anschwellen; dann kommt es zu jenen früher als Raptus melancholici bezeichneten Zuständen, in denen ein solcher Kräcker sich oder seiner Umgebung so leicht gefährlich werden kann. Die Gefahr des Selbstmordes ist demnach eine sehr erhebliche; häufig besteht, wie auch zeitweilig in unserem Fall, ein geradezu impulsiver Selbstmord- resp. Selbstbeschädigungstrieb.

Als nächstwichtiges Symptom, dem starken Angstsaffekte entsprechend, bemerken wir das Auftreten von sehr lebhaften Vorstellungen im Sinne der Verfolgung. Der Inhalt dieser Vorstellungen ist sehr wechselnd und phantastisch; zum Mindesten ist es immer auf den Tod des Kranken abgesehen: er soll gehängt, geköpft, gerädert, gekreuzigt, verbrannt werden. Bemerkenswerth ist, dass diese Vorstellungen nie im Sinne eines Systems verarbeitet werden.

In Beziehung zu den Verfolgungsidenen steht noch ein anderes Symptom, nämlich der Beziehungswahn. Es kann nichts geschehen, was in den Augen des Kranken nicht Bezug auf ihn hat. Wie sein Nachbar sich räuspert, wie er die Bettdecke hinlegt, wie die anderen ihn ansehen: das alles beobachtet er mit argwöhnischen Blicken und glaubt darin geheime, im Einverständniss mit seinen Verfolgern gegebene Zeichen zu entdecken.

Auch Versündigungs- resp. Kleinheitswahnideen sind stets vorhanden; sie treten bald mehr, bald weniger in den Vordergrund. In unserem Fall sind sie verhältnismässig nur wenig intensiv: Patient wehrte sich förmlich gegen den Gedanken, etwas verbrochen zu haben, höchstens könne er im Fieberwahn jemanden beleidigt haben. In anderen Fällen können die Versündigungsidenen indess einen ganz bizarren phantastischen Charakter annehmen: der Kranke ist so schlecht, dass er nicht nur sich selber, dass er seine ganze Familie, ja die ganze Welt ins Unglück gestürzt hat; er ist schuld daran, dass alles zu Grunde geht, dass es nicht mehr regnet, dass die Strassenbahn nicht mehr fährt etc.

Hallucinationen kommen hauptsächlich als solche des Gesichts oder des Gehörs vor. In unserem Falle waren die ersten häufiger, gewöhnlich aber findet sich das umgekehrte Verhältniss. Der Inhalt der Hallucinationen entspricht der Affectlage. Die Phoneme der Kranken sind meist bedrohende oder beschimpfende Stimmen. Die Hallucinationen des Gesichts sind oft recht beängstigend für die Kranken; häufig handelt es sich dabei um Leichen, Todtenköpfe, Hinrichtungscenen. Solche Hallucinationen können gelegentlich (s. Krankengeschichte) den Anstoß zum Ausbruch eines raptusartigen Zustandes geben. Im Allgemeinen treten die Hallucinationen nicht sehr in den Vordergrund.

Im Uebrigen sind die Kranken gewöhnlich gut orientirt und nicht verwirrt. Nur gelegentlich auf der Höhe des Affects kann es zu einer vorübergehenden Verkennung der Situation kommen, indem die Umgebung als Gefängniss oder Gericht, die Aerzte als Richter verkannt werden.

Zum Unterschied von der reinen Melancholie vermissen wir hier die primäre Hemmung, das Gefühl der subjectiven Insufficienz. Wenn der Ablauf der Vorstellungen hier auch öfter etwas verlangsamt erscheint, so ist diese Verlangsamung nur als secundär und als durch das Gebundensein der Aufmerksamkeit durch den lebhaften Angstfaffekt bedingt anzusehen. — Ausserdem fehlt bei diesen Kranken die Abstumpfung der psychischen Gefühle: während bei der reinen Melancholie alles, auch das Schicksal seiner nächsten Angehörigen den Kranken kalt liess, sehen wir ihn hier sich um das Ergehen derselben die schwersten Sorgen machen; glaubt er doch, selber nur allein schuld daran zu sein, dass es ihnen so schlecht geht.

Die Motilität ist meist in der Weise betheiligt, dass sich eine durch die Angst bedingte Bewegungsunruhe bemerkbar macht; diese kann mitunter so lebhaft werden, dass es dem Kranken unmöglich ist, im Bette zu bleiben.

Dieser Symptomencomplex, der der Melancholia agitata der ältern Autoren entspricht, und auch heute noch vielfach so bezeichnet wird, ist als gesondertes Krankheitsbild ebenfalls von Wernicke beschrieben worden, und mit dem Namen der „acuten Angstpsychose“ belegt. Diese sehr treffende Bezeichnung werde auch ich im Folgenden beibehalten.

Nach Wernicke kann das Bild der acuten Angstpsychose auf dem Boden des Alkoholismus, der Epilepsie, des Climacteriums und des Seniums entstehen. Die Angstpsychose alkoholischer Provinenz, zu denen wohl auch unser Fall zu rechnen ist, geben eine gute Prognose. Die Dauer ist gewöhnlich nur eine beschränkte; bei unserem Kranken muss dieselbe schon als ungewöhnlich lange betrachtet werden, doch ist hier neben dem Alkoholismus noch die Schwächung des Kranken durch das Empyem und die verschiedenen Operationen zu berücksichtigen. — Zu bemerken ist die häufig vorhandene Neigung der Erkrankung zu Remissionen und Exacerbationen.

Differentialdiagnostisch kann eventuell bei Fällen von Angstpsychose mit lebhaften Hallucinationen der „hallucinatorische Wahnsinn der Trinker“ in Betracht kommen. Die eigenartige charakteristische Form der Sinnestäuschungen bei dem letzteren sowie die Neigung zur Systematisirung der Wahniddeen dürften indess wohl in den weitaus meisten Fällen das Stellen einer exacten Diagnose ermöglichen.

Neben den alkoholischen Angstpsychosen beanspruchen die des Climacteriums und noch mehr die des Seniums unsere Aufmerksamkeit, und zwar die letzteren deshalb, weil die Angstpsychose resp. ihre gleich zu erwähnenden Combinationsformen so ziemlich als die specifisch melancholische Erkrankung des Seniums anzusehen ist. — Die climacterischen und senilen Angstpsychosen — die im übrigen nicht scharf von einander zu trennen sind — haben nun gewisse Eigenthümlichkeiten, die sie vor den alkoholischen Angstpsychosen auszeichnen.

Da ist zunächst ihre ausgesprochene Tendenz, chronisch zu werden. Gewöhnlich vollzieht sich dieser Uebergang unter Abblassen des Affects: die Kranken wimmern meist leise vor sich hin, bringen stets dieselben monotonen Klagen vor. — Im Gegensatz zu den alkoholischen Angstpsychosen finden wir hier, namentlich bei den senilen Formen, oft andauernd eine schlechte Orientirungsfähigkeit und Verkennung der Situation im feindlichen Sinne. — Bemerkenswerth ist ferner, dass in diesen Zuständen bisweilen intercurrente, gewöhnlich nicht lange anhaltende Phasen von delirantem Charakter sich einschieben können, in denen die Kranken ganz benommen und verwirrt erscheinen, halluciniren, fortwährend im Bette umherkramen. Da genau solche Zustände nicht selten im Verlauf der Dementia senilis auftreten können, so ist die Frage zu erwägen, ob die Angstpsychose hier nicht mit einer senilen Demenz vergesellschaftet ist. Dieselbe Erwägung wird uns nahe gelegt durch die Thatsache, dass im Verlaufe mancher dieser senilen Angstpsychosen eine deutliche, wenn auch meist nicht allzu erhebliche und hauptsächlich sich in Gedächtnissdefecten äussernde psychische Schwäche resp. Demenz hervortritt. Entweder müssen wir solche Zustände als eine Combination beider Krankheitsbilder auffassen oder die Angstpsychose als eine mehr zufällige Erscheinungsform der senilen Demenz betrachten.

Die Prognose dieser Fälle ist nach dem Gesagten eine recht zweifelhafte; sie wird um so schlechter, je älter das erkrankte Individuum ist, resp. je mehr sich bei ihm die Anzeichen der senilen Involution bemerkbar machen.

Die Krankengeschichte eines solchen Falles von seniler Angstpsychose lasse ich hier folgen:

**Beobachtung 3.** L. L., Bahnwärtswitwe, 58 Jahre alt, Aufnahme am 17. October 1901.

**Anamnese:** Patientin soll früher stets gesund gewesen sein. Im Mai d. J. verlor sie ihren Mann durch einen Unglücksfall und soll seitdem ganz verändert sein. Sie jammerte viel, machte sich Sorgen darüber, dass sie jetzt verhungern müsse; die Leute hätten ihr das Geld weggenommen. Verschie-

dentlich äusserte sie, sie müsse sich das Leben nehmen, der Polizist wolle sie ins Zuchthaus bringen, versteckte sich, wenn sie jemanden kommen hörte, bat ihre Umgebung, sie doch nicht zu verrathen. Zeitweise kamen heftige Angstanfälle, die in den letzten acht Tagen so zunahmen, dass Patientin andauernd bewacht werden musste. Wenn sie einen Augenblick allein gelassen wurde oder die Umgebung einen Moment ablenken konnte, versuchte sie, sich zu erdrosseln, zu ertränken, sich die Kehle durchzuschneiden, benutzte dazu alle Gegenstände, deren sie habhaft werden konnte: Messer, Griffel, Besenstiel, Nähnadel etc. Sie ass sehr wenig, wanderte Nachts umher.

*Status praesens.* Patientin ist eine kleine, mässig genährte Frau, die bereits vollkommen ergraut ist. Am Körper zahlreiche Contusionen und Abschürfungen, die sie sich selber beigebracht hat. Bei der Aufnahme macht sie einen sehr apathischen Eindruck, antwortet erst auf wiederholte Fragen, kann die leichtesten Rechenaufgaben nicht lösen. Oertlich ist sie schlecht, zeitlich ganz unorientirt. — Die körperliche Untersuchung, bei der Patientin bisweilen sehr ängstlich ist, ergiebt nichts Besonderes.

18. October. Gegen Morgen wurde Patientin, die leidlich geschlafen, plötzlich sehr ängstlich, drängte mit Gewalt aus dem Bett, stöhnte und jammerte beständig; bat die Wärterin, ihr doch den Kopf abzuschlagen, sie zu verbrennen. — Bei der Visite klagte sie über heftige Angst in der Herzgegend, wiegte sich im Bett hin und her, antwortete auf Fragen nur mit Stöhnen und Seufzen.

20. October. Hat versucht, sich mit dem Bettlaken zu erhängen, mit dem Kopf in den Ofen zu kriechen. Sie klammert sich krampfhaft an den Arzt an, bittet, ihr doch den Kopf abzuschlagen: „O mein lieber Herr Doctor, ich komme in den grossen Feuerofen“.

29. October. Andauernd ängstlich erregt, gar nicht zu fixiren, fürchtet, dass die Hunde sie zerreißen; jammert und ringt die Hände; beschuldigt sich, zu viel betrogen zu haben, bittet, ihr doch eine leichtere Strafe zu geben, die Angst sei zu gross. Nahrungsaufnahme sehr unregelmässig; die Milch sei zu gut für sie. Mitunter scheint sie zu halluciniren.

3. November. Nimmt nur auf energisches Zureden etwas Milch, ruft nach jedem Schluck: „Ich danke Ihnen, mein einziger Herr Doctor: das ist jetzt mein Amen, jetzt komme ich zu den Todten, jetzt muss ich in den Keller, jetzt ist es mit mir zu Ende“. — Im Bett ist Patientin gar nicht zu halten, geht winselnd und stöhned im Zimmer umher.

So blieb das Verhalten der Kranken noch etwa 14 Tage; dann trat eine gewisse Beruhigung ein; die Angst liess nach, Patientin jammerte nur noch wenig, lag, wenn sie unbeachtet war, still im Bett; näherte man sich ihr aber, so fing sie an, in alter Weise ihre monotonen Klagen und Bitten vorzubringen. Da Patientin nie zu fixiren war, erwies sich eine genauere Exploration als unmöglich, doch machte das ganze Gebahren der Kranken an sich schon den Eindruck einer gewissen Demenz. — Am 4. Januar 1902 wurde Patientin dann in eine Provinzial-Irrenanstalt überführt. Dort ist ihr Zustand bis jetzt unverändert geblieben, doch ist sie allmälig immer stumpfer und theilnahmloser geworden.

Die Kranke bot also, wie wir sahen, durchaus das Bild einer Angstpsychose, nur findet sich nichts, was mit Sicherheit auf das Bestehen von Beziehungswahn schliessen liesse. — Die Tendenz, unter Nachlass des Affe<sup>t</sup>s in ein chronisches Stadium überzugehen, tritt in diesem Falle deutlich zu Tage. Auch werden wir nicht fehlgehen, wenn wir das Bestehen einer gewissen Demenz als sehr wahrscheinlich ansehen.

---

In dem Symptomencomplex der reinen Melancholie einerseits, der Angstpsychose andererseits sind uns die beiden wohl charakterisierten Grandformen aller melancholischen Zustandsbilder gegeben, die in ihren typischen Fällen mit leichter Mühe auseinander gehalten werden können: Nun existiren aber zwischen den beiden alle möglichen Combinationen und fliessenden Uebergänge. Die Symptomatologie dieser Uebergangsformen kann sich in der Weise repräsentiren, dass der Symptomencomplex des einen Krankheitsbildes überwiegt, der des anderen mehr untergeordnet ist. Oder es können die Elemente beider Formen neben einander bestehen; gewöhnlich aber fehlt dann auf beiden Seiten das eine oder andere für die Grundform sonst charakteristische Symptom. Beide Krankheitsbilder können sich schliesslich auch noch dergestalt combiniiren, dass sich eine Angstpsychose aus einer reinen Melancholie heraus entwickelt, dass also die letztere gewissermassen als Prodromalstadium der ersteren aufzufassen ist.

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass die in mehr jugendlichem Alter auftretenden Mischzustände sowohl ihrer Symptomatologie wie ihrer Prognose nach der reinen Melancholie bedeutend näher stehen wie der Angstpsychose. Finden wir bei solchen depressiven Zuständen ein bestimmtes Symptom der letzteren, den Beziehungswahn, stark ausgebildet, so müssen wir sogar schon auf der Hut sein, dass wir es nicht mit einer Melancholie, sondern mit einer Katatonie zu thun haben. Auf diesen Punkt werde ich später noch näher eingehen. — Umgekehrt nähern sich die Mischzustände der höheren Lebensalter im Allgemeinen mehr der Angstpsychose. Die Prognose dieser Fälle pflegt sich um so günstiger zu gestalten, je mehr die Symptome der Angstpsychose in den Vordergrund treten und je mehr sich die Zeichen der senilen Involution bemerkbar machen. — Bei der Beurtheilung aller dieser Mischzustände kann es aber oft sehr schwer fallen, die einzelnen Symptome genau auseinanderzuhalten, da die Kranken oft nur ganz ungenügend zu fixiren sind; namentlich das Feststellen einer etwaigen primären Hemmung dürfte häufig auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen. Die augenfälligeren Symptome der Angstpsychose werden dagegen viel

leichter zu constatiren sein. — Die beiden folgenden Krankengeschichten mögen diese Verhältnisse etwas illustrieren.

**Beobachtung 4.** S. W., Dienerfrau, 58 Jahre alt, Aufnahme am 12. März 1901.

**Anamnese:** Von hereditärer Belastung nichts bekannt. Patientin war stets leicht erregbar, seit 10—12 Jahren Menopause. Vor Kurzem verursachte ihr ein Sohn, der leichtsinnig Schulden gemacht, schweren Kummer. Seit ca. 10 Tagen war Patientin ängstlich verstimmt, besorgte ihre Arbeiten nur mehr mechanisch, machte einen Versuch, sich die Pulsader der linken Hand aufzuschneiden. Schlaf und Appetit waren schlecht.

**Status praesens.** Mittelgrosse, leidlich gut genährte Frau, ihrem Alter entsprechend aussehend. Ihre Miene ist ängstlich, sie beginnt häufig zu weinen. Sie ist vollkommen orientirt, erzählt, dass ihr Sohn sich einen Anzug gekauft und ihn nicht habe bezahlen können. Sie habe sich für ihn verbürgt und auch eine Summe angezahlt; wegen des Restes solle sie nun verklagt werden. (Die Angelegenheit war bereits in bester Ordnung.) Am meisten dauerten sie ihre Töchter, die müssten nun auch vor Gericht. Es sei wohl am besten, wenn es bald mit ihr ein Ende nehme. Es sei ihr ganz wirr im Kopf; sie könne gar keine Gedanken fassen, so dass sie mitunter gar nicht im Stande sei, zu sprechen. Zu Hause habe sie für nichts mehr Interesse gehabt. In der Herzgrube spüre sie ein ständiges Druckgefühl, aber eigentliche Angst habe sie nicht. — Die körperliche Untersuchung ergiebt ausser einer etwas tragen Pupillenreaction und sehr lebhaften Patellarreflexen keine Besonderheiten.

Da der Zustand der Kranken mit geringen kurzdauernden Remissionen während der nächsten drei Monate derselbe blieb, will ich hier zusammenfassend darüber berichten: Patientin sass in aufrechter Haltung im Bett. Die Miene war tief unglücklich, die Stirn in horizontale Falten gelegt. Häufig jammerte und stöhnte sie, klammerte sich an den Arzt an. Bisweilen gab sie zu, Stimmen zu hören, konnte dieselben aber nicht verstehen. Ihre ganzen Gedanken drehten sich um jenes oben erwähnte geringfügige Ereigniss mit ihrem Sohn. Es bestanden ausgeprägte Kleinheitswahn- und Versündigungsvorstellungen: „Ich muss büßen, ich bin nicht werth, angespuckt zu werden, ich bin weniger, wie ein Stück Vieh. Ich habe meinen Mann belogen, habe meine Töchter in's Gefängniss gebracht, habe meine ganze Familie in's Unglück gestürzt. Ich selber gehöre in's Gefängniss, zu meinen Töchtern“. Daneben wurden auch gelegentlich Vorstellungen im Sinne der Vorfolgung geäussert: ihre Töchter sollten geschlachtet werden, sie selbst sollte hingerichtet werden. „Wenn ich nur erst tott wäre!“ Ausserdem bestand ein deutliches Gefühl von Präcordialangst: „Es ist richtig ein Druck auf meinem Herzen, als ob ein Stein darauf läge. In der Brust ist mir alles eng“. Einmal klagte sie: „Meine Gedanken sind ganz fort, ich kann gar nichts mehr denken“. — Die Nahrungsaufnahme war sehr schlecht, einmal musste zur Sondenfütterung gegriffen werden. Schlaf erfolgte fast nur auf Schlafmittel. — War der Affect besonders stark, dann kam es zu einer gewissen rathlosen Bewegungsunruhe: Patientin

zupfte mit den Fingern an der Bettdecke, machte mit dem Rumpf schaukelnde Bewegungen und stöhnte und jammerte in rhythmischer Weise.

Im Laufe des Juni trat eine erhebliche Besserung ein. Schlaf und Appetit hoben sich, Patientin besass Krankheitseinsicht, meinte, es sei ihr manchmal, als ob alles ein Traum gewesen. Sie beschäftigte sich mit Hausarbeiten, war aber im Ganzen doch noch ziemlich still. Am 30. Juni 1901 wurde sie auf Drängen der Angehörigen als „gebessert“ entlassen. — Die ersten beiden Tage zu Hause ging es recht gut, dann begann Patientin aber wieder zu jammern und die alten Selbstanklagen zu äussern. Mehrere Male versuchte sie, sich aus dem Fenster zu stürzen. Sie wurde uns deshalb schon nach 6 Tagen wiederum zugeführt. Es bestand wieder das alte Bild. Im Laufe der nächsten Monate traten mehrere Remissionen und Exacerbationen ein. Einige Tage lang bestanden zum Theil recht lebhafte Gesichtshallucinationen: Patientin sah schwarze Gestalten, eine Kutsche, deren Pferde in Gedärmen herumtraten und nach ihr schlügen. Zeitweilig bot Patientin das Bild völliger Rathlosigkeit; einmal äusserte sie hierbei, es komme ihr alles so verändert vor, es sei wohl eine ganz andere Welt, eine ganz andere Gegend, ein ganz anderes Jahr. Man lebe ja hin, ohne sich um die Zeit zu bekümmern, es gebe keine Stunde, keinen Tag mehr. Die Bäume draussen seien keine wirklichen Bäume, seien nur Bilder etc. Mehrmals machte Patientin auch Selbstbeschädigungsversuche. Schlaf und Nahrungsaufnahme liessen meist zu wünschen übrig. — Am 15. Mai 1902 wurde die Kranke in eine Provinzial-Anstalt überführt. Hier trat bald eine bedeutende Besserung ein, so dass Patientin am 2. Juli 1902 versuchsweise nach Hause beurlaubt wurde. Dort ging es leidlich, doch trat bisweilen noch eine gewisse ängstliche Erregung ein. Im October gelang es der Kranken, in einem unbewachten Momente ihrem Leben durch Erhängen an der Ofenthür ein Ende zu machen.

**Beobachtung 5.** F. H., Rentner, 62 Jahre alt, Aufnahme am 15. Mai 02.

**Anamnese:** Eine Schwester des Patienten war geisteskrank. Er selbst war bisher nicht nennenswerth krank, will nur seit mehreren Monaten an Magenkatarrh und schlechter Verdauung gelitten haben. Seit drei Wochen soll er psychisch verändert sein, wollte das Zimmer nicht verlassen, machte öfter Lärm, sprach von Christus und den Aposteln.

**Status praesens:** Mittelgrosser, schwächlicher Mann, Gesichtsausdruck etwas deprimirt. Er benimmt sich ganz geordnet, ist über Ort und Zeit vollkommen orientirt. Etwas umständliche Redeweise. Er giebt an, dass er in der letzten Zeit Nahrungssorgen gehabt, und sich diese wohl zu sehr zu Kopf genommen habe. Er habe nämlich einen Neubau zu theuer ausführen lassen und eine Police nicht rechtzeitig gekündigt. Zu Hause habe er häufig Angst gehabt; Schlaf und Appetit seien nur schlecht gewesen. — Die körperliche Untersuchung ergab ausser einer etwas tragen Pupillenreaction und geringer Arteriosklerose normale Verhältnisse.

17. Mai. Nachdem Patient sich bis jetzt ganz ruhig verhalten, bekam er Nachts ganz unvermittelt einen heftigen Erregungszustand, zerschlug mehrere Fensterscheiben, schrie, er habe Zeugen darauf. Am Morgen gab er nur an,

einen Mann gesehen zu haben, der ihn bedrohte; an das Ganze bestand nur eine summarische Erinnerung.

Von jetzt ab bot der Kranke das Bild eines ausgeprägten Depressionszustandes. Er sass händeringend und jammernd im Bett, ausserte stets Versündigungs- und Kleinheitswahnideen: Er sei der grösste Sünder, er sei schuld daran, dass die Leute hier alle krank seien. Seine Frau habe nicht Mittel genug, um zu leben; er habe schlecht gewirthschaftet, habe seiner Frau zu viel gesagt: „Mir ist immer, als ob ich todgeschossen werden sollte: ich möchte nur Ruhe in meinem Gewissen haben. Alles zielt auf mich! Meine Verhältnisse zu Hause sind schuld daran. Ich habe solche Gewissensunruhe und Nachts habe ich so schreckliche Träume“. — Ein andermal jammert er: „Das ist eine verdunkelte Geschichte, eine lügenhafte Geschichte, ein Gottesverrath. Ich kann damit nicht mehr durchfinden. Wenn ich umgebracht werden soll, möchte ich doch nicht auf eine so unmenschliche Weise umgebracht werden. Ich bin so unruhig und ängstlich wegen der Dummheiten, die ich gemacht habe. Ich weiss nicht, was ich anfangen soll, ich kann nicht leben und nicht sterben. Ich habe wohl viel Schlechtes gethan in meinem Leben, habe mich an Gott und Menschen versündigt . . . Nun soll die ganze Geschichte von vorne wieder anfangen! So schlecht kann der liebe Gott es doch nicht mit mir meinen etc.“

Der Schlaf war schlecht. Nahrung nahm Patient nur wenig, „weil er das gute Essen nicht werth sei“. Der Affect war in seiner Intensität nur geringen Schwankungen unterworfen. War er besonders stark, dann griff die Unruhe auch auf das motorische Gebiet über: Patient zupfte an der Bettdecke, stöhnte, schüttelte anhaltend mit dem Kopfe, wiegte den Oberkörper hin und her.

Am 13. Juni wurde Patient trotz ärztlichen Abrathens von seiner Frau abgeholt, aber schon nach 4 Tagen wiedergebracht. In der Folgezeit zeigte er dasselbe Verhalten mit geringen Remissionen. Einmal ausserte er, er solle in's Feuer hineinrennen, solle von kleinen Jungen gepeinigt werden. Die rathlose Eewegungsunruhe war bald deutlich vorhanden, dann aber auch wieder längere Zeit ganz fehlend.

Gegen Ende Juli traten fieberhafte, profuse, mitunter blutig gefärbte Diarröen auf, die jeder Therapie trotzen. Rapider Kräfteverfall. Schliesslich auch noch linksseitige hypostatische Pneumonie. Exitus am 4. August 1902.

Bei der Section fanden sich makroskopisch am Gehirn normale Verhältnisse. Im Dickdarm fanden sich ausgedehnte, mit diphtherischem Belage versehene und in ihrem Aussehen an Ruhr erinnernde geschwürige Veränderungen.

Beide Fälle repräsentieren ein häufiges und ziemlich typisches Krankheitsbild. Im Vordergrunde stehen die ausgeprägten Versündigungs-ideen, wodurch diese Fälle sich jener oben erwähnten Varietät der reinen Melancholie nähern. Die primäre Hemmung, das Gefühl der subjectiven Insuffizienz kann hier vorhanden sein, aber auch fehlen. Ihr Nachweis kann aus den oben angeführten Gründen auf grosse Schwierig-

keiten stossen. In Beobachtung 4 lässt die Aeusserung der Kranken: „Meine Gedanken sind ganz fort; ich kann gar nichts mehr denken“, sich vielleicht als Ausfluss einer primären Hemmung auffassen.

Von den Symptomen der Angstpsychose finden wir zunächst die Angst selber, die aber hier in ihrer Intensität um ein Erhebliches geringer ist. Raptusartige Zustände kommen indess auch hier vor, und die Selbstmordgefahr ist eine grosse.

Verfolgungsidenen werden nur gelegentlich geäussert und spielen keine grosse Rolle; dasselbe gilt auch von den nur selten auftretenden Hallucinationen, die ihrem Inhalte nach denen der Angstpsychose nahe stehen.

Auch in diesen Fällen ist die Motilität in gewissem Sinne betheiligt, meist in Form der rathlosen Bewegungsunruhe, seltener als Ausfall von Spontanbewegungen (initiative Akinese).

Die Dauer dieser Erkrankung kann eine recht verschiedene sein. Als unterste Grenze wird man mindestens wohl 6 Monate annehmen müssen; Fälle von 1—2 Jahren Dauer, auch noch darüber, sind nichts Ungewöhnliches. Nach Schott (l. c.) ist die Möglichkeit einer Heilung sogar noch nach 4—5 Jahren gegeben. Die Prognose dieser Form ist demnach eine erheblich bessere wie die der senilen Angstpsychose; trotzdem wird man aber gut thun, in der Vorhersage äusserst vorsichtig zu sein, namentlich auch deshalb, weil intercurrente Krankheiten, Suicid oder die Folgen hartnäckiger Nahrungsverweigerung häufig dem Leben der Kranken ein vorzeitiges Ende bereiten.

Wie ist nun die klinische Stellung dieses Krankheitsbildes zu bewerthen? Nach der älteren Terminologie würde es meist noch zur Melancholia simplex, in einzelnen Fällen bei lebhafterem Affect auch wohl zur Mel. agitata gerechnet werden müssen. Nach Wernicke wäre es eine Combination der affectiven Melancholie mit einer Angstpsychose, Kraepelin schildert derartige Zustände sowohl unter den depressiven Phasen des manisch-depressiven Irreseins wie unter der Melancholie des Rückbildungsalters; nach Maassgabe der anamnestischen Daten würde er unsere beiden Fälle wohl zu der letzteren Krankheitsgruppe rechnen.

Ich werde in Folgendem für alle Mischformen der reinen Melancholie und der Angstpsychose die bereits eingeführte Bezeichnung „Angstmelancholie“ gebrauchen. Unter diesen Begriff fallen dann also, wie ich oben ausführte, je nach Vorwiegen des einen oder andern Grundtypus ziemlich verschiedenartige Zustände, sowohl der Symptomatologie als auch der Prognose nach. Das Wort „Angstmelancholie“ soll weiter nichts enthalten, als einen Hinweis auf die Zusammensetzung

des jeweiligen Symptomcomplexes, und repräsentirt somit durchaus keinen ganz einheitlichen Begriff. Vielleicht könnte es sich auch empfehlen, in passenden Fällen, wo die Symptome des einen Grundtypus sehr stark prävaliren, von einer „atypischen Form“ der reinen Melancholie resp. der Angstpsychose zu sprechen.

---

Die bisher beschriebenen melancholischen Zustände können nun sämmtlich eine Modification dadurch erfahren, dass sich dem Krankheitsbilde *Wahnvorstellungen hypochondrischer Natur* zugesellen, die ja schliesslich auch nichts Weiteres sind, als auf das Gebiet des Körperlichen übertragene Minderwerthigkeitsvorstellungen.

Im Allgemeinen gilt, wie auch Wernicke betont, als Regel, dass die hypochondrischen Ideen nur die Höhe der Erkrankung begleiten, so dass zu Anfang und zu Ende derselben nur die rein melancholischen Symptome hervortreten. Die Rolle, die die hypochondrischen Ideen im Vorstellungskreise des Kranken spielen, ist eine recht variable. Bald werden nur einzelne hypochondrische Klagen geäussert, die kaum schon als Wahniddeen zu bezeichnen sind; so finden wir namentlich bei der reinen Melancholie die Klage über das Gefühl von Hohlheit oder Leere des Kopfes. In anderen Fällen aber, die vorwiegend in das Gebiet der Angstmelancholie und der Angstpsychose gehören, können die hypochondrischen Ideen so sehr in den Vordergrund treten, dass sie die eigentlichen melancholischen Symptome ganz verdecken. — Was den Inhalt dieser Vorstellungen anbelangt, so ist es in erster Linie gewöhnlich der Zustand des Magendarmcanals, der die Kranken beunruhigt: sie sind ganz verstopft, haben seit einem Jahre keinen Stuhlgang mehr gehabt; das Essen kommt gar nicht mehr in den Magen, fällt in's Leere etc. Schliesslich ist es aber kein Organ mehr, das ganz gesund bleibt: die Kranken haben kein Blut mehr im Körper, alles ist verbrannt oder ausgetrocknet; der ganze Körper ist verfault, ist durch und durch venerisch. Auffallend ist der oft ganz phantastische und abenteuerliche Inhalt dieser Vorstellungen bei sonst durchaus gut erhaltener Orientirung und Besonnenheit. — Die Erklärung des Zustandekommens dieser Vorstellungen ist nicht leicht; in manchen Fällen haben wir es wohl mit der wahnhaften Auslegung veränderter Organgefühle zu thun, gelegentlich mögen auch greifbare Veränderungen zu Grunde liegen.

Die Prognose der Grundkrankheit wird durch das Dazutreten hypochondrischer Ideen im Allgemeinen nicht alterirt. Nur ist ihr Auftreten insofern ein unerwünschtes, als die nicht selten durch sie herverufene Nahrungsverweigerung häufig eine besonders hartnäckige

ist, und infolgedessen der Ernährungszustand des Kranken ernstlich geschädigt werden kann.

Zur Illustration dieser Verhältnisse diene folgende Krankengeschichte:

**Beobachtung 6.** C. L., Militärbeamter, 57 Jahre alt. Aufnahme am 29. November 1901.

**Anamnese:** Von erblicher Belastung nichts bekannt. Patient war früher im Allgemeinen gesund. Potus zugestanden. Vor 11 Jahren litt er sechs Wochen lang an einer krankhaften Verstimmung, die mit „entsetzlicher Angst“ einherging; er glaubte seine Bücher falsch geführt zu haben und beschuldigte sich deswegen auch selber beim Commando. Die jetzige Erkrankung datirt seit Ende September d. J., nachdem Patient vorher eine Zeit lang sehr angestrengt zu thun gehabt hatte. Zuerst war er reizbar, dann stark verstimmt. Appetit und Schlaf wurden schlecht. Er fühlte sich nicht mehr im Stande, seinen Dienst zu besorgen, hatte eigentlich für nichts Interesse mehr. Er beschuldigte sich wiederum, seine Bücher falsch geführt zu haben, machte sich Sorgen wegen der Zukunft seiner Familie. Fast beständig klagte er über ein lebhaftes Angstgefühl in der Herzgrube; mitunter stieg ihm die Angst auch nach dem Kopfe, dann wurde ihm ganz heiss und unbesinnlich. Auch Selbstmordgedanken hat er mitunter gehabt.

**Status praesens:** Grosser, kräftiger Mann von gesundem Aussehen. Stimmung deprimirt, Gesichtsausdruck ernst und bedrückt. Er beantwortet alle Fragen sachgemäss, mitunter allerdings etwas langsam und zögernd. Für seine erste Erkrankung besteht volle Krankheitseinsicht; der jetzigen dagegen steht er zweifelnd gegenüber, weiss nicht recht, ob die Verstimmung nur eine krankhafte sei, oder ob er wirklich Grund dazu habe. Wiederholt äussert er Besorgnisse in Betreff des Ergehens seiner Familie. Sein stramm militärisches Benehmen lässt einen Affect nur wenig zum Vorschein kommen. — Die körperliche Untersuchung ergiebt ausser schwachen Patellarreflexen nichts Besonderes.

3. December. Bis jetzt ziemlich ruhig. Heute ängstlicher, bittet, seinem Leiden doch bald ein Ende zu machen; er sei doch nur hierher gebracht, um umgebracht zu werden; er solle gebraten werden, die Oesen würden schon geheizt. Seine beiden Stubengenossen beschuldigt er, gegen ihn im Complot zu sein, besonders der eine sei der Anstifter von allem. Nachts huste man, um ihn zu stören. Schreibt folgenden Zettel an seine Frau: „Für Dich und die Kinder die herzlichsten letzten Grüsse. Wie es hier enden wird, weiss ich nicht bestimmt; wahrscheinlich Böses und nichts Gutes“.

In den nächsten Tagen war Patient wieder ruhiger, aber stets sehr misstrauisch. — Am 8. December wurde er in eine Privatanstalt gebracht.

Wiederaufnahme am 21. Februar 1902. In der Zwischenzeit war keine erhebliche Äenderung eingetreten. Patient äussert die alten Klagen und Befürchtungen, sprach einmal davon, Millionen unterschlagen zu haben, war immer voll Argwohn gegen seine Umgebung.

Bald nachher begann Patient dann Klagen hypochondrischer Natur

zu äussern. Sein Leib sei sehr gespannt und schmerze ihn, er litte an Durchfällen: „der After platzt, die Drüsen sind alle so, der Koth läuft nur so weg“. Neben diesen Ideen bestanden die alten Versündigungs- resp. Verfolgungsvorstellungen zunächst noch weiter; allmälig aber traten sie immermehr zurück, und schliesslich beherrschten die hypochondrischen Sensationen das Krankheitsbild vollkommen. Bald behauptete Patient einen derartigen Durchfall zu haben, dass überhaupt nichts im Leibe bliebe, dann wieder, er habe seit  $\frac{3}{4}$  Jahren überhaupt keinen Stuhlgang mehr gehabt, sei so verstopft, als ob er Panzerplatten im Leibe habe. Es sei gar nichts mehr mit ihm los; er sei ein ausgestopfter Wollsack, es sei gar keine Luft mehr in ihm; er sei innerlich ganz verfault, sei durch und durch venerisch etc. Mitunter klagte er auch, dass ihm so dumpf im Kopf sei und er sich auf nichts besinnen könne. — Die Stimmung des Patienten war stets ziemlich deprimirt, nirgends litt es ihn längere Zeit, bald lag er im Bett, bald ging er leise wimmernd umher. Bisweilen kam eine Art grimmigen Galgenhumors zum Durchbruch; dann machte er sich über seine Umgebung und über sich selbst lustig, aber immer mit einer tief unglücklichen, verbissenen Miene. Oester bot er auch ein Bild völliger Rathlosigkeit, nahm in dem zweiten Satz zurück, was er im ersten gesagt hatte: „Ich weiss ja selbst nicht, was ich weiss“. — Nahrung nahm er nur zu sich, wenn man ihm die Sondenfütterung in Aussicht stellte.

Am 6. October 1902 wurde Patient auf Wunsch seiner Frau ungeheilt entlassen. Zu Hause hielt er sich leidlich, bis im Februar 1903 im Anschluss an eine Influenza eine Verschlimmerung der Psychose eintrat, die am 14. Februar 1903 seine erneute Aufnahme in die Klinik nothwendig machte. Er bot hier dasselbe Bild wie früher, winselte und stöhnte viel: Er müsse sterben, werde nie mehr gesund: „Ich bin ja schon todt, aber man glaubt mir es nicht. Ich bin ja gar kein Mensch mehr, bin weniger wie ein Regenwurm, der kann wenigstens k . . . !“ — der Zustand besserte sich dann wieder bald so weit, dass Patient am 27. März 1903 versuchsweise in häusliche Pflege entlassen werden konnte, wo er sich bisher gehalten hat.

Der Fall bestätigt das, was wir oben von dem Auftreten hypochondrischer Ideen und ihrem Verhältniss zu den Kleinheitswahn- resp. Verfolgungsvorstellungen gesagt haben. — Was die Prognose dieses Falles in Bezug auf eine definitive Heilung anbelangt, so halte ich dieselbe nicht für unbedingt schlecht, aber doch für recht zweifelhaft. Die eigenthümliche sich in einer Art Galgenhumor äussernde Stimmung kann man auffassen als eine Art „depressiver Erregung“ (Kraepelin), und demnach als zu den Mischzuständen des manisch-depressiven Irreseins gehörig. Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer Demenz waren sie nicht aufzufinden.

Für die klinische Stellung des Falles ist es von Bedeutung, dass schon 11 Jahre vorher ein Anfall aufgetreten war. Nach Kraepelin würde man den Fall also wohl zum manisch-depressiven Irresein rechnen

müssen, trotzdem die letzte Erkrankung, ihrem ganzen Habitus nach, sich viel mehr den Melancholien des Rückbildungsalters nähert.

**Beobachtung 7.** A. M., Arbeiterfrau, 25 Jahre alt. Erste Aufnahme am 12. September 1895.

**Anamnese:** Patientin ist hereditär nicht belastet. Hat sich normal entwickelt, soll aber stets sehr still gewesen sein. Sie war bis jetzt gesund, hat 3 mal geboren, 2 Kinder sind jung gestorben. Seit ca. 5 Monaten machte sich bei der Patientin eine stetig zunehmende Verstimmung bemerkbar: sie besorgte schliesslich ihren Haushalt nicht mehr, weinte viel, glaubte dem Tode verfallen zu sein, hielt sich für schwer lungenkrank. In den letzten Tagen vor der Aufnahme traten stärkere Erregungszustände auf, auch äusserte Patientin Selbstmordgedanken.

Bei der Aufnahme war Patientin durchaus geordnet, gab aber sehr zurückhaltende Antworten. Nach einigen Tagen wurde sie unruhig, lief im Zimmer umher. Äusserte, sie sei schuld an dem Unglück der Ihrigen. Sie habe die Kirche verwünscht, sei deshalb nichts werth. Sie habe ihre Kinder vergiftet und solle nun hingerichtet werden. Daneben bestanden Vorstellungen hypochondrischer Natur: Sie habe gar keine Lungen mehr, alles in ihrem Leibe sei schon vergangen. Das Gehirn fliesset aus Mund und Nase. — Häufig war Patientin ausserordentlich ängstlich erregt, drängte aus dem Bett, zeigte eine lebhafte Bewegungsunruhe. Einmal machte sie einen ernsthaften Suicidversuch. — So blieb der Zustand, bis sie am 14. December 1895 auf Wunsch ihres Mannes ungeheilt entlassen wurde.

Zweite Aufnahme am 4. October 1902. Nach der ersten Entlassung soll sich Patientin zu Hause langsam erholt haben und in der folgenden Zeit psychisch nicht auffallend gewesen sein. Seit 3 Monaten war sie wieder verändert, zeigte sich ängstlich, behauptete ihre Kinder vergiftet zu haben, versuchte mehrmals, sich aus dem Fenster zu stürzen.

Bei der Aufnahme zeigte Patientin sich zeitlich nicht genau, örtlich dagegen vollkommen orientirt. In ihren Antworten war sie zögernd und zurückhaltend. Bei der körperlichen Untersuchung sehr ängstlich, meinte, sie habe den Arzt beleidigt, solle umgebracht werden. Die Pupillen reagirten prompt, Patellarreflexe lebhaft, links deutlicher Fussclonus (der übrigens nur noch an den zwei folgenden Tagen nachzuweisen war). Keine Spasmen in den Beinen. Gang unsicher, breitbeinig. Romberg'sches Zeichen. Keine nachweisbare Störung der Sensibilität.

6. October. Patientin liegt meist ruhig im Bett, klagt stets über Schmerzen in der rechten Seite (objectiv nichts nachzuweisen). Äussert: was sie gedacht habe, sei falsch; sie müsse fort, störe die Kranken hier; man solle sie schlagen, damit sie ruhig sei.

13. October. Jetzt hypochondrische Sensationen: sie müsse jetzt gleich sterben, der Mund sei zu klein, das ganze Gesicht schrumpfe zusammen, der Magen sei krank, das Gehirn fliesset heraus. — Ein andermal: „Ich kann keine Luft mehr kriegen, mein Körper dehnt sich aus, ich habe immer Krämpfe, ich schlafe nun ein“.

Während des nächsten Monats keine Aenderung. Trotz genügender Nahrungsaufnahme fortschreitender Kräfteverfall. Am 16. November sehr lebhafte Hallucinationen, örtliche und zeitliche Orientirung dabei gut erhalten.

Am 25. November deliröser Zustand: Patientin lallt unverständliche Worte vor sich hin, macht zuckende und schlagende Bewegungen mit den Armen, grimassirt, scheint ängstlich zu halluciniren. — Patientin wurde dann immer benommener; es traten starke Durchfälle ein und am 29. November 1902 erfolgte der Exitus.

Sectionsbefund: Gehirn ohne makroskopische Veränderungen. In der Länge des ganzen Cervicalmarks findet sich eine Spaltbildung im Bereich des rechten Hinterhorns.

Auch in diesem Falle sehen wir eine Angstmelancholie complicirt werden durch hypochondrische Vorstellungen, diesmal aber bei einem jugendlichen Individuum. Der erste Anfall kommt zur Heilung; im zweiten stirbt die Kranke an Entkräftigung. Die hypochondrischen Beschwerden nehmen allmälig immer phantastischere Gestalt an und die anfangs geäusserten Versündigungsideen treten ihnen gegenüber bald ganz zurück. Ein eigenthümliches Relief erhalten diese Klagen durch das bei der Section entdeckte Bestehen einer Syringomyelie. Sind die abnormen Sensationen vielleicht zum Theil auf die durch die Syringomyelie verursachten Läsionen des Rückenmarks zurückzuführen, mit anderen Worten liegt hier etwas Aehnliches vor wie bei der Hypochondria cum materia der älteren Autoren? Vielleicht wird die anatomische Untersuchung, namentlich auch, was die etwaige Beteiligung der spinalen Trigeminuswurzel betrifft, Aufklärung geben; wir erinnern uns ja, dass die Patientin sehr viel über abnorme Sensationen im Gesicht und im Kopfe klagte<sup>1)</sup>. — Dem am 25. November notirten delirösen Zustand lege ich keine Bedeutung bei, da er sub finem vitae auftrat und allmälig in das letale Coma hinüberleitete. —

Für die Melancholien mit hypochondrischen Vorstellungen kommt differentialdiagnostisch besonders die Hypochondrie in Betracht. Unter Hypochondrie verstehe ich hier ausschliesslich dasjenige Krankheitsbild, was Raecke<sup>2)</sup> vor Kurzem sehr treffend beschrieben hat. Die Unterscheidung ist indess leicht, wenjman, worauf auch Raecke aufmerksam gemacht, bedenkt, dass die specifisch melancholischen Vorstellungen in Gestalt von Versündigungswahn etc. dem Bilde der Hypochondrie vollkommen fremd sind. — Von differentialdiagnostischem Interesse ist auch noch folgender Punkt: Treffen wir bei Depressionszuständen jugendlicher In-

1) Anm. Die Untersuchung ist inzwischen erfolgt und hat in der That die vermutete Läsion der spinalen Trigeminuswurzel bestätigt.

2) Raecke, Ueber Hypochondrie. Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 59.

dividuen Wahnvorstellungen hypochondrischer Natur sehr im Vordergrunde stehend, so müssen wir stets darauf gefasst sein, dass sich die Erkrankung als Katatonie weiter entwickelt, namentlich auch dann, wenn noch Beziehungswahn sich hinzugesellen sollte. Auf solche Fälle werde ich später noch zurückkommen.

---

Die bei weitem wichtigste und häufigste Complication der melancholischen Zustände ist ihre Vergesellschaftung mit motorischen Symptomen. Von dem Ausfall von Spontanbewegungen bei der reinen Melancholie und der Bewegungsunruhe bei den mit lebhafter Angst einhergehenden Zuständen habe ich bereits gesprochen. Sie beanspruchen weniger den Werth eines complicirenden Symptoms, sondern sind vielmehr als integrirender Bestandtheil der betreffenden Krankheitsbilder anzusehen. — Die uns hier beschäftigenden motorischen Erscheinungen sind sämmtlich als Ausdruck einer bestehenden Hemmung aufzufassen, und wir werden demnach von vornherein erwarten können, dieselben vorzugsweise bei den der reinen Melancholie nahestehenden Zuständen anzutreffen. Wernicke unterscheidet hier zwischen einer intrapsychischen und einer psychomotorisch bedingten Hemmung; Kraepelin kennt nur eine psychomotorische Hemmung. Aus seinen Ausführungen geht indess hervor, dass dieselbe sich im Wesentlichen mit der intrapsychischen Wernicke's deckt.

Gehen wir nun auf die speciellen Erscheinungen ein: Von dem oben erwähnten leichten Ausfall von Spontanbewegungen führen allmähliche Abstufungen hinüber zur vollkommenen Regungslosigkeit. Die Kranken bewegen sich überhaupt nicht mehr, müssem zu allem angehalten werden; es kommt zur Retentio urinae et alvi; bisweilen sind die Kranken aus Passivität sogar unrein. Aufforderungen leichter Art kommen sie meist noch nach, oft allerdings erst nach mehrfachem energischem Zureden. Im Gesichtsausdruck macht sich die Regungslosigkeit darin bemerkbar, dass jeder sichtbare Affect aus der Miene des Kranken schwindet und dieselbe einen unbeweglichen maskenartigen Eindruck macht.

Parallel mit der allgemeinen Regungslosigkeit geht gewöhnlich auch eine Erschwerung des Sprechens; die sprachlichen Ausserungen der Kranken werden immer seltener und einsilbiger; auf Befragen geben sie direct an, dass ihnen das Sprechen schwer falle. Oft bedarf es mehrmaliger Fragen, bis sie mit leiser, kaum verständlicher Stimme antworten. Manche Kranke sieht man nur die Lippen bewegen; sie machen sichtliche Anstrengungen zu sprechen, bringen aber kein Wort hervor; so kommt es schliesslich zu richtigem Mutismus. Bei Lösung

der Hemmnng ist es eine eigenthümliche, ziemlich constante Erscheinung, dass die Kranken in der Unterhaltung mit ihren Mitpatienten und dem Wartepersonal schon ganz gesprächig erscheinen, während sie den Aerzten gegenüber noch fast mutacistisch sind.

Ein anderes, sehr häufiges Symptom der psychomotorischen Hemmung ist die Katalepsie, das Verharren in Stellungen. Nicht gar selten findet sich dieselbe schon bei den leichtesten Formen der reinen Melancholie (s. Beob. 1), aber gewöhnlich nur vorübergehend, und nur in ihren leichteren Graden. Wenn ich hier von „leichteren Graden der Katalepsie“ spreche, so meine ich jene Zustände, wo die Glieder in der ihnen gegebenen Stellung zwar verharren, aber nur so lange, wie der Arzt den Kranken ansieht, oder bis es dem Kranken unbequem wird. In diesen Fällen sind die Gelenke nicht selten auffallend schlaff; es besteht das, was Wernicke als Pseudoflexibilität bezeichnet. Die eigentliche Flexibilitas cerea<sup>1)</sup> findet sich dagegen bei den schwereren Graden der Katalepsie, wo die Kranken die ihnen gegebenen Stellungen so lange beibehalten, bis ihre Kräfte zu Ende gehen und die Extremitäten, dem Gesetz der Schwere folgend, herabsinken.

Ferner ist als hierher gehörig zu erwähnen der Negativismus, der aber bei unseren Kranken nur selten ein allgemeiner ist. Gewöhnlich beschränkt er sich auf einige Prädilectionsgruppen von Muskeln, so besonders auf die Kiefer- und Nackenmuskulatur und den Orbicularis oculi. Viel seltener zeigen die Extremitäten negativistische Erscheinungen, und zwar sind dann die Arme häufiger betheiligt wie die Beine. Länger anhaltenden allgemeinen Negativismus wie bei den Katatonikern finden wir bei unseren Kranken nicht.

Regungslosigkeit, Mutacismus und Katalepsie kommen gewöhnlich nebeneinander vor und sind auch meist in annähernd gleicher Intensität ausgebildet. Negativismus findet sich im Allgemeinen selten und nur in Fällen, wo schon vorher anderweitige schwere motorische Hemmungserscheinungen bestanden. Wenn man bedenkt, dass der Negativismus im Grunde auf dieselben Bewusstseinsvorgänge<sup>2)</sup> zurückzuführen ist, wie die Katalepsie, so wird dies Verhalten verständlich.

---

1) Anm. Merkwürdigerweise spricht Kraepelin (Lehrbuch der Psychiatrie) von dem Vorhandensein einer Flexibilitas cerea, wenn „sich die Glieder der Kranken ohne jeden Widerstand in jede beliebige Lage bringen lassen“, d. i. also die Pseudoflexibilität Wernicke's — während doch gerade der sich stetig gleichbleibende mässige Widerstand bei passiven Bewegungen der Flexibilitas den Beinamen der „wächsernen“ eingetragen hat.

2) S. Vogt, Zur Psychologie der katatonischen Symptome. Centralblatt für Nervenheilkunde. 1902.

Die motorischen Begleitsymptome können sich im Verlauf der Melancholie schon ziemlich früh einstellen und klingen dann gleichzeitig mit derselben allmälig wieder ab. Am längsten bleibt oft die Erschwerung der sprachlichen Aeusserungen bestehen, und zwar bisweilen noch zu einer Zeit, wo die eigentlichen melancholischen Symptome schon geschwunden sind.

Für die Prognose des einzelnen Falles kommt die Complication mit motorischen Symptomen insofern in Betracht, als im Allgemeinen der Satz gilt, dass man bei starker Ausprägung derselben mit der Möglichkeit einer länger als durchschnittlichen Dauer der Erkrankung wird rechnen müssen.

Die Krankengeschichte eines solchen Falles mit motorischer Hemmung lasse ich hier folgen:

**Beobachtung 8.** C. S., Arbeiterfrau, 46 Jahre alt, Aufnahme am 26. Juni 1900.

**Anamnese:** Patientin soll nie ernstlich krank gewesen sein. Vor fünf Jahren cessirten die Menses ohne Beschwerden. Im Februar 1900 erkrankte Patientin an Influenza, von der sie sich nur langsam erholte; seitdem klagte sie über Unruhe und Angst, fühlte sich sehr matt, hatte Schmerzen in verschiedenen Gelenken. Am 17. April 1900 liess sie sich deshalb in die medicinische Klinik aufnehmen. Die körperliche Untersuchung ergab hier ausser einer allgemeinen Hypalgesie normale Verhältnisse. — Patientin äusserte, sie hätte etwas gestohlen und solle ins Gefängniss, solle umgebracht werden. Sie wollte nicht mehr essen, da sie doch bald sterben müsse. Zeitweise bestand ausgeprägte Katalepsie. — Patientin hielt sich dann eine Zeit lang zu Hause auf, war hier sehr unruhig und ängstlich, stand Nachts auf, zündete Licht an, suchte überall im Hause umher, sprach davon, dass Gendarmen dort seien, die sie holen wollten. Im Essen vermutete sie Gift. Im Allgemeinen war sie dabei äusserst still, sprach fast gar nicht.

Bei der Aufnahme präsentierte sich die Kranke als eine mittelgrosse, schlecht genährte Frau. Leicht ängstliche Miene. Deutliche Hemmung; spricht spontan nichts, beantwortet aber einige Fragen mit flüsternder Stimme. Oertlich zeigte sie sich gut, zeitlich nur ungenau orientirt. Aeussert, mit ihrem Wissen und Wollen habe sie sich nicht versündigt. Es besteht deutliche Katalepsie. Spontanbewegungen äusserst spärlich.

29. Juni bis 12. August. Patientin weint viel. Gesichtsausdruck stets ängstlich deprimirt. Fasst sich mitunter in die Herzgegend. Vollkommen mutacistisch. Stets deutlich kataleptisch. Mitunter Nahrungsverweigerung. Einmal spannte sie, bei dem Versuche, ihr passiv die Extremitäten zu bewegen, dieselben sehr stark an.

12. August bis 1. October. Zustand mit geringen Schwankungen unverändert, doch antwortete Patientin auf einzelne Fragen nach eindringlichem Zureden mit leiser Stimme, versank dann aber bald wieder in Schweigen. Sie

musste zu allem angehalten werden, besorgte sich aber dann selber; war nie unrein.

Im nächsten Monat stand Patientin schon auf und beschäftigte sich mit leichter Hausarbeit, weinte noch sehr viel. Dann im Anschluss an eine fieberrhafte Periostitis des Unterkiefers sehr rasche Besserung. Patientin wurde zusehends freier, antwortete prompt, lächelte mitunter. Sie erinnerte sich an alle Einzelheiten ihrer Krankheit; es sei ihr oft ganz unmöglich gewesen zu sprechen. Sie sei oft sehr ängstlich gewesen und habe darüber nachdenken müssen, ob sie wohl etwas Schlechtes gethan habe. Auch hätte sie immer die Vorstellung gehabt, dass ihre Kinder todt seien. — Am 15. November 1900 wurde Patientin geheilt entlassen.

Hier stellten sich also bei einer Angstmelancholie zunächst Katalepsie, später fast vollkommene Regungslosigkeit und Mutacismus ein. Das einmal notirte Sichsteifmachen der Kranken ist wohl nicht als Negativismus aufzufassen. Nachdem die übrigen Symptome schon ziemlich abgeklungen waren, war die Patientin noch längere Zeit hindurch auffallend still. — Die schnelle Besserung nach einer acuten fieberrhaften Erkrankung ist bemerkenswerth, aber bei acuten Psychosen nicht gerade selten.

Derartige Fälle sind seit lange unter der Rubrik Melanch. attonita oder Melanch. cum stupore bekannt. Nach Wernicke würden wir sie gemäss seiner oben angeführten Definition am ersten wohl noch als „depressive Melancholie“ bezeichnen können. — Nach Kraepelin würde man diesen Fall unter die Melancholie des Rückbildungsalters rechnen müssen.

Trotz der ausgesprochenen Betheiligung der Motilität bleibt in unserem Falle der melancholische Charakter der Erkrankung durchaus gewahrt; er documentirt sich in dem ängstlich deprimirten Wesen der Kranken; von Wichtigkeit ist in diesem Sinne auch ihre Angabe, dass sie während des Hemmungszustandes viel darüber habe nachdenken müssen, ob sie nicht etwas Schlechtes gethan habe. Ueber die Zugehörigkeit des ganzen Krankheitsbildes zum Gebiet der Melancholie kann demnach ein Zweifel kaum bestehen. — Nun giebt es aber auch Fälle, wo die motorischen Erscheinungen die melancholischen Symptome derart in den Hintergrund drängen, dass man sehr im Zweifel sein kann, wohin diese Fälle klinisch gehören, ob ins Gebiet der Melancholie oder in das der Katatonie, die ja bekanntlich oft mit depressiv gefärbten Zuständen beginnt. Nur die genaue Analysirung aller Symptome des Zustandsbildes wird uns hier das Stellen einer Diagnose ermöglichen und diese Diagnose wird dann im besten Fall noch recht oft nicht viel mehr wie eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein. Wenn Schott (l. c.) sagt, dass „nach dem heutigen Stande unseres psychiatrischen Wissens

in der überwiegenden Mehrzahl der jugendlichen Depressionsformen, wenn auch mitunter erst nach längerer Beobachtung, eine Differentialdiagnose möglich sein dürfte“, so kann man diesem Satze im Allgemeinen wohl zustimmen. Haben wir einen event. jahrelangen Verlauf der Erkrankung vor Augen, dann allerdings werden wir uns wohl stets ein bestimmtes Urtheil bilden können, aber wenn wir die frische Psychose vor uns haben, dürften wir oft auf grosse Schwierigkeiten stossen, die nicht immer zu überwinden sind. Von eminent practischem Werthe ist es nun aber, nach Handhaben zu suchen, die für eine möglichst frühzeitige Stellung der Diagnose von Belang sein können. Besonders Kraepelin selber hat für dies dunkle Gebiet wichtige Fingerzeige gegeben; in neuester Zeit beschäftigte Schott sich eingehender mit diesen Fragen. — Es möge mir gestattet sein, auf diese Verhältnisse etwas näher einzugehen. Da gerade auf diesem Gebiete mit der Aufstellung allgemeiner Regeln nur verhältnissmässig wenig gethan ist und jeder Fall für sich betrachtet und analysirt werden muss, scheint es mir am richtigsten, an einer Reihe von Krankengeschichten die einschlägigen Verhältnisse zu beobachten.

Zunächst lasse ich die Krankengeschichte eines periodisch auftretenden Falles von „Stupor“ folgen:

**Beobachtung 9.** M. K., Landwirthsfrau, 37 Jahre alt. Erste Aufnahme am 23. März 1895.

**Anamnese:** Hereditäre Belastung soll nicht bestehen. Menses seit dem 14. Jahre, regelmässig. Patientin hat 2 gesunde Kinder; soll stets sehr still gewesen sein. Im Gefolge einer Influenza traten vor sechs Wochen starke Beängstigungen auf. Patientin wurde immer stiller, blieb dabei aber vollkommen klar.

In der Klinik stellte sich nach wenigen Tagen ein schwerer Hemmungszustand ein: Patientin lag regungslos im Bett, nahm von ihrer Umgebung nicht die geringste Notiz, reagirte auf nichts; war vollkommen mutacistisch. Negativismus in der Kiefermuskulatur. Patientin ass nur, wenn sie sich unbeobachtet glaubte. So blieb sie während 2 Monate; von da ab machte sich eine allerdings ausserordentlich langsam fortschreitende Besserung bemerkbar. Zunächst gab sie ihrem Manne durch Kopfbewegungen zu verstehen, dass sie seine Fragen richtig aufgefasst habe; etwas später sprach sie gelegentlich eines Besuches ihrer Kinder zu diesen einige Worte. Noch später sprach sie auch zu dem Wartepersonal und nur den Aerzten gegenüber blieb sie bis fast zu letzt vollkommen stumm. Die Menses waren während der Krankheit immer sehr profuse gewesen. — Am 10. October 1895 wurde Patientin als „geheilt“ entlassen.

**Zweite Aufnahme am 12. April 1897.** In der Zwischenzeit soll Patientin ganz gesund gewesen sein. Beginn der Erkrankung im Anschluss an sehr profuse Menses. Seit einigen Tagen war Patientin wieder still, theilnahmlos,

legte sich ins Bett. In der Klinik bot sie dasselbe Bild wie während des ersten Aufenthalts. Nach 3 Monaten begann der Stupor sich wieder zu lösen. — Am 5. Juli 1897 „gebessert“ entlassen.

Dritte Aufnahme am 18. Mai bis 14. October 1898. Beginn des Anfalls wiederum im Anschluss an profuse Menses. Verlauf des Anfalls wie die vorigen. Bei der Entlassung schien Patientin noch etwas gehemmt, antwortete aber auf alle Fragen mit leiser Stimme, zeigte Interesse, bedankte sich für die Behandlung.

Den vierten Anfall hatte ich selbst zu beobachten Gelegenheit. Die Aufnahme erfolgte am 19. November 1900. In der Zwischenzeit soll Patientin zu Hause ein durchaus normales Verhalten gezeigt haben. 5 Tage vor der Aufnahme hatte sich die Periode mit ungewöhnlicher Stärke eingestellt. Am Tage nach Beendigung derselben wurde sie plötzlich stiller, und am nächsten Tage war überhaupt keine Antwort mehr von ihr zu erlangen. Am Morgen des 19. machte sie einen Suicidversuch.

Status praesens: Patientin liegt regungslos da mit geschlossenen Augen; nimmt von nichts Notiz, reagirt auf keine Frage oder Aufforderung. Gesichtsausdruck vollkommen affectlos, unbeweglich, aber nicht irgendwie dement. Die Pupillen reagiren prompt, die Patellarreflexe sind lebhaft. Die Glieder verharren lange Zeit in den ihnen gegebenen Stellungen. Negativismus in der Kiefermuskulatur. Nahrungsauaufnahme sehr schlecht. Patientin ist nicht unreinlich, braucht auch zur Entleerung der Excremente nicht angehalten werden.

Dasselbe Bild bot die Kranke nun gute 3 Monate lang. Die Hemmung machte insofern noch Fortschritte, als Patientin den Urin anhielt und katheterisiert werden musste. Von Mitte December ab musste sie wegen totaler Abstinenz auch mit der Sonde ernährt werden. Auch bei der Fütterung beharrte sie in ihrer Lethargie. Hatte sie einmal das Bett verlassen müssen, so stand sie, bevor sie sich wieder hinlegte, oft lange Zeit unbeweglich daneben. Stets war sie vollkommen mutacistisch und ganz ausgesprochen kataleptisch.

Seit Anfang März 1901 entschiedene Besserung: Patientin begann wieder selber zu essen, brauchte nicht mehr katherisirt werden. Aufforderungen kam sie prompt nach. Die sprachlichen Ausserungen waren aber noch sehr selten. Katalepsie bestand weiter. So blieb der Zustand noch ca. 3 Monate. Dann wurde Patientin etwas lebhafter, ging in den Garten, lächelte bisweilen. Den Kopf hielt sie noch stets gesenkt, die Augen halb geschlossen. Den Aerzten gegenüber stets zurückhaltend, so dass keine Auskunft über ihre Krankheit von ihr zu erlangen war.

Am 12. August 1901 wurde sie „gebessert“ entlassen.

Wie der Mann der Patientin uns nachträglich angab, ist sie zu Hause noch 3—4 Wochen gehemmt gewesen. Seitdem aber besorgt sie ihren Haushalt ganz wie sonst. Vielleicht ist sie etwas stiller und reizbarer wie früher, sorgt aber für ihre Familie mit grösster Aufopferung. Ueber ihre Krankheit spricht sie nie und wird sehr ärgerlich, wenn man davon anfängt, da die Erinnerung an dieselbe ihr sehr peinlich ist,

Die Anfälle, die sich in ihrer Art durchaus gleich bleiben, stellen sich hier jedesmal nach körperlichen Schädigungen (Influenza, profuse Menses) ein. Im Einzelnen entwickeln sie sich dergestalt, dass sich zunächst ein kurzes Depressionsstadium mit allerlei vagen Beängstigungen einstellt; einmal macht die Kranke während desselben auch einen Suicidversuch. Dabei wird sie immer stiller und theilnahmloser und in wenigen Tagen ist das Höhestadium der Krankheit erreicht. Dieses ist charakterisiert durch die ausgeprägte motorische Hemmung: es besteht vollkommene, nicht nur initiative, sondern auch reactive Akinese, zeitweise kommt es sogar zur Retentio urinae; außerdem finden sich Mutacismus und Katalepsie; von negativistischen Symptomen sind vorhanden Widerstand in der Kiefermuskulatur und anhaltende Nahrungsverweigerung<sup>1)</sup>). Nachdem dieser Zustand mit unveränderter Intensität mehrere Monate hindurch bestanden hat, löst sich die Starre in der bekannten Weise, dass zuletzt noch die sprachlichen Aeusserungen erschwert sind.

In diesem Falle treten also die motorischen Symptome durchaus in den Vordergrund, das kurze anfängliche Depressionsstadium kommt dagegen kaum in Betracht. Leider waren von der Kranken nie Angaben darüber, ob und welche Vorstellungen und Affecte während des stuporösen Zustandes bestanden haben, zu erhalten. Trotzdem glaube ich, in Analogie mit ähnlichen Fällen, nicht fehlzugehen, wenn ich das Bestehen eines traurigen oder ängstlichen Affects während jenes Zustandes annehme.

Ist man nun berechtigt, bei diesem Vorwiegen der motorischen Erscheinungen obigen Fall noch als zur Gruppe der Melancholie gehörig zu betrachten? Fasst man nur den einzelnen Anfall ins Auge, so könnte man zweifelhaft sein, müsste jedenfalls aber wohl die Möglichkeit einer Katatonie zugeben. Nun hat die Kranke aber bereits vier derartige Anfälle durchgemacht, und ist jedesmal vollkommen wiederhergestellt worden. Ich stehe demnach nicht an, die Krankheit als eine „periodische Melancholie“ anzusprechen; vielleicht könnte man auch, um die Eigenart des Bildes zu charakterisiren von einer „Melancholie mit katatonen Symptomen“ reden.

1) Anm. Ob die Nahrungsverweigerung hier indess mit Sicherheit als eine Aeusserung des Negativismus anzusehen ist, will ich dahingestellt sein lassen; sie könnte auch ebenso gut auf Hallucinationen, Vergiftungsideen oder dergleichen beruhen.

Ein anderer Fall ist folgender:

Beobachtung 10. E. B., Musiker, 19 Jahre alt, Aufnahme am 14. Juni 1902.

Anamnese: Vaters Schwester geisteskrank, eine Schwester ist schwachsinnig und hat Krämpfe. Er selbst entwickelte sich normal, war nie nennenswerth krank. — Vor 2 Monaten war Patient plötzlich immer stiller und einsilbiger geworden, sprach zuletzt gar nichts mehr. Er wurde dann ins Krankenhaus gebracht; hier verhielt er sich vollkommen automatisch, lag meist mit geschlossenen Augen da, sagte nur bisweilen „ja“ oder „nein“, sonst gar nichts. Aufforderungen kam er nach, machte auch die ihm aufgetragenen Arbeiten, aber alles sehr langsam.

Status praesens: Junger, leidlich kräftiger Mann. Apathischer, etwas mürrischer Gesichtsausdruck. Er bleibt stehen, wo man ihn hinstellt; kommt Aufforderungen nach; alle Bewegungen werden sehr langsam vollzogen. Er reagiert auf keine Frage. Es besteht Katalepsie und Pseudoflexibilität. Bei schmerhaften Reizen wird die Akinese durchbrochen: Patient verzichtet das Gesicht zum Weinen und macht ungeschickte Abwehrbewegungen. — Die Pupillen sind auffallend weit, reagieren prompt. Gestiegerte mechanische Erregbarkeit des Facialis. Reflexe etc. normal.

Am nächsten Tage beantwortete er Fragen nach Alter, Wohnort etc. richtig, zeigte sich örtlich und zeitlich gut orientiert. — Von nun ab bis Anfang August bot er genau dasselbe Bild wie bei der Aufnahme: nie bestand ein sichtbarer Affect. Fast totaler Mutismus; als Reaction auf die meisten Fragen erfolgte nur ein Runzeln der Stirn und Häufigwerden des Lidschlages. Eine Zeit lang bestand totale Nahrungsverweigerung.

Im August wurde Patient dann etwas lebhafter, sprach mit Wärtern und Kranken, schliesslich auch mit den Ärzten. Er ermüdete aber noch sehr leicht bei Explorationen. Ueber seine Krankheit machte er am 30. August folgende Angaben: Unmittelbar vor Beginn derselben habe er drei Tage und Nächte fast ununterbrochen in seinem Beruf thätig sein müssen; dann sei ihm schwindlich und schwarz vor den Augen geworden und er habe grosse Angst gehabt. Was weiter geschehen, wisse er nicht, er erinnere sich erst wieder an seinen Aufenthalt im Krankenhause. Aus der Zeit seines Aufenthalts in der Klinik erinnert er sich ebenfalls der meisten Einzelheiten. Zuerst habe er nicht gewusst, wo er sich befindet und sei erst durch Äusserungen der Mitkranke dahinter gekommen. Er habe immer Angst gehabt, dass man ihm etwas thun, ihn operieren wolle. Die Angst, die in der Herzgrube sass, habe ihn im Bette festgehalten und habe ihn auch verhindert zu sprechen. Er habe die Empfindung gehabt, als ob er überhaupt nicht mehr sprechen könne. Essen habe er nicht genommen, weil er es für vergiftet hielt. Er habe viele Stimmen bedrohlichen Inhalts gehört, auch allerlei Gestalten gesehen.

Da sich bei dem Patienten keine Defekte nachweisen liessen und sein psychisches Verhalten ganz normal war, wurde er am 27. September 1902 „geheilt“ entlassen. Er soll bisher gesund geblieben sein.

Hier entwickelt sich also bei einem erblich belasteten 19jährigen Mann nach einer Ueberanstrengung sehr schnell ein schwerer stuporöser Hemmungszustand mit Mutacismus, Akinese, Katalepsie und Pseudoflexibilität. Nach einigen Monaten gehen alle Erscheinungen zurück. Es zeigt sich, dass der Kranke an den Anfang der Psychose sich nur summarisch erinnert. Während einer langen Zeit hat er ein ausserordentlich lebhaftes Angstgefühl empfunden und allerlei vage Verfolgungs ideen gehabt.

Auch diesen Fall würde ich noch ins Gebiet der Melancholie rechnen. Symptomatologisch könnte man ihn als eine Art rudimentärer Angstmelancholie mit motorischer Hemmung bezeichnen. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Katatonie vorliegt, halte ich nicht für sehr gross, da zu viele der für diese Erkrankung charakteristischen Symptome wie Negativismus, Manieren und Stereotypien durchaus fehlen.

Etwas schwieriger dürfte die Diagnose schon in folgendem Falle sein:

**Beobachtung 11.** R. R., Knecht, 15 Jahre alt, Aufnahme am 6. Januar 1902.

**Anamnese:** Ueber erbliche Belastung nichts bekannt. Patient soll früher an „Krämpfen“ gelitten haben, bei denen er starr in die Luft sah. Vor  $1\frac{1}{2}$  Wochen hatte er einen nur wenige Tage dauernden Zustand, in dem er sehr still war und alle Fragen mit „Ich weiss nicht“ beantwortete. Seinem Bruder gegenüber äusserte er, er solle eingesperrt werden. Um Neujahr begann die jetzige Krankheit mit einer Art Weinkrampf; darauf bekam Patient ein heftiges Zittern im Kopf und linken Arm und wiegte mit dem Oberkörper immer hin und her. Am 3. Januar wurde er in die medicinische Klinik gebracht. Hier wurden an Kopf und linkem Arm klonische Zuckungen mit weitem Ausschlage constatirt, die Patient auf Aufforderung hin zu unterdrücken vermochte. Psychisch zeigte er ein ganz apathisches Wesen.

**Status praesens:** Junger, nicht sehr kräftiger Mensch von noch halb kindlichem Habitus. Er bietet das Bild einer schweren Hemmung. Der Gesichtsausdruck ist maskenartig starr, der Blick geradeaus ins Leere gerichtet, fixirt nicht; der Lidschlag ist selten. Die Glieder behalten die ihnen gegebene Stellung bei; in den Armen bisweilen wächserne Bieg samkeit. Gestiegerte mechanische Erregbarkeit des Facialis, besonders links. Reflexe etc. normal. Auch bei tiefen Nadelstichen erfolgt keine Abwehrbewegung, doch gab Patient auf Befragen an, dass er Schmerz empfinde. Gang unsicher und taumelig; kein Romberg. Beim Stehen macht Patient mit dem Rumpf rhythmische Streck- und Beugebewegungen, des gleichen in Rückenlage mit dem von der Unterlage abgehobenen Kopfe. Druck auf die Unterbauchgegend ist schmerhaft und bewirkt bisweilen eine mässige Beschleunigung der Atmung.

Bis Ende März blieb nun der Zustand des Kranken im Wesentlichen derselbe. Die Hemmung war gewissen Schwankungen unterworfen. Bald war

Patient ganz mutacistisch und akinetisch und verharrete auch in den unbequemsten Stellungen; dann wieder beantwortete er einzelne einfache Fragen, besorgte sich selbst, und war nur mässig kataleptisch. Bisweilen bestand Echopraxie, einmal auch leichter Negativismus in der Kiefermuskulatur. Der Gesichtsausdruck blieb stets derselbe maskenartig starre. Im Anfang musste Patient eine Zeit lang wegen Retentio urinae katheterisiert werden. Die Flexibilitas cerea und die gesteigerte mechanische Erregbarkeit des Facialis waren schliesslich nur noch andeutungsweise vorhanden.

Von Anfang April ab änderte sich nun das Bild: Patient fing an, auf seine Umgebung zu achten, lachte öfter, begann schliesslich zu sprechen, äusserte den Wunsch, aufzustehen. Es entwickelte sich dann sehr bald ein manischer Zustand, neben dem zunächst noch Spuren der Hemmung nachzuweisen waren. Patient trieb allerlei Unfug, zeigte ein altkluges Wesen, gab dummdreiste Antworten, entwendete verschiedene Dinge. An die meisten Einzelheiten des stuporösen Zustandes war die Erinnerung erhalten, wenn auch nicht vollständig. Als Grund für die Hemmung konnte er nur angeben, dass er eine unbestimmte Angst empfunden und häufig Kopfschmerzen gehabt habe. Von Hallucinationen wusste er nichts. — Auch der manische Zustand klang bald ab, doch bestand noch ein Rest davon, als Patient am 17. Mai 1902 „gebessert“ entlassen wurde. Gedächtniss- oder Intelligenzdefekte hatten sich nicht nachweisen lassen.

Dem Vernehmen nach soll Patient dann gearbeitet haben. Nach ca. einem Jahre wiederum ein stuporöser Zustand, der diesmal aber vorüberging, ohne dass Patient in eine Anstalt gebracht werden musste.

Hier entwickelt sich ohne äussere Veranlassung bei einem sehr jugendlichen Individuum nach einem kurzen Depressionsstadium ein schwerer Hemmungszustand mit Akinese, Mutacismus, Katalepsie, Flexibilitas cerea; vorübergehend bestand auch Echopraxie und leichter Negativismus in der Kiefermuskulatur. An den stuporösen Zustand schliesst sich ein hypomanischer an, der aber bald wieder abklingt. Nach einem Jahre wiederum ein stuporöser Zustand. — Auch hier bestand, wie in Beob. 10, an die Zeit der Hemmung eine leidlich gute Erinnerung. Das Angstgefühl war hier viel weniger intensiv wie dort.

Dann haben wir hier aber noch eine Reihe von Symptomen, die den vorigen Fällen fremd waren. Es ist notirt, dass einmal im Beginn der Erkrankung ein Weinkrampf statthatte, ferner, dass Patient in Kopf und linkem Arm klonische Zuckungen zeigte und mit dem Rumpf und Kopf rhythmische Streck- und Beugebewegungen machte. — Für diese Erscheinungen giebt es zwei Erklärungen: entweder könnten wir hier die bekannten katatonischen Stereotypien vor uns haben, oder es liegt

die Möglichkeit einer hysterischen Natur dieser Störung vor. Die äusserliche Aehnlichkeit beider ist ja bekannt. Ich neige mich zu der zweiten Ansicht, und zwar aus folgenden Gründen: die fraglichen Symptome bestanden alle nur im Anfang der Erkrankung und nur sehr vorübergehend; bei einer Katatonie wäre dies auffallend. Es lassen sich ferner mit der Annahme einer Hysterie die Angaben über „Krämpfe“ des Kranken und die Anfangs vorhandene Schmerhaftigkeit bei Druck auf die „Ovarial“gegend recht gut vereinen. Kraepelin giebt auch ausdrücklich an, dass in einzelnen Fällen von manisch-depressivem Irresein — dahin würde unser Fall dann zu rechnen sein — „namentlich während der Anfälle, aber auch schon vorher allerlei hysterische Züge hervortreten“. — Zu vergessen ist hierbei natürlich nicht, dass auch bei unzweifelhaften Katatonien gelegentlich hysterische Erscheinungen zur Beobachtung kommen können<sup>1)</sup>). Dass unser Fall indess als zur Melancholie, resp. zum manisch-depressiven Irresein gehörig zu betrachten ist, dafür würden meines Erachtens auch besonders noch die sich anschliessende Manie sprechen, die in ihrer Art absolut nichts Katatonisches an sich hatte.

Im Anschluss an die letzte Beobachtung möge noch folgender allem Anschein nach in dieselbe Kategorie gehörige Fall Erwähnung finden.

Beobachtung 12. R. L., Büdnersohn, 23 Jahre alt. Aufnahme am 24. Juni 1901.

**Anamnese:** Keine erbliche Belastung. Patient war bisher gesund. Seit März klagte er über Schwindel, später auch über Kopfschmerzen und Herzklappen, war unruhig, leicht erregt, schlief schlecht. Anfang Juni dann in der medicinischen Klinik: machte hier allerlei sonderbare Dinge, versuchte sich mit Xylol zu vergiften. In den letzten Tagen zu Hause mehrere vorübergehende heftige Erregungszustände, die mit einem Schwindelanfall einsetzten.

**Status praesens.** Patient liegt ziemlich apathisch da, antwortet leise, stockend, oft erst nach einer langen Pause. Klagt über Kopfschmerzen und lebhafte Angst. Er höre viele Stimmen, die ihn riefen, auch bedrohten und beschimpften; er höre, dass er verbrannt, erschossen werden sollte. Inzwischen fängt Patient dann unvermittelt an zu beten: „Allmächtiger Gott, nimm doch diese Nervenkrankheit von mir!“ Dann bekommt er plötzlich einen Anfall: er beginnt zu wimmern, macht mit den Unterarmen schlagende Bewegungen. Augen sind nach oben gedreht, Pupillenreaction nicht zu prüfen. Nach circa  $\frac{1}{2}$  Minute antwortet Patient schon wieder, aber mit überlauter, fast schreiender Stimme. Druck auf die Unterbauchgegend wird sehr schmerhaft empfunden. Aus dem Bett genommen, stellt Patient sich sehr ungeschickt an, fällt

1) Cfr. Kaiser, Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 59.

losgelassen sofort hin, aber sehr gewandt. Wieder aufgerichtet, nimmt er allerlei plastische Stellungen ein, bekommt auf Suggestion hin einen Arc de cercle. Bald darauf sehr heftiger Erregungszustand: Patient schreit laut, wälzt sich auf dem Boden; sein Gesicht trägt den Ausdruck höchsten Entsetzens. Nach einigen Stunden hat Patient sich soweit beruhigt, dass eine körperliche Untersuchung möglich; diese ergab ausser beiderseitigem Fussclonus nichts Abnormes; von hysterischen Stigmata fand sich nur die schon oben erwähnte Druckschmerhaftigkeit der Unterbauchgegend.

In den nächsten Tagen war Patient sehr deprimirt, trug dabei aber öfter ein schwülstiges theatralesches Wesen zur Schau. Klagte über grosse Angst und schreckhafte Gehörs- und Gesichtshallucinationen. Er äusserte, er sei an Allem schuld, sei traurig, weil andere für ihn gestorben seien. „Ich bin wahnsinnig; ich möchte gerne sterben, aber ich komme nicht dazu.“ Er machte mehrere Selbstbeschädigungsversuche. — Von der nächsten Woche ab bestand dann ein melancholisch gefärbter Hemmungszustand mit fast vollkommenem Mutacismus, jedoch keine Katalepsie etc. Mitunter Hallucinationen. — Nach einem Monat allmäßige Besserung. Patient gab an, für den anfänglichen Erregungszustand nur eine ganz summarische Erinnerung zu haben. Er habe Stimmen gehört, die ihm Vorwürfe machten und ihn beschimpften; deswegen sei er so traurig gewesen. — Reden habe er später nicht können, weil er so einen Druck auf der Brust gehabt habe. — In der letzten Zeit seines Aufenthalts beschäftigte er sich fleissig; sein Benehmen war frei, nicht gedrückt. Defekte waren nicht festzustellen. Am 7. September 1901 als „geheilt“ entlassen.

Im Beginn der Erkrankung treten hier anfallsähnliche Zustände von grosser Heftigkeit auf. Die ganze Art derselben, besonders die zu Tage tretende Suggestibilität legt die Vermuthung nahe, dass es sich um grosse und kleine hysterische Anfälle, attitudes passionnelles etc. gehandelt hat. — Der nachfolgende stuporöse Zustand mit Akinese und Mutacismus ist etwas weniger intensiv wie in den vorigen Fällen. Die Heilung erfolgt auch hier ohne nachweisbaren Defekt. —

Für die Zugehörigkeit der letzten drei Fälle — auch Beob. 9 würde ich unbedenklich hierher rechen, wenn nicht leider positive Angaben der Kranken fehlten — zur Melancholie spräche auch noch die Thatsache, dass die Kranken übereinstimmend bekundeten, dass sie während des stuporösen Zustandes eine mehr weniger ausgesprochene Angst gefühlt haben, und dass die Erinnerung daran eine lückenhafte, theilweise sogar fehlende wäre. Dieses zweite Moment betont Kraepelin ausdrücklich bei Besprechung der Unterscheidung von depressiven Zuständen des manisch-depressiven Irreseins und der Katanonie, indem er die Besonnenheit, das Fehlen der Denkstörung bei der

letzteren gegenüberstellt der Unbesinnlichkeit und traurigen oder ängstlichen Verstimming bei der ersteren.

Auch noch nach einer anderen Seite hin müsste wohl eine Abgrenzung dieser vier Fälle vorgenommen werden; es käme nämlich in Betracht, ob es sich nicht bei ihnen um eine „Verwirrtheit mit Stupor“ handelt, Fälle, wie sie besonders eingehend von E. Meyer<sup>1)</sup> gewürdigt sind. Der Stupor als Ausdruck der Hemmung ist hier nicht ein primäres Symptom; er ist als bedingt anzusehen durch irgend welche Wahnvorstellungen resp. Hallucinationen, daher auch die anderweitig gebräuchlichen Bezeichnungen hallucinatorischer oder Pseudostupor. Als charakteristisch für diese Fälle wird vielfach der Umstand angesehen, dass die Kranken nach Lösung des Stupors oft ihre Wahnvorstellungen bis ins Detail schildern können. Ganz streng genommen dürfen wir also von einem primären Stupor nur dann sprechen, wenn wir eine reine Hemmung der motorischen und psychischen Leistungen vor uns haben, ohne dass während dieses Zustandes ein Affekt oder eine Wahnvorstellung resp. Hallucinationen bestehen, die für die Genese des Stupors in Betracht kommen könnten. Damit aber dürfte die Zahl der primären Stuporen wohl auf ein Minimum herabsinken. Jedenfalls muss betont werden, dass von den primären Stuporen zu den sekundären alle möglichen fliessenden Uebergänge existiren. Spricht doch auch Ziehen, der die Stupidität — wozu nach ihm unsere Fälle rechnen würden — ja als eine Krankheit sui generis hinstellt, von eiuer hallucinatorischen Varietät derselben.

Betrachten wir nun unsere Fälle von diesem Gesichtspunkte aus, so ist zunächst wohl sicher zu sagen, dass man von einer Verwirrtheit nur in Beob. 12 einigermaassen zu sprechen berechtigt ist, und auch hier bestand die Verwirrtheit nur im ersten Anfang der Erkrankung, nicht dagegen während des eigentlichen stuporösen Zustandes. In Fall 9 wissen wir nicht, ob Hallucinationen bestanden; Anhaltspunkte dafür haben wir keine. In Fall 11 fehlen Hallucinationen vollkommen. In Beob. 10 waren Hallucinationen und Wahnvorstellungen vorhanden; trotzdem und trotz seiner Hemmung war der Kranke noch imstande, aus den Aeusserungen seiner Mitkranken sich seine Umgebung richtig zurecht zu konstruiren. — Bei allen 4 Fällen scheinen mir demnach die vorhandenen Thatsachen nicht für eine sekundäre Natur des Stupors zu sprechen und auch die Annahme einer Verwirrtheit ist durch nichts gerechtfertigt. —

---

1) Meyer, Beitrag zur Kenntniss der acut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. Dieses Archiv Bd. 32.

Bei den folgenden 2 Fällen handelt es sich um Depressionszustände bei denen nach genauer Abwägung aller Symptome schon verhältnissmässig frühzeitig die Frage, ob Melancholie, ob Katatonie, entscheiden liess.

Beobachtung 13. G. M., Kaufmann, 27 Jahre alt. Aufnahme am 9. August 1901.

Anamnese: Von erblicher Belastung nichts bekannt. Schon in der Jugend litt Patient viel an Kopfschmerzen. Hat leidlich gut gelernt. Wechselte später auffallend viel — 16 oder 17 Mal — seine Stellung. Gonorrhoe und Lues wurden zugegeben, Potus negirt. — 1899 wegen Diebstahls 5 Monate Gefängniss. Zuletzt war Patient als Colportagebuchhändler thätig, machte damals auf seinen Principal noch durchaus keinen kranken Eindruck. Im Mai 1901 gab er diese Stelle dann plötzlich auf und trieb sich nun vagabundirend im Lande umher, stets voller Angst, dass die Polizei ihm auf den Fersen sei. Am 8. Juni beging er wiederum einen Diebstahl, wegen dessen er vier Tage später verhaftet wurde. Er gestand denselben ohne weiteres ein. Beim Verhör machte er dem Richter den Eindruck eines „gedrückten oder ziemlich schwachsinnigen“ Menschen. Er bezichtigte sich selber verschiedener Strafthaten: er habe eine Kuh gestohlen, eine Scheune angesteckt, sei schuld an einem Waldbrande. Die angestellten Recherchen ergaben die völlige Grundlosigkeit dieser Selbstanklagen. Patient wurde dann später in das hiesige Gefängniss gebracht. Hier bekam er Krampf- und Weinanfälle, tobte und schlug um sich. Bei allen Vernehmungen jammerte und weinte er, machte ganz verworrene Angaben, erging sich in Selbstbeschuldigungen. Schliesslich wurde er zwecks Beobachtung seines Geisteszustandes in unsere Klinik überführt.

Status praesens: Patient ist ein mittelgrosser hagerer Mann mit bleicher Gesichtsfarbe. Die Miene ist ängstlich gespannt, der Blick starr geradeaus gerichtet. Allen Maassnahmen setzt er einen geringen, mehr passiven Widerstand entgegen. Ins Bett gebracht, zeigt er zunächst noch eine ziemlich lebhafte motorische Unruhe, liegt dann aber still. Er antwortet zunächst auf keine Frage; erst nach einigen Stunden giebt er Alter und Beschäftigung richtig an, klagt über starke Kopfschmerzen. Gleich darauf ist er nicht mehr zu fixiren, athmet beschleunigt und stossweise, grimassirt, macht mit den Händen vor der Brust langsame streichende Bewegungen. Die Beine zittern lebhaft. Das ganze Benehmen des Kranken trägt das Gepräge des Affectirten. — Die körperliche Untersuchung, der sich Patient zum Theil widersetze, ergab: Pupillenreaction prompt. Leichter Patellar- und Fussclonus. Hautreflexe normal, mässige allgemeine Hyperästhesie gegen Nadelstiche. Keine hysterischen Stigmata.

Während der Dauer der 6 wöchentlichen Beobachtungszeit blieb der Zustand des Kranken im Wesentlichen derselbe. Er lag stets still zu Bett, reagierte auf Anreden gewöhnlich gar nicht, oder machte nur dabei die Bewegung des Schlückens. Mitunter war er etwas freier, gab bruchstückweise Auskunft über seine Vergangenheit, beklagte sich über die Schlechtigkeit der Welt und

der Menschen. Immer wieder kam er auf jene oben erwähnten Selbstbeschuldigungen zurück, fürchtete, dass er deswegen lebenslänglich eingesperrt werden sollte. Es schienen schon ziemlich erhebliche Defekte des Gedächtnisses bei ihm zu bestehen; so konnte er von Flüssen in Deutschland nur Rhein und Weser nennen, und machte beim Rechnen leichtester Aufgaben zum Theil schon grobe Fehler. Häufig ist in der Krankengeschichte notirt, dass Patient ein affectirtes Benehmen zeigte. Bald klagte er über Schmerzen im Kopf, dann wieder im Rücken oder im Magen. Einmal äusserte er, er könne gar nichts denken, es fliege ihm alles fort, jedes Wort, das er spreche, schmerze ihn im Kopfe. — Der Patellar- und Fussclonus war übrigens nur während der ersten 2 Tage nachzuweisen.

Nachdem auf Grund unseres Gutachtens das Verfahren gegen M. niedergeschlagen worden war, wurde er am 11. November 1901 wiederum in die Klinik gebracht. Er sah bleich und abgemagert aus. Der Gesichtsausdruck war theilnahmlos, leicht deprimirt. Die Augen hält er geschlossen. Der Gang ist taumelig und schwankend; bei jedem Schritt knickt Patient zusammen und sucht nach einer Stütze. Auf Fragen antwortet er nur zögernd mit leiser Stimme und nach mehreren Ansätzen; dazwischen macht er schmatzende und schluckende Bewegungen. — In den nächsten 4 Monaten blieb das Bild ziemlich unverändert. Das ganze Benehmen des Kranken stand jetzt augenscheinlich sehr unter der Herrschaft hypochondrischer Vorstellungen. Gelegentlich äusserte er auch, er habe kaltes Fieber und im Magen einen Geschmack wie von Petroleum. Oftter behauptete er ziemlich erregt, er sei vergiftet. Mitunter war er vorübergehend ganz unmotivirt läppisch heiter. Zeitweise bestand Negativismus in Arm- und Kiefermuskulatur sowie im Orbicularis oculi (hier am anhaltendsten).

Von Ende März 1902 ab wurde Patient dann etwas freier. Es liess sich feststellen, dass er durchaus gut orientirt war. Grobe Gedächtniss- und Intelligenzdefekte bestanden nicht. Ueber seine Krankheit gab Patient indess gar keine Auskunft. Sein Wesen blieb stets scheu und zurückhaltend, hatte etwas Gebundenes an sich. Nie zeigte er Interesse für seine Umgebung, oder erkundigte sich nach seinen Angehörigen. Häufig lief er in stereotyper Weise auf einer bestimmten kurzen Strecke auf und ab. — Am 10. Mai 1902 wurde er in eine Provinzial-Irrenanstalt überführt. — Laut Ausweis der uns freundlichst von dort zur Verfügung gestellten Krankengeschichte ist der Zustand bis jetzt ohne wesentliche Aenderung geblieben. Patient hat jetzt eine Reihe stereotyper Bewegungen und Manieren; bietet im Uebrigen das typische Bild der gemüthlichen Verblödung.

Trotzdem hier im Anfang die Mehrzahl der Symptome, insbesondere die Versündigungsideen, auf das Bestehen einer mit Hemmung einhergehenden Angstmelancholie hinzudeuten schienen, betonten wir doch schon in unserm nach der 6 wöchentlichen Beobachtungszeit abgegebenen Gutachten die Wahrscheinlichkeit, dass es sich hier um das depressive Anfangsstadium einer Katatonie handle. Hierfür sprach einmal die

Anamnese, die erkennen liess, wie sich bei dem Kranken eine allmählich fortschreitende Veränderung des Charakters vollzogen hatte, und wie schrittweise der Boden für den Ausbruch der Psychose vorbereitet worden war. Sodann sprach in gewissem Sinne für Katatonie das affektirte, gemacht aussehende Benehmen des Kranken. — Der weitere Verlauf der Erkrankung hat unsere Diagnose durchaus bestätigt. Zu dem Mutucismus gesellte sich partieller Negativismus und später auch noch Manieren und Stereotypien. Die Versündigungsideen wurden ganz verdrängt durch solche hypochondrischer Natur. Psychisch bot der Kranke das typische Bild des Katatonikers: Gemüthliche Stumpfheit neben leidlich erhaltenen Kenntnissen. — Der Fall zeigt übrigens wieder einmal, wie vorsichtig man bei vorhandenen Hemmungszuständen mit der Annahme von Defekten sein muss, da unser Kranter solche im Anfang der Beobachtung schon in ausgedehntem Maasse zu besitzen schien, welche Annahme sich aber später als irrig erwies.

Der zweite, in eben dies Kapitel gehörige Fall ist folgender:

Beobachtung 14. A. K., Techniker, 28 Jahre alt. Aufnahme am 1. Juni 1901.

Anamnese: Eine Schwester der Mutter geisteskrank. Der Vater erlitt vor einigen Jahren eine Hemiplegie. Patient entwickelte sich normal, lernte nur mässig, war oft kränklich. Hat zeitweise viel getrunken, in der letzten Zeit aber gar nicht mehr. War jetzt 3 Wochen im Krankenhaus, zeigte dort zunächst Zeichen psychischer Depression; seit 8 Tagen Verschlimmerung: es traten Exaltationszustände ein, in denen er die andern Kranken bedrohte.

Status praesens: Mittelgrosser, mässig genährter Mann. Deprimirter Gesichtsausdruck. Scheint schwer gehemmt, spricht sehr langsam, bleibt oft mitten im Satze stecken. Er äussert lebhaftes Krankheitsgefühl: es sei ihm oft ganz wahnsinnig im Kopf; seit einigen Monaten sei ihm der Kopf oft wie „verpapp“<sup>t</sup>. Alles sei ihm so anders vorgekommen. Seine Wirthsleute hätten immer so mit den Betten hin und her geschoben, das hätte ihm Angst gemacht. Dann habe er einmal die Stimme seines Chefs gehört, als dieser an einem ganz anderen Orte war; das müsse doch mit Zauberei zugegangen sein. Im Krankenhouse sei auch alles so komisch gewesen: die Betten seien bald so, bald anders gestellt worden, das müsse doch auf ihn Bezug gehabt haben. Mehrmals hätten die Speisen so komisch geschmeckt. Sein Körper sei oft ganz verändert gewesen, bald weiss, bald roth, einmal auch braun, desgleichen das Gesicht. Auch Stimmen gehört zu haben, giebt Patient zu; er habe nicht genau verstehen können, was sie ihm zuriefen, glaube aber, dass es Schimpfreden gewesen seien.

Bis zu seiner Entlassung zeigte Patient nun folgendes Verhalten: Er war stets schwer gehemmt, musste zu allem angehalten werden. Meist war er mürrisch und abweisend, selten etwas zugänglicher. Stimmung durchweg

deprimirt. Mitunter äusserte er Verfolgungsideen, sprach sich auch bisweilen über Hallucinationen aus. Fragte man ihn nach seinem Befinden, so sah er auf seine Hände, drehte sie hin und her: er habe darin so ein taubes Gefühl. Mit Urin war er stets unrein. Mitunter Verharren in Stellungen. Für seine Angehörigen, seine Umgebung etc. zeigte er nie das geringste Interesse. Am 7. October 1901 wurde er in eine Provinzial-Irrenanstalt überführt. — Der Zustand ist dort bis jetzt ziemlich unverändert geblieben. Meist ist Patient stumpf und theilnahmlos, steht in den Ecken umher. Dann wieder ist er läppisch heiter, treibt allerlei Unfug.

Dasjenige Moment, welches in diesem Falle die Diagnose Katatonie gegenüber der Melancholie schon zu einer Zeit wahrscheinlich machte, wo von eigentlichen katatonischen Symptomen noch nichts nachzuweisen war, war der ausgeprägte Beziehungswahn. Ich habe bereits oben auf die Wichtigkeit dieses Symptoms bei jugendlichen Individuen hingewiesen, will indess gerne zugeben, dass dasselbe gelegentlich auch einmal bei einer ins Gebiet der Melancholie gehörigen Erkrankung vorkommen kann. Bei jugendlichen Individuen ist ferner auch, wie bereits Kahlbaum betont hat, das Auftreten von hypochondrischen Vorstellungen prognostisch ungünstig; in den beiden letzten Beobachtungen war dies der Fall.

---

Schliesslich möchte ich noch auf eine sehr häufige Form von Depressionszuständen eingehen, die nicht direkt zur Melancholie gerechnet werden können, die aber deswegen für uns in Betracht kommen, weil es von ihnen zur reinen Melancholie alle möglichen Übergänge giebt.

**Beobachtung 15.** B. H., Händlerschwitze, 50 Jahre alt. Aufnahme am 1. Mai 1901.

**Anamnese:** Patientin giebt hierüber an: Von Nervenkrankheiten in ihrer Familie sei ihr nichts bekannt. Sie sei bis jetzt nicht nennenswerth krank gewesen. Menstruirt sei sie schon seit 20? Jahren nicht mehr. Ihr jetziges Leiden bestehe schon seit 4 Monaten; es sei entstanden durch Ueberanstrengung bei der Pflege ihres kranken Mannes und durch Kummer über seinen Tod; außerdem habe sie viel unter häuslichen Sorgen und Aufregungen zu leiden gehabt. Seit jener Zeit könne sie nicht schlafen; ihre Stimmung sei oft trübe und sie müsse viel weinen. Die rechte Lust zum Arbeiten habe ihr auch gefehlt. Selbstmordgedanken seien ihr nie gekommen, der Appetit sei stets leidlich gewesen. — Aus dem Bericht des behandelnden Arztes geht noch hervor, dass Patientin durch nächtliche Scenen die Ruhe der Anwohner störte.

**Status praesens:** Mittelgrosse, schlecht genährte Frau. Vollkommen orientirt. Macht obige Angaben ganz prompt. Bricht in wortreiche Klagen

über ihre Beschwerden aus, von denen die Schlaflosigkeit sie am meisten quält. — Die körperliche Untersuchung ergiebt: Etwas träge Pupillenreaction, Zittern der Zunge, lebhafte Patellarreflexe; sonst nichts Abnormes.

2. Mai. Patientin hat leidlich geschlafen. Ist am Morgen aber sehr stark deprimirt, sitzt mit tief unglücklicher Miene im Bett, zittert am ganzen Leibe; sie klagt über Kopfschmerzen, Brennen der Augen, Schwindelgefühl, sowie über ein schreckliches Angstgefühl in der Herzgrube. — Nach einigen Stunden Besserung.

In den nächsten Wochen wechselte das Befinden oft. Die Angstanfälle kamen recht häufig; Patientin weinte und jammerte dann, klagte über Kopfschmerzen und Brennen in den Augen. Dazwischen aber befand sie sich auch ganz leidlich, äusserte den Wunsch aufzustehen, zeigte Interesse für alles. Am meisten klagte sie immer in Gegenwart der Aerzte, auch wenn sie eben noch ganz ruhig gewesen war. Wenn man sie fragte, ob sie Lust zum Arbeiten habe, meinte sie: „O ja! das wohl. Aber ich bin doch noch zu matt“. Nie Selbstbeschädigungsversuche, nicht einmal Gedanken daran. Der Schlaf war sehr wechselnd.

Nach 4 wöchentlichem Anstaltsaufenthalt machte sich eine allmälig fortschreitende Besserung bemerkbar. Die Angstanfälle wurden seltener und weniger intensiv, bisweilen bestanden noch Kopfschmerzen. Der Schlaf hob sich ebenfalls. Am 29. Juni 1901 konnte Patientin erheblich gebessert entlassen werden.

Im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen hier die mannigfachen neurasthenischen Klagen über Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Schwindel etc., wozu in andern Fällen noch die verschiedensten Paraesthesiae treten. Eigentliche psychotische Symptome in Form von Wahnsideen sind nicht vorhanden; nur der Angstaffekt geht in seiner Intensität entschieden über das hinaus, was wir sonst bei schweren Neurosen zu sehen gewohnt sind. Diese Stärke des Affecks berechtigt uns auch, die Erkrankung praktisch als eine Psychose anzusehen. Charakteristisch für solche Fälle ist das häufige Schwanken des Affecks und die ausserordentliche Labilität der Stimmung. Die Prognose ist im Allgemeinen eine zweifelhafte: es kommt viel eher zu mehr weniger weitgehenden Besserungen wie zu Heilungen.

In der Litteratur werden diese Zustände mit den verschiedensten Namen belegt. Nach Kraepelin rechnen sie unter die „constitutionelle Verstimmung“; Wernicke bezeichnet sie als „Angstneurose“, und Ziehen bespricht sie unter dem neurasthenischen Irresein, und zwar als depressive Varietät desselben; er sagt, dass bei dieser Form „schon sehr früh und von Anfang an . . . primäre Angstaffekte und primäre Depression auftreten“; offenbar handle es sich hier um eine Uebergangsform zur Melancholie.

Eine andere Form des neurasthenischen Irreseins finden wir in folgenden beiden Fällen:

Beobachtung 16. O. B., Lehrer a. D., 53 Jahre alt. Aufnahme am 12. Februar 1902.

**Anamnese:** Ein Halbbruder des Patienten ist geisteskrank. Vor circa 16 Jahren hat Patient eine schwere Influenza durchgemacht; war seitdem psychisch verändert. Er war häufig ängstlich, äusserte, man wolle ihn mit einem Dolche erstechen. Es wechselten Perioden besseren und schlechteren Besinns mit einander ab, doch war Patient stets im Stande, sein Amt zu versehen. Vor 4 Jahren wurde er wegen Sittlichkeitsdelict mit  $1\frac{1}{2}$  Jahren Gefängniss bestraft. Seit jener Zeit leidet er an häufigen Schwindelanfällen; nach diesen Anfällen war die Angst stärker. Nach der Haft sprach er auch oft davon, dass der Pastor (sein früherer Vorgesetzter), ihn verfolge. Er sah häufig allerlei Thiere, besonders Spinnen. Sein Gedächtniss wurde immer schlechter. Seit einigen Wochen traten heftigere Angszustände auf; Patient sprach die Befürchtung aus, dass er sich noch das Leben nehmen werde. Er machte seine Arbeiten zum Theil verkehrt, glaubte oft auch, Fehler gemacht zu haben, wo gar keine waren. Es bestand totale Schlaflosigkeit. Der Appetit war gut, doch hinderte die Angst den Kranken oft am Essen.

**Status praesens:** Mittelgrosser, nicht sehr kräftiger Mann; etwas anämisch. Gesichtsausdruck deprimirt. In seinem ganzen Gebahren tritt eine deutliche Hemmung zu Tage: er antwortet langsam, mit leiser Stimme; häufig muss die Frage wiederholt werden, oft sagt er auch: „Ich weiss nicht“. — Mitunter steige ihm jetzt so eine heftige Angst von unten herauf, dass er daran gedacht habe, sich das Leben zu nehmen. Er habe Stimmen gehört, die ihm zuriesen, er tauge nichts, sei nichts mehr werth, solle sich nur des Leben nehmen. Er leide viel unter schweren Träumen. Nachts sehe er oft alles voll Spinnen. — Oertlich und zeitlich ist Patient orientirt. Etwas schwerere Rechenaufgaben vermag er nicht mehr zu lösen. Die Merkfähigkeit ist reducirt. — Pupillen reagiren prompt, Zunge weicht ein wenig nach rechts ab, Reflexe normal. Allgemeine Hypalgesie mässigen Grades; Spitze und Kopf der Nadel werden häufig verwechselt. Es besteht eine mässige Arteriosklerose.

In der nächsten Zeit andauernd ängstliche und deprimirte Stimmung. Mehrere anfallsähnliche Zustände mit schüttelkrampfähnlichen Bewegungen in Kopf und rechtem Arm und nachfolgendem Zähneknirschen. 2mal wurden stundenlang clonische Zuckungen im rechten Extensor pollicis longus bemerkt. Fast jede Nacht erschien dem Kranken der Pastor, einmal mit Ketten, um ihn zu fesseln, ein andermal mit einem grossen Hund. Auch sonst hallucinirte er öfter. Bei der geringsten Gelegenheit fing er an zu weinen, klagte viel über heftige, bohrende Kopfschmerzen.

Von Ende März ab wurde Patient freier, er zeigte Interesse für seine Umgebung, beteiligte sich beim Karten- oder Schachspiel, begann zu lesen, klagte aber noch, dass ihm oft das Verständniss des Gelesenen noch schwer falle. Die Stimmung war weniger gedrückt, doch bestand immer noch eine

gewisse Hemmung. Die Intelligenz zeigte sich ohne wesentliche Störung. Daran, dass der Pastor ihn verfolge, hielt Patient fest; gab aber zu, dass es sich bei den Erscheinungen um Sinnestäuschungen gehandelt haben könnte.

Am 14. Mai 1902 wurde Patient „gebessert“ entlassen. — Bisher hat er sich zu Hause leidlich gehalten.

**Beobachtung 17.** F. B., Briefträger, 47 Jahre alt. Aufnahme am 1. August 1902.

**Anamnese:** Patient gab an, dass ihm von Nervenkrankheiten in seiner Familie nichts bekannt sei. Er sei früher gesund gewesen, habe nicht getrunken. Seine jetzige Krankheit reiche schon 7—9 Jahre zurück. Damals sei er fälschlich beschuldigt worden, amtliche Gelder veruntreut zu haben. Seine Schuldlosigkeit habe sich zwar bald herausgestellt, doch habe er sich die Angelegenheit sehr zu Herzen genommen, und daher röhre seine Krankheit. Ihm sei damals so schwer im Kopfe gewesen, er habe Schmerzen im Hinterkopf und im Genick gehabt und habe mehrere Wochen lang den Dienst aussetzen müssen. Seit der Zeit sei er eigentlich nie gesund gewesen. In den letzten 2 Jahren sei es immer schlimmer geworden. Der Kopf war ihm oft so „schwer und düsing“, seine Gedanken waren nicht bei der Arbeit, sondern weit weg. Er hatte für nichts mehr rechtes Interesse; der Dienst fiel ihm schwer; häufig bestand Zittern am ganzen Körper und Kopfschmerzen. — Seit jenem Ereigniss kam es ihm so vor, als ob die Leute Schlechtes von ihm redeten; er merkte das überall, wohin er kam; trat er näher, so sprachen sie von etwas anderem. Auch sähe man ihn oft so sonderbar an. Seit 6 Wochen habe er keinen Dienst gethan; die letzten 3 Wochen sei er in der medicinischen Klinik gewesen; dort habe er dieselben Wahrnehmungen gemacht wie zu Hause. — Sein Schlaf sei stets schlecht gewesen.

Die Frau des Patienten gab nachträglich noch an, dass die schlechten Zeiten bei ihrem Mann immer 2—3 Wochen gedauert hätten; er sei dann ganz verwirrt gewesen, habe mit seinen Dienstangelegenheiten nicht zurecht finden können.

Die körperliche Untersuchung des gesund aussiehenden Mannes ergab: Reflexe etc. normal, leichter Tremor der Hände, im Urin Spuren von Eiweiss.

Während des Aufenthalts in der Klinik war die Stimmung des Patienten anfangs noch deprimirt; mitunter klagte er über Kopfdruck. Beziehungswahnideen stellte er in Abrede. Nach einer Woche war er sichtlich freier, wenn auch recht still. Er glaubte, seinen Dienst schon wieder versehen zu können. Am 16. August wurde er „gebessert“ entlassen.

In beiden Fällen sehen wir chronische Depressionszustände mit zeitweisen Exacerbationen. Bei beiden Kranken spielt ein affectbetontes Ereigniss aus ihrem Vorleben eine grosse Rolle. Auf dieses Ereigniss kommen sie immer wieder in ihren Gedankengängen zurück. Ziehen sieht hierin wohl durchaus mit Recht eine Andeutung von Zwangsdenken. In beiden Fällen kommt ferner sehr deutlich zum Ausdruck die Denkstörung, die Hemmung der Association, auf die Ziehen als

charakteristisch für das neurasthenische Irresein aufmerksam macht. Die lebhaften nächtlichen Visionen im ersten Fall, die wohl zum grössten Theil als hypnagogie anzusehen sind, und das gesteigerte Traumleben werden von Ziehen ebenfalls erwähnt. — Daneben aber finden sich bei beiden Kranken Züge, die nicht als typisch anzusehen sind: die — wenn auch immerhin in gewissen Grenzen bleibende, aber doch sicher vorhandene — wahnartige Verarbeitung der „überwerthigen Ideen“ im 1. Falle; ferner der lebhafte Beziehungswahn im 2. Falle. Die im 1. Fall bestehenden Phoneme mit ihrem selbstanklägerischen Inhalt nähern sich durchaus denen der Melancholie, zu der dieser Fall demnach vielleicht als eine Art Uebergangsform anzusehen wäre. Der Fall ist auch schliesslich noch insofern nicht ganz rein, als ihm eine Anzahl hysterischer Symptome beigemengt sind, die namentlich während der Acme der Erkrankung deutlich hervortreten.

Vom neurasthenischen Irresein, namentlich den leichteren Formen desselben, giebt es, wie schon erwähnt, alle möglichen Uebergänge zur reinen Melancholie; das ist sehr erklärlich, wenn man bedenkt, dass das Fundamentalsymptom der reinen Melancholie, das Gefühl der subjektiven Insufficienz und die bekannte Entschlussunfähigkeit des Neurasthenikers derselben Wurzel entspringen. Je mehr in diesen Uebergangsformen die rein melancholischen Symptome vorwiegen, desto günstiger ist die Prognose zu stellen. Hierher gehören z. T. die Fälle, die Ziehen als stupide Form des „neurasthenischen Irreseins“ bezeichnet. „wo die Kranken sich nur noch ärgern, aber nicht mehr froh und nicht mehr traurig sein können.“ In dieser Beschreibung werden wir nach unsren obigen Ausführungen die „Abstumpfung der psychischen Gefühle“, die uns als Symptom der reinen Melancholie entgegentrat, wieder erkennen. Auch Ziehen stellt diesen Formen eine günstigere Prognose wie der reinen Neurasthenie. Auch ein Teil der Fälle der von diesem Autor sog. „melancholischen Verstimmung oder Hypomelancholie“ ist wohl hierher zu rechnen. — Sehr häufige Uebergangsformen der neurasthenischen Depressionszustände, die ihre naturgemäße Erklärung in dem Vorwiegen der körperlichen Beschwerden finden, existiren ferner zur Melancholie mit hypochondrischen Vorstellungen und zur Hypochondrie. —

Wie bei der Neurasthenie, so haben wir auch bei der Hysterie Depressionszustände, die eine eigenartige Färbung tragen. Ein dahin gehöriger Fall ist folgender (Vgl. auch Beob. 12 u. 16):

Beobachtung 18. E. G., Gastwirthsfrau, 43 Jahre alt. Aufnahme am 7. Juni 1902.

Bei der Aufnahme zeigte Patientin ein ernstes, etwas gedrücktes Wesen,

benahm sich aber durchaus correct und beantwortete prompt alle an sie gerichteten Fragen. Sie gab an, dass ein Bruder von ihr und ein Onkel väterlicherseits geisteskrank gewesen seien. Ihre Mutter habe an (der Beschreibung nach hysterischen) Krämpfen gelitten. Auch sie selber habe einmal als junges Mädchen Krämpfe gehabt. Sie sei stets sehr nervös gewesen, habe sich über jede Kleinigkeit geärgert. Seit 12 Jahren lebe sie von ihrem Manne getrennt. Ihre Periode, die stets sehr profus und mit sehr erheblichen Beschwerden verknüpft war, sei im letzten Jahre unregelmässig geworden. Seit längerer Zeit schon leide sie an heftigen Kopfschmerzen auf der Höhe des Scheitels, habe auch oft das Gefühl eines Klosses im Halse. Sie habe schon 2 mal Depressionszustände durchgemacht: zum 1. Mal vor 8 Jahren, als ihr Bruder starb, bei dessen Pflege sie sich überanstrengt hatte, das andere Mal vor 4 Jahren nach dem Tode ihrer Mutter. Der jetzige Zustand, der schlimmste von allen, datire ungefähr seit 5 Monaten. Es sei ihr immer so schwer und dumpf im Kopfe gewesen, sie habe für nichts mehr Interesse gehabt, leide viel an Unruhe und Angst. Das Denken falle ihr schwer, sie müsse oft und viel weinen. Es sei ihr immer so, als ob sie etwas verbrochen habe, sie wisse aber doch nicht was. In der letzten Zeit sei ihr Zustand noch schlechter geworden; namentlich des Nachts habe sie Stimmen gehört, darunter die ihres Mannes und ihrer Schwester, die ihr zuriefen, sie solle sich etwas anstrengen, solle Kleesalz einnehmen, sich die Pulsadern aufschneiden, sich mit Siegellack verbrennen (in der That hat Patientin auf dem linken Dorsum pedis eine markstückgrosse Verbrennungsstelle). Wenn sie jene Stimmen hörte, habe sie eine furchtbare Angst ausgestanden und sei ganz in Schweiß gebadet gewesen. — Schlaf und Appetit seien nur schlecht gewesen.

Die körperliche Untersuchung ergab: Pupillen reagiren prompt; es besteht eine mässige concentrische Einengung des Gesichtsfeldes beider Augen. Sehnen- und Hautreflexe normal. Linksseitige sensorische und sensible Hemianästhesie. Cornealreflex links aufgehoben. Druck auf die Ovarien ist schmerhaft und löst Ructus aus. Bei geschlossenen Augen kann Patientin Stellungen, die den Extremitäten der einen Seite gegeben werden, mit denen der anderen Seite nicht nachmachen.

Während der nächsten vier Tage war Patientin andauernd deprimirt, weinte viel, klagte stets über Kopfschmerzen. Nachts hatte sie schreckliche Träume, sah einen Erhängten, dem das Fleisch von den Knochen gelöst war, sah ferner sich selber als scheintodt und von drei Männern begraben werden. Auch bei Tage hallucierte Patientin oft lebhaft, sah z. B. einmal plötzlich eine Schlange von der Decke herabhängen. Bei Druck auf die Bulbi erschienen ihr erst Funken, dann Gestalten und schliesslich Köpfe.

12.—14. Juni Menses. Im Anschluss daran sehr rasch fortschreitende Besserung. Nach einigen Tagen verliess Patientin schon das Bett und beschäftigte sich fleissig. Auch die hysterischen Symptome traten zurück; die Sensibilitätsstörung war schliesslich nur noch als ein geringer Unterschied zwischen beiden Seiten zu constatiren. Druck auf die Ovarien blieb ohne Effect. Am stärksten blieb noch die Lageempfindung gestört.

Bei anhaltend gutem Befinden wurde Patientin am 14. Juli 1902 entlassen.

Dieser Fall zeigt die Symptome der reinen Melancholie neben schweren hysterischen Erscheinungen. Die Art der Hallucinationen und der Träume ist fast als typisch für Hysterie zu betrachten. Die fast kritische Lösung des Zustandes dürfte bei der reinen Melancholie — abgesehen von den circulären Formen — recht selten sein. Bei der mannigfaltigen Erscheinungsweise der Hysterie lässt sich übrigens denken, dass diese Zustände ein sehr verschiedenartiges äusseres Gepräge werden tragen können.

---

An der Hand obigen Materials will ich nun versuchen, zu einigen augenblicklich noch zur Diskussion stehenden Punkten in Betreff der Melancholie Stellung zu nehmen. Da ist es zunächst die vielumstrittene Frage, ob die Anschauung Kraepelin's, dass die Melancholie des Rückbildungsalters als eine Krankheit sui generis streng zu trennen sei von den depressiven Zuständen des manisch-depressiven Irreseins. Es ist Kraepelin gegenüber von verschiedenen Seiten, neuerdings noch von Schott (l. c.) geltend gemacht worden, dass die einzelnen Anfälle durchaus keine Handhabe gäben, einen melancholischen periodischen oder circulären Zustand von einem solchen des Rückbildungsalters zu unterscheiden. Und in der That — wenn man in Kraepelin's Lehrbuch die Schilderung der Symptome beider Arten von Zuständen liest, so dürfte es schwer fallen, sich darüber eine Anschauung zu bilden, was als differential diagnostisches Merkmal zu verwerthen wäre, ein Umstand, den schon Jolly in seiner Besprechung des Kraepelin'schen Lehrbuchs (Archiv f. Psychiatrie Bd. 33) erwähnt hat. Als charakteristisch für die circuläre Natur des Leidens führt Kraepelin „die Entwicklung einer ausgeprägten Hemmung auf dem Gebiete des Denkens und Wollens“ an, die „psychomotorische Hemmung“. Weiter sagt er: Die centrale Auslösung von Handlungen ist erschwert . . . Alle einzelnen Bewegungen, soweit sie einen Willensantrieb erfordern, sind mehr oder weniger verlangsamt, und geschehen ohne Kraft.“ — Bei der Melancholie des Rückbildungsalters wiederum heisst es: „Es scheint sich demnach nicht um eine psychomotorische Hemmung, sondern wesentlich um die Wirkung der gemüthlichen Verstimmung auf die Schaffensfreudigkeit zu handeln. . . . Man kann sich leicht davon überzeugen, dass nicht die Ausführung der Bewegungen an sich erschwert ist. Die Kranken befolgen Aufforderungen ohne Zögern, vollziehen alle Verrichtungen in natürlicher freier Weise, wenn auch ohne besondere

Kraft und Schnelligkeit<sup>1)</sup>.“ — Als einziger Unterschied bliebe hier, dass einmal die centrale Auslösung der Handlungen erschwert ist, das andere Mal soll die Ausführung der Bewegungen an sich nicht erschwert sein. Wenn dann aber weiter ausgeführt wird, „dass alle einzelnen Bewegungen, soweit sie einen Willensantrieb erfordern, mehr oder weniger verlangsamt sind und ohne Kraft geschehen“ und auf der andern Seite „zwar in natürlicher Weise geschehen, aber ohne besondere Kraft und Schnelligkeit“, so muss ich gestehen, dass ich hierin einen wirklich verwerthbaren Unterschied nicht entdecken kann, da der schliesslich sichtbare Effect ja derselbe bleibt. — Trotzdem stimme ich Kraepelin bei der „Betonung der „Hemmung auf dem Gebiete des Denkens und Wollens“ als bedeutungsvoll für die periodischen und circulären Zustände durchaus bei. Wir haben schon oben constatirt, dass die „psychomotorische“ Hemmung Kraepelins sich im Wesentlichen deckt mit der „intrapsychischen“ Hemmung Wernicke's. Damit ist die Brücke zu unserm Standpunkte geschlagen: Wir erinnern uns, dass die Symptome der intrapsychischen Hemmung ihren typischen Ausdruck fanden in dem Krankheitsbild der reinen Melancholie. Das Gefühl der subjectiven Insufficienz, die Abstumpfung der psychischen Gefühle, die Interesselosigkeit waren hier die charakteristischen Erscheinungen. Wo wir bei depressiven Zuständen diese Symptome, namentlich das erstere constatiren können, da müssen wir stets mit der Möglichkeit, vielleicht sogar mit der Wahrscheinlichkeit rechnen, dass dieser Anfall nicht der letzte sein wird, dass ihm Anfälle von gleicher Art oder von manischer Färbung folgen werden. Gerade die verhältnissmässig leichten Fälle werden hier in erster Linie in Betracht kommen, wie das auch schon von verschiedenen Autoren betont ist. So spricht nach Hoche<sup>2)</sup> für den periodischen Charakter der Erkrankung rascher Beginn der Störung, mässige Höhe der Symptome, relativ milder Verlauf und rasche anscheinende Heilung. Wenn aber Kraepelin sagt, dass die vor dem 30. Lebensjahr auftretenden Depressionszustände niemals einfache in endgültige Heilung ausgehende Formen sind, so dürfte dieser Satz in

1) Anm. In der 7. Auflage des Kraepelin'schen Lehrbuches, die erschien, als diese Arbeit schon abgeschlossen war, heisst es an dieser Stelle: „Alle Bewegungen geschehen frei und ohne Behinderung, wenn auch meist ohne besondere Kraft und Schnelligkeit, namentlich bei sehr heruntergekommenen Kranken“.

2) Hoche, Die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Halle 1897.

seiner Allgemeinheit wohl kaum aufrecht zu erhalten sein, da manches Individuum thatsächlich nur einen solchen Anfall durchmacht.

Es fragt sich demnach, ob es zweckdienlich sein wird, den Begriff des manisch-depressiven Irreseins in der Ausdehnung, die ihm Kraepelin gegeben hat, beizubehalten. Es ist zweifellos ein Verdienst von Kraepelin, auf das Nebeneinandervorkommen und die nahe Verwandschaft gewisser melancholischer und manischer Zustände hingewiesen zu haben. Den Mischzuständen, also den manischen Zuständen mit Hemmung und den Depressionszuständen mit Erregung könnte man obige Bezeichnung ja ohne weiteres vindiciren, ebenso den circulären Formen. Mehr Schwierigkeiten machen schon die periodischen Formen. Kraepelin selber giebt zu, dass, „da es ohne Zweifel Beobachtungen mit nur manischen Anfällen giebt, sich die Wahrscheinlichkeit nicht von der Hand weisen lässt, dass auch hierher gehörige Erkrankungen vorkommen, deren sämmtliche Anfälle depressive Bilder aufweisen.“ Ich muss gestehen, dass mir immer gewisse Bedenken auftreten, wenn ich einen melancholischen Kranken, der nie manische Zustände gehabt hat, und bei dem keine Möglichkeit besteht, das Eintreten eines solchen Zustandes mit Sicherheit vorauszusehen, als manisch-depressiv bezeichnen soll; man müsste dann diese Formen gewissermaassen als formes frustes des manisch-depressiven Irreseins ansehen. Die Schwierigkeit liegt hier in dem Umstande, dass auf diesem Gebiete die mannigfachsten Variationen und Uebergänge von der einen Form zur andern existiren. Will man den Begriff des manisch-depressiven Irreseins im Sinne Krapelin's beibehalten, so muss man jedenfalls ausdrücklich betonen, dass es innerhalb des Rahmens dieser Krankheit auch rein melancholische und rein manische einfache und periodische resp. recidivirende Formen giebt, wie dies für die periodischen Formen auch noch kürzlich von Eisuth<sup>1)</sup> wiederum bestätigt worden ist. — Schwierig ist ferner die Classification derjenigen Fälle, wo der erste Anfall von Melancholie zu einer Zeit auftritt, die man durchaus noch nicht als Rückbildungsalter bezeichnen kann, und wo der nächste Anfall in die präsile oder senile Zeit fällt, und durchaus den Charakter der Melancholie des Rückbildungsalters trägt (cf. Beob. 6). —

Als typisch für die depressiven Zustände des Rückbildungsalters, besonders des Seniums werden wir die Formen mit dem Symptomengencomplex der Angstpsychose anzusehen

---

1) Eisuth, Zur Casuistik der periodisch verlaufenden Geistesstörungen. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 60.

haben. Doch ist stets daran zu denken, dass auch schon in früherem Lebensalter, sowie auch auf alkoholischer (und epileptischer) Basis das Krankheitsbild der Angstpsychose zur Beobachtung kommen kann. — Leider sind typische Fälle mit dem Symptomcomplex der reinen Melancholie einerseits und dem der Angstpsychose andererseits verhältnismässig gering an Zahl gegenüber den Mischformen beider, so dass auch dieser Versuch, symptomatologisch die periodischen und circulären melancholischen Zustände von der Melancholie des Rückbildungsalters trennen zu wollen, häufig von mehr theoretischem wie praktischem Werthe sein wird. —

Eine zweite Frage ist die, von welchen Gesichtspunkten aus die bei depressiven Zuständen auftretenden motorischen Symptome zu bewerten sind. Wir haben gesehen, dass die auf das motorische Gebiet übergreifende Hemmung der Melancholie hier zu sehr weitgehenden Ausfallserscheinungen führen kann, so dass wir Katalepsie, Mutacismus und Regungslosigkeit in ausgeprägter Weise antreffen können, wie z. B. in Beob. 8. In anderen Fällen können sogar die motorischen Symptome derart in den Vordergrund treten, dass sie das Krankheitsbild vollkommen beherrschen. Vorübergehend kann es hier sogar zu — meist partiell — Negativismus und zu Befehlsautomatie kommen.

Betracht kommen hier besonders die stuporösen Zustände jugendlicher Individuen (Beob. 10—12). Die einzelnen in Betracht kommenden Punkte habe ich schon bei Besprechung der Krankengeschichten eingehend erörtert; ich will nur hinzufügen, dass Kemmler<sup>1)</sup> zu dem Schlusse kommt, dass die schwere kataleptische Form des Jugendstupors — also unsere Beob. 10 und 11 — als eine Erscheinung des circulären resp. periodischen Irreseins anzusehen ist. Auch er sieht als Beweis hierfür die Fälle an, die nach mehrmonatlichem Bestehen in eine mehr oder weniger schwere Manie übergehen (Beob. 11). Unser Standpunkt dürfte demnach im Wesentlichen derselbe sein. — Dass übrigens ganz gleiche stuporöse Zustände auch in späteren Jahren auftreten können, lehrt Beob. 9.

Es ist wichtig, die Möglichkeit einer solchen weitgehenden Beteiligung der Motilität bei melancholischen Zuständen zu betonen, weil man leicht in Versuchung gerathen kann, in solchen Fällen das Bestehen einer Katatonie anzunehmen und demgemäß die Prognose zustellen. Obige Symptome sind eben nur in beschränktem Maasse für diese Diagnose verwerthbar,

1) Kemmler, Ueber die Depressionsformen des jugendlichen Alters und ihre Prognose. Dieses Archiv Bd. 27.

und wir werden gut thun, gegebenen Falls mit derselben so lange zurückzuhalten, bis unzweideutigere Erscheinungen, seien es nun Manieren und Stereotypien oder seien es die Zeichen der gemüthlichen Verblödung, deutlich zu Tage treten. Dass übrigens auch ohne das Vorhandensein dieser specifisch katatonischen Symptome bei manchen depressiven Zuständen jugendlicher Individuen bisweilen nach genauer Abschätzung aller Symptome die Diagnose Katatonie schon ziemlich frühzeitig zu stellen ist, lehren Beob. 13 u. 14.

---

Den Hauptwerth dieser Arbeit — das möchte ich zum Schlusse noch einmal betonen — lege ich nicht so sehr auf die theoretischen Ausführungen, die sich der ganzen Sachlage nach naturgemäss z. T. ja auf recht hypothetischem Boden bewegen müssen, als vielmehr auf die Herbeischaffung klinisch gut beobachteten Materials, da ich von dem Grundsatz ausgehe, dass von einer Anlehnung an concrete Fälle bei der Discussion der schwierigen Fragen am ersten wohl eine gegenseitige Annäherung zu erzielen sein wird.

---

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Westphal, spreche ich für die freundliche Ueberlassung des Materials und das der Arbeit entgegengebrachte Interesse auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus.

---