

XXXIV.

Aus der Königl. psychiatrischen Klinik in Königsberg
(Prof. E. Meyer).

Dementia praecox jenseits des 30. Lebensjahres.

Von

Dr. A. Zweig,
Assistenzarzt der Klinik.



Eine Arbeit über die „Dementia praecox“ verlangt trotz der bereits jahrelang sich hinziehenden Discussion über diese Krankheitsform als erste Voraussetzung die Präzisirung des eigenen Standpunktes.

Mit Kraepelin, dem Schöpfer der Gruppe, kann man als das Hauptcharacteristicum derselben gelten lassen „den tiefgreifenden Mangel einer Gefühlsbetonung der Lebenseindrücke bei gut erhaltener Fähigkeit aufzufassen und zu behalten.“ Dasselbe sagt mit anderen Worten Stransky, wenn er von einer „intrapsychischen Ataxie“ spricht, die beruht, wie es an einer andern Stelle heisst, „auf einer tiefgreifenden dissociativen Störung, welche die coordinatorische Thätigkeit zwischen der gemüthlichen Sphäre (Thymopsye) und der intellectuellen Sphäre (Noopsyche) aufhebt“. Diese Einzäunung des Verstandes wird sich naturgemäss auch in den motorischen Entäußerungen mehr oder weniger bemerkbar machen. Der Negativismus, die Stereotypien, die Perseveration, die Echolalie, die Katalepsie u. s. w. sind von der Grundstörung abhängige Begleiterscheinungen, deren Auftreten infolge der Kenntnis der psychischen Veränderung, auf die sie hinweisen, eine diagnostische Hülfe ist.

Diese motorischen Symptome, welche man wohl auch als katonische zusammengefasst hat, werden von manchen Autoren über Gebühr

in den Vordergrund des Krankheitsbildes gestellt, so dass z. B. Albrecht „die relativ erhaltenen Verstandesleistungen und das stark gestörte Gemüthsleben für differentialdiagnostisch nicht so wichtig hält“ als die mannigfaltigen motorischen Auffälligkeiten. Noch einen Schritt weiter geht Bernstein, welcher nach den „specifisch motorischen Erscheinungen“ der ganzen Krankheitsgruppe den Namen Paratonia progressiva gegeben hat. Dieser Standpunkt wird erfreulicherweise nur von einer kleinen Zahl Autoren eingenommen. Denn katatonische Symptome werden auch bei einer Reihe anderer Erkrankungen beobachtet, bei Hysterie, Paralyse, Epilepsie etc. Man würde also die mühsam erreichte Zusammenfassung unter einem einheitlichen Gesichtspunkt wieder nutzlos zerstören.

Wesentlich grössere Uneinigkeit herrscht bezüglich des Lebensalters, in welchem die Dementia praecox auftritt. Warum soll diese specifische psychische Störung nicht ebenso wie die dem manisch-depressiven Irresein z. B. zu Grunde liegende in jedem Lebensalter auftreten können? Der Grund, warum so viele Autoren sich hier ablehnend verhalten, ist einmal ein historischer: Die ersten Formen wurden in der Pubertät beobachtet, und der Gedanke lag sehr nahe, die Erkrankung in eine ursächliche Beziehung zu den in jenen Lebensjahren vor sich gehenden Entwicklungsvorgängen zu bringen. Der zweite Grund ist die bei weitem überwiegende Zahl der Erkrankungen in jener Lebensepoche. Einen dritten Grund mag die Benennung abgeben, weil die Bezeichnung Dementia praecox oft dahin gedeutet wird, dass die Demenz vorzeitig, d. h. in jungen Jahren eintritt, und daher nur solche Formen hierhin gehören.

Der letzte Grund ist sehr leicht zu entkräften, indem man das Wort inhaltreicher deutet. Es handelt sich um eine frühzeitige Demenz, nicht aber frühzeitig bezüglich des Lebensalters, sondern der Krankheitsdauer. Krankheitsbeginn und Verblödungsanfang fallen zusammen. Ein grosser Theil der Unklarheit ist daher wohl auf den von Hecker geprägten Namen Hebephrenie zurückzuführen, den Kraepelin übernommen hat.

Ursprünglich stand auch Kraepelin auf dem Standpunkt, dass die Dementia praecox ausschliesslich eine Erkrankung des jugendlichen Alters ist. Allmählich hat er seine Ansicht geändert, so dass er jetzt das Lebensalter nicht mehr als diagnostisch bedeutungsvoll ansieht.

Kahlbaum vertrat dagegen folgende Ansicht: „Diese Regel (die Erkrankung im jugendlichen Alter) ist so durchgehend, dass man überhaupt im Zweifel sein kann, ob die nach dem 30. Jahre auftretenden

Formen zur Katatonie resp. zur Dementia praecox zu rechnen sind“. Ziehen, der allerdings die Dementia praecox in wesentlich anderer Weise fasst, giebt an, dass er nach dem 25. Jahr einen diagnostisch einwandsfreien Fall nicht gesehen habe, und dass die angeblich beobachteten Fälle solche „secundärer Demenz“ seien. Andere Autoren sprechen sich weniger bestimmt aus: Z. B. Stansky: „Es giebt Fälle in vorgerückterem Alter mit Symptomen, welche bei Hebephrenen zur Diagnose genügen würden, aber eine einfache Hebephrenie im vorgerückteren Lebensalter wäre denn doch eine Rarität, an die man a priori nicht gern denkt“. Wieder andere Autoren deuten in ziemlich unbestimmter Weise die Existenz alter Fälle an, so Mendel in seinem Grundriss: „Zuweilen tritt der Symptomcomplex auch jenseits der Pubertät auf im Alter von 25 Jahren und später“.

Bei diesem Widerstreit der Meinungen schien es angebracht, zusammenfassend die Frage zu erörtern. Als Grundlage dienten hierbei die seit April 1904 (Uebernahme der hiesigen Klinik durch Herrn Prof. Meyer) beobachteten Fälle. Seit dieser Zeit hatte die Klinik bis 1. Juli 1907 im Ganzen 1540 Aufnahmen. Von diesen wurde bei 280 die Diagnose Dementia präcox gestellt. Im Alter zwischen 30—40 Jahren waren davon zum ersten Mal erkrankt 18 und im Alter über 40 Jahre 5. Etwas anders lautet der Jahresbericht über die Kgl. psychiatrische Klinik in München für 1904 und 1905. Unter 223 Fällen von Dementia praecox von 1904 Aufnahmen waren zwischen 30 und 40 Jahren zum ersten Mal erkrankt 47, über 40 Jahren 28 Personen.

Die Durchsicht wurde mit der möglichsten Genauigkeit vorgenommen. Alle Fälle, bei denen die Anamnese nicht ganz einwandsfrei festgestellt werden konnte, oder deren Vorleben irgend welche Störungen erkennen liess, welche den Verdacht einer früheren geistigen Erkrankung nahe legten, wurden unberücksichtigt gelassen. Ferner wurden jene Fälle nicht hierher gerechnet, bei denen an der Diagnose Zweifel sein konnten. Katamnesen wurden bei allen Kranken eingeholt, bei ortsansässigen durch persönliche Rücksprache.

Erkrankungen zwischen dem 30.—40. Jahre werden öfters erwähnt, auch Krankengeschichten mitgetheilt. Ich habe mich daher auf die tabellarische Darstellung beschränkt. Körperlich boten die Fälle keine Besonderheiten.

No.	Name	Alter	Heredität	Vorgeschichte	Auslös.Moment
1.	Helene Sch. 5. März 1904	45	—	In der Schule gut gelernt. Stets gesund. Im Anschluss an getäuschte Heiratshoffnungen mit 38 Jahren Vergiftungsideen und Suicidversuch. 1 Jahr in der Anstalt. Dann wechselnde Stimmung, wollte nicht allein sein, öfter traurig. Seit kurzer Zeit Streit mit Hausbewohnern und aggressiv. Immer still gewesen. Wenig Verkehr. Stets gesund gewesen.	Aufregung wegen Sohn.
2.	Johanna Kn. 13. Juni 1903	33	Schwester geisteskrank.	Nach der Entlassung leidlich bis vor $\frac{1}{4}$ Jahr. Vor $\frac{3}{4}$ Jahren Abort selbst veranlasst aus Furcht wieder krank zu werden.	Tod der Schwester, Gravidität.
	5. Dec. 1904			In der Zwischenzeit völlig geordnet.	—
	18. März 1906			In der Zwischenzeit völlig geordnet.	Krankheit des Mannes, Gravidität.
	10. April 1906			Acht Tage zu Hause, krank, zerreißt die Kleider, schimpft.	Wehenbeginn.
	24. April 1906			Aus der Frauenklinik nach normaler Geburt.	—
3.	Auguste B. 13. Juni 1904	34	—	Früher gesund gewesen. Dieselben Ideen wie Mann.	Geistige Erkrankung des Mannes.
4.	Albert Gr. 29. Aug. 1904	30	zwei Vettern geisteskrank.	Immer gesund gewesen. Sehr gut gelernt. Nie absonderlich. Plötzlich Gehörshalluzinationen. Suicidversuch. Selbstanklagen religiöser Art.	—

¹⁾ Anmerk. November 1907 ist sie wiederum in ähnlicher Weise erkrankt. Seit 4 Wochen äussert sie Vergiftungsideen, der Sohn wolle sie los werden, ziehe ihr Blut ab.

Beginn	Psychisch	Motorisch	Ausgang
Acut.	Verdächtigt ihre Mitbewohner der Unterschlagung von Briefen ihres Sohnes und anderer Intrigen gegen sie. Orientirt. Keine Krankheitseinsicht.	—	Seit 3 Jahren gesund. Arbeitet. Krankheitseinsicht ¹⁾ .
Subacute.	Kind habe schlechte Lage. Suicidgedanken. Furcht vor Vergiftung. Zerreißt die Wäsche. Betet viel. Religiöse Befürchtungen.	Sehr negativistisch auch gegen Nahrungsaufnahme. Starrer Gesichtsausdruck.	6 Monate in Anstalt unverändert, plötzlich Krankheitseinsicht.
Chronisch.	Sie sei in den Höle gewesen, Flammen kämen ihr aus dem Mund. Mann sei der Teufel, die Verwandten Helfer. Orientirt. Religiöse Befürchtungen. Beeinträchtigungsideen gegen Mutter. Keine religiöse Dinge. Zeitweise erregt. Mutter wolle sich ihrer entledigen. Orientirt. Apathisch. Lächelt unmotivirt. n. Frauenkl. verlegt, n. 24stünd.	Meist keine Antwort. Widerstreßend, läppisch, stumpf, antwortet nicht.	4 Monate in Anstalt. Gebessert.
Acut.	Aufenthalt in der Klinik. Apathisch. Beantwortet nicht an sie gerichtete Fragen, aber andere. Gereizt.	—	Nach Hause.
—		—	—
Acut.	Apatisch. Beantwortet nicht an sie gerichtete Fragen, aber andere. Gereizt.	Sehr abweisend, dreht auf Anreden dem Arzt den Rücken zu. Reagiert auf keine Fragen.	5 Monat in Anstalt. Besorgt seitdem die Wirtschaft. Ist sehr leicht reizbar, keine Einsicht für vorhergegangene Krankheit. Leicht wechselnde Stimmung. Kauft richtig ein. Ist noch in Anstalt. Dauernd unruhig, zeitweise aggressiv, interesselos, keine Beschäftigungsneigung. Mitunter blödes Lachen.
Subacute.	Orientirt. Daneben wäre im Himmel gewesen, sei auch schon gestorben. Habe im Himmel mit Gott gesprochen. Jäher Stimmungswechsel. Läppisch grimmassirend, später nicht mehr zu einer Antwort zu bewegen. Versündigungsideen. Beeinträchtigungsideen: habe keinen Kopf mehr. Habe Auftrag, Welt zu erlösen. Sehr erregt. Orientirt.	Sehr negativistisch. Behält gegebenestellungen bei. Stereotypien in Wort und That.	
Acut.	Beeinträchtigungsideen: habe keinen Kopf mehr. Habe Auftrag, Welt zu erlösen. Sehr erregt. Orientirt.	Verharrt lange in derselben Stellung.	In der Anstalt bald Krankheitseinsicht, arbeitet dort, aber interesselos. Nach 4 Wochen geheilt entlassen. Jetziger Aufenthalt unermittelt.

Giebt in der letzten Woche vor Aufnahme in die Klinik viel Geld aus, sie sei mit dem Kaiser verwandt u. s. w. Völlig unverändert, verworren in der Anstalt.

No.	Name	Alter	Heredität	Vorgeschichte	Auslös.Moment
5.	Emma B. 6. Juni 1904.	35	—	Vor 2 Jahren plötzlich grundlos zu Bett gelegen, ohne zu essen, seitdem sehr erregbar. Mitunter verkehrte Sachen. Seit einigen Wochen verschwenderisch und stark wechselnde Stimmung.	In der letzten Zeit viel gemütliche Aufregungen. Grundstücksverkauf, Wohnungswchsel, Process mit Vater.
6.	Friedrich H. 18. Mai 1904 2. Sept. 1904	39	—	Parästhesien in den Beinen. Brennen im Magen. Gefühl als ob ihn jemand schüttelte. Früher immer gesund gewesen.	Vowürfe, dass er nichts mehr verdienen könne.
7.	Marie M. 19. Dec. 1905	34	ein Bruder Epilepsie.	Gut gelernt. Krankheit der Mutter, viel Kosten dabei. Sehr traurig, ass wenig. Stand lange auf einer Stelle. Sorgen um die Zukunft, verlangt Gift.	Getäuchte Heiratshoffnung, viel körperliche Arbeit, Sorgen wegen der Mutter.
8.	Richard D. 11. Oct. 1905	38	—	Immer gesund gewesen. Spricht wenig, sei energielos, über 10 Pfds. abgenommen, stiert mit ängstlicher Miene lange vor sich hin.	Plötzlich aus einer langen gehabten Stelle ohne Verschulden entlassen.
9.	Anna M. 10. April 1906 22. Mai 1906	31	—	Immer gesund gewesen. Plötzlich Gesichtshallucinationen. 3 Wochen Remission. Selbstvorwürfe (Geld gestohlen). Kümmt sich nicht um die Wirtschaft. Suicidal. Galt im Dorf immer als „drolliger Kerl“.	—

Beginn	Psychisch	Motorisch	Ausgang
Chronisch.	Orientirt, Geziert. Unmotivierter Stimmungswechsel. Grössenideen mit sehr wechselndem System. Gehörshallusionen. Krankheitsgefühl. Erotisch.	Widerstrebend. Körkette Bewegungen, giebt zeitweise keine Auskunft.	Befindet sich unverändert in der Pflegeanstalt Tapiau.
Subacut.	Aengstliche Ideen ohne jede Begründung, der Teufel sei in ihm u. s. w. Depression. Zeitweise Grössenideen: er sei der Kaiser von Deutschland, hält nicht lange an solchen Ideen fest. Allmählich stumpfer, keine Wünsche, keine Beschäftigungsnugung, unreinlich. Orientirt.	Starre gezwungene Haltung. Stereotypien in Wort und That. Aufforderungen nur nach öfterer Wiederholung befolgt. Stundenlang dieselbe Stellung.	Zunächst in der Anstalt völlig unverändert, dann ängstlich gehemmt, unreinlich in Exrementen. Allmählich Zunahme des Stupors. März 1905 in der Anstalt gestorben.
Subacut.	Sehr unschlüssig. Versündigungsideen. Aengstlicher Stupor, antwortet nicht, viel Verbigeration, nachher mutacistisch, so dass sie garnicht mehr spricht.	Nahrungsverweigerung. Bleibt lange in einer Stellung stehen. Antwortet nicht. Stuporös. Zeitweise Stereotypien.	Auch in der Anstalt zunächst verwirrt, beschäigt sich. Krankheitseinsicht. 1 Jahr nach der Entlassung arbeitet sie zwar, ist aber teilnahmslos und gehemmt. Ist jetzt nach Angabe des Schwagers geistesgesund.
Acut.	Orientirt, apathisch, ängstlich gespannter Gesichtsausdruck. Gehörshallusionen. Spricht wenig, schliesslich garnicht mehr.	Steife Haltung, allmählich zunehmende allgemeine Hemmung, sitzt lange über einer Seite, ohne aber zu lesen.	Zunächst in der Anstalt unverändert. Dann Krankheitseinsicht. Jetzt angeblich gesund und seit 1 Jahr in Stellung.
Acut.	Selbstvorwürfe, unklare Ideen: es sei alles wegen falscher Schlüssel gekommen. Keine Krankheitseinsicht. Anfänglich Gehörshallusionen. Zweite Aufnahme. Antwortet nicht, weinerliche Stimmung. Interesselos. Deprimierte Stimmung. Keine Krankheitseinsicht.	Auffallend steife Haltung. Sehr widerstrebend und negativistisch. Gezwungene steife Haltung.	In der Anstalt zunächst unverändert, gehemmt, dann Krankheitseinsicht, arbeitet. Ist nach Angabe des Mannes jetzt auch gesund.

No.	Name	Alter	Heredität	Vorgeschichte	Auslös.Moment
10.	Karl T. 6. Sept. 1906	32	Vater Pota- tor, Schwest- er des Vaters Anstalt, Bru- der der Mut- ter geistes- krank.	Früher gesund, war Soldat. Seit einem Jahr übt er Parademarsch zu Hause, commandirt laut. Ver- giftungsideen seit kurzer Zeit.	—
11.	Henriette W. 8. Febr. 1906	42	—	Seit 9 Jahren im Anschluss an Wochenbett sehr erregt, reizbar, schimpft den ganzen Tag. Seit vielen Jahren sehr fromm. Seit 8 Tagen Verschlimmerung. Hörte nachts klingeln, sah schwarzen Mann an der Thür.	Schreck.
12.	Elisabeth H. 29. Aug. 1906	32	Vater starker Potator. Sui- cidium.	Nicht gut gelernt, leicht recht- haberisch. Seit 4 Wochen Inter- esse für Wirtschaft nachgelassen. Plötzlich Mann geschlagen. Ge- hörshallusionen. Vergiftungs- ideen.	—
13.	Bertha M. 21. März 1907	34	—	In der Schule gut gelernt. Lange Jahre in einer Stelle gearbeitet. Arbeit allmählich schlechter seit $1\frac{1}{2}$ Jahr. Vor 2 Monaten ver- woren gesprochen. Bald besser. Plötzlich ängstliche religiöse Ver- stimmung, fürchtet verbrannt zu werden. Suicidal.	Aufregung in religiöser Ver- sammlung.

Wichtiger erscheinen mir die Fälle von 40 Jahren aufwärts, deren Krankengeschichten ich im Auszug folgen lasse:

14. Friedrich B., 45 Jahre (13. Juni 1904). Ist früher stets gesund gewesen. Seit Jahren ist er bei der Bahn beschäftigt, wo er als ordentlich und fleissig galt. Keine hereditäre Belastung nachweisbar. Er soll mässig getrunken haben.

Seit zwei Jahren ist er auffallend religiös, liest viel kirchliche Sachen.

Beginn	Psychisch	Motorisch	Ausgang
Chronisch.	Oertlich gut, zeitlich schlecht orientirt. Stumpf, unthätig, affectlos, lacht unmotivirt.	—	In der Anstalt fleissig aber dement, ist verträglich und freundlich, arbeitet willig, lernt aber nicht das Ofenheizen, macht stets in der Aschentür Feuer an. Aufenthaltsort unbekannt.
Chronisch.	Vergiftungsideen, schlägt Kinder. Gehörshallucinationen. Umdeutungen. Eifersuchtsideen ohne Affect. Orientirt. Mann marterte die Kinder zu Tode. Allmählich apathisch, stuporös, spricht nicht mehr, äussert keine Wünsche. Ist sauber.	—	3 Wochen nach Uebersiedelung in Anstalt gestorben.
Subacut.	Orientirt. Mann wolle sie lebendig begraben. Gesichts- und Gehörshallucinationen. Aengstlich. Verdächtigt den Mann, ohne Grund angeben zu können. Affectlos, lacht unmotivirt.	Widerstrebend, viel eigenartige Bewegungen und Manieren.	In der Anstalt zuerst erregt. Dauernd orientirt. Keine Wünsche. Allmählich besser. Unterhält sich, beschäftigt sich, Krankheitseinsicht. Seit der Entlassung aus der Anstalt gesund.
Chronisch.	Orientirt. Gereizt, später völlig apathisch, spricht nicht, kümmert sich nicht um Besuch. Aengstliche Ideen.	Negativistisch, stuporös, katatonisch.	Zu Hause wechseln klare Zeiten mit solchen der Erregung, und ängstlicher Verwirrung, namentlich zur Zeit des Unwohlseins, beschäftigt sich sonst in der Wirthschaft.

Seit $\frac{1}{4}$ Jahr ist er dann allmählich wortkarger geworden, ohne einen Grund dafür anzugeben, versah aber noch seinen Dienst. Vor zwei Monaten hat er den Gruss seines Vorgesetzten angeblich nicht erwidert, auch auf dessen Fragen nicht geantwortet und wurde seitdem krank geführt. Seit einiger Zeit fiel ein starres, gezwungenes Wesen an ihm auf. Eine Ursache liess sich nicht ermitteln.

Er kommt ohne Widerstreben auf die Abtheilung, verhält sich Fragen

und Aufforderungen gegenüber meist ablehnend. Mitunter erfüllt er aber willig eine kurze Zeit das Verlangte, entzieht dann plötzlich dem Arzt die Hand und hält sie widerstrebend abseits. Nahrung nimmt er spontan und bei Anbieten von selbst nicht zu sich und muss mit der Sonde ernährt werden. Auf Nadelstiche reagiert er nur an besonders empfindlichen Stellen. Während des ganzen hiesigen Aufenthaltes hat er keinen Ton von sich gegeben. Meist lag er regungslos da und setzte passiven Bewegungen energischen Widerstand entgegen. Der Gesichtsausdruck verräth keinen Affect. Zur Stuhl- und Urinenteerung verlässt er spontan das Bett und benimmt sich völlig geordnet. Auch in der Provinzialanstalt blieb das Verhalten unverändert. Am 2. Februar 1905 ist er daselbst gestorben.

15. Auguste H., 53 Jahre (20. April 1905 und 30. October 1905). Ist früher immer gesund gewesen, hat mit 23 Jahren geheirathet und fünf gesunde Kinder. Hered. o. B. Aetiologisches Moment: starker Schreck. 14 Tage vor der Aufnahme stellte sich Schlaflosigkeit ein, sie musste über alles nachdenken und war sehr ängstlich. In einer Nacht erklärte sie plötzlich ihrem Mann mit starrem Blick, dass sie nicht mehr arbeiten könne. Sie sah schwarze Hunde und grosse Männer und hörte sagen, dass man sie abholen wolle. Ihrem Mann gegenüber äusserte sie, dass sie die Kinder tödten wolle. Bei der Aufnahme macht sie einen scheuen, ängstlichen Eindruck, ist aber völlig geordnet. Sie ist örtlich und zeitlich orientirt. Es sei ihr so vorgekommen, als wenn der Teufel sie angefasst hätte. Er habe einmal Nachts an die Thüre geklopft. Als sie durch das Fenster sah, habe eine grosse hagere Gestalt vor der Thüre gestanden und sie angegrinst. Es sei der Tod gewesen. Mitunter habe sie ängstliche Anfälle, sie höre und sehe Verschiedenes, wisse aber nachher nur undeutlich sich zu entsinnen. Auch vor einem alten Hundefell, welches vor ihrem Bett lag, habe sie sich einmal erschreckt, denn es soll nicht gut sein, einen alten Pelz abzukaufen. Mitunter ist ihr auch so, als wenn sie ihre Kinder umbringen müsse, aber man dürfe das nicht. In der Stube hätte sie ihren Sarg stehen sehen und den Teufel auf ihm. Geht öfter an die Thür, macht sie wiederholt auf und zu. Zeitweise ist sie stark erregt, ist nicht im Bett zu halten, singt und betet. Am nächsten Tage erklärt sie, gut geschlafen zu haben. Während einer anderen Erregung läuft sie wie wild herum, tanzt, schlägt sich auf die Schenkel und die Brust, reisst am Hemd, steckt die Zunge wiederholentlich hinaus und zieht sie wieder zurück, trommelt an die Wände, singt dauernd. Z. B. Die alte Frau, ich weiss genau, wie sie gerufen hat, ich sollte heirathen, aber er hatte schon eine andere Braut. Und das war der Abend, als er Jesum verrieth, und er tauchte den Bissen ein. Die Frage, warum sie singe, beantwortet sie dahin: ich muss die Wahrheit sagen (alles singend), ich bin verrückt. Dabei weiss sie ihren Namen und den Ort, an dem sie sich befindet, richtig anzugeben. Macht pathetische Bewegungen mit den Armen. Hat einmal ein Stück Holz im Mund. Sie wird in der Provinzialanstalt ruhiger, so dass sie bald von dort entlassen wird. 5 Monate war sie dann zu Hause, wo sie die Wirtschaft besorgte, war vergesslicher geworden, dann trat eine neue Beängstigung auf, und sie kam wieder nach der Klinik. Diesmal

machte sie einen trübseligen Eindruck und gab erst auf wiederholte Fragen Auskunft. Sie habe deutlich den Teufel und den Tod gesehen. Sie ist über alles orientirt, weiss sich auf Einzelheiten ihres vorigen Aufenthaltes zu entsinnen. Die positiven Kenntnisse sind gut. Häufig hat sie Erregungszustände, welche sich an Gehörshallucinationen anschliessen. Z. B. die Kinder seien krank, dass sie hier aufgenommen werden müssten, sie habe ihre Stimmen gehört. Mitunter macht sie stereotype Schaukelbewegungen. Hochgestellte Persönlichkeiten bezeichnet sie plötzlich als ihre Verwandten. Kurz nach dem Besuch ihrer Kinder behauptet sie, dass dieselben tott seien. Der Affect entspricht dabei durchaus nicht dem Gesagten. Einmal liegt sie mit geschlossenen Augen da, den Kopf hin und her schüttelnd, reagirt auf Nadelstiche und bittet mit richtiger Anrede, sie doch schlafen zu lassen, sie möchte bis zum jüngsten Tage nicht mehr auferstehen. In der Anstalt wurde sie bald völlig geordnet, war dauernd orientirt, arbeitete und hatte Krankheitseinsicht. Plötzlich bekommt sie wieder eine 14 Tage dauernde Erregung mit viel Hallucinationen. Sie schimpft viel während dieser Zeit und ist sehr aggressiv. Nachher arbeitet sie wieder, dann hat sie wieder eine kurze leichte Erregung, singt und lacht viel, dann arbeitet sie wieder und ist völlig geordnet. 8 Monate nach der ersten Aufnahme in die hiesige Klinik wird sie aus der Anstalt entlassen. Ueber ihren jetzigen Zustand konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

16. Friedrich Kl., 48 Jahre (20. November 1906). Bis vor 7 Jahren ist er gesund gewesen, hat mässig getrunken. Keine Heredität. Damals redete er plötzlich wirr, war ängstlich und hatte Gesichtshallucinationen. Nach 14 Tagen Wiederherstellung. Seit 6 Jahren redete er confuse Sachen, seine Frau werde mit einer Maschine bearbeitet. Er glaubte im Blumentisch sei Geld und wollte ihn deswegen zersägen u. s. w. Seit einem Jahre ist er erregter, schimpft auf vorübergehende Personen, hatte unsinnige Grössenideen, er sei der liebe Gott, nannte sich Tr. Mitunter bürstete er an den Kleidungsstücken so lange, bis sie zerrissen.

Bei der Aufnahme ist er nicht widerstrebend. Inmitten der eben ange deuteten Grössenideen giebt er sein Alter richtig an und ist auch sonst völlig orientirt. Meist aber wiederholt er bei Anreden fortwährend völlig wirre Sätze und dieselben Worte, z. B. das Blut fliesst ein aus meinem Leben, weil es nicht reden thut, das Blut ist nicht in richtiger Bewegung in meinem Körper drin, weil das Blut nicht in richtiger Bewegung in meinem Körper drin ist u. s. w. Er ist völlig stumpf und theilnahmslos.

In der Anstalt tritt bezüglich seiner Worte kaum eine Aenderung ein, er spricht in seiner eigenen Sprache, giebt für Tr. keine Erklärung oder eine ganz verwirzte, z. B. ich bin Tr., das ist Namens Himmels und der Erde. Es kommt auch vor, dass die erste Hälfte seiner Antwort ganz geordnet ist. In seinen Handlungen ist er ebenfalls geordnet und arbeitet richtig und fleissig. Seine Wahnuideen begründet er nicht. Beschäftigt sich zu Hause in der Wirtschaft, macht auch Besorgungen, geht allein spazieren. Die alten Ideen äussert er zuweilen immer noch ohne viel Affect.

17. Bertha J., 41 Jahre (13. März 1907). In der Schule gut gelernt und

immer gesund gewesen. Hered. nichts. In der letzten Zeit hat sie viel Kummer und Aufregungen durchgemacht, indem sie bei schlechter Ernährung viel arbeiten musste. Sie ernährte ihren Mann, der sie oft geschlagen hat, so dass sie einige Tage vor der Aufnahme ihn verlassen hat. Zwei Tage vor der Aufnahme fing sie plötzlich an, wirr zu sprechen vom Mann und dessen Mutter (die sie ebenfalls öfter geschlagen haben soll). Sie erkannte an diesem Tage noch ihre Angehörigen, am nächsten nicht mehr, und hat sehr viel geschimpft. Namentlich in den Nächten war sie sehr unruhig und versuchte, den Kindern ihrer Schwester etwas anzuthun, wiederholte sehr oft die Worte: „Noth und Tod.“

Bei der Aufnahme ist sie ruhig. Eine Unterhaltung ist mit ihr nicht möglich, weil sie entweder mit „ich weiss nicht“ oder mit dem Satz „ich kann das wahre Geständniß nicht ablegen“ antwortet. Am nächsten Tag ist sie im Beginn der Unterhaltung völlig orientirt, weiss, dass sie krank ist und giebt als Grund dafür Entbehrungen in der letzten Zeit an. Nach kurzer Zeit antwortet sie völlig unsinnig, z. B. dass sie 25 Kinder habe. Gegenstände bezeichnet sie durchweg richtig, kennt auch den Arzt, sagt aber plötzlich bei der Frage nach ihrer Wohnung 770 und auf die weitere Frage, was passirt sei: 7 mal 170. Dann fängt sie an, längere Zeit mit dem Kopf zu nicken, hört auf Anrede damit auf. Allmählich nimmt die Erregung zu, so dass sie in der Nacht ihre Wäsche zerreisst und laut lärmst, indem sie auf ihren Mann schimpft. Am Morgen antwortet sie auf alle Fragen: jetzt kann ich mich wohl riskiren oder das kann ich bei meiner Geistesgegenwart wohl verantworten. Es fällt ein unmotivirter Stimmungswechsel auf, dem Arzt dreht sie mitunter ostentativ den Rücken zu, verweigert ihm jede Antwort, spricht aber Worte anderer Patienten nach. Zeitweise beantwortet sie auch die an andere gerichtete Fragen richtig. Mit ihr selbst ist aber eine Unterhaltung unmöglich, weil sie meist nur Silben, z. B. klix, klax, halifax, spricht. Viel stereotype Handbewegungen, z. B. Rollen der Hände umeinander. Nahrungsaufnahme gut. Zeitweise sehr erregt. Um ihre Angehörigen kümmert sie sich garnicht. Sie spricht viel vor sich hin, wobei sie mit dem Taschentuch spielt, z. B. hille ho na dann hollo, holle tudio na dann jammert sick so, scholle, schille, schalle, kero, schwero. Liegt in den eigenthümlichsten Stellungen im Bett, wobei sie mit allem Erreichbaren spielt.

In der Anstalt ist das Befinden bisher unverändert geblieben, sie ist sehr aggressiv, murmelt meist unverständliche Worte vor sich hin. Ist völlig apathisch und theilnahmslos¹⁾.

18. Emilie Z., 41 Jahre (24. März 1907). Hat sehr gut gelernt, soll sehr klug gewesen sein, war auch immer gesund. Seit einem halben Jahr verändert, die Leute auf der Strasse machen sich lustig über sie. Dann wurde sie plötzlich

1) Anmerk. Inzwischen hat sich ihr Befinden in der Anstalt wesentlich gebessert, sie ist orientirt, betheiligt sich vernunftgemäss an den Unterhaltungen, beschäftigt sich sachgemäß, zeitweise ist sie noch leicht traurig verstimmt, ohne sich darüber weiter zu äussern.

sehr erregt und machte sich heftige Selbstvorwürfe, hätte ihren Vater ermordet u. s. w.

Bei der Aufnahme ist sie geordnet und völlig orientirt, in leicht gereizter und wechselnder Stimmung. Lebhafte Personenverkennung. Weint oft, glaubt, dass die Schwester sie gebracht habe, obwohl sie von der Polizei gebracht wurde. Meist ist sie unzugänglich und schimpft viel. Nach einem Besucher gefragt, giebt sie an, dass er es nicht gewesen sei, sondern seine Stimme. Klagt über Schmerzen an verschiedenen Stellen, fragt dann wieder, warum sie hier sei, sie sei doch nicht krank. Wird dann von den Angehörigen nach Hause genommen, jedoch nach drei Wochen wiedergebracht, weil es nicht ging. Sie giebt an, nur an Herzklöpfen zu leiden, äussert, sie glaubt sich von ihrem Mann hier nach dem Gefängniss gebracht zur Aburtheilung, vermag aber weder anzugeben, warum sie abgeurtheilt werden soll, noch geht sie irgendwie auf den ihr vorgehaltenen Widerspruch ein, dass man nicht ohne Weiteres jemanden einsperren lassen könne. Dabei besteht eine lebhafte Personenverkennung. Später äussert sie, ihr Mann habe sie in die Anstalt gebracht, um sie los zu werden. Er habe die Schwester lieber als sie und habe derselben Geld gegeben. Die Schwester sei ihr überhaupt nicht wohlgesinnt, weil sie (Pat.) beim Tode ihres Vaters sich mit ihr erzürnt habe, indem sie dieselbe als schuldig am Tode bezeichnet hat. Die Schwester und ihr Mann ständen mit dem Teufel im Bund, um sie zu verderben. Auch den Arzt zieht sie später in die Verschwörung hinein. Ein anderes Mal äussert sie, sie sei 200 Jahre alt, später giebt sie ihr Alter richtig an. Ihre Ideen wechseln ungemein schnell. Von der Verschwörung sprach sie später nicht mehr. Zeitweise ist sie völlig apathisch, mitunter sehr abweisend, auch aggressiv dem Arzt und ihren Angehörigen gegenüber, behauptet, der zum Besuch anwesende Sohn sei der verstorbene. Es fällt ein sehr plötzlicher Stimmungswechsel auf, bei dem es öfter zur Paramimie kommt. Eben weigert sie sich, dem Arzt die Hand zu geben, dreht ihm sogar den Rücken zu oder wird aggressiv, um im nächsten Augenblick mit freundlichstem Lächeln ihn zu begrüssen.

In der Provinzialanstalt war das Befinden zunächst unverändert, sie war sehr unzugänglich und erregt. In der letzten Zeit ist sie sehr sexuell belästigend, im Uebrigen theilnahmslos und unzugänglich.

Mustert man die Krankengeschichten durch auf Symptome, welche sich ausschliesslich bei den im höheren Alter erkrankten Fällen finden, so wird man nach solchen vergebens suchen. Es dürfte kaum gelingen, aus dem Krankheitsbilde eines an Dementia praecox leidenden Patienten einen Rückschluss auf dessen Alter zu machen. Man beobachtet bei zahlreichen jugendlichen Kranken nur paranoide Ideen, bei anderen im Vordergrunde stehend katatonische Symptome, andererseits Fälle im höheren Alter, die man zur Hebephrenie rechnen könnte (10). Mit Hebephrenie sind hierbei ohne Rücksicht auf das Alter die Formen gemeint, bei denen die motorischen Symptome

ebenso wie paranoide sehr zurückstehen, und bei denen neben einer läppischen Heiterkeit nur der Widerspruch zwischen dem guten geistigen Besitzthum und der Stumpfheit, Interesselosigkeit und gemüthlichen Einbusse vorhanden ist.

Der Name Hebephrenie bezeichnet diese Gruppe nur unvollkommen, auch wenn man bedenkt, dass hiermit nicht, wie es Hecker ursprünglich ausgesprochen hat, das Alter der Erkrankten gemeint ist, sondern der Anklang ihrer geistigen Verfassung an die der Pubertät. Denn bei allen Formen fällt eben dieser Widerspruch auf. Der Unterschied der hebephrenen Unterform von den anderen liegt vielmehr am ehesten darin, dass hier in der Hauptsache nur die „intrapsychische Ataxie“ Stransky's vorhanden ist. Der von Diem für die leichten und schleichend verlaufenden Fälle dieser Art vorgeschlagene Name Dementia simplex erscheint mir einmal zu wenig charakterisirend zu sein, andererseits dürfte er besser für die Krankheitsbilder reservirt bleiben, welche einen allgemeinen geistigen Schwächezustand aufweisen.

Bedenkt man ferner, dass der Name Dementia praecox wegen der verschiedenen Deutungsmöglichkeit des Wortes *praecox* und der geringen Beziehung desselben zum Inhalt der Erkrankung zumeist nur als interinistisch angesehen wird, so wird es mir nicht verübelt werden, wenn ich eine andere Benennung vorzuschlagen wage. Es handelt sich um eine Erkrankung, die der Ausdruck einer charakteristischen dissociativen Störung ist. Der Name Dementia dissociativa, an den man sogleich denkt, kommt nicht in Betracht, weil es noch andere geistige Erkrankungen mit hauptsächlich dissociativen Störungen gibt, z. B. die Amentia. Man muss daher noch genauer charakterisiren. Es handelt sich um eine Art Trennung (*Dissecare*) des Intellects vom Affect, so dass beide in gegenseitiger Unabhängigkeit neben einander wirken und hierdurch eine eigenartige Demenz bedingen: Dementia dissecans. Die früher Hebephrenie genannten Formen, bei denen jener Associationsmangel als hauptsächlichstes Symptom allein besteht, könnte man dann Dementia dissecans simplex nennen; die mit katatonen Erscheinungen einhergehenden Formen liessen sich in der Untergruppe Dementia dissecans catatonica zusammenfassen, womit man sofort den charakteristischen Gegensatz zu anderen von katatonen Symptomen begleiteten Krankheiten hervorheben würde, und schliesslich könnte man ungezwungen von einer Dementia dissecans paranoides sprechen, die nunmehr ebenfalls im Namen den Gegeusatz zur Paranoia enthalten würde. Mit diesen Benennungen würde man weder bezüglich des Alters der Erkrankten etwas präjudiciren noch bezüglich der Prognose. Denn Dementia bezeichnet nicht den Ausgang sondern den augenblicklichen psychischen Zustand der Er-

krankten, was schon daraus zu ersehen ist, dass man von einer „acuten heilbaren Demenz“ gesprochen hat.

Ich bin mir wohl klar, dass auch diesem Vorschlage Bedenken gegenüberstehen, weil zwischen den einzelnen Gruppen vielfach Uebergänge vorhanden sind, so dass vielleicht für die Dauer die Annahme der Untergruppen überhaupt unhaltbar ist. Nach einem neuen Namen habe ich hauptsächlich deswegen gesucht, weil mir die Bezeichnung Dementia praecox das Wesen der Erkrankung zu wenig zu bezeichnen scheint.

Zu meinem eigentlichen Thema zurückkehrend, möchte ich noch einige Worte zur Aetiologie, Diagnose und Prognose der Dementia praecox im höheren Alter sagen.

Die ätiologisch imponirenden Factoren spielen wohl höchstens die Rolle eines auslösenden Momentes. In neun der erwähnten Fälle können in diesem Sinne psychische Ursachen herangezogen werden (Fall 1, 2, 3, 5, 7, 8, 11, 13, 17), für die übrigen Fälle fehlen vorangehende Besonderheiten. Aschaffenburg's Behauptung, dass die Erkrankung der meisten im 4. oder 5. Lebensjahrzehnt stehenden Frauen an Dementia praecox auf Gravidität oder Lactation zurückzuführen ist, kann aus dem hiesigen Material nicht bestätigt werden (nur Fall 2). Auch die Heredität spielt bei den beobachteten Fällen nur eine sehr untergeordnete Rolle. Ebenso dürfte die individuelle Minderwertigkeit des Gehirns, welche sich durch mangelhaftes Fortkommen in der Schule documentirt, für das Entstehen der Dementia praecox in unseren Fällen unwesentlich sein. Die wirklichen Ursachen dürften daher bei der Dementia praecox ebenso wie bei den anderen meisten Psychosen tiefer liegen. Vielleicht sind sie, wie Kräpelin hervorhebt, in Stoffwechselstörungen zu suchen, die in Beziehung zu den Vorgängen in den Geschlechtsorganen stehen. Eine Bestätigung bezüglich des Fortpflanzungsgeschäftes geben, wie schon bemerkt, unsere Fälle nicht. Ist ferner der vielfach betonte Zusammenhang der Dementia praecox mit der Entwicklungsperiode richtig, so müsste a priori auch ein Einfluss der Rückbildungsjahre zu erkennen sein. Auch diese Folgerung bestätigen unsere Fälle nicht.

Bezüglich der Diagnose muss man bei allen nicht ganz einwandsfreien Fällen sehr vorsichtig sein. Oft ist die vorliegende Erkrankung der Beginn eines manisch-depressiven Irreseins, mitunter der erste Anfang einer Paralyse, oft entwickeln sich Bilder, deren Gruppierung unsicher bleibt. In vielen Fällen muss der weitere Verlauf entscheiden, oft bleibt es auch unentschieden. Vielleicht werden die weiteren Fortschritte der pathologischen Anatomie hier diagnostische Hülften liefern.

Mitunter allerdings wird der Verlauf zum Unisturz oder zur Stütze der Diagnose führen. Ein solcher Fall ist z. B. Fall 2, der bei der ersten Erkrankung (1903) als Manie gedeutet wurde. Erst der weitere Verlauf führte zur richtigen Diagnose. Aus diesem Grunde ist meine Zusammenstellung in statistischer Hinsicht nicht ganz einwandsfrei, weil ich vielleicht Fälle unterdrückt habe, deren Verlauf dieselben als zur Dementia praecox gehörend hinstellen wird.

Die Differentialdiagnose zur progressiven Paralyse soll an einem charakteristischen Fall (Fall 16) kurz besprochen werden. Von denjenigen Fällen, in welchen die körperlichen Störungen deutlich ausgesprochen sind, sehe ich natürlich ab. Bei unserem Fall bestehen körperlich nur ungleiche Pupillen und eine leicht verwaschene Sprache. Das erste Symptom kann, wenn andersartige Störungen an den Augen nicht bestehen, nach den an der hiesigen Klinik und auch anderwärts gemachten Beobachtungen zu Gunsten einer Diagnose nur verwendet werden, wenn die Differenz erheblich ist und auch dann nur als verdächtiges Moment. Die verwaschene Sprache kommt bei ihm ebenfalls nicht in Betracht, weil er dauernd nur in murmelnder Weise sprach. So bleiben nur die psychischen Störungen. Es handelt sich bei ihm fast ausschliesslich um unsinnige Grössenwahnideen, wie sie bei der Paralyse vorkommen. Doch finden sich bemerkenswerthe Unterschiede. Abgesehen davon, dass bei einem Paralytiker, der bereits seit 6 Jahren krank ist, körperlich andere Erscheinungen bestehen würden, wäre er auch zu einem geordneten Arbeiten unfähig, wie es Kl. noch konnte. Der Paralytiker ist meist zugänglich, er gefällt sich in seinen Ideen, und lässt sich leicht und gern unsinnigere Grössenideen suggeriren. Kl. dagegen ist verschlossen und lässt sich von seinen Gedanken nicht abbringen. Inmitten seiner unsinnigen Ideen ist er dauernd orientirt über Ort und Zeit. Ferner ist er reinlich. Schon das Festhalten an einer oder mehreren Ideen findet man beim Paralytiker selten. Bei letzterem besteht ferner auch in vorgeschritteneren Stadien ein gewisses Interesse für seine Umgebung, selbst wenn er schon ziemlich verblödet ist. Bei der Dementia praecox fällt dagegen die Apathie und Stumpfheit auf. Auch die objectiven Kenntnisse bedingen einen deutlichen Unterschied. Erleichtert wird die Diagnose natürlich wesentlich, wenn motorische Erscheinungen bestehen oder specifisch paralytische Körpersymptome vorhanden sind. Nach den neueren Erfahrungen giebt die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis hier einen guten differentialdiagnostischen Aufschluss durch das Vorhandensein von Eiweiss und Lymphocytenvermehrung bei Paralyse. Auch die eventuelle Section vermag nunmehr klärend zu wirken, wie u. a. die Zusammenstellung

von Herrn Prof. Meyer ergiebt. Man findet bei der Paralyse adventitielle Plasmazelleninfiltration im Gehirn und Rückenmark und andere Veränderungen, die der Dementia praecox fremd sind.

Auffallend häufig findet man bei älteren Kranken, was auch schon von anderen Autoren hervorgehoben wird, paranoide Ideen. Es scheint mir dies unschwer erklärlieh. Mit zunehmendem Alter wird der Mensch meist kritischer, er besitzt mehr Lebenserfahrung und sucht daher mehr Stellung zu allem zu nehmen. Darum findet man auch die Paranoia vorwiegend im höheren Alter. Eine nothwendige Folgerung wäre, dass die Dementia paranoides im jugendlichen Alter einerseits vorwiegend bei Leuten auftreten müsste, welche entweder durch ihren Bildungsgang oder durch natürliche Verstandesschärfe schon in der Jugend zu kritischen Betrachtungen geführt werden. Andererseits wäre auch denkbar, dass bei minder begabten Individuen eine in falschen unlogischen Bahnen sich bewegende Kritik bezüglich der eigenen Person und ihres Verhältnisses zur Umgebung zu paranoiden Ideen führen könnte. Untersuchungen in dieser Richtung existiren, soviel ich weiss, noch nicht, doch wäre eine Untersuchung in dieser Richtung immerhin interessant, und darum habe ich die Frage gestreift.

Nicht zu verkennen ist, dass verschiedene Ähnlichkeiten zwischen Paranoia und Dementia paranoides bestehen, und dies hat viele Autoren veranlasst, für eine Verschmelzung beider einzutreten, weil sie identisch seien. So sagt z. B. Stransky: „Bedenkt man, wie sehr gerade die paranoide Gruppe Kraepelins, eine Gruppe, welche ich mit anderen nicht anerkenne, jene Fälle in sich birgt, die anderwärts und auch bei uns als Paranoia gelten u. s. w.“

Der Fall 18 bietet mir willkommene Gelegenheit auf die Unterschiede der Paranoia und der Dementia paranoides einzugehen. Man findet bei unserem Fall ein leicht unklares System von Beeinträchtigungsidenen, deren Grundgedanke ist: der Mann will sie los werden, um sich mit einer anderen zu verheirathen, deswegen hätte er sie auch von Hause fortgegeben (nach dem Krankenhouse). Dies hindert sie nicht, ihre Schwester mitunter in den Vordergrund der Verschwörung zu stellen, weil sie dieselbe für schuldig am Tode ihres Vaters erklärt hatte. Schwester und Mann hätten zu ihrem Verderben einen Bund mit dem Teufel geschlossen. Diese letzte Bemerkung ist auffallend. Noch interessanter ist die Begründung, welche sie einmal für ihren Verdacht giebt: Er hat mich hier in's Gefängnis — willkürlicher Wechsel in der Auffassung der Oertlichkeit, erst Krankenhaus, dann Gefängnis — geschickt, um mich los zu sein, und er kommt mich auch

nicht besuchen. Die Verkennung der Oertlichkeit ist aber nur eine scheinbare, denn sie spricht unmittelbar danach den Arzt mit richtigem Titel an. Sie denkt auch garnicht darüber nach, dass eine Verhaftung nicht ohne weiteres geschehen könne, fragt später auch nie mehr danach. Sie wird bei Erörterung dieser Dinge meist erregt, auch aggressiv gegen den Arzt, den sie als Mitverschworenen, auch als Teufel bezeichnet, um ihm jedoch bald darauf freundlich die Hand zu geben.

Diese oberflächlichen Affecte sind auffallend, ebenso das geringe Verlangen, sich selbst über die Verschwörung und deren Ausführung klar zu werden. Sie bleibt ruhig im Bett liegen, obwohl sie doch eigentlich grosses Interesse daran haben müsste, der Durchführung der feindlichen Pläne möglichst entgegenzuarbeiten. Es fehlt eben hier die Verarbeitung der Ideen. Der Paranoiker würde sich ganz anders verhalten. Er würde seine Ideen mit Voraussetzung, Behauptung und Beweis vortragen, er würde dauernd den Arzt mit einem auch im Laufe der Jahre sich gleichbleibenden intensiven Affect nach dem Grunde seiner Verhaftung und der Dauer seiner Internirung fragen, er würde von den Schäden sprechen, die ihm durch seine Abwesenheit entstehen u. s. w. Nichts davon finden wir hier, vielmehr ein im Ganzou apathisches und interesseloses Verhalten bezüglich der Gegenwart und Zukunft, die völlige Ausschaltung jedes energischen Willensimpulses, keine Hoffnungen und Pläne, ein oberflächlich und löse zusammengesetztes, kaum ernstlich motivirtes, unklares völlig affectloses Wahnsystem. Dasselbe beherrscht nicht wie beim Paranoiker die ganze Persönlichkeit sondern wird gelegentlich geäussert und gerät dann wohl mitunter in Vergessenheit, wie dies Fall 2 demonstriert. Im Laufe von 1 $\frac{1}{4}$ Jahren wandelt sich hier ein Versündigungssystem, in dem der Mann als Teufel und die Verwandten als Handlanger desselben figuriren, um sie zu verderben, völlig um. Auch später handelt es sich bei ihr noch um Beeinträchtigungsideen, die sich aber gegen die Mutter richteten, weil sie von ihr aus dem Hause verdrängt werden solle. Deswegen nehme sie ihr das Wirthschaftsgeld fort, raube ihr das Mutterrecht u. s. w. Die ursprünglichen wahnhaften Gedanken sind ebenso wie die Feindschaft gegen ihren Mann völlig geschwunden. Es geht aber bei der Dementia paranoides noch über das Vergessen der Wahnideen hinaus. Hierfür ist ein Beispiel der Fall 1 und 4. In verhältnismässig kurzer Zeit wird ein unmotiviertes Wahnsystem aufgestellt, fallen gelassen — und als krankhaft bezeichnet. Dies sind schon fundamentale Unterschiede genug gegenüber der Paranoia, ganz abgesehen davon, dass sich bei der Dementia paranoides meist noch motorische Erscheinungen finden.

Dazu kommen noch Beobachtungen, wie sie ebenfalls der Fall 18 bietet, Inmitten einer leidlich vernünftigen Unterhaltung behauptet die Kranke, dass sie 200 Jahre alt sei, ein andermal, dass sie schon begraben gewesen sei. Derartige kritiklose Aeusserungen kommen bei der Paranoia kaum vor.

Es bestehen demnach deutliche und charakteristisch Unterschiede zwischen der Paranoia und der Dementia paranoides, die man zusammengefasst kaum besser wieder geben kann als mit Kraepelin's eigenen Worten: „Die Wahnvorstellungen sind unsinnig und werden nicht verarbeitet. Der Kranke fühlt kein Bedürfnis, sich Einwände, sich ein klares Bild von den Personen, Hülfsmitteln und Beweggründen der Verfolger zu machen. Es findet kein Ausbau des Wahnes statt, sondern derselbe besteht in locker zusammenhängenden Einfällen fort. Die Wahnideen verlieren oft den Einfluss auf das Handeln der Kranken und werden sogar oft vergessen. Der Endzustand ist oft ein Schwachsinn“. Als charakteristisch für die Paranoia dagegen gilt, dass das äussere Verhalten im Allgemeinen als nicht verwirrt erscheint, dass dauernd die gleichen Wahnvorstellungen bestehen und dieselben stets mit lebhaftem Affect verbunden sind.

Auch die Prognose ergibt keinen grundlegenden Unterschied zu den in jüngeren Jahren erkrankten Fällen. Das verhältnismässig häufige Hervortreten der katatonen Symptome liesse im Sinne der vielfach verbreiteten Ansicht Ungünstiges erwarten. Aber auch unsere Fälle bestätigen die von Herrn Professor Meyer schon 1902 ausgesprochene Ansicht, „dass das Auftreten katatonischer Erscheinungen die Prognose keineswegs absolut ungünstig gestaltet.“ Als Heilung gilt hierbei die sociale Gesundung ohne Rücksicht auf eventl. Remissionen, die Fähigkeit ausserhalb der Anstalt einer Beschäftigung nachzugehlen. Unter diesem praktisch wichtigen Gesichtspunkt betrachtet scheint die Prognose besonders der späteren Fälle, aber auch der Dementia praecox überhaupt, günstiger zu sein als bisher angenommen wird. Von unseren Fällen sind geheilt im obigen Sinne 7 (2, 7, 8, 9, 12, 13, 16), ungeheilt 3 (3, 5, 18), gestorben 3 (6, 11, 14), unentschieden 5 (4, 10, 15 nicht zu ermitteln, 1, 17 nicht zu beurtheilen). Auch für die alten Fälle scheint im Uebrigen und im Allgemeinen die Regel zu gelten, dass die allmählich beginnenden Fälle ungünstiger zu beurtheilen sind als die mit heftigster Erregung ganz acut einsetzenden.

So findet man also keine prinzipiellen Besonderheiten der älteren Fälle, welche sich aber andererseits als zugehörig zur Dementia praecox unzweifelhaft documentiren. Auf einem anderen Standpunkt steht Stransky. Er hat unter dem Namen Dementia tardiva eine Gruppe

von Fällen zusammengestellt, deren Charakteristicum ist: Höheres Lebensalter, Hallucinationen meist persecutorischen Inhalts bei Ausschluss des Alkohols, schneller Uebergang zur Demenz.

Das höhere Alter ist wohl kein Grund zur Abänderung, auch Stransky selbst führt in derselben Abhandlung zwei Fälle von Dementia praecox in höherem Alter an. Die Hallucinationen könnten es an und für sich sein, wenn sie das Hauptcharakteristicum der Krankheit ausmachten. Dies ist aber nicht der Fall, denn Stransky sagt selbst nach der zusammenfassenden Symptomenschilderung: „Sehen wir der gleichen bei Hebephrenen (= jugendlichen Individuen), so würde es uns ja sicher zur Diagnose genügen“. So bliebe also nur die Gemeinsamkeit der Prognose übrig.

Auch dies allein würde schon zur Aufstellung einer neuen Gruppe, allerdings nur als Unterform der Dementia praecox, genügen, wenn es nicht Fälle gäbe, welche im höheren Alter mit Hallucinationen und den Zeichen einer Dementia praecox einsetzen und günstig verlaufen (8, 9, 12, 15). Im Uebrigen lehren auch unsere Fälle, dass die Hallucinationen bei der Dementia praecox eine durchaus nebenschichtliche Rolle spielen. Zur Anerkennung der Dementia tardiva als gesondertes Krankheitsbild oder auch nur als Untergruppe der Dementia praecox kann ich mich daher nicht entschliessen.

Zusammenfassend kann demnach gesagt werden:

1. Die Dementia praecox ist eine Erkrankung, welche in jedem Lebensalter einsetzen kann.
 2. Principielle Unterschiede zwischen den in der Jugend und den im höheren Alter einsetzenden Fällen existiren nicht.
 3. Die Prognose der jenseits des 30. Jahres einsetzenden Erkrankung ist im Allgemeinen günstiger als die der Fälle in jüngeren Jahren.
 4. Eine Dementia tardiva abzugrenzen, liegt kein genügender Grund vor.
-

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Meyer, erlaube ich mir für die Anregung zu dieser Arbeit sowie für die Unterstützung bei der Anfertigung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen. Zu Dank bin ich ferner verpflichtet den Herren Directoren der Provinzialirrenanstalten Allenberg und Kortau, Herrn Sanitätsrath Dr. Dubbers und Herrn Sanitätsrath Dr. Stoltenhoff, für die gütige Ueberlassung der Krankengeschichten.

Königsberg Pr., September 1907.

Literaturverzeichniss.

1. Aschaffenburg, Zur Katatoniefrage. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54.
 2. Bernstein, Zur Katatoniefrage. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 60.
 3. Diem, Archiv f. Psych. Bd. 37.
 4. Jahresbericht der Königl. psychiatrischen Klinik in München.
 5. Kahlbaum, Karl, Zur Casuistik der Katatonie. Monatsschr. für Psych. und Neurol. Bd. 12.
 6. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie.
 7. Kraepelin, Einführung.
 8. E. Meyer, Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Archiv f. Psych. Bd. 42.
 9. E. Meyer, Klinisch-anatomische Beiträge zur Kenntniss der progressiven Paralyse und der Lues cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung der Rückenmarksveränderungen. Archiv f. Psych. Bd. 43.
 10. E. Meyer, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münchener med. Wochenschr. 1902.
 11. Neisser, Diagnostische Bemerkungen über das Symptom der Verbigeration. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 46.
 12. Scholz, Ueber Pubertätsschwachsinn. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 53.
 13. Schott, Zur Katatonie. Monatsschr. f. Psych. und Neurologie. Bd. 17.
 14. Schuele, Zur Katatoniefrage. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54.
 15. Stransky, Dementia tardiva. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. 18.
 16. Stransky, Citirt aus Jahresberichten.
 17. Tschisch, Die Katatonie. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. 6.
 18. Ziehen, Lehrbuch der Psychiatrie.
-