

## XXIX.

### Zur Wahnbildung im Senium.

Von

**Dr. A. Döblin,**

Städtische Irrenanstalt Buch, z. Zt. Am Urban (Berlin).

~~~~~

Wenn im Folgenden von einer bestimmten Erkrankung im Senium gesprochen wird, so geschieht das mit der Reserve, welche die ausserordentlich feine und klare Bemerkung Fürstners betreffend die Beziehung von Psychose und Greisenalter auferlegt. (Fürstner, Arch. f. Psychiatrie, 20. Bd., 458): „Die Aufstellung einer besonderen Gruppe von Geistesstörungen unter der Benennung „senile“ erscheint mir nur gerechtfertigt auf Grund der Anschauung, dass im höheren Lebensalter das Seelenleben oft genug noch innerhalb der physiologischen Breite liegende Veränderungen erleidet, die auf die Symptomatologie und den Verlauf etwa in dieser Periode auftretender Psychosen modifizierend wirken, dass andererseits bestimmte ätiologische Faktoren hervorragend sich geltend machen, dass andererseits die pathologische Beschaffenheit des Gehirns die Genese eigenartiger Psychosen begünstigt.“

Es wird festzuhalten sein bei der Diskussion der Beziehung dieses Lebensalters zu einer psychotischen Erkrankung, dass man beispielsweise Masern, Scharlach zwar Kinderkrankheiten nennen kann, jedoch damit wohl etwas, aber nicht viel für die Auffassung dieser Erkrankungen geleistet hat. Eine Erkrankung „senil“ zu nennen, geht auch dann nicht an, wenn sie aus den diesem Alter eigentümlichen Veränderungen gewissermassen kontinuierlich herauszuwachsen scheint. Auf das methodologisch Gefährliche dieser Lehre von einer „Steigerung“, „einem fliessenden Uebergang“ hinzuweisen, ist dringendes Erfordernis, insbesondere auf den Uebergang eines Unbekannten in Unbekannteres. Der schwerste Darmkatarrh „geht“ in keinem Alter in Typhus „über“. Man soll gewiss auf das Physiologische zurückgehen, festhalten, dass die krankhaften Erscheinungen nicht aus dem biologischen Rahmen herausfallen, aber damit wird nicht negiert, dass durch etwas Fremdes, Neues sui genesis diese Steigerung bewirkt worden ist, und darum trägt

dieser Begriff der „Steigerung“ etc. nicht weit: eine kleine Variante vom Typus deutet hier symptomatisch auf etwas prinzipiell Neues. Dass irgend eine Störung aus dem Senium klinisch herauszuwachsen scheint als eine Steigerung des diesem Alter physiologisch Eigentümlichen, kann nicht berechtigen, diese Krankheit senil zu nennen, weil der Umstand, dass sie sich steigert, und so steigert, nicht gelegen ist im Senium. Man kann sie für den bequemen Tagesgebrauch senil nennen, aber unter der Gefahr, sich die Auffassung zu verbauen.

Die inzwischen korrigierte Stellung Kräpelin's zu einer Rückbildungsmelancholie widersprach ja auch seiner eigenen Tendenz bei dem „Jugendirresein“, der Hebephrenie. Er lehnte dort die unverbrüchliche Beziehung der Erkrankung zu dem Alter ab.

Diese Auffassung von der Beziehung zwischen Lebensalter und Psychose ist so lange festzuhalten, als man in der Psychose einen besondern Krankheitsprozess sieht, der bei mancher Variante typisch verläuft, sich mehr in diesem als in jenem Alter findet, auch aus verschiedenen endogenen und exogenen Schädlichkeiten hervorgeht.

Für die Konstruktion des einzelnen Krankheitsbildes ist danach eine Reihe von Faktoren massgebend in verschiedener Weise, qualitativ und quantitativ, welche die Entstehung begünstigen, welche den Verlauf modifizieren, komplizieren, welche den Ausgang bedingen. Diese sind abzugrenzen und ihr Einfluss und ihre Bedeutung für den Krankheitstypus zu bestimmen. Bei ihrer Unterschätzung gehen Details am Symptombild verloren, auch die Reinigung des Typischen von Beimischungen, Zufälligkeiten bleibt aus. Bei ihrer Ueberschätzung verfeinert sich die Symptomatik, aber das Typische tritt zu sehr zurück. Hier die unübersehbare praktisch hinderliche Zerfaserung in Modifikationen etc., dort die Neigung zu vergröbern, zu Einheitspsychosen. Solange es sich vorerst um das Suchen nach dem Typus, um den Streit nach der Abgrenzung der Bilder handelt, sind beide Tendenzen wertvoll, konkurrieren sie in der Auffindung und Feststellung von Symptomen und Abfolgen.

Gegen diese realistische Auffassung des psychotischen Krankheitsprozesses, welche für die Beurteilung des senilen Faktors und der senilen Psychose von einschneidender Wichtigkeit ist, streitet auf das schärfste die Skepsis jener, welche die Willkürlichkeit in der Abgrenzung und Gruppierung der Psychose mit Vorliebe betonen. So wichtig es ist, auf die Subjektivität der Gesichtspunkte hinzuweisen, welche die Typen konstituieren, so wenig wird dadurch das Faktische dieser Typen selbst negiert. Es liegt gewiss nicht in den Krankheiten selbst, wohin man sie im System bringt, man kann von Tropenkrankheiten und Polarkrank-

heiten sprechen, von chronischen und akuten bakteriellen und toxischen, endogenen und exogenen etc., es gibt zweifellos abgesehen von richtigen und falschen, noch höhere und niedrigere Diagnosen, es gibt eine Skala und eine Relativität der Diagnosen. Aber der reale Ausgangspunkt des „Typhus“ besteht doch und ist gegeben im Typhusbazillus; als wir den Tuberkelbazillus hatten, hatten wir wirklich die Diagnose „Tuberkulose“, fassten wir diese Krankheit, wie wohl doch auch der Tuberkelbazillus sehr viele Faktoren zur Pathogenität benötigt und die Konstruktion des jeweiligen klinischen Bildes ganz und gar nicht von ihm abhängt.

In Bezug auf die Stellung der senilen Psychosen wird uns dann aus der ersten unklaren Frage: „Ist diese oder jene Erkrankung spezifisch für dieses oder jenes Lebensalter?“ die vorsichtigere, präzisere „Findet sich eine Erkrankung nur oder vorzugsweise im Senium? Nachzuforschen bleibt da: „Begünstigen und in welcher Weise die näheren Umstände des Seniums diese Psychose? Lässt sie sich wirklich nicht als Ablauf einer Erkrankung sonstiger Lebensalter deuten?“ Man spricht zunächst mit demselben Rechte von „senilen“ Psychosen wie früher von Haft- und Puerperalpsychosen. In dem Namen Altersschwachsinn steckt noch derselbe nosologische Irrtum wie in Jugendirresein; auch die Einheitlichkeit der unter „Altersschwachsinn“ zusammen gefassten Störungen ist mindestens zweifelhaft. Viel zu scharf mindestens ist die Wendung Kräpelins, der schon jetzt als Irresein des Rückbildungsalters alle diejenigen Geistesstörungen zusammenfassen will, die in ursächlichen Beziehungen zu den allgemeinen Altersveränderungen stehen; uns ist von der „ursächlichen“ wesentlichen Wirkung eines physiologischen Vorgangs auf die Genese einer Krankheit nichts bekannt: man wird bei einer Schenkelhalsfraktur die senile Knochenbrüchigkeit berücksichtigen, ohne bestreiten zu dürfen, dass das Trauma und die Kontinuitätszerstörung des Knochens noch immer das Wesentliche ist. — Folgende Typen erschöpfen unseres Erachtens die möglichen Beziehungen zwischen Senium und Psychose: Erkrankungen im Senium, die völlig ohne die senil genannten Komplikationen und Modifikationen verlaufen, dann solche mit vielen der problematischen senilen Züge, schliesslich solche Erkrankungen, die man eben darum senil nennt, weil man sie sonst in keinem andern Lebensalter findet, resp. dort ihre Analogie nicht erkennt. Die Bemühung geht darauf aus, ebenso wie bei den Erkrankungen der Jugend und mittleren Alters, bei denen des Greisenalters im eigentlichen Krankheitsbild den Altersfaktor abzuscheiden, immerhin aber die eventuelle ätiologische Valenz dieses Faktors herauszustellen, auch zu fragen, ob nicht hier ein Krankheitskonvolut, eine Superposition von Krankheiten vorliegt, die wir teilweis noch nicht trennen können.

Wir werden uns mit der Beschreibung und Diagnose eines Krankheitsbildes befassen, in dessen Auffassung die Autoren nicht sehr differieren: es ist der senile Beeinträchtigungswahn in einem als solchen diagnostizierten und einwandfreien Fall. Die Absicht ist, das Senile und seinen Anteil an der Konstruktion des psychotischen Bildes zu erurieren, eventuell die Zugehörigkeit der Psychose zu einer anderen Krankheitsgruppe glaubhaft zu machen.

Ich gebe zunächst eine Krankheitsgeschichte.

Frl. L., 76 Jahre alt, Närerin. Zwei Geschwister sind geisteskrank in Anstalten gestorben. Zwei Kinder eines gesunden Bruders ebenfalls vorübergehend irre. Die Pat. selbst war immer etwas komisch, schrullenhaft. Will immer nervenkrank gewesen sein. Blieb unverheiratet, lebte allein in ärmlichen Verhältnissen. Zieht seit etwa 3 Jahren alle paar Monate aus; man hätte ihr weisses Pulver in die Stiefel gestreut; von den Nachbarsleuten sei jemand gedungen, das zu tun. Ihr Gedächtnis blieb gut. Am 25. 5. 07 auf eigenen Wunsch in der Charité aufgenommen; am 20. 6. 07 kam sie nach Buch.

Ist eine magere grössere Person mit weissgrauem Haar. Radialarterien hart, geschlängelt. Sie klagt über Brennen auf der Zunge und im Gaumen, über allgemeines Kriebeln, häufiges Jucken und Ameisenlaufen. Behauptet, sie sei draussen immer verfolgt worden; man wollte sie krank machen, indem man ihr Pulver ins Bett streute. Habe deshalb oft ihre Wohnungen gewechselt. Sie habe auch einmal gehört, wie an ihrer Tür gerüttelt wurde, ohne dass sie nachher jemanden gesehen hätte. — Intelligenzprüfung ergibt keine Defekte, insbesondere ist das Gedächtnis und die Merkfähigkeit intakt. — In der Charité hatte sie weiter geklagt über Anfälle von Atemnot, abgestorbene Gliedmassen, Herzkopfen, schlechten Schlaf und grosse Aufgeregtheit. Man habe ihr Dampf ins Zimmer gemacht, stellte ihr nach, weil sie Geld haben sollte.

20. 6. Ruhig, freundlich, zugänglich. Sehr behandlungsfürdig, braucht Tee, Pulver usw. In der Wohnung hat man ihr zuletzt allerhand Schabernack gespielt, wohl, um das Geld zu bekommen, das man bei ihr vermutete. Man hat ihr das Bett mit Lösungen begossen, die sie schwindlig gemacht hätten, das Bett wurde begossen und Dämpfe in das Zimmer gelassen, dass ihr das Herz fast stillgestanden ist. Hier ist ihr nie etwas passiert.

6. 11. Viel hypochondrische Klagen. Pat. hatte mehrfach Verstimmungszustände mit Erregung; geht unruhig auch nachts von Saal zu Saal, weint, lamentiert, man habe ihr wieder das Pulver ins Bett gestreut. Aufgefordert es doch mal zu zeigen, zeigt sie allerlei Flecken im Bett als Wirkungen des krümeligen ätzenden Juckpulvers. — Läuft jammernd oft bei der Visite nach, könne es nicht aushalten. In den klaren Zwischenzeiten dissimuliert sie Wahnsieden, bestreitet sogar und entschuldigt die früheren.

6. 1. 08. „Die Pflegerin ist nicht gut gestimmt auf mich, darum will ich in einen anderen Saal. Alle, die Verstand haben, wollen aus dem Saal heraus. Ich versteh, warum sie das tut: damit niemand da ist, der alles sieht, was mir gemacht wird. Es ist wie Zucker, das treibt mich aus dem Bett heraus. Ich

merke auf der Stelle, wenn was im Bett ist; es reisst mich im Leib, ich bekomme Frost, Kopfschmerzen. Wenn die Döbels im Bett sind, krieg ich keinen Schlaf; die Nerven schlagen im ganzen Körper. Es ist solch Zeug, dass man glaubt, man hat den Bandwurm im Leib. Der Bandwurm, den ich habe, merkt es auch. Damals, als ich die Schreikrämpfe bekam wegen des Feners in Mund und Nase, brannte alles, ohnmächtig lag ich auf dem Klosett. Ueber die Nachstellungen habe ich gegrübelt schon zu Hause, ob einer Absicht auf meine Rente hat. Die Nachbarn waren wütend auf mich, weil ich ausziehen wollte, sie wollten mich liegend machen. — Meine Hand habe ich mal auf das Pulver gelegt; daher tut sie so weh. Hier bekommt mir die Lust gut. — Die Nachbarn haben vielleicht auf mich gehetzt, weil sie ihre ehrlichen Namen retten wollten; sie haben auf der Post — es sind nämlich Postleute — allerhand gestohlen. Der Konradsbengel, einer von denen, hat einmal lauter weisses Zeug auf mich gestreut. — Im Krankenhaus war es nicht auszuhalten, der Urin roch furchtbar; er war ganz dick. Um die Augen war ich tiefschwarz. Sowie die Leute mich kennen gelernt hatten, waren sie hinter mir her. Die ganzen Sachen haben sie beschmiert; ein Apotheker wollte es mal untersuchen; ich bin schon unterwegs zur Apotheke gewesen, nachher hab ichs wieder gelassen. — Räuchereien haben sie gemacht. Dicker Qualm war da; ganz süß roch es, nicht unangenehm, kein deutsches Holz; sie wollten mich umbringen. Ich habe meine Sachen gut gehalten. Meine Finger sind taub, als wenn ich Sand drin habe, das kommt auch davon; das hat sich der Hand mitgeteilt. Mir ist gar nicht zum Sterben zumute; ich bin nicht schwach. Ich bin ordentlich. — Jetzt wird es hier auch gemacht. Sind mir alle freundlich gesonnen hier, nur die Pflegerin W. ist bekannt in der Gegend, wo ich gewohnt habe. Sie hat mir öfter solchen Kaffee gegeben. — Diese Bettengeschichten sind entsetzlich. Ich habe das Pulver auch gesehen. Dickkörnig und fein, als wenn man Stärke weich drückt. — Ich will morgen nochmal zur Kirche gehen; dreimal Wasser auf den Kopf, — im Namen des Vaters, des Sohnes und des heil. Geistes; das hilft. — So oft ich den Kaffee bekomme, werde ich blau; solche Angst bekomme ich; heut bin ich schon blau geworden. Soch Singen und Summen im Kopfe. Im Ohre geht es: knick, knick. Ich habe solche Angst für meine Augen. — Meine sämtlichen Betten hab ich verschenkt; die Waschleute wollten sie nicht reinigen. — Ich glaube jetzt nur noch an Sympathie, Blutschwären, Warzen sind mir damit weg gebracht, — Grützeulen, aber das Gesundbeten, da fehlt mir der Glaube. —“

Es handelt sich um ein fast stationäres Bild.

Bei einem nicht intelligenten, erheblich belasteten, psychopathischen Fräulein entwickeln sich ohne Halluzinose, ohne Gedächtnis- und Urteilssymptome im höheren Alter langsam Wahnbildungen, die den Charakter von Beeinträchtigungs-, Verfolgungs- und Vergiftungs-ideen tragen.

Sie stellen sich zunächst nur anfallsweise ein, werden ohne Neuproduktion in der Zwischenzeit zwar festgehalten, aber dissimuliert, sogar negiert.

Wechselt die Pat. das Milieu, so cessiert die Wahnbildung. Nach einiger Zeit, in welcher ersichtlich der Eindruck der Umgebung verblasst, — „so, wie die Leute mich kennen gelernt hatten“, sagt sie umgekehrt — tritt sie wieder hervor.

In ihrer neuen Umgebung zeigt sich die Pat. garnicht misstrauisch. Wenn überhaupt von den Wahnideen gesprochen wird, so geschieht das im Perfektum. Die Pat. ist in der Zwischenzeit, die das erste Mal fast zwei Monate dauert, ohne neue Symptome, — ein abgelaufener Fall, den man wegen körperlicher Hinfälligkeit ins Siechenhaus schicken möchte.

Die Wahnbildung tritt zunächst in Anfällen auf. Man kann von einem Verstimmungszustand mit ängstlicher Erregung sprechen. Die Pat. wird unruhig, bleibt nicht im Bett, jammert, klagt über Angst. Sie übertreibt, erzählt, dass sie nachts garnicht schlafen könne, was leicht widerlegt wird, hat aber zweifellos unruhige Träume, wandert gleich nach dem Erwachen umher und weint: „ich kann es nicht aushalten im Bett; mir brennt alles; der ganze Mund ist mir vertrocknet.“ Sie bittet um Medizin, die, wenn sie indifferent ist, oft Erfolg hat.

Im Beginn solcher Zustände, später fast dauernd, kommt sie mit Abneigung und Misstrauen gegen bestimmte Kranke und Pflegerinnen heraus, lässt sich von Saal zu Saal verlegen, deutet geheimnisvoll an, dass sie wisse, wer sich mit ihren alten Verfolgern verbündet habe.

Die Wahnbildung hat durchaus nicht und zu keiner Zeit Gewissheitscharakter, ihre subjektive Realität ist gering. Sie geht deutlich aus Vermutungen hervor, die sich mehr oder weniger festsetzen, aber sogar noch später, nur nicht gerade in den akuten Erregungszeiten, in gewissem Umfange korrigierbar sind.

Sie arbeitet mit primitiven Begriffen physikalischer Art: „Pulver“, das man ihr ins Bett streut, „Stärke“, „Räuchereien“, „Dampf“, der ins Zimmer gelassen wird.

Es handelt sich zunächst wesentlich um somatische Beeinträchtigung; man will sie krank, liegend machen, umbringen. Erst später, und nachdem sie durch vieles Fragen darauf hingedrängt wird, kommen die mehr abgeleiteten Erzählungen, von der Rente, die man ihr nehmen wollte usw., — Äusserungen, die sie selbst in fragender unsicherer Weise macht und oft nur, um den Frager zu befriedigen. Bemerkenswert ist die Art, wie sie sie vorbringt, öfter breit sich verlierend, von geheimnisvollem Augenzwinkern begleitet, wie sich das Ganze in den Bahnen vergänglichen Klatsches und Tratsches bewegt, eine Art altweiberhafter Unterhaltungskonfabulation.

Die somatischen Beeinträchtigungsideen werden mit grossem Lamento vorgetragen. Beim Nahen des Arztes wirft sich die Pat. in eine bemit-

leidenswerte Positur, hängt sich an den Arzt, markiert Atemnot unter Umständen, macht sogar einmal einen regulären Schreikrampf, der auf ein energisches Wort prompt steht. Sie wendet sich hochmütig von den andern ab, die solche Beschwerden nicht würdigen, und hält sich an den Arzt.

Es sind Wahndeideen cum materia. Und zwar handelt es sich um vorwiegend senile Molimina. Ihr Atem ist übelriechend, sie hat schlechte wenige Zähne, ein leichtes Emphysem besteht, geringe Arteriosklerose, ferner neuralgische Beschwerden, Parästhesien und Paralgesien; die Wadenmuskulatur ist druckempfindlich, ebenso finden sich Druckpunkte des Fazialis; die Pat. leidet an einem chronischen Schnupfen.

Solche Molimina, besonders die Haut, die Atmung, den Geruch betreffend, trifft man bekanntlich bei älteren Kranken. Ich führe eine senile Frau an; sie sagt bei einer Exploration: „Es wird ein solcher Dunst gemacht, dass ich ganz betäubt bin morgens.“ (Pat. steht plötzlich auf; Ref.: „wo wollen Sie hin?“) „Ja, weil Sie eben gesagt haben, dass ich solchen Geruch ausatme.“ (Ref.: „Haben Sie das von mir gehört?“) „Nein, aber ich rieche selbst, wie ich den schlechten Geruch ausatme. Es riecht, wie wenn man morgens in eine Stube kommt, wenn der Wrasen ausgelassen wird, So ist es!“ — Und allemal ist die Neigung dieser Beschwerden, Gegenstand des Wahnbilds zu werden, gross.

Eine melancholisch zum 2. Mal erkrankte ältere Frau B. klagt über tatsächlich vorhandene trockene Haut; sie habe lauter Pulver in den Backen; sie weigert sich Medizin zu nehmen, denn das ganze Pulver käme ihr in die Backen und die Hände.

Natürlich finden sich ähnliche Klagen auch in andern Lebensaltern, nur treten sie da unter den massenhaften sexuellen und sensoriellen sonstigen Erlebnissen stark zurück.

Wenn diese Beschwerden resp. Wahrnehmungen in die Wahnbildung eingehen, so werden die Wahndeideen darum noch nicht zu Erklärungswahndeideen. Man wird so wenig diese irreführende Wendung gebrauchen, wie die der „Illusion“. Zunächst ist auch diese natürlich Halluzination und ebenso die Erklärungswahndeidee zunächst Wahndeidee. Es sind formell gleichartige spontane und aktive psychotische Symptome, die nur eine an sich gleichgiltige inhaltliche Besonderheit haben.

Man darf nicht von der Materie zur Wahndeidee gehen, sondern umgekehrt; — die Beziehung aber der Wahnbildung zur Materie ist hier auch völlig unkonstant. Ausserhalb der Verstimmungszeiten ignoriert die Pat. ihre Beschwerden und weiss insbesondere, dass sie mit dem Alter zusammenhängen. Im Anfall aber erweisen sie ihre Affinität zur Wahnbildung, und zwar ist das Wesentliche: sie werden von der Ver-

stimmung herangezogen, die Verstimmung bedient sich dieser Sensationen und Materialbeschwerden; präzis ausgedrückt: die Verstimmung lokalisiert sich. Es sind Verstimmungssäusserungen. Es besteht kein Anhalt dafür, dass innerhalb der Verstimmungszeit die senilen Molimina selbst exazerbieren. Die Verstimmung geht bisweilen, wenn auch sehr selten, ohne hypochondrische Wahnbildung einher und ist dann ganz uncharakteristisch. Meist aber tritt sie untrennbar verknüpft mit relativ konstanten somatischen Symptomen auf wie Beklemmung, motorischer Unruhe. Diese Symptome fesseln die Pat., lenken erst die Aufmerksamkeit auf die körperlichen Erscheinungen, die sonst ignoriert wurden, die Verstimmung ist so zu einer hypochondrischen geworden. —

Dies zur Wertigkeit der Wahndeideen. Woher aber stammen sie überhaupt? Die Frageform dieser Paranoismen geben einen Index ab für die Unsicherheit dieser Wahnbildungen. Pat. weiss ersichtlich nicht recht, was mit ihr ist, ihr Verhalten trägt den Stempel der Hilflosigkeit, dass aber etwas mit ihr geschieht, drängt sich ihr dauernd auf. Sie hat ein unbestimmtes Misstrauen, gelangt aber nur gelegentlich zu festeren Behauptungen, in welchen sie auch möglichst alles Aggressive vermeidet. Nur in den Angstanfällen schafft sie sich Luft, ohne selbst da die starre Form der echten Wahndeide zu gewinnen.

Bezüglich der Genese dieses Unsicherheitsgefühls muss uns beschäftigen die Frage: „was macht sie unsicher?“ Die Charakteristik des Kernsymptoms muss auch über die Stellung der Psychose im System Klarheit bringen. Solche Frage ist bei der echten Paranoia und bei paranoischen Zuständen natürlich schon oft gestellt worden; wir fragen, ohne Allgemeines zu erstreben, nach der Genese in diesem Falle, aus nosologischem, nicht psychologischem Interesse. Eine Negierung des Rechtes zu fragen, wie mancher angesehene Autor tut, scheint uns nicht ohne weiteres statthaft, bei aller Anerkennung des Eigenartigen und Unvergleichlichen des Zustandes gilt es zunächst zuzusehn, ob nicht der Zustand unter Benutzung bekannter Grössen einer Deutung zugänglich oder zugänglicher wird. Wir dürfen das x erst einsetzen, nachdem wir den Versuch gemacht haben, usque ad extremum, auch usque ad absurdum mit den bekannten Grössen zu arbeiten und auszukommen.

Wir wollen auf einen Entstehungsmodus hinweisen, den man bei manchen pathologischen Handlungen und Vorstellungen anerkennt, dessen Heranziehung an dieser Stelle aber noch aussteht. Bei sexuellen Perversitäten, bei dem Exhibitionismus, krankhaftem Stehltrieb, Zwangshandlungen usw. findet man als psychologische Ursache, von dem kranken Boden abgesehen, eine zufällig akquirierte. Vorstellungsverbindung, die sich als psychische Dauerform erweist. Der Exhibitionist bekommt zu-

fällig beim Urinieren eine weibliche Person oder ein Kind zu Gesicht, gerät in Erregung und Orgasmus; die Erinnerung an dieses Erlebnis, die Assoziation des Orgasmus mit der Entblössung vor einer andern Person verlässt ihn nicht. Von dem Fetischisten und sonstigen Konträren sagt Kräpelin (Lehrbuch Seite 811, II. Band): „Bei gesunden Personen sind die Nebenumstände, unter denen die ersten sinnlichen Gefühle auftauchen, für die spätere Richtung des Geschlechtstriebes gleichgültig. Dagegen können dieselben bei krankhafter Veranlagung, bei der ohnedies das Erwachen des Triebes früher und heftiger zu erfolgen pflegt, von grosser Bedeutung sein. — Auch an die dauernde Herrschaft einzelner, von aussen erregter Vorstellungskreise Antriebe bei der Schreckneurose wie beim Zwangssirresein darf hier erinnert werden. — Dass dieser ursprüngliche Zusammenhang später häufig vergessen wird und nur das anscheinend rätselhafte Endergebnis zutage liegt, kann in beiden Fällen geschehn.“ Die Belasteten erliegen hier leicht bestimmten, zufälligen Assoziationen, für welche allerdings eine gewisse Bereitschaft bestehen muss, denn zu der festen Koppelung zwischen den beiden Assoziationslementen benötigt es meist absolut eines starken Affektes. Hier haben wir eine erheblich psychopathische Pat., die schon dauernd unter Misstrauensempfindungen steht. Eine Gelegenheit zu einem Beeinflussungsgefühl, speziell zu einer starken einmaligen Koppelung zwischen dem Misstrauen und Organempfindungen ist bei der Pat. gegeben in der häufigen Vermischung von Traum und Wacherlebnis. Ihre Befürchtung, von Nachbarn geschädigt zu werden, kann sich im Traum aufs leichteste in das Faktum der erfolgten Beeinträchtigung umsetzen, wie dies auch geschieht in den Träumen, die sie erzählt, und kann von der Pat. in den Wachzustand übernommen werden. Es braucht also bei der Pat. nicht einmal ein einmaliges affektstrotzendes Erlebnis angenommen zu werden, sondern etwas Physiologisches, das sich oft wiederholt und stets tiefer einprägt. Die Uebernahme solcher Trauminhalte in den Wachzustand ist besonders im Senium häufig, jedoch findet es sich auch in andern Lebensaltern; wir werden jedenfalls für das Entstehen solcher Vorgänge dem Alter der Pat. einen begünstigenden Einfluss zuschreiben.

Eine solche supponierte, leicht mögliche Koppelung ist aber psychisch höchst fruchtbar resp. verhängnisvoll. Wenn sie schon an sich schwer dissoziabel ist und starke Verharrungstendenz hat, wie viel mehr hier, wo sie den günstigen Nähr- und Wachstumsboden findet, wie bald näher expliziert wird, hier, wo sie zur Ableitung und Entfernung von Unlustspannungen und Verstimmungen dient und als direktes Lustvehikel gepflegt wird. Es kommt hier nicht nur zur Gewöhnung und Einübung von Wahnideen, sondern zu allmählicher psychischer Gesamteinstellung auf solche.

Ohne den Verdacht auf mich laden zu wollen, vagen Theoremen zu huldigen, wollte ich im Speziellen noch einen besonderen Modus der Begünstigung des Festhaltens solcher einmal aufgetauchter Beeinflussungsvorstellungen erwähnen. Bekannt ist die grosse Häufigkeit der Sittlichkeitsdelikte im höheren Alter und die höhere Steigerung des Geschlechtstriebes. Wäre die Pat. eine Grossmutter, so wäre der Gedanke an Sexualia vielleicht weniger naheliegend als so, wo sie eine alte Jungfer ist. Hier erhält der dauernde Hinweis auf körperliches Leiden und das Beeinflussungsgefühl noch eine besondere Note. Ich sage nicht, dass sie sexuelle Attacken subjektiv erleidet, sondern: das Gefühl, eine körperliche Beeinflussung zu erfahren, wird bei ihr auch durch, sicher nicht bewusste, sexuelle Gedanken genährt. Die Spannung des Blickes auf den Körper, der Wunsch nach männlicher Beeinflussung ist bei ihr nicht durch eine sexuell normale Vita gelöst und beseitigt worden, sie hat einsam gelebt. Wenn der „Konradsbengel“ ihr Pulver ins Bett streut, so mag die wahnhafte Empfindung dieses Erleidens völlig ohne solche sexuelle weibliche Färbung sein; im Festhalten und Pflegen aber wird von dem sexuellen psychischen Turgor eine wahnbildende Komponente gestellt.

Hält man eine ähnliche Entstehung des Bildes für möglich, so kommt man in gewissen Widerstreit mit dem Begriff einer „Psychose“. Hier wird bei disponierter Psyche eine mehr traumatisch akquirierte Wahnidee als Ausgangspunkt angenommen, die Reaktion der Psyche auf das „Trauma“ stellt die „Psychose“ dar. Was entsteht, wenn von höherem Alter begünstigt bei einer Minderwertigen eine affektvolle Wahnidee auftaucht, wird beantwortet durch den Verlauf der Erkrankung. Eine Masse von Komplikationen heißt hier Psychose. Zwar stellt auch so gesehen die Erkrankung ein gewisses einheitliches Kontinuum dar, jedoch nicht zeigt sie die Einheit der echten eigentlichen Psychose. Die erste oder eigentlich „primäre“ Wahnidee ist selbst kein psychotisches Symptom. Die „Psychose“, wenn man so sagen will, entsteht erst in dem Aufnahme- und Abwehrverhalten des infizierten Organismus. Man kann ja unmöglich etwa die Uebernahme einer Vorstellung aus dem Traume in den Wachzustand psychotisch nennen, wohl aber das Ausbleiben der Korrektur, das weitere Ausbauen der Vorstellung, die Ueberwältigung der antithetischen Beziehungen. Ein solches Bild einer psychischen Erkrankung wird man sowohl für möglich halten wie ihre einzelnen Faktoren verständlich; und wir sind mit solchem Verfahren bei Benutzung bekannter Faktoren noch nicht ad absurdum gelangt.

Ist nun die Pat. schon lange misstrauisch und hat sie, ins höhere Alter gelangt, dies Misstrauen durch mehr weniger zufälliges Konstellationen zu einer hypochondrischen Wahnidee umgesetzt, so wird als

eine der ersten psychischen Resonanzen ein Unsicherheitsgefühl resultieren; die Pat. ist hinreichend orientiert, um das Wahnhaften der akquirierten Vorstellungskreise einzusehen, diese selbst aber sind genügend sinnlich stark und affektvoll, um die rebellierenden Assoziationen zu lähmen. Inwiefern die Wahnideen affektive Dienste leisten und sich so festsetzen, haben wir zum Teil expliziert, werden wir unten weiter explizieren. Die akquirierten Vorstellungen sind weit entfernt, Zwangsvorstellungscharakter zu haben, da sie lebhaft in Zusammenhang mit der psychischen Person stehen und aus ihr auf geradem Wege erwachsen. Einerseits handelt es sich bei den Wahnideen um Vorstellungen, die aus der Kranken selbst hervorgegangen sind, denen sie also nicht widerspricht und die sie nicht unsicher machen könnten, andererseits sind ihr diese Vorstellungen doch über den Kopf gewachsen; sie kann sich mit ihnen nicht identifizieren. Kommt die Verstimmung, so identifiziert die Pat. sich zwar im Affekt ganz mit dem Komplex der Paranoismen, sonst aber muss sie sie nur anerkennen, unfähig sie zu korrigieren, weil sie zu intensiv durchlebt waren und noch jetzt die Bedingungen dazu vorhanden sind, vermag sie aber nicht auszubauen, sich ganz mit ihnen zu infizieren. Das Schwanken, die Unsicherheit resultiert und in Bezug auf die Wahnideen der geringe Gewissheitscharakter, ja, die Pat. will die Wahnideen los werden. Alle Einsicht nützt da nichts; die Ideen gehen unabhängig ihren Weg. Sie sind krankhaft, leiten eine Psychose ein. Wir sehen die Pat. halb gezwungen und ohne rechtes Vertrauen ihre Wahnideen äussern und von ihnen sprechen, wie von einer Sache, derer man sich schämt. Wenn sie andere anklagt und geneigt ist zu schmähen, so liegt darin ein Ablenkungsversuch. Sie stimmt den Wahnideen nicht bei, fragt sich und andere nach ihrer Realität; diese Unentschiedenheit und Unsicherheit stellt ein Unlustgefühl dar, dessen direkte Aeusserungen wir in ihrem häufig vorgebrachten Unglücksgefühl suchen, dessen indirekte in dem ungeduldigen Selbstanklagen und Anklagen anderer.

Das Unsicherheitsgefühl kommt auch als verstärkende Komponente hinzu zu dem durch die Wahnidee gesetzten Beeinflussungsgefühl. Die lebhaft empfundene Unsicherheit soll überwunden werden, dies geschieht in dem energischen Zuwenden zu der Wahnidee, die selbst Lustfaktor ist. So ergibt sich der Circulus vitiosus, dass die Wahnidee Unsicherheit erzeugt, die Unsicherheit die affektive Realität der Wahnidee stärkt, wobei es allmählich aber zum völligen Schwund des Unsicherheitsgefühls kommen muss, da die Wahnidee bald alle Realität hat.

Die Wahnideen haben besondere Charakteristika. Ist man bei der Produktion zugegen, so hat man niemals den Eindruck, dass die Pat. wirkliche Wahnvorstellungen produziert. Es fehlt ihr so sichtlich die Ueberzeugung,

dass man ihr wahrhaft schaden wolle, dass man feindlich gegen sie sei. Die fremde Macht, mit der es kein Paktieren gibt, dieses Signum des echten Paranoisma fehlt hier völlig. Man vergleiche die materielle Grösse ihrer Beschwerden — bis zur veritablen Atemnot — mit den oft minimalen des Paranoikers, der über kutane Sensationen klagt und parallelisiere die Grösse ihres Beeinträchtigungsgefühls: aus dem Diskongruenten der Reihen springt sofort das qualitativ Andersartige der Wahnideen hervor. Eine Wahnidee ist selbstverständlich niemals eine blosse Vorstellung, sondern ein psychischer Komplex, an dem mehreres unterschieden und beschrieben werden muss, nur das Auffälligste oder am meisten Fassbare an dem Komplex ist die Vorstellungsanomalie. Ebensowenig wie man bei der Pat. die Unerschütterlichkeit des Paranoikers findet, der sich vis-à-vis der brutalen Tatsache seiner Beeinträchtigung sieht, findet man den adäquaten Affekt, die Entrüstung. Und dies ist etwas Charakteristisches: wenn der Paranoische seine Anklagen mit Wut und Empörung vorbringt, der ältere Hebephrene kaltlächelnd, so die Pat. ganz anders. Ihr Affekt ist Aerger, höchstens eine gewisse, ungeduldige Verzweiflung. Und ganz selten schwingt sich der Affekt zu der wirklichen Hingerissenheit eines Leidens auf.

Wir erwähnten schon oben die enge Beziehung der Wahnbildung zu Verstimmungszeiten. Nachdem nun einmal oder häufiger wiederholt die Pat. zu der Vorstellung einer physikalischen Beeinflussung gelangt ist, — ausser der Genese aus Träumen kommt weiter auch die Uebernahme der Wahnidee aus einer stärkeren Verstimmung in Betracht, — wird sich mit Leichtigkeit jede zufällig auftretende Verstimmung dieser Vorstellung als Gedankenmaterials bedienen. Wenn in den Zwischenzeiten die Unsicherheit prävaliert und die Pat. sich auszubalanzieren sucht, begünstigt die dadurch gesetzte Unlust das Auftreten der Verstimmungen, in welchen absolut die Wahnidee prävaliert und grösstmöglich Sicherheit zu finden ist. Die Verstimmungen werden darum in gewissem Sinne von ihr gesucht. So wenig es nach dem oben Gesagten bloss Erklärungswahnideen sind, was die verstimmte Pat. an hypochondrischen Molimina vorbringt, so wenig ist es eine, wenn sie diese Molimina als durch physikalische Beeinträchtigung hervorgerufen annonziert. Es ist beidemal derselbe Prozess: sie entfernt in gewissem Grade die Verstimmung von sich; die Verstimmung bedient sich der Molimina und des Beeinflussungsgefühls. Sie ist mehr oder weniger plötzlich in den Besitz dieses Mittels der Beeinflussungswahnidee gelangt, vielleicht selbst in solcher psychopathischen Verstimmung, sie reagiert in der Folgezeit mehr oder weniger konstant mit einer Beeinträchtigungsidee auf solche Unlust. Indem sie den Blick auf das körperliche Leiden wendet, das körperliche Leiden als von

aussen verursacht hinstellt, konstruiert sie eine sich feindliche Aktion, stellt sie sich in Defensive gegen eine feindliche Aktion. Psychologisch würde der Tatbestand sein: Gewisse Verstimmungen erlangen bei ihr die Fähigkeit, Angriffsvorstellungen auszulösen. Denn das Primäre und Wesentliche an dieser Beeinträchtigungsvorstellung ist nicht die Vorstellung der Beeinträchtigung, sondern des Wiederschädigenwollens, besser nicht Wiederschädigen- sondern Schädigenwollens. Voran steht das Lustgefühl andere anzuklagen, zu beschuldigen und zu schmähen. Zwar ist zweifellos die Beeinträchtigungsidee ein Index dafür, dass die Pat. ein Gefühl des Leidens hat, aber auch dafür, dass sie das Leiden zu beseitigen trachtet. Indem sie angreift, hat sie *a tempo* die Aufmerksamkeit von sich abgelenkt; die kräftige Abwehrstimmung tritt vor, mit Eintritt der motorischen Impulse hat sich sofort das psychische Bild gründlich verändert. Die Verstimmung trägt gleich ihre Heilmittel herbei, wie eine Infektionskrankheit die Immunität. Die Wahnbildung kann im Anfalle leicht weiter gehen, nachdem ihre Richtung einmal feststeht. Wir können einerseits sagen, dass die Verstimmung sich der Wahnideen bedient, andererseits auch, dass die Wahnidee in der Verstimmung den günstigsten Nährboden findet. Es stellt dann die Wahnbildung ein spannunglösendes, auch direkt lustbereitendes Element dar. Wir stellen fest, dass die Wahnbildung in doppelter Hinsicht lustbereitend ist: einmal inhaltlich durch ihren Gegenstand — den Angriff auf andere, die Anklagen, Schmähungen —, das andere mal formell als blosse Tätigkeit. Die Kranke befreit sich schon durch das eigene Vorstellen und Produzieren von einem Druck,

Der Inhalt der Wahnbildung wird alsdann zurück von dieser lustgefärbten Tätigkeit beeinflusst: die Kranke tritt als handelnde Person auf und irgendwem gegenüber; so kommt es von hier aus zu der Konstruktion von Gegner und Opfer, von der „Form“ zum „Inhalt“.

Von hier aus fällt auch ein Licht weiter auf die Persistenz der Wahnbildung in den Intervallen. Von sonstigen ursächlichen Momenten abgesehen, auf die wir schon hinwiesen, kommt als Ursache der Persistenz der Wahnideen ihr Schutz- oder Lustfaktor in Betracht. Sie setzen sich fest, da sie das Individuum vor den im Beginn schwer ertragbaren Verstimmungen bewahren, und ihr darüber weghelfen; sie werden nunmehr interponiert und zu Wahnvorstellungen. Sie erlangen Präventivcharakter. Später haben sie blosen Residualcharakter, dienen auch gelegentlich konfubulatorischen Zwecken.

Es ist nötig, an diesem Punkte mit zwei Worten die hier zugrunde gelegte Ansicht über Vorstellung und Affekt zu explizieren. Sie behauptet einmal eine bedeutende Unabhängigkeit des Affektiven und

Vorstellungsmässigen voneinander. Es treten im Organismus, im gesunden wie ausgeprägter im kranken, Stimmungsfaktoren auf; diese sind als rein somatogen anzusprechen, seien sie nun speziell kortikaler, bulbärer, sympathischer oder peripherer Genese. Es handelt sich durchaus um Wahrnehmungen, Empfindungen oder Empfindungssummationen, um Druck-, Spannungs-, Organ-, Gefässinnervations-Empfindungen, um eine undifferenzierte Masse, aus der bald dieses, bald jenes besonders hervortritt, um die Szenerie zu beherrschen. — Dieses Empfindungsmaterial unterliegt einer Auffassung. Ich verstehé unter Auffassung die Gesamtheit der erfolgenden assoziativen Leistungen. Erst durch die Vorstellungstätigkeit wird den Empfindungen Gefülsrang zuteil. Lust und Unlust sind keine Grundphänomene. „Gefühl“, „Affektives“ ist die Komplikation von Empfindungsgruppen mit Vorstellungen. Der Komplex der auftretenden Empfindungen ist gefüblsmässig völlig unbestimmt; er erhält diese Bestimmtheit durch Vorstellungen. Der Schmerz ist an sich so wenig mit Unlustempfindung verknüpft wie der Orgasmus mit Lust; die Bindung ist konstant im Normalen, doch fakultativ. Es besteht eine Tendenz gewisser Empfindungskomplexe, in Gefühlskomplikation einzutreten. Für das Gros dieser Komplexe ist von vornherein feststehend, mit welchen Vorstellungsgruppen sie sich koppeln; sie haben eine normalerweise unlösliche Koppelung, treten momentan als „Gefühle“ auf. Diese bestimmte Gefühlswertung ist phylogenetisch begründet, zum Teil erklärt sie sich leicht aus dem sozialen Leben, indem gewisse Empfindungsgruppen ihrem Träger förderlich oder schädlich durch ihre Ausdrucksweise werden; rückwirkend werden sie vom Träger akzeptiert: der Lust-Unlustcharakter wird ihnen oktroyiert. — Hierhin gehören auch die psychotischen Verstimmungen des Manischdepressiven. Der schwere organische Charakter der hier ablaufenden Krankheit ist ebenso evident wie der epileptischer Verstimmungen, wenn es auch noch nicht gelungen ist, festzustellen, welche Organe hier funktionsuntüchtig werden. Die Empfindungskomponente des Gefühls steht herrschend im Vordergrund, ungeheuer stark und reich ausgestattet; ihre Bewertung, Vorstellungskoppelung, geschieht in annähernd normaler Weise. — Für die anderen, weniger elementaren, weniger intensiven und mehr zusammengesetzten Empfindungskomplexe wird die Koppelung jeweils hergestellt, gesucht; hier liegt die Freiheit und Eigenheit des Individuum. Es ist im allgemeinen der Sinn der Komplikation nicht nur für das soziale Leben eminent praktisch; die Empfindungsgruppen, wo sie auch immer auftreten, haben durchaus nicht blossen sensitiven Charakter, sondern stellen wesentlich energetische Grössen dar; Uebergang zur Motilität ist ihre Tendenz; Ueberleitung

dahin ist Aufgabe der assoziativen Faktoren. Demnach hat allemal die Auffassung den Inhalt, den Ablauf der empfindungsweise auftretenden Energiemengen des Organismus zu regulieren; sie produziert Richtungsvorstellungen. So kommt es bei den labilen Bindungen einmal zu der Gefühlskomplikation und zwar, nach der Aehnlichkeit der Empfindungen mit den in fester Verkoppelung oder nach persönlicher Erfahrung, und weiter, bei fester und labiler Komplikation, zur Bildung, mehr weniger bewusster Art, von Angriffs- und Dankbarkeitsvorstellungen — entsprechend Ab- und Zuneigungsgefühlen. Das Individuum bildet erstens die Gefühlskomplikation, betrachtet diese zweitens mehr weniger bewusst, als in toto von aussen bewirkt, gründet darauf kinetische Vorstellungen. Das Individuum erfährt den Eindruck von aussen, akzeptiert den Effekt als dauernde Gefühlskomponente, reagiert mit kinetischen Vorstellungen, welche sich an der Bildung höherer, stark intellektueller, vorstellungsmässiger Gefühle beteiligen. Dieses Grundschema erklärt auch die obigen Beziehungen der pathologischen Verstimmungen zu Beeinträchtigungsideen etc. Diese Theorie behauptet also die vorwiegende Intellektualität der Gefühle und ihre organische Begründung.

Ich schalte zunächst zu weiterer Illustration eine zweite hierher gehörige Krankengeschichte ein.

Frau M., 76 Jahre alt. Ist ohne Anhang in Berlin. Anamnese daher ganz unzulänglich. Tritt Anfang März 1907 mit der Behauptung hervor, sie würde von ihren Nachbarn vergiftet. Diese hätten einen elektrischen Draht gelegt, durch den sie Gift in die Stube bliesen. Sie sehe deutlich den Rauch und die giftigen Wolken, die auch zu den Tür- und Fensterritzen hereinkämen. Auch auf dem Klosett sei er. Sie rieche ihn deutlich; es stinke nach ungereinigtem Karbol, manchmal nach Chlor und Chloroform. Ihr Darm sei inwendig schon ganz verbrannt von dem Rauch. Am 16. 3. 07 kommt sie nach der Charité. Am 26. 3. 07 wird sie in Buch aufgenommen. Organisch: Linsentrübung, schweres Emphysem, Herzdiatation. Sie sei hier in der Anstalt Koburg; es sei März 1907. Kontrollierbare Daten gibt sie richtig an. Habe 5 Partus gehabt; der Mann sei vor 23 Jahren gestorben; sie zog zur Tochter. Seit über einem Jahre könne sie sich nicht mehr gut auf alles besinnen. Sie sei in Berlin in ihrer früheren Wohnung vergiftet worden von Nachbarn. Es sei plötzlich ein Geruch im Zimmer gewesen; dann kam Rauch, dann war sie weg, sah und hörte nichts mehr. Seit über 4 Wochen trieben sie das schon so. Man wollte sie aus dem Hause heraus haben, nachdem das Haus an einen alten Zuchthäusler verkauft war. Früher war es ganz schön, zuletzt zog schlechtes Volk hinein. Man hat ihr sogar Kinder nachgeschickt, um sie zu verfolgen und nachzusehen, ob sie zur Polizei ginge. Sie wollte auch zur Polizei gehen, aber die Leute hätten sie dann umgebracht. Die Nachbarn haben elektrische Drähte in die Tapeten gelegt; es hat oft nach Opium und brennendem Zeug gerochen. Es ist in die Nase und das Gehirn gezogen. Auch durch Löcher auf dem

Korridor kam es, wo sie hinging. Man verfolgte sie unaufhörlich Tags und Nachts. Aber sie haben nichts gesprochen und sich nicht gerührt, um sich unkenntlich zu machen. Das ganze Haus hat sie verfolgt, um sie herauszubringen. Alles Essen und Trinken hat danach gestunken. Bewusstlos hat man sie fortgebracht, sie weiss nicht, wie sie nach der Charité kam. — Weder in der Charité noch in Buch sei sie verfolgt worden. Auch jetzt kommt ihr öfter ein brennender Geruch, auch der Mund ist viel trocken. Aber das ist nichts, das hat nichts auf sich, sie sei recht zufrieden. — Aufmerksamkeit ist gut; Merkfähigkeit nicht merklich herabgesetzt. Im Vordergrund stehen jetzt die schweren asthmatischen Beschwerden.

11. 4. 07: Verschlimmerung der emphysematischen Dyspnoe. Klagen über Hitze in der Brust und Luftmangel, Beeinflussungsgedanken werden abgelehnt.

26. 4. 07: Exitus unter schwerer exspiratorischer Dyspnoe. —

Es braucht nicht detailliert auf die auffallenden Ähnlichkeiten der beiden Fälle hingewiesen zu werden. Ein hypochondrischer Beeinflussungswahn entwickelt sich; die Beschwerden der Haut treten im 2. Falle zurück, aber dieselbe Rolle spielen Beeinträchtigung der Atmung und des Geruchs wie im 1. Falle. Sehr primitive physikalische Vorstellungen bauen in beiden Fällen weiter aus; hier Dämpfe, die auf elektrischem Wege transportiert werden. Der ergänzende altruistische Verfolgungswahn befasst sich mit der Hausgemeinschaft. Mit dem vollzogenen Wohnungswchsel cessiert die Wahnbildung; die alten Ideen bleiben fix; die hypochondrischen Ideen werden in der neuen Umgebung zwar vorgebracht, aber nicht wahnhaft bezogen. Zu einer energischen und entsprechenden Verfolgung jener Beeinträchtigungen kommt es nicht, es bleibt bei der angeblich ernsten Absicht: vergleiche im Falle L. den Gang zur Apotheke, um das Pulver untersuchen zu lassen, mit dem Gang zur Polizei im Fall M. Der Ausbau des altruistischen Verfolgungswahns ist abortiv. Die im Intervall gegen die Verfolger vorwaltende Stimmung ist Aerger, Resignation, Trauer. In diesem Fall kam es zu keinem neuen Schub der Wahnbildung, weil die Pat. bald starb.

Was nun das Wesen der das klinische Bild beherrschenden Verstimmungen anlangt, so fehlt uns jeder Beweis dafür, dass sie schon vor Ausbruch der gegenwärtigen Erkrankung bestanden haben, jedoch können wir sie nicht sicher ausschliessen. Die Pat. wird als zweifellos psychopathische Persönlichkeit geschildert, welcher man wohl Affektschwankungen zuschreiben könnte; immerhin würden nur einigermassen gleichstarke wie in der Erkrankung von ihr angegeben werden. Wir müssen dann das Auftreten so starker, gut abgesetzter Verstimmungen, als zum Krankheitsbilde gehörig bezeichnen. Es ist aber damit nicht auch gesagt, dass, weil das Bild sich im Senium findet, diese Verstimmungen als senile zu bezeichnen wären. Sie haben nämlich, abgesehen von ihrem Auftreten

in dem Alter, kein Merkmal, das eine besondere Rubrifizierung rechtfertigen könnte. Es treten hier bei einer Psychopathin im Senium depressive Verstimmungen mit Angst auf.

Dennoch ist das Ensemble der sonstigen Störungen, die mit diesen Verstimmungen einhergehen und ihnen gefolgt sind, zu eigenartig, um ein einfaches Aufgehen in dem Begriff des Psychopathischen zuzulassen, hier arbeitet mehreres zusammen.

Schon der 2. Fall würde einer einfachen Subsummierung der Gesamtstörung unter diesem Begriff widersprechen; bei Frau M. hören wir nichts von Auffälligkeiten in der allerdings sehr dürftigen Anamnese; die Frau macht aber auch während der Beobachtungszeit keineswegs einen auf konstitutionelle Anomalie suspekten Eindruck. Den Vergleich der beiden Fälle hebt noch etwas anderes hervor: die Rolle des im 1. Fall ausgeprägten Unsicherheitsgefühls und der geringen Gewissheit in der Wahnbildung. Dies fehlt völlig im 2. Falle. Der Vergleich belehrt zugleich über die Ursache dieses verschiedenen Verhaltens und über die Norm in diesem Punkte; der zweite Fall hat sicher Intelligenzeinbusse, insbesondere Einschränkung der geistigen Regsamkeit; die Unsicherheit, als Reaktionssymptom intakt funktionierender Assoziationen, bleibt da aus.

Wenn aber, wie fast gewiss ist, in diesem anamnestisch recht unzulänglichen Fall, eine konstitutionelle Anomalie auszuschliessen ist, so ist schon deswegen, trotz aller Kongruenz, die strikte Zusammengehörigkeit beider Fälle fragwürdig.

Wir betreten damit das nosologische Gebiet. Die Fälle differieren durch das Plus an degenerativen Symptomen bei der Pat. L., durch das Plus an Gedächtnis- und Intelligenzsymptomen bei der Patientin M. Bei der ätiologischen Aporie aber müssen wir dann die Identität der Erkrankung als thema probandum ansprechen. Man könnte in den konstitutionellen und Demenzsymptomen Komplizierendes erblicken, — die Identität einer „Psychose“ in beiden Fällen behaupten. Es ist aber nicht statthaft, das gegebene Bild aus dem Ensemble der Störungen, innerhalb der es auftritt, zu isolieren. Insbesondere da, wie gezeigt, der erste Fall eine innige Verknüpfung anamnestischer Punkte mit gegenwärtigen Symptomen aufweist.

Es weisen in beiden Fällen auf das Senium hin: Das Entstehen des Bildes im hohen Alter, der Vorantritt seniler Beschwerden im Ideenensemble, die Dürftigkeit der Wahnbildung, der chronische Verlauf; — im Grunde bleibt das Entstehen im Senium der wichtigste Punkt. Bei der gestorbenen Pat. M. entsteht die Spätparanoia als Einzelphase in einem Prozess, der zur senilen Demenz führt, im Ablauf, als Phase eines

Demenzprozesses; dies kann besagen: die Demenz erfolgt in einem selbständigen Prozess, unabhängig von ihr entwickelt sich Spätparanoia als ebenso selbständiger Prozess, als Komplikation; oder: auf dem Boden eines Demenzprozesses, begünstigt von ihm, kommt es bei ihr zu einer Spätparanoia, die aber im übrigen ein selbständiger Prozess ist, oder gar die Spätparanoia ist das Einzelstadium, vielleicht Eingangsstadium des Demenzprozesses.

Was nun zunächst die Bezeichnung des Demenzprozesses zum Senium anlangt, so ist bereits hinreichend der Standpunkt entwickelt, dass das Senium nach klinischer Beobachtung einen günstigen Nährboden für seine Entwicklung stellt, dass er auch dort besondere Ablaufsbedingungen findet, dass er aber ätiologisch an sich nichts mit dem Senium zu tun haben kann. Ueber die Beziehung der Spätparanoia weiter zu diesem Demenzprozesse oder direkt zum Senium, im Falle der gestorbenen Pat. M., erlaubt zwar die mangelnde Anamnese kein sehr bestimmtes Urteil. Immerhin ist mit Wahrscheinlichkeit, die an Gewissheit grenzt, anzusetzen: Der Demenzvorgang ist, da er so oft ohne solche Paranoia abläuft, ein genuiner Prozess sui generis, begünstigt von ihm entwickelt sich bei den schon disponierten oder kranken ein besonderes psychotisches Bild, das auch ohne gerade die Begünstigung sich entwickeln kann, das von diesem Nährboden un wesentliche Merkmale annimmt. Es liegt eine Psychosenkomplikation vor, falls man überhaupt den organischen Demenzvorgang eine Psychose nennen will.

Bei der Pat. L. wird das gleiche Bild gezeigt. Hier fehlt völlig der schwere Demenzprozess. Eine alte Krankhaftigkeit findet im Senium guten Nährboden, neue Wachstumsbedingungen, sie kann zu floriden Bildungen kommen, eben zu etwa derselben Spätparanoia wie der des Demenzprozesses.

Wir resümieren: das Senium, sei es mit schweren, organischen Veränderungen, sei es ohne solche, stellt günstige und eigenartige Bedingungen für die Entwicklung und Exazerbation psychotischer Prozesse; diese sind aber selbst nicht hinreichend gebunden an das Senium, um als senile Prozesse spezifischer Art zu gelten.

Es dürften sich Fälle, wo es zur Entwicklung einer alten Erkrankung im Senium kommt, beliebig vermehren lassen. Wir werden eine Dementia paranoides, bei der sich eine Tabes findet, nicht einmal dann eine tabische Psychose nennen, wenn sich die Wahnbildung besonders die neuritischen Beschwerden zum Gegenstande macht.

Geläufig ist das Vorkommen von manisch-depressivem Irresein bei Lues cerebri, ohne aber, dass man sich gedrängt fühlte, dieses da als luetische Psychose aufzufassen.

Wernicke trieb die Konsequenz auf die Spitze; er sprach von manisch-depressivem Irresein bei Paralyse. Immerhin: wenn zugestandenermassen die Affektpsychose nichts mit der Hirnlues zu tun hat, warum mit der Paralyse? Warum „begünstigt“ nicht auch die Paralyse nur diese Psychose, und kompliziert sie mit Demenzsymptomen, und ebenso die „senile Hirndegeneration“ irgend sonstige Psychosen, für die Bereitschaft besteht? Die wirkliche Aetiologie ist noch weit im Felde, und, bei aller Anerkennung des praktischen Wertes der ätiologischen Systematik, verlangt die Konsequenz und Vorsicht zu sagen: wenn überhaupt dieses oder jenes Irresein ausserhalb der Paralyse usw. vorkommt, so kann es auch nur bei ihr, begünstigt von ihr, vorkommen. Eine Pleuritis bleibt Pleuritis, auch wenn sie durch Karzinom bedingt ist, eine Pneumonie bei Tuberkulose ebenso wie mit Fränkels Pneumokokken stets Pneumonie. Die Demenzsymptome sind hier als komplikatorische anzusehen, ebenso wie die Symptome von Seiten des Projektionssystems. Das Nebeneinander und Sichbedingen zweier oder mehrerer selbständiger Erkrankungen ist im einzelnen Falle zu untersuchen.

Es wird mit all diesen Bemerkungen und Demonstrationen nur dies bezeugt: anzuregen, die Behauptung des „Senilen“ im Einzelfall exakt klinisch zu belegen. Die nach „Alterserkrankungen“ des Gehirns — diffuser und zirkumskripter Hirnatrophie — auftretenden psychischen Störungen sind ebensowenig „senile“ Störungen wie die nach „Alterserkrankungen“ anderer Organe auftretenden, die nach Katarakt, Herz-, Nierenkrankheiten, ebensowenig wie diese Erscheinungen selbst Alterserkrankungen sind.

„Alterspsychose“ ist der Ausdruck für eine Erkrankungsform, die sich im Alter findet, deren Wesen und Aetiologie unbekannt ist, die aber mit dem Alter wesentlich und ätiologisch so wenig zu tun hat, wie das Jugendirresein mit der Jugend, das klimakterische Irresein mit dem Klimakterium, die Haftpsychoosen mit der Haft. Die Diagnose der senilen Geistesstörungen, auch der echten senilen Demenz, ist nur eine provisorische Vordergrunds- und Eindrucksbemerkung, der man mit dem Fortschritt der klinischen Kritik und Analyse wird entraten können.

---