

I.

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Königlichen Charité.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer.)

Paranoide Psychosen im höheren Lebensalter.

Von

Dr. Seelert,

Assistent der Klinik.

Inhaltsübersicht.

Einleitung. — Krankheitsgeschichten (1—12). — Wahnbildung (Wahnrichtung und Wahnmaterial). Verschiedene Faktoren der Wahnbildung. — Unangenehme Geschmacks- und Geruchsempfindungen. — Verschiedene Genese gleicher Wahnausserungen; Differentialdiagnose gegenüber schizophrenen Symptomen. — Beziehungen der Gehörstäuschungen zur Wahnbildung. — Motilität und Wahnbildung. — Einheitlichkeit der Wahnfabel. — Auswahl der Erlebnisse für die Wahnbildung. — Krankhafte Eigenbeziehungen, pathologische Urteile, Erinnerungsfälschungen und retrospektive Missdeutungen. — Grössenvorstellungen. — Systematisierende Verknüpfung der Wahnvorstellungen. — Gehörstäuschungen (Realitätsurteil). — Wahnhandlungen. — Affektivität (Misstrauen, affektive Veranlagung). — Motorisches Verhalten. — Intellektuelle Funktionen. — Körperliche Krankheitssymptome. — Beginn und Verlauf der Psychose. — Heredität. — Ähnliche Krankheitsfälle in der Literatur. — Häufigkeit der Arteriosklerose bei diesen Psychosen. — Was für ein Krankheitsprozess liegt vor? — Akute paranoide Zustandsbilder bei Arteriosklerose. — Beziehungen der affektiven Veranlagung zum Symptomenbild der Psychose.

In der vorliegenden Arbeit ist der Versuch gemacht worden, paranoide Psychosen des höheren Alters, die nach ihrer Symptomatologie und ihrem Verlauf eine eigene nosologisch umgrenzbare und bestimmbare Krankheitsform darzustellen scheinen, ausführlicher zu beschreiben, ihre symptomatologischen Eigenarten hervorzuheben und die Gesichtspunkte zu erörtern, die bei einem Versuch nosologischer Differenzierung Beachtung erfordern.

Die Tatsache, dass unter den wahnbildenden Psychosen des höheren Alters Erkrankungen vorkommen, die sich herausheben aus der grossen Masse der paranoiden Psychosen, ist lange bekannt, ist von Kraepelin, der einzelne Formen als präsenilen Beeinträchtigungswahn und senilen Verfolgungswahn geschildert hat, hervorgehoben worden.

Es ist hier versucht worden, die zur Diskussion stehenden Psychosen nach Krankheitserscheinungen gemeinsamer pathologischer Grundlage zu durchforschen und soweit wie möglich abzusehen von Erscheinungen, die sich als Ausdruck einer allen Psychosen und allen Erkrankungen eigenen Variabilität ergeben haben. Die Folge davon ist, dass wir uns hier nicht auf äusserlich einander vollkommen gleiche oder doch im hohen Masse ähnliche Krankheitsfälle beschränken konnten, sondern auch solche Fälle berücksichtigen und unserer Untersuchung zu Grunde legen mussten, die in manchen Punkten von einander abweichen, sei es, dass sie Differenzen in der Symptomengestaltung zeigen, sei es, dass sie durch einen nicht vollkommen gleichen Krankheitsverlauf variieren. Wenn nur gemeinsame Grundzüge nachweisbar sind, so brauchen wir uns nach Erfahrungen auf anderen Gebieten der klinischen Psychiatrie nicht davor zu scheuen, einen gemeinsamen Krankheitsprozess anzunehmen, auch wenn Symptomatologie und Verlauf mancherlei Variationen aufweisen.

Wir sind noch weit davon entfernt, die Frage nach der Nosologie dieser paranoiden Psychosen des höheren Alters mit Sicherheit beantworten zu können, vielleicht ist aber die Betrachtungsweise, die hier versucht wurde, geeignet, einen Weg zu weiterer Erkenntnis dieser Psychosen zu bieten.

Die Zahl der hier beschriebenen Krankheitsfälle ist klein im Vergleich zu der allen Psychosen eigenen Variationsbreite, die auch bei diesen paranoiden Erkrankungen existiert. Das Resultat der Untersuchung stützt sich nicht allein auf die wenigen hier mitgeteilten Krankheitsgeschichten, sondern auch auf weitere Erfahrungen an anderen hierher gehörigen Krankheitsfällen, die zum Teil ebenfalls in der Klinik beobachtet wurden, zum andern Teil nur in poliklinische Behandlung kamen. Von den hier beschriebenen Krankheitsfällen wurden 7 in der psychiatrischen Klinik zu Breslau, 5 in der psychiatrischen Klinik der Charité in Berlin beobachtet; 2 von diesen befinden sich zur Zeit noch hier in der Klinik, 3 von den Kranken wurden nach der Behandlung nach Hause entlassen, die anderen in Heil- und Pflegeanstalten überführt.

Die Krankheitsgeschichten sind absichtlich ausführlich gehalten, einige ausführlicher als es für die Lektüre der Arbeit angenehm sein mag; es erschien dieses notwendig und bei der Absicht, eine eingehende Schilderung des Symptomenbildes zu geben, unvermeidlich. Von der Anfügung von Auszügen aus den Krankheitsgeschichten, von kurzen Uebersichtsschilderungen wurde abgesehen, weil es meines Erachtens unmöglich ist, diese so zu gestalten, dass durch sie ein übersichtliches und verständliches Bild von den Psychosen gegeben wird,

und weil für jeden, der sich ein Urteil über die Art der Krankheitsfälle machen will, die Durchsicht der ausführlichen Krankengeschichten doch unerlässlich ist. Trotz der schon vorhandenen Länge der Krankengeschichten, werden doch noch mancherlei Lücken erkennbar sein, deren Ausfüllung im Interesse der Erforschung der Krankheitsbilder wünschenswert wäre. Bei der Bearbeitung stellte es sich heraus, dass namentlich die Krankengeschichten der zuerst beobachteten Fälle hier und da Lücken aufweisen. Es wird das verständlich, wenn man berücksichtigt, dass die Fragestellungen, die bei der Bearbeitung des Materials auftauchen, mit der Zahl der beobachteten Fälle und mit der Summe der beobachteten Einzelheiten zahlreicher werden und an Umfang zunehmen. Die wesentlichen und für das klinische Verständnis der Erkrankung in Betracht kommenden Tatsachen werden aber doch wohl in allen Krankengeschichten zum Ausdruck gebracht sein.

Krankheitsgeschichten.

1. Karoline Hem., 73 Jahre alt. Familienanamnese ohne Besonderheiten. Etwa 29 Jahre alt Heirat. Mann war Bademeister. 11 Kinder, von denen 8 gestorben sind. Letzte Entbindung im Alter von 43 Jahren. Später Gallensteine, einmal Gelbsucht. 66 Jahre alt Rippenfellentzündung. In den letzten 6 Jahren kurze Schwindelanfälle, in den letzten Monaten vor Aufnahme über Kopfschmerzen geklagt.

Nach Angabe ihrer Tochter hat Patientin schon in ihrer Jugend Eigenarten des Affektlebens gezeigt. Sie war unverträglich, vertrug sich nicht mit ihren Geschwistern, stand seit langem ausser Verkehr mit ihnen. Sie konnte recht zornig werden, prügelte viel ihre Kinder, stiess sie mit Füßen, schlug ihre 29jährige Tochter, war herrschsüchtig ihrem Manne gegenüber. Bei derartigen Erregungszuständen hat sie öfter geäussert, sie werde sich noch mal das Leben nehmen, soll auch vor 30 Jahren Erhängungsversuch mit Handtuch gemacht haben. Nach Tod des Mannes und der erwachsenen Söhne, etwa seit 15 Jahren, pekuniäre Schwierigkeiten. Seit Verheiratung ihrer Tochter, vor 7 Jahren, wohnt Patientin allein. $\frac{1}{4}$ Jahr danach begannen ihre Klagen über Beeinträchtigungen durch Hausbewohner. Zunächst beschränkten sich die Klagen auf Eigentumsverluste. Sie werde bestohlen, Butter und Zucker werde ihr genommen, die Federn würden aus den Betten geholt. Später Klagen über Belästigungen durch Dunst und Pulver. Fürchtete für ihr Leben, hat nichts mehr gekocht, ging nachts mit Licht in der Wohnung umher, sass mitunter die halbe Nacht am Fenster. Beschwerzte sich auf der Polizei, setzte durch, dass ein Beamter in ihre Wohnung kam, wischte oft den Fussboden ab, verstopfte die Ritzen hinter den Fussbodenleisten mit Lumpen. Wechselte oft ihre Wohnung, zuletzt alle paar Monate.

30. 6. 11 Aufnahme in die psychiatrische Klinik in Breslau. Patientin schildert mit grosser Bereitwilligkeit ihre Erlebnisse. In einer ihrer früheren

Wohnungen habe sie einmal bemerkt, wie ein Draht ins Schlüsselloch ihrer Tür gesteckt wurde. Damals seien ihr Sachen aus ihrer Wohnung fortgekommen. Sie habe sich daher ein Vorlegeschloss an die Stubentür und ein Schloss an die Brotkisten anbringen lassen, seitdem sei ihr nichts mehr gestohlen worden. Habe nie herausbekommen, wer sie bestohlen hatte, habe sich aber gedacht, es müssten doch Leute sein, die in der Wohnung Bescheid wissen.

In einer anderen Wohnung habe dann die Belästigung durch den Dunst angefangen, diese sei bis heute geblieben. Sobald sie allein in der Wohnung war, sei der Dunst gekommen, war das Dienstmädchen dabei, so sei kein Dunst gewesen. Wenn der Dunst ins Zimmer komme, habe sie gar keine Luft, ihr Gesicht werde feuerrot, der Angstschweiss laufe ihr herunter, in den Ohren sause es, auf dem Scheitel sei es heiss. Im Munde sei ein ekliger Geschmack, auf dem ganzen Körper spüre sie ein Jucken, die Augen würden rot, sie habe ein Gefühl, als ob Sand in den Augen sei, habe Schmerzen im Leibe. Ausserdem werde sie, namentlich in der letzten Zeit viel durch „Pulvern“ belästigt. Früher sei Kalkstaub mit Schweinfurter Grün ins Zimmer gestreut worden, jetzt sei es ein anderes Pulver. Ihre ganzen Sachen seien voll Kalkstaub gewesen. In der letzten Wohnung sei die Wand ganz grau vom Dunst gewesen. Um sich zu schützen, habe sie mit Oel eingefettete Watte in die Ohren und Nase gesteckt. Dann habe das Sausen im Kopf nachgelassen; sie habe zu gleichem Zweck den Kopf mit Handtüchern eingehüllt. Wenn es gar zu schlimm wurde, sei sie aus der Wohnung gegangen, sobald sie an die Luft kam, „war alles gut“. Niemals sei sie durch Lärm belästigt worden. Die Beeinträchtigungsvorstellungen werden in ein einfaches System gebracht, teils mit retrospektiven Fälschungen.

Der Urheber des Dunstes sei der Schwiegersohn. Vor 4 oder 5 Jahren habe sie sich mit Schwiegersohn und Tochter erzürnt, habe 4 Jahre lang gar nicht mit ihnen gesprochen. Seit April habe sie die Kinder wieder besucht, doch seitdem sei immer so etwas Gezwungenes in ihrem Verkehr gewesen, sie fühlte sich zurückgesetzt von den Kindern, in ihren Aeusserungen und ihrem Benehmen habe sie vieles gefunden, das sie kränkte. Jetzt angenommen, dass der Schwiegersohn sie um die Ecke bringen wollte, da sie ihm, der Prokurist ist, nicht mehr fein genug sei. Leute ohne Geld könnten jedenfalls den Dunst nicht machen, das koste Geld. Der Schwiegersohn solle, wie ihr ein Herr gesagt habe, ein monatliches Einkommen von 1000 Mark haben; ein anderer Beweis, dass der Schwiegersohn den Dunst mache, sei es, dass er sich gegen ihre Anschuldigungen garnicht verteidige, sondern höhnisch lache. Als sie jetzt bei der Tochter wohnte, habe sie auch dort den Dunst bemerkt, damit habe sie einen weiteren Beweis, dass der Schwiegersohn es veranlasse.

Bei gespannter Aufmerksamkeit machte sie allerlei verdächtige Beobachtungen; sie habe „aufgepasst wie ein Hase“, bemerkt, dass der Schwiegersohn immer Bewegungen mit der Hand machte, als wenn er etwas ins Zimmer streute, und dann sei hinterher der Dunst gekommen.

Patientin behauptet immer wieder die Objektivität ihrer Wahrnehmungen, sie könne alles beschwören mit gutem Gewissen, werde den Schwiegersohn vor Gericht verklagen, allen den Eid zuschieben.

Grosse Lebhaftigkeit der Schilderung. Demonstriert die verdächtigen Handbewegungen des Schwiegersohns. Adäquater Affekt. Patientin weint, klagt, drückt ihre Entrüstung aus, dass sie von den Kindern schlecht behandelt werde, die Belästigungen zu ertragen habe.

In der Klinik in den ersten Tagen recht zufrieden, freundlich gegenüber den Aerzten, keine Klagen über Belästigungen. Sie traue es aber ihrem Schwiegersohn zu, dass er den Arzt dazu bestimmt, es auch hier mit ihr ebenso zu machen.

Störungen auf intellektuellem Gebiet fanden sich bei der Patientin nicht. Ihre Merkfähigkeit war gut; zeitlich war sie gut orientiert. Sie ist eine kleine, für ihr Alter recht rüstige Frau, in gutem Ernährungszustande. Leichte Sklerose der Radialarterien. Herz ohne pathologischen Befund. Harn eiweissfrei. Beiderseits Katarakt. Visus rechts Handbewegungen auf $\frac{1}{2}$ m, links auf 1 m.

Eine Woche nach Aufnahme in die Klinik Aenderung der Stimmungslage, unzufrieden, öfter Klagen, dass sie ihre Sachen nicht recht bekomme, habe ein Gefühl, als ob Sand in den Augen wäre.

Allmähliche Zunahme der Körpermissempfindungen, klagt entrüstet, schimpft, dass sie von den anderen Kranken an den Beinen bespritzt werde, dass ihr scharfes Zeug in die Augen gestreut werde, merke es von Tag zu Tag mehr. Verlangt energisch ihre Entlassung, werde Tag und Nacht mit dem weissen Zeug beworfen von Kranken und Pflegerinnen. Schüttelt ihre Bettdecke. Auch hier geschehe es auf Veranlassung ihres Schwiegersohnes. Tageweise zufrieden, freundlich, Neigung zum Scherzen.

27. 9. 11. In Provinzial-Anstalt Rybnik, von hier am 12. 7. 13 nach Provinzial-Anstalt Brieg. In Rybnik gleich am ersten Abend Klagen über Belästigungen, Sand und Mehl werde ihr in die Augen gestreut. Bekommt Streit mit ihrer Nachbarin, schimpft.

In den nächsten Monaten häufiger Wechsel zwischen Verstimmungen, in denen sie schimpfend ihrer Entrüstung Ausdruck gibt, über unangenehme Körperempfindungen, die von ihr als Folgen der Belästigungen durch Personen der Umgebung gedeutet werden. Die Aerzte lieferten das Pulver, und steckten mit den Pflegerinnen in dieser Beziehung unter einer Decke. Schimpfend gibt sie ihrer Entrüstung darüber Ausdruck, äussert den Wunsch von der Station fortzukommen, da sie soviel auszuhalten habe. Unverträglich, beschuldigt Pflegerinnen und Kranke, dass sie „pulvern“. Herrschsüchtig auf der Station. Hinter dem Ofen liege ein Sack, der von Pulver gefüllt sei, das Pulver werde nachts ausgestreut, damit die Luft schlecht werde. Zeitweise ist die Kranke, wenn sie nicht unter Beschwerden zu leiden hat, freundlich und gesprächig. Bis Anfang Februar 1914 blieb das Krankheitsbild unverändert. Hier findet sich in der Krankengeschichte die Notiz, dass ein Intelligenzdefekt nicht vorliege, Patientin leide an schwerer Arteriosklerose, an Beklemmungen und Sensationen in der Herzgegend, die sie im Sinne ihrer Ideen deutet, wenn diese nachlassen, sei sie ruhig und freundlich.

2. Rosina W., geb. 14. 1. 1835, 77 Jahre alt. War zweimal verheiratet. Der erste Mann, Bauerngutsbesitzer, starb nach 10jähriger Ehe. Aus dieser 5 Kinder. Im Alter von 47 Jahren zum zweiten Male geheiratet, zweite Ehe geschieden.

Aus den Akten der Breslauer städtischen Armenverwaltung und den Ehescheidungsakten entnehme ich folgende Daten: Der Ehemann kaufte die der Patientin gehörenden mit Schulden belasteten Grundstücke und verpfändete sie; da er nicht zahlen konnte, kam Patientin um ihr Vermögen. 1883 wurde die Ehe nach $\frac{3}{4}$ jährigem Bestehen geschieden, der Mann für den allein schuldigen Teil erklärt. In dem Urteil ist als Scheidungsgrund dringende Vermutung der verletzten ehelichen Treue angegeben. Nachher Prozess mit geschiedenem Ehemann wegen Unterhaltungsansprüchen, in dem der Mann verurteilt wurde; er leistete Offenbarungseid. Einen anderen Prozess führte die Patientin mit ihrer Mutter. 1889 wurde Patientin wegen Diebstahls mit einer Woche Gefängnis bestraft.

Nach der Scheidung betrieb Patientin einen Kleinhandel. 1891 richtete sie an den Magistrat ein Gesuch um Armenunterstützung, begründete es damit, dass sie unverschuldet durch die Betrugereien ihres Mannes in Not geraten sei. Gesuch wurde abschlägig beschieden. Seit 1899 erhielt sie Armenunterstützung. 1899 wandte sie sich an den Magistrat mit der Bitte um Gewährung des Armenrechts zur Prozessführung. Sie wollte ein Darlehn aus dem Jahre 1880/83 einklagen und gegen den derzeitigen Inhaber der ihr früher gehörenden Grundstücke den Prozess führen wegen „Besitzstörung“. 1903 bat sie um amtliche Befragung ihres im Pflegehause untergebrachten geschiedenen Mannes, ob er noch Geld besitze. Er solle hinter einer Leiste im Zimmer Geld versteckt haben. Eine Frau, bei der ihr Mann früher wohnte, habe Wertpapiere und Sparkassenbücher hinter der Leiste versteckt gesehen. 1904 reichte sie an den Magistrat ein Gesuch ein mit der Bitte, um Auszahlung der aus dem Vermögen ihres geschiedenen Ehemannes gepfändeten und ihr wegen rückständiger Unterhaltungsbeträge zustehenden Summe. 1911 Gesuch, ihr zur Wiedererlangung ihrer Grundstücke zu verhelfen.

Nach den Angaben ihrer Nichte beantragte Patientin gleich nach ihrer zweiten Trauung die Scheidung, weil ihr Mann ihr erklärte, er wolle zusammen mit ihrer 17jährigen Tochter leben. Die Beeinträchtigungsvorstellungen begannen bald nach der Scheidung hervorzutreten. Sie richteten sich von Anfang an gegen den Ehemann, umfassten dann Verwandte und Hausbewohner. Ihr geschiedener Mann schicke Gesandte aus, die ihr keine Ruhe liessen; er bezahle die Pulvermacher, die sie belästigen, ihre Verwandten sollten beauftragt werden, sie umzubringen. In den letzten 10 Jahren Klagen über Belästigungen durch giftiges Pulver. Sie solle umgebracht werden durch „medikamische Stöckeln“. Diese sehen aus wie Strohhalme, sässen in den Oeffnungen der Zimmerdecke und entleerten giftiges Pulver. Hielt in letzter Zeit ständig die Fenster offen, damit das Pulver abzüge. Verlangte, dass der Klempner komme und die Löcher, durch die das Pulver hinab komme, verstopfe. Sie ersticke von dem Pulver. Klopfte nachts öfter mit dem Besenstiel an die Decke,

„dass die Aester nicht so stöbern“. Um sich zu schützen, legte sie sich nasse Tücher auf den Kopf, schlief seit Jahren nicht mehr im Bett, ausser wenn eine Verwandte vorübergehend zu Besuch war, gab manchmal der Wohnungsnachbarin 20 oder 30 Pfennig und bat sie, sie für die Nacht zu beherbergen. Schlief in Tücher gehüllt unter einem aufgespannten Regenschirm auf dem Sofa, verkroch sich am Tage in einem Schrank, in dem sie sich ein Sitzbrett hatte anbringen lassen. Wechselte jährlich 3 oder 4 mal die Wohnung, ging öfter auf die Polizei um sich Hilfe gegen die Belästigungen zu holen.

24. 9. 11. Aufnahme in die psychiatrische Klinik in Breslau. In der Klinik schilderte Patientin sehr ausführlich, stets in der gleichen Weise, ihre psychotischen Erlebnisse. Eine Tischlerfrau L., die über ihr wohnte, habe zuerst angefangen mit dem Schweinfurter Grün zu pulvern, in ihre Zimmerdecke habe sie Löcher gemacht und durch diese das Pulver hindurch gestreut. In der nächsten Wohnung sei es ein 15jähriger Junge gewesen, der das Pulvern besorgt habe. Er sei vollständiger Meister darin gewesen; dieser Junge sei dann immer nachgezogen, so oft sie die Wohnung wechselte, manchmal sei auch Rauch durch die Zimmerdecke hindurch gekommen, was sie an dem Zischen und Knistern gemerkt habe. Durch die Wirkung des Pulvers sei ihr ganzer Körper geschädigt worden. In Schultern, Armen, Rücken, Füßen und im Innern der Brust habe sie Schmerzen, die Augen brennen, sie sei fast blind geworden. Immer bekomme sie keine Luft, habe ein Gefühl, als ob sie ersticken müsse, bekomme Husten, namentlich dann, wenn das Pulver in die Essware, ins Mehl und ins Salz gestreut worden sei. Nur in ihrer Wohnung und nur dann, wenn sie allein war, habe sie darunter zu leiden gehabt. Sobald sie aus der Wohnung herausging oder Besuch hatte, habe das Pulvern aufgehört, um sogleich von neuem anzufangen, wenn sie wieder allein war. Auf den Dielen des Zimmers habe das Pulver gelegen, es habe fettig glänzend ausgesehen. Auf den Kleidern und Betten bleibe das Pulver nie liegen, dort entstanden sofort Löcher, durch die es hindurchfalle. Wenn sie etwas von ihren Sachen auswasche, werde das Wasser ganz schwarz von dem Pulver. Einmal sei eine Nadel durch die Zimmerdecke hinabgekommen, habe in ihr Bett gespiessst und sei wieder hinaufgezogen worden. In einer Punschterrine habe sie eines Tages eine scharfe Patrone gefunden.

Auch andere verdächtige Beobachtungen habe sie an ihren Sachen gemacht. Ihre Schlösser und Körbe seien geöffnet, ihre Sachen teils gestohlen, teils mit alten schlechteren vertauscht worden.

Die Beeinträchtigungsvorstellungen werden in einheitlicher Weise systematisiert. Es ginge darauf hinaus sie tot zu machen. Angefangen damit habe der geschiedene Ehemann und dessen Geschäftsfreund, sie wollten sie um den Besitz ihres Vermögens bringen. Nach dem Tode des Ehemannes besorge alles der Geschäftsfreund, der die Leute für das Pulvern bezahle. Der geschiedene Ehemann habe ihr das Genick brechen wollen, habe den Hund auf sie gehetzt, den er nur zu diesem Zweck gekauft habe. Aus Angst sei sie daher von dem Manne fortgegangen. Habe viel Prozesse geführt. Auch der Herr Rat auf dem Gericht sei mit jenen im Einverständnis, denn sonst wäre es doch nicht

möglich, dass der Inhaber ihrer Grundstücke, der doch eigentlich ihr Verwalter sei, auf den Grundstücken sitze. Sie habe eine Vorladung vom Magistrat bekommen, es sei ihr gesagt worden, der geschiedene Mann habe Geld gebracht zur Zahlung der rückständigen Unterhaltungsgelder. Das Geld liege jetzt auf der Bank.

Die Patientin schenkt den Aerzten ihr volles Vertrauen, drückt die Hoffnung aus, dass diese ihr behilflich sein werden, zu ihrem Recht zu kommen, ihre Grundstücke und ihr Geld wieder zu bekommen. Sie verspricht, dass sie alles bezahlen werde, was ihr Aufenthalt in der Klinik kostet, dass sie auch die Aerzte reichlich beschenken werde, wenn sie erst wieder das Geld habe. Sie spricht ihre Freude darüber aus, dass sie in der Klinik vor den Belästigungen durch die Hausbewohner Ruhe habe. Sie ist dankbar für jede Gelegenheit, die ihr zur Aussprache gegeben wird. Sie spricht recht lebhaft mit adäquaten Ausdrucksbewegungen. Bei der Exploration gerät sie in gehobenen Affekt, der der Hoffnung auf baldige Aenderung ihrer pekuniären Verhältnisse und der Freude über das Misslingen der Anschläge ihrer Verfolger entspringt. Freudiger Stolz zeigte sich bei der Schilderung der Schutzmassregeln, die sie sich ersonnen und angewandt hat. Niemals spricht sie mit Groll und Zorn über ihre Feinde, die dauernde Hoffnungsfreudigkeit über den Ausgang ihrer Sache liess andere Affekte nicht aufkommen. Dass aber auch andere Affekte anklingen können, zeigte sich bei dem später auftretenden Drängen der Patientin auf Entlassung. Einmal kam es dabei zu einem kurzen aber schweren zornmütigen Erregungszustand, indem die Patientin schreiend und gestikulierend ihr Recht verlangte.

Oertlich und zeitlich war die Patientin während ihrer Behandlung in der Klinik orientiert. Die Reduktion der Merkfähigkeit ging nicht über das für ihr Alter physiologische Mass hinaus, auch über Vorgänge der jüngeren Vergangenheit war sie ganz gut orientiert. Keine Erinnerungsfälschungen, Konfabulationen ausserhalb des Beeinträchtigungssystems. Die Angaben ihrer Lebensdaten stimmten mit dem aus den Akten gewonnenen Material überein.

In der Klinik keine Klagen über Belästigungen, kein weiterer Ausbau der Beeinträchtigungsvorstellungen, auch die Detention wurde, solange Patientin in der Klinik war, nicht missdeutet.

Die körperliche Untersuchung ergab die Zeichen vorgerückten Alters: gebeugter Rücken, atrophische Kiefer, zahnloser Mund. Emphysem. Beiderseits Katarakt, alte Hornhautnarben; hochgradig herabgesetzte Sehschärfe, rechts Fingerzählen auf 180 cm, links Handbewegungen auf 2 m. Mässige Sklerose der Radialarterien. II. Aortenton sehr laut. Pupillen eng, rechts > links, beide reagieren auf Licht und Konvergenz, r. Patellarreflex wegen Ankylose des Kniegelenkes nicht auszulösen, sonst Sehnen- und Hautreflexe, Motilität und Sensibilität normal. Für ihr Alter recht rüstiges und frisches Wesen, flott in ihren Bewegungen, nichts Abnormes auf psychomotorischem Gebiet.

1. 4. 12 Ueberführung in Provinzialirrenanstalt Leubus. War auf dem Bahnhof in Breslau sehr erregt, weil sie sich in ihrer Hoffnung, nach Hause gebracht zu werden, getäuscht sah. Auch in Leubus blieb das Zustandsbild bis Februar 1914, soweit ich aus der Krankheitsgeschichte sehe, das gleiche.

Patientin spricht gern und viel stets mit der gleichen Lebhaftigkeit von ihren vermeintlichen Besitzungen. Drängt ständig auf Entlassung, sie müsse auf ihr Gut, habe Verluste, wenn sie nicht hinkomme, wolle zum Magistrat gehen, um Miete zu zahlen. Aeusserte einmal, der liebe Gott habe ihr nachts die Mutter geschickt und ihr durch diese sagen lassen, sie solle bezahlen. Der Arzt sei schuld, wenn sie verklagt werden sollte. An der Vorstellung, wertvollen Landbesitz zu haben, hält sie fest, steigerte im Laufe der Zeit ihre Angaben von dessen Wert, sie habe ein Besitztum von 17000 Mark, von 50000 Mark. Das hohe Selbstgefühl scheint in letzter Zeit immer stärker zum Ausdruck gekommen zu sein. Februar 1914 äusserte sie, ganz Leubus würde eine grosse Gnade haben, wenn sie entlassen würde. Oft sehr laut mit ihrem Drängen auf Entlassung, mit dem sie sich auch an die Pflegerinnen wendet. Hält sich sauber, behilflich auf der Station.

3. Wilhelmine Bry., geb. 19. 9. 1859. Früher Dienstmädchen, dann Wirtschaftlerin, jetzt Aufwärterin. Auf den einzelnen Stellen einige Monate bis mehrere Jahre, zuletzt 6 Jahre bei einem einzelnen Herrn. Ihre Mutter ist nach Angabe der Patientin etwas heftig gewesen. 1903 Heirat. Ein Kind vor der Ehe. Seit 3 Jahren Menopause. Nach Angabe des Ehemanns (Trinker) wurde Erkrankung 1909 manifest mit Beeinträchtigungsvorstellungen, unangenehmen körperlichen Empfindungen, gegen die sie sich auf mancherlei Weise zu schützen suchte. Sie klagte darüber, dass die Nachbarn Löcher in die Wand bohren, dass sie dauernd das Geräusch von Bohren und Hämmern höre. Die Leute arbeiten an ihr mit Elektrizität, Aerzte wollen Versuche an ihr machen. Auf der Strasse blieb sie stehen, sah die vorübergehenden Leute an, glaubte in Fremden Bekannte wiederzuerkennen. In letzter Zeit Verschlimmerung des Leidens. Schief gewöhnlich erst gegen Morgen ein.

3. 7. 12 Aufnahme in die psychiatrische Klinik der Charité. Patientin schilderte lebhaft ihre psychotischen Erlebnisse. Vor 3 Jahren habe der Aerger in der Wohnung angefangen. Sie hatte damals vielleicht abnorme Gehörswahrnehmungen, Akoasmen, die als beabsichtigte Belästigungen von seiten der Hausbewohner gedeutet werden. Sie hörte Klopfen gegen die Tür, Hammerschläge gegen die Wand, von unten gegen den Fussboden. Das Klopfen sei so stark gewesen, dass die Fussbodenleisten absprangen, dass der Kalk von den Wänden fiel. Später Phoneme, registrierende und kritisierende in Zusammenhang mit ihrem augenblicklichen motorischen Verhalten: jetzt ist sie in der Stube, jetzt wäscht sie sich, jetzt macht sie die Betten. Aus diesen Phonemen hat sie den Schluss gezogen, dass die Hausbewohner sie beobachten und ihre Verhältnisse ganz genau kennen. Sie hörte auch Drohungen und Beschimpfungen: das Aas, das Aas, das Aas muss verrecken, das Biest, das Biest kann ja nischt machen. Das Weibstück, das Weibstück, man kann ihr nichts machen. Zahlreiche Missempfindungen auf taktilen Gebiet, die in gleichem Sinne gedeutet werden. Im Gesicht und auf den Armen sei sie mit Körnern und Puder bestreut worden. Im Gesicht und auf den Kopf habe sie davon lauter Eiterbeulen gehabt, die Augen haben gebrannt, seien vereitert gewesen, dass sie nicht sehen konnte. Die Backe sei ganz eingedrückt gewesen, so dass die Knochen hervortraten. An

den Schamlippen seien Geschwüre gewesen, sie habe gefühlt, dass sie bestrahlt wurde, ein schmerzhaftes Kribbeln gehabt. In die Geschlechtsteile und namentlich in die Ohren seien die Strahlen hineingekommen. Sie schildert im Zusammenhang mit den unangenehmen Hautempfindungen auch optische Sinnesempfindungen, die vielleicht auf Erinnerungsfälschungen und Missdeutungen beruhen. Alles sei ihr bepudert und mit Körnern bestreut worden. „Spind und Tisch konnte ich hundertmal abwischen, es war alles voll Körner!“ In ihre Sachen seien Löcher von den Strahlen gebrannt worden, die Möbel seien durch die Strahlen verdorben worden. Sie habe die Körner gesehen und ihrem Mann gezeigt, habe bei der Bestrahlung ein rotes Licht gesehen.

Die Leute hätten ihr auch Körner in die Essware gestreut. Das Brot habe bitter geschmeckt wie Galle, die Zähne seien ihr ausgefallen, sie habe schliesslich in einem Geschäft nichts mehr kaufen können, denn in allem seien Körner gewesen.

Einzelne Eigenbeziehungen: Als sie 1911 umzog, sei dauernd eine schwarze Dame mit Begleitung von Frauen, Männern und Kindern gefolgt.

Stets seien diese Belästigungen am schlimmsten in ihrer Wohnung und nachts gewesen, aber auch ausserhalb der Wohnung hätten sie nicht ganz aufgehört. Sobald sie in die Wohnung kam, sei es losgegangen. Sie hörte ein Knipsen, ein Geräusch, wie von einer Maschine, sei dann beobachtet, besprochen und in der angegebenen Weise belästigt worden.

Um Ruhe und Schutz zu finden hat sie in lebhafter Weise darauf reagiert; sie stellte die Hausbewohner zur Rede, beschwerte sich bei der Polizei, ersann und gebrauchte eine Menge von Schutzmassregeln, namentlich gegen die lästigen Hautempfindungen. Bei ihrer Aufnahme in die Klinik hatte sie Glasscherben in den Gehörgängen, trug eine in einen Beutel genähte Glasplatte vor der Vulva. Sie ist in letzter Zeit wiederholt umgezogen. Sie habe sich zu Hause Kopf und Gesicht dauernd mit kaltem Wasser kühlen müssen; habe die Hände in Sand gesteckt, die Augen verbunden, den Kopf umwickelt, den Körper mit Zeitungspapier abgewischt, gebadet, ihn mit Franzbranntwein eingerieben, auf dem Rücken eine Glasscheibe befestigt, die Beine mit Tüchern bewickelt. Sie schlief nach Angabe des Mannes auf einem Brett, bedeckte ihren Körper mit Sand, Kohle und Steinen, einen Pappkarton deckte sie sich über das Gesicht.

In der Klinik in den ersten zwei Wochen keine Klagen über Belästigungen, zufrieden mit der Umgebung. Dann wieder Phoneme und unangenehme Hautempfindungen mit stunden- und tagelangen Remissionen. Sie klagt dem Arzt manchmal unter Tränen ihr Leid, es werde noch immer an ihr gearbeitet. In der Nacht höre sie eine richtige Maschine, es sei Elektrizität, sie bekomme Strahlen an Füsse und Hände, im Garten flögen ihr Körner ins Gesicht. Dauernd Wunsch nach Schutzmitteln und Abhilfe, sie bittet, den Leuten doch zu sagen, dass sie aufhören sie zu bearbeiten. Am schlimmsten sei es, wenn sie im Bett liege; bei Ablenkung der Aufmerksamkeit nahmen ihre Beschwerden ab. Wenn sie sich unterhalte, im Garten sei, merke sie weniger davon. Hier in der Klinik habe sie nicht soviel zu leiden als zu Hause.

Die akustischen Halluzinationen treten in der Klinik gegenüber den lästigen Hautempfindungen zurück, namentlich klagt die Kranke über unangenehme Empfindungen an den Beinen, die als Folge äusserer Einwirkung gedeutet werden. Sie demonstrierte gelegentlich einer Exploration ihre vorgestreckten Finger, deren Unruhe nicht über das physiologische Mass hinausging, mit dem Bemerken, dass das Zittern der Finger auch von der Maschine herühre; ein Hordeolum wurde von ihr als Folge der gestreuten Körner missdeutet.

Systematisierte Erklärungsvorstellungen sind nur angedeutet und wurden nur gelegentlich einmal geäussert. Anfangs sei sie nur von den Hausbewohnern belästigt worden, jetzt seien es Hunderte und Tausende, die das Werk können. Die Leute hätten ein Interesse daran, wollten sie ins Irrenhaus bringen. Von den Aerzten werde sie jetzt zu tierischen Versuchen gebraucht, die Aerzte lernen an ihr.

An den Beeinträchtigungsvorstellungen und Missdeutungen hielt Pat. auch in den Zeiten wo sie keine akustischen Halluzinationen und keine unangenehmen körperlichen Empfindungen hatte, mit gleicher Affektbetonung fest. Die Affektlage ist in der Klinik durchaus adäquat dem Vorstellungsinhalt. Mit Entrüstung klagt Pat. über die fortwährenden Belästigungen, bittet den Arzt unter Tränen, doch dafür zu sorgen, dass sie zu Hause in ihrer Wohnung wieder Ruhe bekomme.

Als sie in der Klinik die erwünschte Ruhe nicht mehr findet, drängt sie bald auf Entlassung, ist besorgt um ihre häuslichen Angelegenheiten, ihre Wirtschaft gehe zu Grunde, ihr Mann (Trinker) mache Schulden. Sie ist zeitlich genau orientiert, weiss gut Bescheid über ihre Umgebung, fasst gut auf, hat gute Merkfähigkeit, kennt die Namen der andern Kranken der Station, weiss einzelnes von ihren Familienverhältnissen, zeigt eine gute Kritik für die Zustände anderer Patienten. Nirgends lassen sich Defekte auf intellektuellem oder affektivem Gebiet finden.

Leichte neuritische Symptome beiderseits im Ischiadikusgebiet, Druckschmerz der N. peronei und tibiales, sowie der Unterschenkelmuskulatur. Sonst bei körperlicher Untersuchung keine abnormen Verhältnisse zu finden. Keine Abstumpfung der Sensibilität, Gehörgänge und Trommelfell normal. Körpergewicht stieg von 56 auf 59 kg.

Am 26. 7. 12 wurde Pat. aus der Klinik nach Hause entlassen. Zur Nachuntersuchung in die Klinik zu kommen, war Pat. nicht zu veranlassen. Die erste schriftliche Aufforderung hierzu beantwortete sie nicht. Auf eine zweite liess sie am 7. 4. 13 schreiben (sie selbst ist sehr unbeholfen im Schreiben), dass sie keine Zeit habe und auch einen Besuch in der Klinik nicht mehr für nötig halte. Sie hoffe, dass die Angelegenheit erledigt sei.

4. Adele Rosk.¹⁾, geboren 8. 8. 1855. Ein Bruder soll durch Selbstmord gestorben sein, sonst nichts, das auf Heredität hinweist, zu erfahren. Etwa 1890 Heirat, Pat. kannte ihren Mann damals schon seit 10 Jahren. Mann war Fahrradfabrikant, kurz nach Heirat nach Amerika, gute pekuniäre Verhältnisse. In Amerika von Mann der Schwester um viel Geld geschädigt. Seit

1) Die Kranke wurde am 21. 6. 13 im psychiatrischen Verein zu Berlin demonstriert. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 70. S. 864.

etwa 11 Jahren alle Beziehungen mit Verwandten abgebrochen. 2 Kinder, eins von denen 11 Monate alt gestorben. Der Mann ist nach Angabe der Tochter ein ruhiger, stiller, ordentlicher Mensch, lebt seit 1900 von der Pat. getrennt. Von Mädchenjahren an bis letzte Zeit vor Aufnahme verdiente Pat. durch Näharbeiten, die sie für Geschäfte ausführte; als ihr das Nähen schwer wurde, auch durch Austragen von Bäckerwaren. Seit 1905 erhielt sie Invalidenrente. Nach Angabe ihrer Schwester soll Pat. von jeher eine eigenartige Person gewesen sein. Als junges Mädchen sehr lebenslustig, vergnügt, sang gut, hatte die Absicht zur Bühne zu gehen. Von einer Krankenschwester, welche die Pat. seit 1903 kennt, wird sie als sehr ordentliche, fleissige Frau geschildert, auffallend an ihr sei eine übertriebene Frömmigkeit gewesen. In der Ehe kein gutes Leben, viel Zank mit Mann; hat schlecht mit ihrem Geld gewirtschaftet, war sehr nervös, hatte ein übermässig lautes, lebhaftes Benehmen, erzählte viel, war reizbar, zornig aufbrausend und unverträglich. Solange Tochter sich besinnen kann (ungefähr 24 Jahre) misstrauisch, Neigung zu Beeinträchtigungsideen gegen die Umgebung, äusserte oft, sie werde verklatscht. Patientin gibt uns jetzt an, dass sie schon im Elternhause unterdrückt worden sei, sie habe es empfunden, dass sie zurückgesetzt wurde. Mit den Geschwistern habe sie sich nicht gut gestanden, die hätten mehr gehabt als sie, hätten bessere Heiraten als sie gemacht. In ihrer Ehe sei nicht die richtige Harmonie gewesen. — Früher keine Krankheiten durchgemacht. Vor 6 bis 7 Jahren Menopause. Damals nicht viel Beschwerden; sie seien geringer gewesen als bei anderen Frauen. Sie hatte ein wenig aufsteigendes Hitzegefühl, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl; Stimmung war damals nicht beeinflusst.

Nach Trennung von ihrem Mann wohnte Pat. bis 1904 mit ihrer Tochter zusammen, seitdem allein, sie wechselte oft die Wohnung, auch als sie noch mit der Tochter zusammen wohnte.

Aus den Gutachten des Invalidenrentenverfahrens geht hervor, dass schon 1905 bei der Kranken Gehörstäuschungen und krankhafte Missdeutungen auftraten.

Etwa 1906 fing Pat. an in krankhafter Weise Klagen über Beeinträchtigungen durch Personen der Umgebung zu äussern. Ihre Tochter könne hypnotisieren, könne hexen, habe sie vergiften wollen. Das Misstrauen steigerte sich immer mehr, Pat. nahm schliesslich von der Tochter kein Essen mehr, kochte selbst. Als die Tochter, die inzwischen verzogen war, Sommer 1911 die Patientin besuchte, war diese höchst misstrauisch gegen sie; sie liess die Tochter nicht aus den Augen, ging rückwärts, um ihr nicht den Rücken zuzuwenden. Auch gegen Hausbewohner damals das gleiche Misstrauen, sie ermahnte die Tochter leise zu sprechen, damit die Hausbewohner es nicht hören.

24. 5. 12. Aufnahme in die psychiatrische Klinik der Charité. In den letzten 14 Tagen war sie den Hausbewohnern aufgefallen. Das veränderte Benehmen stand wohl in Zusammenhang mit Gehörshalluzinationen. Pat. hörte Bedrohungen und Beschimpfungen, sie solle aus der Wohnung getrieben, solle getötet werden, die Stimmen seien unter anderem auch von ihrer Tochter ausgegangen. Am 24. 5. 12 ging sie in die Apotheke und bat um ein Pulver, um sofort zu sterben. Auf dem Wege zur Charité glaubte sie sich beobachtet; sie

hielt den Droschkenkutscher für einen bestochenen Detektiv, der sie verraten würde, sie hörte Stimmen hinter sich, die ihr zuriefen, sie müsse verhungern.

Nach Aufnahme in die Klinik sprach Pat. rückhaltlos über ihre psychotischen Erlebnisse. Vor 14 Tagen habe sie Sausen in den Ohren bekommen, dann Stimmen gehört, seit 8 Tagen sei sie schlaflos. Sie höre die Stimme ihrer Tochter und die eines Mannes, im ganzen seien es vier oder fünf verschiedene Stimmen gewesen; manchmal höre es sich an, als ob die Stimmen von weitem kämen, dann wieder einmal als ob gerade einer vor ihr stünde; wenn sie aber hinsah, war niemand da, mal waren die Stimmen laut, mal leise im Flüsterton.

Inhaltlich bilden die Phoneme Beschimpfungen, Bedrohungen und abfällige Kritiken ihres motorischen Verhaltens, häufige Wiederholungen des gleichen Inhalts. Sie hörte: Saustück, du schlechtes Tier, du schlechtes Aas, du Sauteele, du Hurenstück — ich schiess dich tot wie einen tollen Hund, ich schiess dich tot wie einen tollen Hund, ich schiess . . — du kriegst eine Wucht auf den Schädel, dass du liegen bleibst — wir machen sie einfach tot, dann nehmen wir die Sachen und teilen sie uns. Die hat ja soviel Sachen, das verfluchte Aas. — Wir stehlen ihr was, die hat ja so schöne Betten, die hat auch Geld. — Wenn sie z. B. bei der Wäsche war, hörte sie: Kommt mal schnell sehen, so wäscht das Aasstück — oder beim Essen: jetzt schluckt sie, seht wie sie schluckt — die lebt und geniesst. Sie habe wegen dieser Kritik schon garnicht mehr gegessen. Beim Nähen hörte sie: Kommt, wollen wir mal sehen, wie sie näht — nu ruht sie sich aber dabei.

In den letzten Tagen ging sie, sich eine andere Wohnung, eine Schlafstelle zu suchen. Auch auf der Strasse hörte sie die gleichen Stimmen: seht mal, wie sie geht. Wenn sie gerade eine Wohnung mieten wollte, hörte sie eine Stimme: nehmen sie das schlechte Mensch nicht, die schlechte Person schmeissen sie runter, dass sie gleich liegen bleibt. „So war das mindestens in neun Wohnungen“. Sie hörte Aeusserungen, dass sie mit dem Schlafburschen zusammen in einem Bett liege, dass sie sich mit ihm eingelassen habe, dass sie ihre eigenen Exkremeunte gegessen habe, dass sie huren und strichen ginge, dass sie die grösste Hure von der Welt sei.

Sie beschwerte sich beim Hausverwalter und bei der Polizei; auf der Polizei habe man ihr gesagt, sie solle sich an den Wirt wenden. Um nichts zu hören, habe sie die Bettdecke über den Kopf gezogen, Watte in die Ohren gesteckt, dann wurde es aber noch schlimmer. Sie habe auch laut geantwortet auf die Stimmen.

Neben den Gehörshalluzinationen hat die Kranke körperliche Missempfindungen, die von ihr als Folge von Beeinflussungen durch Hausbewohner gedeutet werden.

Wenn sie die Stimmen hörte, war es oft so, als wenn ihr die Luft ausging, als wenn sie nicht atmen konnte; sie bekam starkes Herzklopfen und Angst. Aus dem Knarren, das sie gleichzeitig hörte, schloss sie, dass die Leute oben einen Apparat aufstellten, um sie zu betäuben, um sie zu töten. Dann war es ihr so, als ob Dunst, als ob ein schwefeliger Geruch im Zimmer war, der ihr die Luft nahm, der sie schwindelig machte, ganz plötzlich musste

sie sich halten, um nicht zu fallen. „Ich taumelte so“. Diesen Dunst, den ihr die Leute ins Zimmer gelassen hätten, habe sie auch „ein bischen gesehen“.

Wahnhafte Verarbeitung der halluzinierten Wahrnehmungen ist zunächst nur in Andeutungen vorhanden. An dem Inhalt der kritisierenden Phoneme, die ihre Handlungen begleiten, knüpft die Kranke die Vorstellungen, dass die Leute sie auch sehen könnten. Hinter dem Ganzen stecke ein Herr, den sie nicht kenne, der habe die anderen angestiftet, man wolle sie eben umbringen, um sich ihrer Sachen zu bemächtigen.

In der Klinik vom ersten Tage an Phoneme und körperliche Missempfindungen. Der Herr habe die Pflegerinnen und die anderen Kranken gegen sie aufgehetzt, wie sie gehört habe. Die Pflegerinnen hätten dann gesagt: das Schwein muss weg. Sie habe sich gedacht, dass vielleicht an dem Thermometer, das ihr in die Achselhöhle gelegt wurde, Gift gewesen sei. Auch in der Klinik seien Wolken, schwefeliger Dunst über ihr Bett herüber gekommen. Auf Fragen gibt sie an, dass sie den Dunst gesehen und auch gerochen habe.

Die Gehörshalluzinationen sind zunächst bis Mitte Juli sehr zahlreich, haben grosse Sinnesdeutlichkeit, sie beherrschen das Krankheitsbild, ihr Inhalt bleibt der gleiche. Die durch die krankhaften Vorgänge geschaffene Situation wird von der Pat. als äusserst quälend, belästigend empfunden. Trotzdem ihr die Einsicht für das Krankhafte fehlt, hat sie doch das Bedürfnis nach ärztlicher Behandlung, das aus dem Wunsch nach Schutz gegen die halluzinierten Beschimpfungen entsteht. Dem gleich steht ihr Verlangen nach Beschäftigung, das wohl dem Bedürfnis, ihre Aufmerksamkeit von den psychotischen Wahrnehmungen abzulenken, entspringt. Sie beschäftigt sich mit Näharbeiten. Bei den ärztlichen Visiten klagt sie oft, dass sie es nicht mehr aushalte vor den Beschimpfungen, sie wolle gern sterben, um dem zu entgehen. Ihre Stimmungslage ist in dieser Zeit bekümmert, traurig gedrückt, vorübergehend kommen zornmütige Verstimmungen, lautes Schimpfen vor. Im Verkehr mit Aerzten, Pflegerinnen und Kranken der Station bleibt Pat. zunächst stets freundlich. Bei der Unterhaltung mit ihr zeigt sich dem Arzte gegenüber eine grosse Bereitwilligkeit über ihren psychotischen Zustand Auskunft zu geben. Nachts schläft sie wenig, ist manche Nacht schlaflos; die Halluzinationen sind nachts noch lebhafter als am Tage.

Mitte Juli 1912 gab Pat. an, sie habe eine zeitlang hier sehr viel gehört. Es sei so gewesen, als ob ein ganzes Komitee über sie verhandelte, was mit ihr ferner geschehen sollte. Sie hörte: Sie kommt hier nie raus, sie kommt hier nie raus. Sie soll hier für ihre Sünden büssen, sie ist eine ganz unbrauchbare Person, eine total verrufene Person, sie ist von Jugend auf schlecht gewesen. Sie hörte viel sexuelle Beschimpfungen, sei verflucht worden.

Sie sei so mit Worten gefoltert worden, dass sie alles eingestehen musste, eingestehen, was sie für Herren kennen gelernt hatte. Inhalt der Phoneme und Gedankeninhalt stehen in enger Beziehung mit einander. Sie habe auch antworten müssen auf die Stimmen, wohl mehr in Gedanken. Eine lebhafte Unterredung habe sie mit ihrem Manne gehabt, jedes einzelne Wort verstanden und beantwortet. Alles sei ihr eingegeben worden durch die Stimmen, auch wie

sie sich hier verhalten solle. Selbst ihre Gedanken seien ihr „eingegeben“ worden, sie hörte sprechen „so machst du's Adele“. Sie sei dadurch wankelmütig geworden, habe keinen rechten Entschluss mehr über ihre Angelegenheiten fassen können.

Der Inhalt der Halluzinationen stand auch in Zusammenhang mit optischen Wahrnehmungen. Es wurde ihr gesagt, sie solle mal die alte Frau ansehen, das sei ihre Mutter, die sei aus dem Grabe herausgekommen, solle bestätigen, dass sie immer schlecht war.

In der ruhigen Zeit hatte die Kranke eine gewisse Kritik für das Abnorme ihrer Missdeutungen, sie hatte Verständnis dafür, dass es sich nicht um reale Erlebnisse handelte, zu völliger Krankheitseinsicht kam es hierfür nicht. Diesen Widerspruch suchte sie dadurch zu erklären, dass sie annahm, ihr sei von den Personen, die oben über sie verhandeln, eine derartige Phantasie gemacht, um sie zu schädigen, sie allmählich zu Grunde zu richten.

Vermischt mit den halluzinierten Erlebnissen wurden Traumerlebnisse, die im Wachzustand zwar als solche anerkannt wurden, aber doch Anlass zu wahnhaften Deutungen gaben, noch nachträglich eine abnorme Affektbetonung hatten. Nachts und in den Morgenstunden habe sie oben wie in einer Kuppel viele Menschen gesehen, die einen Reigentanz aufführten. Es erschien ihr fast wie leibhaftige Götter, der Hauptanführer war der Teufel, hatte Hörner und grosse Augen. Die anderen waren wie Menschen, alle in lebhafter Bewegung, dabei seien viel Gespräche geführt worden. „Es war eine Darstellung für mich“. Es war ihr so, als ob sie einen Haufen Birnen hatte; zwei Birnen nahm sie weg, schreckte auf, sah unter den Birnen eine Schlange, die den Rachen aufsperrte und Gift auszuschlechte. Dann war es ihr, als ob ihr die Schlange auf die Brust gelegt wurde, habe sie „lebhaft gesehen“ auf der Brust.

Anfangs habe sie diese Erlebnisse der Verschwörung zugeschoben, nach reiflicher Ueberlegung sei sie zu der Ansicht gekommen, dass es Träume waren. Diese ängstlichen szenenhaften Erlebnisse hatten einen ganz anderen psychologischen Charakter als die Gehörshalluzinationen. Pat. beteuert wiederholt, dass die Beschimpfungen und Bedrohungen, die sie hörte, etwas ganz anderes seien: „Das ist in Wirklichkeit gewesen“.

Im weiteren Verlauf treten tages- und wochenweise Exazerbationen und Remissionen auf. Grundstimmung und Affekte bleiben nicht so konstant wie bis dahin. Das Vorherrschen der Halluzinationen im Krankheitsbild ist nicht immer mit gleicher Intensität vorhanden, vorübergehend scheinen sie auch mal ganz zu schwinden, bei Ablenkung der Aufmerksamkeit durch Beschäftigung, andere Umgebung, Unterhaltungen wird dieses begünstigt. Anfang August 1912 äussert Pat. gelegentlich zum Arzt: „Die Stimmen schwirren ja immer noch, heute weniger wie gestern.“ Häufig sind in dieser Zeit zornmütige Affektäusserungen, Schimpfen gegen Personen der Umgebung, energisches Drängen auf Entlassung. Auch heitere Affektausbrüche mit lautem Lachen wurden bei der Pat. beobachtet.

Mit dem Affekt wechselte auch der Inhalt der Halluzinationen. Bei einer derartigen Gelegenheit gab sie an, die Stimmen hätten über ihre Entlassung

gesprochen, auf einmal habe die Pflegerin eine fremde Sprache, französisch oder englisch gesprochen, sie habe es aber doch verstanden. Die Stimmen machen, dass sie lachen und schimpfen müsse.

Der Inhalt der Halluzinationen knüpft auch in der folgenden Zeit viel an ihre Sinneswahrnehmungen und Handlungen an, er steht in enger Beziehung zu ihrem Gedankeninhalt, vorherrschend sind Beschimpfungen und Bedrohungen. Sie hört: jetzt kriegt sie Bohnen, jetzt kriegt sie gut zu essen — jetzt wird's wieder losgehen. Du kommst nicht raus, du kommst nicht los, du Aas, und wenn 10 oder 20000 Mark für dich bezahlt werden. Sieh mal, wie es nun geht, seht euch mal das Frauenzimmer an. — So, wie die Frau drüben wirst du betteln gehn, — du bist schon halb gesiecht, du kannst dein Leben nichts machen — du musst das fressen, sieh wie die andern fressen, da wirst du was schönes haben. Spürst du es schon im Bauch. — Merke dir, wenn du weissen Kaffee bekommst, da ist was drin. Lass stehen. Du wirst ja sehen, hier unten hast du es schlechter, die Aerzte sind Mörder. — Du glaubst wohl, dass diese Briefe von deiner Tochter sind. — Das schenken sie dir, da musst du dankbar sein. — Sie kann sie ja holen ihre Sachen, sie kann ja rauflaufen, warum holt sie sie nicht. — Siehst, siehst, jetzt denkt sie das. — Wenn du sie haben willst die Sachen, die bekommst du nicht, die sind verbrannt, dann gehst du barfuss raus. — Was das Weib für Dummheiten macht, das muss sie nun dem Arzt erzählen, dafür wirst du diese Nacht wieder mehr bearbeitet. — Und du kommst doch nicht raus, du wirst es noch schlimmer haben. — Es wird gesagt, dass sie eine sieche Frau sei, dass sie ausgesiecht sei, schon dreimal ausgesiecht sei. In Zusammenhang mit Gehörshalluzinationen steht wahrscheinlich die Aeusserung, dass andere Leute ihre Gedanken wissen, bevor sie überhaupt den Mund aufmache.

Tag und Nacht sprechen die Stimmen, nur wenn sie sich unterhalte, werden sie ruhiger, bald sind sie flüsternd, bald laut, bald sind es die Stimmen von Studierenden, bald die von Schlafleuten, denen sie früher vermietet hatte.

Interkurrent und nur vereinzelte Male treten auch optische Sinnes-täuschungen auf, es sind wahrscheinlich Visionen im Halbschlaf. Nackte Gestalten würden ihr vors Bett gestellt, eine Gruppe von schönen Gestalten, die sich drehen und wenden; schlechte Träume würden ihr eingegeben, ein dicker Schlächtermeister halb angekleidet im Lehnstuhl. Dazu fragte die Stimme: „hast du ihn gesehen, das ist was für dich“.

Mitte August 1912 klagte die Kranke über „vielseitige Misshandlungen“, die sie zu ertragen nicht mehr imstande sei. Irgendeine bestimmtere Form nahmen diese Klagen zunächst nicht an, traten auch in der Folge zunächst nicht wieder auf. Anfang November 1912 kommen dann stark affektbetonte Klagen über vielerlei körperliche Missempfindungen, die von der Kranken als Folgeerscheinung beabsichtigter Belästigungen von seiten der Umgebung gedeutet wurden. Die Aerzte arbeiten an ihr herum, richten sie derart zu, dass sie zusehends weniger und schwächer werde. Mit kleinen feinen Nadeln werde an ihrem Leibe herumgearbeitet, dass sie Schmerzen habe, die jeder Beschreibung

spotten. Auf der Haut habe sie ein Gefühl als ob lauter kleine Krebse darauf wären, als ob kleine Tierchen die Haut benagen: „Sehen tu ich's nicht, ich tu aber fühlen und sogar sehr fühlen. Es ist so, als wenn was darauf ist, es ist aber nicht. Es wird mir auch gesagt, dass es Künste sind.“ Sie habe nachts ein Gefühl, als ob ihr Kapseln in die Vagina gesteckt werden, sie fühle die Wirkung davon, fühle, als ob die Kapseln hin- und hergehen, im Leibe herum, bis zum Halse hinauf gehen. Nachts kämen immer vier junge Aerzte und machten mit ihr Experimente, sie hätten ihr elektrische Drähte durch die Brüste und durch den Unterleib gesteckt und elektrisierten sie. Unter dem Bett säße nachts oft jemand und steche sie durch die Matratze mit einem Dolch in die Genitalien. Läuse habe man ihr angesetzt, die sich nach innen gefressen hätten. Dann hörte sie, dass gespottet wurde über ihre Empfindungen.

Auch vergiften wollte man sie hier. Das Essen werde ihr verekelt, schmeckt furchtbar schlecht, nach Medizin, ähnlich wie Karbol, sie bekomme einen scheusslichen Geruch. In Verbindung mit diesen Befürchtungen zahlreiche Gehörshalluzinationen: Bekommst ein schönes Tränkechen noch. — Die gibt dir gerade was rechtes. — So, nun schmeck mal das Klümpchen gerade, das wird dich schon bringen. — So, das Wasser trinkst du, da bekommst du wieder dein Stänkermaul von, das gibt dir gerade den schönsten Geruch.“ Dass die Mädchen den Nasenschmutz ins Essen tun, wird ihr gesagt: das ist gerade was für dich. Es wurde ihr gesagt, dass nachts Aerzte zu ihr kommen und ihr Gift einflössen; sie habe es ja auch daran gemerkt, dass sie morgens einen furchterlichen Gestank aus dem Munde habe.

Sie habe einen schwefeligen Geruch gemerkt, der sie betäubte, habe einen Rauch gesehen, sei taumlig, ganz schwindlig geworden, habe damals Kopfschmerzen gehabt, habe im Hals den Rauch gefühlt. Wie taumelnd sei sie umher gegangen. Die Stimmen sagten dann, dass ihr etwas eingegeben sei: Ja nun ist sie soweit, jetzt haben wir sie soweit. Es war nur zweimal wenige Minuten lang. Ein Herr sei an ihrem Bett gewesen, habe etwas aus der Tasche genommen und sie bestreut, wie sie auf der Haut fühlte; dadurch sei sie vollständig bewusstlos geworden.

Subjektiv empfundene Störungen des Gedankenablaufes werden von der Pat. ebenfalls mit den Vorstellungen der Belästigungen durch Umgebung verknüpft. Die Gedanken werden ihr mit einem Male unterbrochen. „Dann will ich was denken, und dann ist es nicht da“. Die Gedanken werden ausgelöscht auf ein paar Sekunden. „Die Gedanken werden abgelenkt, dass ich nicht denken soll, denn im Moment kommt es wieder.“ Einmal sei sie so betäubt gewesen, dass sie garnicht wusste, wo sie bleiben sollte, garnicht wusste, was sie sagen wollte. Die Gedanken werden ihr, wie Pat. sich ausdrückt „verstellt“. Sie werde vollkommen verrückt dadurch gemacht. Das Gedächtnis wird ihr verstellt von dem Arzte: „zum Beispiel wenn ich den Datum sagen sollte, musste ich mich besinnen“.

Auch das Sprechen, die Sprache werde ihr „verstellt“, sodass sie dann schlechter, schwerer spreche. Die Sprache sei dann nicht so deutlich, lallend, sie fühle, dass ihr das Sprechen schwer falle. Sie müsse sich ordent-

lich schämen wegen ihres schlechten Sprechens; sie spreche als ob sie einen Kloss im Munde hätte.

Diese Klagen über körperliche Beeinflussungen wurden allmählich vielgestaltiger, niemals nahmen sie aber bis jetzt eine phantastische, abenteuerliche Form an, wenn man nicht die Klagen über Bearbeitung mit Nadeln so nennen will.

Im Dezember 1912 ging Pat. gelegentlich einer Exploration so weit, dass sie erklärte, sie sei vollständig verändert worden. Ihre Stimme klinge jetzt laut und abscheulich, damit andere einen Abscheu vor ihr bekommen. Die Haare würden ihr ausgezogen, ausgebleicht mit Röntgenstrahlen, dass sie abscheulich aussehe; nachts werde gemacht, dass sie aufstehen und aufs Klosett gehen müsse. Sie hörte: so jetzt verstellen wir dir die Augen. Nun werden wir sie noch mehr verstellen. Das Herz sei ihr verbreitert worden.

In der Genese dieser sich auf das Körperliche erstreckenden Missdeutungen spielen sicherlich abnorme Eigenbeziehungen und auf Grund des Affektes verfälschte Auffassung der Umgebung eine Rolle. Es war ihr so, als ob die Leute sie anders ansahen, als ob sie sagten, das ist doch nicht die Frau Rosk. „In der Weise wurde ich hergestellt. — Ich bin verunziert.“ Bei einer Kranken habe sie komische Bewegungen gesehen (katatonische Kranke), da sagten die Stimmen, sie sollte das auch machen. „Sehen Sie mal, Frau Adele Rosk; was die macht, die hat Talent, und Sie, Sie liegen da wie ein Saustück“.

Ekzem der Kopfhaut wird von der Kranken als eine Folge der beabsichtigten Belästigungen gedeutet. Auch bestreut sei sie worden mit Samen auf den Kopf. Elektrische Funken habe sie auf der Hand gespürt, daraufhin die Hände unter die Bettdecke gesteckt. Sie sei schwächlich und hinfällig geworden, wenn sie jetzt aufstehe, sei sie taumelig, gehe wie eine alte Frau von 60 Jahren.

An diese körperlichen Missempfindungen mit Beeinträchtigungsvorstellungen schliessen sich akustische Halluzinationen an. Es wird besprochen, wie sie ihr Haar trägt, sie bilde sich ein, sie sei hübsch, sehe aber aus wie eine Eierjudsche. Wenn sie entlassen werde, dann werde sie so entstellt, so verstümmelt sein wie ein Hund.

Von den Personen der Umgebung fühlt sich die Kranke zurückgesetzt, absichtlich benachteiligt. Dementsprechend werden von ihr die Vorgänge auf der Station beurteilt. Sie bekomme immer weniger Essen, an jedem Tag weniger, bekomme nie ein ordentliches Stück Fleisch, das Fleisch sei zerstückelt, als ob es von jemandem ausgebrochen wäre, es sei so, als ob es Hundefleisch wäre, sie bekomme die ordinärste Wurst, die es gibt. Die Butter auf dem Brot ist nicht glatt gestrichen, sehe so aus, als ob sie mit den Händen rauf getan ist, als ob Schmutz darin ist, zuweilen ist das Brot nass, der Belag ist geschmacklos, versalzen. Die Stulle ihrer Nachbarin sei immer in einer ganz anderen Verfassung, glatt gestrichen, schön und dick.

Die anderen Kranken essen auch meist nicht, sie finde aber, dass sie darin zurückgesetzt werde. Die Zurücksetzung mit der Wäsche sei kaum zu glauben. Nur alle 14 Tage bekomme sie reine Wäsche, müsse sie sich dann noch erbitten. Mit dem Bezug, den sie 14 Tage auf dem Bett gehabt habe, müsse

sie sich dann nach abtrocknen, keine von den Patientinnen habe solche schlechte Wäsche wie sie. Andere baden $\frac{1}{2}$ und $\frac{3}{4}$ Stunde, wenn sie bade, müsse alles schnell gehen; das Wasser sei kalt, nicht so, wie es sein soll, „es ist alles anders, stets eine Zurücksetzung.“ Als während der ärztlichen Exploration eine Pflegerin ins Zimmer tritt, deutet Pat. dieses so, dass die Pflegerin nur hereinkomme, um sie bei ihrer Aussprache mit dem Arzte zu stören, das sei selbstverständlich. Die Stationspflegerin sei die schlimmste, gebe ihr stets zuletzt das Essen, behandle sie im höchsten Grade rücksichtslos. Abends würden Sachen auf den Fussboden gelegt, die im Dunkeln aussehen wie ein Hund, damit sie sich darüber ängstige. Die Abberufung des Arztes von der Exploration misssdeutet die Kranke als Absicht der Pflegerin ihre Unterredung mit dem Arzt zu unterbrechen.

Auch im Zusammenhang mit diesen Vorstellungen treten Gehörshalluzinationen auf. Die Stimmen sagen, sie solle sich das nicht gefallen lassen, sie solle einen guten Kaffee verlangen, sie sagen ihr, dass sie Suppe bekomme, in die eine schwer Kranke hineingekotzt hat. Daran schliessen sich halluzinierte ängstliche Befürchtungen. Es werde ihr gesagt, dass unter den Kieswegen im Garten hohle Gänge sind, in die Patienten von der Charité hineingeschaft werden, die sich nicht so quälen lassen wie sie, die sich das nicht gefallen lassen, was sie ertragen müsse. Auch sie solle dorthin kommen. Das sei ihr gesagt worden, um sie zu ängstigen. Es werde ihr gesagt, der Arzt poussiere mit ihrer Tochter, habe jetzt ihre Wohnung inne, behalte ihre Möbel, sie habe nie Aussicht, mal wieder in ihre Wohnung zu kommen, werde zeitlebens hier bleiben.

Ein systematisierender Ausbau dieser halluzinierten und misssdeuteten Erlebnisse ist bei der Kranken vorhanden, aber nicht weit entwickelt. In ihrem Gedankeninhalt nimmt er nur eine untergeordnete Stellung ein. Mitunter erklärte sie, sie wüsste garnicht, was das Ganze zu bedeuten habe. Eine Zeitlang, als die körperlichen Missempfindungen besonders stark waren, war sie der Meinung, dass sie von den Aerzten als Versuchsobjekt benutzt werde, dass ärztliche Experimente mit ihr gemacht würden; einen weiteren Ausbau erfahren diese Erklärungen nicht. Aber schon von Aufnahme in die Klinik an bestand und fixierte sich immer mehr die Vorstellung, dass ihr die Belästigungen und Zurücksetzungen angetan würden, um sie allmählich umzubringen. Alles laufe darauf hinaus, sie umzubringen. Man habe es auf ihre Sachen abgesehen; vielleicht hänge die Verfolgung damit zusammen, dass sie Invalidenrente und Unterstützung von der Stadt bekomme. Sie habe gehört, dass sie der Stadt immer mehr zur Last falle, daher gedacht, sie solle durch das Quälen langsam umgebracht werden. Ihre Tochter solle verbannt sein; man halte sie in der Klinik fest, damit sie es nicht an die grosse Glocke bringen könne. Sie werde gequält, weil die Assistenzärzte an ihr studieren wollen. Ihr Urteil über die akustischen Halluzinationen ist ein ziemlich festes und gleichbleibendes. Sie werden von ihr als „wirkliche Menschenstimmen“ bezeichnet. Mit der akustischen Wahrnehmung scheint auch immer die Vorstellung einer bestimmten Person verbunden zu sein, mehr oder weniger, je nach der stärkeren oder

schwächeren Affektbetonung der Halluzinationen. In der Klinik werden sie von der Patientin meistens als Stimmen von Aerzten und Studierenden aufgefasst. Das hänge mit der Charité zusammen, die Stimmen würden hier bleiben, auch wenn sie fort sei. Sie ist überzeugt, dass auch die anderen Kranken die Stimmen hören. Nach Abbrechen der Exploration bat sie oft, doch dafür zu sorgen, dass sie jetzt endlich in Ruhe gelassen werde.

Auf der Station zeigt die Kranke, abgesehen von den ersten Monaten öfter beobachteten Affektexplosionen, die sich an halluzinierte oder missdeutete Erlebnisse anschliessen, ein zurückhaltendes, stilles Benehmen, sie schliesst sich wenig an andere Patienten an, aus Misstrauen; sie sei eben durch die Schicksalsschläge misstrauisch geworden. Ein Hang zum völligen Absondern und Abschliessen von der Umgebung bestand bei ihr niemals, sie spricht gern mit Personen, denen sie mehr traut als anderen, die ihr „sympathisch“ sind. Die Beschäftigung beschränkt sich auf Spazierengehen im Garten, auf gelegentliches Lesen von Zeitung und Journalen, anfänglich machte sie Handarbeiten, nahm auch mal einen Besen zur Hand.

Sie drängt sehr auf Entlassung, hält ihre Detention in der Klinik bei dem Mangel an Krankheitsgefühl für unnötig und unberechtigt.

Ihre Grundstimmung ist die Entrüstung, die ihrer Ueberzeugung von der unrechtmässigen Benachteiligung und Belästigung entspringt. Stets kommt sie in Affektsteigerung, wenn sie ihre Leiden schildert und über frühere psychotische Erlebnisse berichtet. Dem Arzte gegenüber ist sie meist höflich. Von einer quantitativen Abstumpfung oder qualitativen Einengung der Affekte ist bei der Patientin bis jetzt nichts zu bemerken.

Die Einheitlichkeit von Vorstellungsinhalt, Affektleben und Handlungsweise ist bis jetzt durchaus gewahrt geblieben. Niemals kamen psychomotorische Symptome zur Beobachtung.

Für Krankheitserlebnisse hat die Patientin, wie sich an der Krankengeschichte kontrollieren lässt, eine recht gute Erinnerung; es handelt sich dabei eben für sie um affektbetonte Erlebnisse, auch deren chronologische Ordnung und Datierung ist recht genau. Auch die Reproduktion ihres Lebensganges und der Lebensdaten ist prompt, und soweit es sich nachprüfen lässt, richtig. Stets konnte Pat., wenn sie gelegentlich danach gefragt wurde, das Tagesdatum bis auf kleine Differenzen richtig angeben. Sie weiss die Vornamen der Pflegerinnen der Station, auf der sie vor einigen Monaten gelegen hat. Den Namen des Referenten sich einzuprägen, machte ihr viel Mühe, auch nach monatelangem Aufenthalt in der Klinik, nachdem er ihr oft gesagt worden war, konnte sie ihn nicht richtig behalten.

Nachweisbar ist eine deutliche Merkschwäche für Zahlen, die auch beim Kopfrechnen deutlich zum Ausdruck kommt. Additions- und Subtraktionsaufgaben mit zweistelligen Zahlen werden von ihr selten richtig gelöst. Schriftlich werden auch dreistellige Zahlen stets richtig addiert und subtrahiert. Vierstellige Zahlen, die ihr zum Merken aufgegeben werden, hat sie meist nach wenigen Minuten vergessen; Reihen von 6 Zahlen spricht sie richtig nach, bei 7 Zahlen einzelne Fehler.

Die Reproduktion von Schulkenntnissen aus Geographie und Geschichte ist sehr dürftig. Ueber die zur Besorgung ihrer notwendigen Lebensbedürfnisse erforderlichen Kenntnisse verfügt sie prompt und sicher. Ueber Tagesereignisse, die sie aus der Zeitung erfahren konnte, ist sie sehr wenig und oberflächlich orientiert.

Sprichwörter werden sinngemäss mit Geschick erläutert, Unterschiede zwischen Konkreta und Abstrakta richtig angegeben.

Die sprachliche Ausdrucksweise bietet nichts Abnormes, sie ist sachlich und präzise.

Auf somatischem Gebiet nichts Pathologisches. Wassermannsche Blutreaktion negativ.

5. Gustav Rosenb., Zollaufseher a. D., geboren 16. 4. 1855. Eltern sind im Alter von 73 und 72 Jahren gestorben, 4 Geschwister leben, 3 sind gestorben, ein Bruder war 1899 in der psychiatrischen Klinik der Charité. Er war damals 40 Jahre alt, Diagnose lautete auf chronische Paranoia; von der Charité wurde er nach Dalldorf überführt. Mehrere Kinder der Geschwister des Pat. sollen körperlich und psychisch nicht ganz gesund sein, ein Neffe ist in einer Heilanstalt.

Pat. ist jetzt zum zweiten Male verheiratet. Erste Heirat 1880. Frau starb 1899. Aus dieser Ehe leben drei Kinder. Ein viertes, Sohn, starb durch Suizid 1909, er war von Kindheit an schwächlich, hatte abends ängstliche Zustände, blieb in der Schule zurück. Häufiger Berufswechsel, wahnhafte Beziehungsvorstellungen, Gehörshalluzinationen. Liess sich vom Eisenbahnzug überfahren. Ältester Sohn leidet an Krämpfen nach Aufregungen, Tochter ist leichtsinnig, jetzt in Amerika. 1900 zweite Heirat, 1902 Frühgeburt (Frau herzleidend), seitdem keine Kinder.

Ueber das Vorleben des Pat. entnehme ich seinen Personalakten bei der Oberzolldirektion Münster folgende Daten: Nach Schulzeit war er 3 Jahre in einer Buchhandlung beschäftigt. 1873 wurde er Soldat, diente 12 Jahre und wurde als Vizefeldwebel mit Zivilversorgungsschein entlassen. $\frac{1}{2}$ Jahr als Gefangenaufseher, dann Polizeisergeant. 1. 11. 1887 Einstellung als Grenzaufseher bei der Zollbehörde. Die vorher eingeholte Erkundigung lautete dahin, dass er ein fleissiger, nüchterner und zuverlässiger Beamter sei. Auch in dem Bericht seiner Vorgesetzten im Zolldienst wird immer wieder bis in seine letzten Dienstjahre betont, dass seine Führung in und ausser Dienst nichts zu wünschen übrig lasse, in der ersten Zeit wird sie als „tadellos-musterhaft“ bezeichnet; er sei ein Beamter, der mit regem Eifer, unverdrossen seinen Dienst tue, den Vorgesetzten gegenüber bescheiden auftrete. 35 mal erhielt er von seiner Behörde auf seine Gesuche Geldunterstützungen im Betrage von 20—100 Mark. 1890 wurde er wegen Schlafens auf Posten mit 5 Mark bestraft. 1899 setzte er den Dienst mehrmals einige Tage wegen Magenkatarrhs aus. Seit 1890 litt er oft an Krampfaderbeschwerden, wurde in späteren Jahren deshalb wiederholt wochenlang beurlaubt. 1895 schrieb er an die Behörde, dass sich bei ihm neben den Schmerzen infolge der Krampfadern mehr und mehr eine hochgradige Nervosität bemerkbar mache. 1899 wird zum ersten Mal in den ärztlichen Attesten erwähnt, dass er an allgemeiner Nervosität leide und urlaubsbedürftig sei. Ein ärztliches Attest von 1900 bezeichnet ihn wegen starker Ueberreizung

des Nervensystems als dienstunfähig. 1901 hatte er Gelbsucht. 1908 litt er nach ärztlicher Bescheinigung an Schlaflosigkeit, Schwindelanfällen, plötzlichen Angstzuständen, Kopfdruck. Als er 1909 wieder erkrankte, wird in dem ärztlichen Attest erwähnt, dass der Herzschlag beschleunigt und unregelmässig sei, dass ein Katarrh der linken Lunge bestehe.

9 mal wurde er während der 23jährigen Dienstzeit bei der Zollbehörde versetzt, mit einzelnen Ausnahmen auf seine Bittgesuche um Dienst, der weniger Fusstouren erforderte; auf der letzten Stelle war er 7 $\frac{1}{2}$ Jahr.

Mai 1897 reichte er unter Uebergang seines unmittelbaren Vorgesetzten ein Versetzungsgesuch ein, in dem er sich darüber beschwerte, dass er das ganze Jahr über auf seiner gegenwärtigen Dienststelle durch den Oberkontrolleur einer Behandlung ausgesetzt gewesen wäre, die sein Ehrgefühl unter die Füsse getreten hätte. Der Oberkontrolleur habe eine so drohende Haltung gegen ihn angenommen, dass er, um ein Unglück zu verhüten, die Bewegungen jenes im Auge behaltend, den Rückzug aus der Wohnung des Oberkontrolleurs angetreten habe. Darauf habe der Oberkontrolleur ihn auf der Strasse angeschrien. Er müsse nun die Erklärung abgeben, dass er unter diesem Beamten keinen Dienst mehr tue. Diese Drohung hat er auch wirklich befolgt. Die amtliche Untersuchung kam zu dem Schluss, dass der Oberkontrolleur, der als nervös bezeichnet wird, in unkorrekter Weise verletzende Aeusserungen R. gegenüber gebraucht hatte, wozu er durch die Neigung des R. zum Widerspruch gegen wohl verdiente dienstliche Ausstellungen gereizt worden sei. Als R. im August desselben Jahres ein Unterstützungsgesuch mit Hinweis auf sein unwürdiges und pflichtwidriges Verhalten zurückerteilte, schrieb er an den Provinzialsteuerrichter, dass es sein höchstes Bestreben gewesen sei, seine Dienstpflicht treu auszuführen, was ihm sein früherer Oberkontrolleur bestätigen werde. Von seinem gegenwärtigen Oberkontrolleur sei er von Anfang mit Vorurteilen behandelt worden. Es dürfte dieses aus dessen Aeusserungen in den ersten 8 Tagen zu schliessen sein, dass er von Aufsehern, die so oft versetzt werden, nichts halte. Es sei immer schlimmer geworden. Er sei fortwährend drangsaliert worden, sei der gröbsten Behandlung, gröbsten Beleidigung, wie tätlicher und wörtlicher Bedrohung ausgesetzt gewesen. Um einem tätlichen Angriff vorzubeugen, habe er den Dienst eingestellt und das Hauptsteueramt um weitere Verhaltensmassregeln gebeten, er sei in einer solchen verzweifelten und lebensüberdrüssigen Lage gewesen, dass er nicht anders zu handeln wusste. Er sei sich keiner tadelhaften Führung bewusst. Trotz dieser Behandlung durch den Oberkontrolleur habe er die nötige Ruhe und den militärischen Anstand bewahrt, was ihm der Einnehmer bestätigen werde, der wiederholt geäussert habe, er wüsste nicht, was der Herr gegen ihn habe. Es wird in einem Bericht des Steuerrates hervorgehoben, dass R. in diesem Schreiben vom 12. 8. 97 die Vorgänge schon anders dargestellt hat, als bei seiner Vernehmung am 4. 5. 97, dass er dem Einnehmer Aeusserungen und Urteile zuschreibe, an die dieser sich nicht erinnern könne und die er nach seinen Kenntnissen gar nicht abgeben konnte.

Andere ähnliche Vorgänge sind in den Akten nicht vermerkt, auch nach diesem wird wiederholt die gute Dienstführung des R. erwähnt, 1910 wird in

einem Bericht seine rastlose Diensttätigkeit hervorgehoben. Am 1. 7. 1910 wurde er pensioniert.

Von seiner Frau wurden jetzt folgende anamnestische Angaben gemacht: In den 13 Jahren, die sie den Pat. kenne, sei er stets sehr empfindlich, zornmütig, reizbar gewesen. Ueberall fühlte er sich zurückgesetzt und beeinträchtigt. Wenn seine Vorgesetzten ihn einmal nicht so freundlich behandelten, wie gewöhnlich, vermutete er, er sei von irgend einem Kollegen angeschwärzt worden. Er schimpfte schon bald nach der Zeit, als die Frau ihn kennen gelernt hatte, grob auf seine Kollegen: „Halunken“.

Sein unverträgliches Wesen bestehe wahrscheinlich schon länger als die Frau ihn kennt, denn die Kinder wollten sich deswegen von ihm vor der zweiten Heirat trennen. Er war unverbesserlich rechthaberisch, wurde durch Widerspruch schwer gereizt. Schimpfte laut, dass es den Hausbewohnern auffiel, vor Wut wurde er dabei rot im Gesicht. Schon bald nach der Hochzeit zeigte er Misstrauen gegen die Frau; sie habe kein Vertrauen zu ihm, sei von Verwandten gegen ihn aufgehetzt. Er war rücksichtslos brutal gegen die Frau; schimpfte und zankte mit ihr auch in Gegenwart fremder Leute, weil sie krank wäre. Als die Frau im Jahre 1902 im Krankenhause war (Herzleiden), schrieb er an sie, sie habe ihn ausgequetscht wie eine Zitrone, sie habe wohl noch mehr Kinder zu ernähren. An das Krankenhaus schrieb er damals, er zahle nicht mehr für seine Frau, sie habe sich von ihm losgesagt. Als die Frau bald darauf aus dem Krankenhaus nach Hause kam, war er freundlich und zärtlich zu ihr, wurde gereizt, zornig bei Erinnerung an seine Briefe.

Nachträglich tat ihm sein schroffes, grobes Verhalten im Affekt leid, er war dann auch zur Frau nett und freundlich, bei Bekannten war er stets beliebt. Wochenlang lebte er friedlich und verträglich, bis dann bei nichtigem Anlass seine zornmütige Erregung mit allen affektiven Eigenarten wieder einsetzte. Er wechselte oft die Wohnung, nichtige Anlässe veranlassten ihn zur Kündigung.

Anlass zu Klagen und Schimpfen gaben in den letzten Jahren vielfach körperliche Beschwerden, die von ihm kausal missdeutet wurden. Solange die Frau ihn kennt, klagte er über Magenbeschwerden, seit Jahren über Schwindelgefühl und Kopfschmerzen, in letzten Wochen vor Aufnahme in die Klinik hatte er zweimal einen Anfall, in dem er niederfiel. Am 1. 11. 11 nachts Ohnmachtsanfall, Schweiss im Gesicht, Diarrhoe; unmittelbar nach dem Anfall trat er zum ersten Male mit der Behauptung hervor, er sei vergiftet worden, seitdem oft solche Aeusserungen. Die Frau tue ihm Gift ins Essen; später beschuldigte er auch die Verwandten, bei denen er sich aufhielt desgleichen, ebenso die Personen seiner Umgebung in den Krankenhäusern. Seit November 1911 hielt er sich teils bei Verwandten, teils in Krankenhäusern auf.

Nach den mir vorliegenden Abschriften der Krankengeschichten wurde er nicht in allen Krankenhäusern als geisteskrank erkannt. Er suchte die Krankenhäuser spontan mit Klagen über Darmbeschwerden auf, blieb einige Wochen dort, verliess sie wieder auf seinen Wunsch. Auch dort die gleichen Klagen über Belästigungen, durch Pausen von nur einigen Tagen unterbrochen.

Neujahr 1913 schrieb er einen zärtlichen Brief an die Frau, er wolle alles wieder gut machen, kam ein paar Tage danach nach Hause. War zuerst freundlich und friedlich, am dritten Tage fing er wieder an zu schimpfen, die Frau sei freundlich zu ihm, habe aber schon, wenn sie ihn im Bett zudecke, an allen Fingern Pulver, mit dem sie ihn bestreue; er rieche Chloroform, hinterher schwänden ihm die Sinne, er liege die Nacht ohne Besinnung. Tränensekretion, seine Unsicherheit auf den Beinen, alles komme von dem Pulver und Gift. Als die Frau zur Unterstützung ein Fräulein ins Haus nahm, äusserte er nach einigen Tagen, die gehöre auch zu der Bande.

Jeder, der versuchte, ihn von den Beeinträchtigungsvorstellungen abzulenkten, der für seine Frau sprach, wurde in sein Wahnsystem eingezogen, „gehörte zu der Bande“. Das Zimmer, seine Sachen, alles sei voll Pulver gestreut, wenn er ins Zimmer kam, prallte er zurück, nachts warf er Betten und Matratzen heraus, er werde das Gift schon finden, kam eines Tages triumphierend mit Zahnpulver, dass er irgendwo gefunden hatte, zur Frau, er habe es jetzt gefunden. Auch auf der Strasse rochen ihm seine Sachen, Handbewegungen von Passanten deutete er als Giftstreuen, blieb stehen, schüttelte seine Kleider, ging auf die andere Strassenseite. Medizin, die er bekam, lobte er zunächst, am zweiten Tage äusserte er auch wieder, es sei Gift darin, man sollte sie zur Polizei bringen, untersuchen lassen, er werde überhaupt das Ganze untersuchen lassen. Schimpfte wütend auf die Frau, sie morde ihn langsam hin, habe ihren Gefallen daran. Er ging oft fort, ass auswärts, kam erst abends nach Hause.

Auch Klagen anderer Art brachte er vor. Die Sachen würden ihm vernichtet; er kam eines Tages mit eingerissenem Hut nach Hause, beschuldigte Frau und Mädchen es gemacht zu haben. Geld sei ihm aus dem Portemonnaie genommen worden. Vor 3 Jahren glaubte er Bemerkungen vorübergehender Leute über sich zu hören. Sah zu Hause in den Spiegel: „Was habe ich denn eigentlich für ein Gesicht?“ In den letzten Monaten vor Aufnahme in die Klinik Eifersuchtsäusserungen gegen die Frau. Sie habe wohl noch einen Mann, habe wohl in seiner Abwesenheit einen anderen geheiratet, alle Kinder im Hause seien Kinder seiner Frau.

April 1913 fuhr er nach Münster zur Tochter, 8 Tage später schrieb er aus einem anderen Ort, einige Tage später schrieb er aus Barmen, wo sein Bruder wohnt, kurz darauf war er wieder zu Hause, klagte, der Bruder habe ihn dort im Krankenhaus, wo er inzwischen war, schlecht gemacht. Wenn er nach Hause kam, ging es die ersten zwei Tage gut, auch der Schlaf war gut. dann kam wieder der alte Zustand mit den vielen Klagen über Belästigungen und Beeinträchtigungen.

Er hatte in letzter Zeit Kongestionen mit Angstgefühl und Herzbeklemmung.

29. 4. 13. Aufnahme in die psychiatrische Klinik der Charité. Hier klagt er sehr bereitwillig dem Arzt sein Leiden, immer wieder geht er, wenn ihm Gelegenheit dazu geboten wird, darauf ein. Er ist der Ueberzeugung, dass sein Leiden künstlich hervorgerufen worden sei. Vom ersten Tage der Ehe an habe er geglaubt, dass die Frau etwas gegen ihn habe, ihr ganzes Verhalten spreche dafür. Er sei von der Frau vollkommen beeinflusst worden, vollkommen

suggeriert worden, sie habe seine Willenskraft gebrochen durch alle möglichen Sachen, die sie durchgesetzt habe. Sie habe ihn veranlasst, sich oft versetzen zu lassen, oft umzuziehen; sie habe so getan, als ob sie nicht nach Berlin wollte, ihn aber doch so zu beeinflussen, es durchzusetzen gewusst, dass sie nach Berlin kam. Sie warf irgend etwas auf die Erde, er habe dann keine Energie dazu gehabt, es liegen zu lassen; sie stellte einen Besen vor das Klosett, dass er nicht hinein konnte; er war gezwungen, alles aufzuheben, was sie ihm in den Weg legte. Sie habe die Tassen 14 Tage nicht abgewaschen, bis er es schliesslich getan habe. In der letzten Zeit habe sie das nicht mehr gemacht, sei überhaupt nett zu ihm gewesen; mache jetzt aber etwas anderes.

Früher sei er geachtet und angesehen gewesen, jetzt habe er seit Jahren das Gefühl, dass sein guter Ruf untergraben werde. Jedesmal auf der neuen Stelle habe er gefunden, dass die Leute freundlich und nett zu ihm waren, wenn er dann eine Zeitlang dort war, dann war es damit vorbei, dann zogen sich die Leute von ihm zurück, als wenn sie der Pest aus dem Wege gehen wollten. Deshalb habe er sich immer gesagt, es würden Unwahrheiten gegen ihn verbreitet. „Es ist alles Mögliche versucht worden“. Pat. erklärt weinend, das mache ihn unglücklich, reibe ihn auf. Als er noch in B. war, habe seine Frau einen Vetter aus Berlin kommen lassen. Als sie beide spazieren gingen, habe der Vetter angefangen von sexuellen Sachen zu sprechen, er habe das Gespräch abgelehnt. Nach dem Besuch des jungen Mannes hätten sich in B. alle von ihm zurückgezogen, da dachte er sich, er sei schlecht gemacht worden von seiner Frau, den Vetter habe sie kommen lassen, damit er in Versuchung gerate, sexuelle Dinge mit ihm anzufangen.

Sein Zeug, seine Anzüge würden verdorben, alles werde fleckig gemacht, der Hut, den er vorgestern gekauft habe, sei schon wieder fleckig und zerrissen, im Ueberzieher sei ihm das Futter zerrissen worden. Er war jetzt 14 Tage bei seinem Bruder in Barmen, erst vor einigen Tagen zurückgekommen. Er wohnte erst beim Bruder, sei dann so dirigiert worden, dass er ins Krankenhaus ging, habe dort zunächst gute Aufnahme gefunden, am dritten Tage sei er so krank gewesen, dass er kaum die Treppe hinuntergehen konnte. Er habe geglaubt, die Leute im Krankenhaus seien von seinem Bruder beeinflusst worden gegen ihn, der Bruder habe ihn dort für geisteskrank erklärt. Der Bruder habe ihn dann hinter seinem Rücken in seinem Wohnort auf dem Meldeamt wieder angemeldet, trotzdem er ihm abgeraten habe, wieder zu seiner Frau zu gehen. Er sei fest davon überzeugt, es würden Sachen von ihm verbreitet, die unwahr sind, aus dem Gebaren und dem Zurückziehen der Leute habe er es geschlossen.

Auch in der Klinik hatte der Kranke von Anfang an dieselben Klagen über Belästigungen, seine körperlichen Störungen missdeutete er auch hier in der gleichen Weise. Er sei hergekommen, weil er Ruhe haben wollte, dachte, er würde hier Schutz finden, ist nun aber überzeugt, dass kein Arzt ihn schützen kann. Am Tage nach seiner Aufnahme erzählte er, er habe gestern nach $\frac{1}{4}$ Stunde gemerkt, dass auch hier Leute sind, die von der Frau beeinflusst sind. Denn sein Bett rieche. Der Geruch werde gemacht, damit er dem Arzt keine klaren Angaben machen könne und daher ins Irrenhaus komme. Er habe

gesehen, wie seine beiden Bettnachbarn Handbewegungen machten, als ob sie etwas auf sein Bett streuten, dann hatte er den Geruch, der Leib trieb sich auf, er musste spucken. Er habe zwar den Mund nach der anderen Seite gedreht, aber doch noch genug bekommen. Wenn er aufsteht, hat er Schwindel, muss sich festhalten, hat manchmal einen Schleier vor den Augen, schwarz wird ihm vor den Augen.

Er habe immer Hunger, möchte essen und könne nicht so essen, wie er möchte. Nach dem Essen werde der Leib aufgetrieben. Es ist, als ob er nichts herunter bekommt, als ob er das Zeug, das gestreut werde, im Mund habe. Pat. hat gleich in den ersten Tagen, auf einen anderen Saal verlegt zu werden. Als er kurz darauf auf einen anderen Saal verlegt worden war, erzählte er, der Schwarze, der neben ihm lag, kam ihm verdächtig vor, er hatte Angst vor ihm, er sei fest davon überzeugt, dass der Mann eine andere Rolle spiele, als er wirklich ist. In einem anderen Kranken vermutete er seinen Bruder, der hergekommen sei, um ihn zu ärgern, um gegen ihn zu arbeiten. Der eine Wärter sehe ihn furchtbar drohend und heimtückisch an. Er habe gehört, wie einer sagte: Weg muss er, es ist die höchste Zeit, weg muss er, wenn nicht anders, dann schlagen wir ihm ein paar vor den Kopf. Er habe sich gedacht, das gehöre zu seiner medizinischen Behandlung, man wolle damit erreichen, dass er sich wieder an Drohungen gewöhne. Er habe gehört, wie hier ein Wärter zum andern sagte: So'n Kerl, ich werde ihm mal was geben, er kriegt ein Pulver. Der muss einen haben, der ihm hilft, sonst müsste er doch schon von alledem tot sein. In der Gaunersprache würden hier die grössten Gemeinheiten gesprochen.

Hier rieche es furchtbar nach Säure, Pat. behauptet, alle Kranken klagen darüber, er bekomme immer Kopfschmerzen davon, der Kopf sei ihm wie benommen. Wenn er die Bettdecke schüttele, fliegen lauter weisse Flocken heraus, ebenso sei es mit seinen Kleidern. Um den Arzt dieses zu demonstrieren, schüttelt er seine Bettdecke. Sein Rock sei ihm beworfen worden, dass er furchtbar rieche. Pulver werde hier im Zimmer gestreut, dass alle Kranken Kopfschmerzen davon bekommen, dass alles weiss davon werde. Wenn die Fenster auf sind, könne durch irgend eine Vorrichtung hindurch gestreut werden. Aus der Heizung lassen sich Gase herausleiten. Man liege hier den ganzen Tag in der Narkose, der Verstand werde garnicht mehr klar, „die andern Kranken sagen es doch auch. Dann fangen sie alle an zu husten, das kommt auch von dem Zeuge. Es staubt wie ein Wolkenbruch, wenn ich meinen Rock ausklopfe!“ Als er eines Tages wieder über aufgetriebenen Leib klagte (objektiv liess sich ein leichter Meteorismus nachweisen), knüpfte er daran die Vermutung, er sei hypnotisiert worden, habe im hypnotischen Schlafe oder nachts etwas eingenommen, das das Blähen des Leibes verursacht habe. „Das nehme ich an, das kann ich nicht beweisen!“ Er höre öfter von den anderen hier ein Knacken mit den Zähnen. Die hätten etwas, das sie durchbeissen, weil sie gerade kein anderes Zerkleinerungsmittel haben, es werde dann angefeuchtet, auf den Fussboden geworfen, verdampfe und gebe dann einen scheusslichen Geruch. Es sei auch so, als ob es elektrische Arzneimittel gebe, die wie ein Blitz einschlagen,

der ganze Körper brenne dann, es gehe ein Zucken durch den Körper, „sofort bricht man zusammen, dass man liegt“.

Seine Hinterstrangerkrankung bedingte Unsicherheit beim Gehen und Stehen, gelegentliche Stuhlverhaltung und Blasenstörung werden ebenso wie alle anderen körperlichen Störungen, die zum Teil wahrscheinlich arteriosklerotischer Genese sind, als Folge der Belästigung durch die Personen der Umgebung gedeutet.

Wenn er morgens zum Waschen gehe, dann müsse er sich krampfhaft festhalten, damit er nicht umfalle. Das komme vom Dunste aus dem Wasser. „Es kann von nichts anderem kommen, wo soll es denn herkommen?“ Den anderen gehe es hier auch so, die müssten sich auch festhalten. Er habe einen süßlichen Geschmack im Halse, eine Schwäche im Leibe, als ob ihm der ganze Leib abfalle, ein Brennen, als ob ihm die ganzen Därme verbrennen. Der Leib werde angeschwollen, als ob eine Gasblase darin sei, die auseinander gepustet werde. Unregelmässigkeit seines Stuhlganges erklärt er sich damit, dass im Klosett eine Vorrichtung sei, die der Wärter verstellen kann. Wenn der Dampf so gestellt sei, dass er nach unten in den Trichter ziehe, dann wirke er kühlend und er habe ganz normalen Stuhl, wenn der Dampf aber nach oben durch die Klosetttrichter steige, „dann kann einer stundenlang sitzen, er kann den Stuhl nicht rauskriegen. — Also wenn der Wärter gut gelaunt ist, dann lässt er einen ganz glatt den Stuhl befördern, wenn er schlecht gelaunt ist, dann muss man es büssen“.

Das Endresultat aller wahnhaften Schlussfolgerungen ist für den Patienten die Befürchtung, dass er beseitigt werden solle. Stets sind es die Personen der augenblicklichen Umgebung, denen er diese Absicht zumutet; ein Zusammenhang ergibt sich daraus, dass er als Anstifter einzelne seiner Verwandten betrachtet, bald ist es dieser, bald ein anderer, der von ihm als Urheber seines ganzen Leidens bezeichnet wird. Am meisten Argwohn hat er gegen seine Frau. Alles gehe von der Frau darauf hinaus, ihn ins Irrenhaus zu bringen, ihn als geistig minderwertig hinzustellen, oder seinen Tod zu bewirken. „Das Gefühl habe ich und diese Ueberzeugung hat sich bei mir festgesetzt. Ich bin der festen Ueberzeugung, dass ich soll vernichtet werden“. In der Klinik seien Personen, die beeinflusst werden von seiner Frau, dass sie auf seine Gedanken wirken. Je mehr er hier beeinflusst werde, und je mehr er hier konfuse Angaben mache, umso mehr kämen die Aerzte dazu, ihn für geisteskrank zu halten. Für die Pfleger sei er jemand, der aus dem Wege geräumt werden solle.

Ende Juni 1913 bat er den Arzt um eine Unterredung. Er möchte etwas erzählen, weil mal etwas passieren könnte, er sage es im strengsten Vertrauen, falls ein Einschreiten nötig werden sollte, wüsste der Doktor dann doch Bescheid. Er erzählte dann, offenbar unter retrospektiver Verfälschungen der Erinnerungen an frühere Erlebnisse, dass alles Unglück in seiner Familie durch seinen Schwager entstanden sei, der habe die Manie, allen Leuten was einzumischen. Auch ihm sei es so gegangen. Während seiner Militärzeit habe er eines Tages mit diesem Schwager einige Glas Bier getrunken, am nächsten Tag bekam er Fieber und musste sich krank melden. Schon damals habe er sich gedacht,

dass ihm der Schwager etwas ins Bier geschüttet habe. Er sei der festen Ueberzeugung, dass der Schwager auch seiner Schwester etwas eingibt, denn die Schwester sei immer stumpf, habe einen dummen Ausdruck im Gesicht. Auch dass sein Bruder im Irrenhaus starb, habe der Schwager verschuldet. Der Ausdruck der Ueberzeugung, mit dem der Kranke diese Angaben vorbringt, ist wechselnd. Während er an einem Tage mit der Möglichkeit rechnet, Vermutungen hat, versichert er am andern Tage, dass er von der Wahrheit seiner Behauptungen fest überzeugt sei. Seine Erinnerungsfälschungen beziehen sich nur auf belanglose Erlebnisse, denen aber jetzt eine erhöhte Bedeutung beigemessen wird.

In der Klinik hat der Kranke vielerlei Klagen, die er bei den ärztlichen Visiten hervorbringt, sie sind gegen die Pfleger gerichtet. Auch hier äussert er seine Befürchtungen, dass ihm etwas ins Essen hineingetan werde. Das Essen sei an sich gut, werde aber verdorben durch nachträgliche Beimischungen. Aus Sicherheitsgründen isst er am liebsten Eier, Wurst lehnt er ganz ab; auch gegen die Eier hat er Misstrauen, er vermutet, die Pfleger bringen durch kleine Löcher, die sie in die Schale bohren, etwas hinein. Das Fleisch sehe aus, als ob es schon mal durchgekauet sei, ganz ekelerregend. Sein Essen sei schon ein oder zwei Tage vorher, nie an demselben Tage gekocht. „Alles, was die Menschen für mich machen, das verderben sie erst, man ist doch Mensch, man muss doch menschlich behandelt werden.“

Als er eines Tages ein Stück Brot bekommt, das an einer Stelle ein wenig schwarz gebrannt ist, klagt er entrüstet dem Arzt sein Leid, das sei absichtlich so beschmutzt worden. Auch die Milch sei mit Zusätzen von Medikamenten versehen worden. Wenn er ein reines Taschentuch bekommen habe und froh darüber sei, so dauere es garnicht lange, dann werde ihm dieses weggenommen und ein schmutziges dafür hingelegt, das saubere Hemd, das er eben angezogen habe, werde ihm von den Pflegern mit Kot beschmiert. Er klagt, dass die Pfleger, nur mit der Absicht ihn zu ärgern, sich eine Stunde lang über irgend-etwas, z. B. das Stiefelputzen, unterhalten, durch das viele Sprechen werde er ganz toll gemacht. Der Oberpfleger frage ihn jeden Morgen, wie er geschlafen habe, wie es ihm gehe, das sei doch garnicht seine Sache, der habe sich um die Verwaltungsgeschichten zu kümmern, aber nicht um das Befinden der Kranken. Er gebe jedenfalls über sein Befinden nur dem Arzte Auskunft. Als der Stationsarzt eines Tages von der Exploration mit ihm abgerufen wurde, erklärte er am nächsten Tage, der Herr Doktor sei gestern nur fortgerufen worden, damit er von ihm fort sei. Die Pfleger deuten an, dass das, was sie sagen, auf ihn geht, er nehme es wenigstens so an. Sie machen alles, um ihn zu ärgern, um ihn zu schikanieren. Besuch von Angehörigen lehnt er, wahrscheinlich auch aus Misstrauen, ab. Als er von seinem Bruder einmal Besuch bekommt, ist er sehr kurz, wortkarg, mit der Absicht, dem Bruder anzudeuten, dass er den Besuch nicht haben will. Oefter erklärt er auf Fragen, es gehe ihm gut; seine Ueberzeugung stimmt nicht immer damit überein, mitunter ist diese Antwort ironisch, oder er motiviert sie damit, dass mancher Arzt ver-zweifelt sei, wenn er am Krankenbette immer wieder Schlechtes höre.

Nicht immer ist der Kranke den ärztlichen Einwänden gegen seine wahnhaften Schlussfolgerungen ganz unzugänglich. Er gibt die Möglichkeit, sich getäuscht zu haben, zu, sieht ein, dass er den Pflegern mit seinen Verdächtigungen Unrecht getan hat. Auch seine Frau meine es gut mit ihm, die Frau habe er gern, er möchte gern mit ihr leben, sie sei fleissig, sparsam, sei aber eine Schauspielerin. Anerkennend und lobend spricht er von seinen Vorgesetzten, sie seien vorzüglich gewesen, nur mit dem einen Oberkontrolleur habe er Aerger gehabt, der sei aber krank gewesen, was er damals nicht wusste. Offenbar ist es dem Pat. peinlich, jene Affaire zu berühren.

Juli 1913 machte er eines Tages mit geheimnisvoller Miene den Arzt auf einige Striche an der Wand (Farbdifferenzen im Wandanstrich infolge Reparaturarbeiten) aufmerksam. Im Untersuchungszimmer erzählte er dann geheimnisvoll flüsternd, anknüpfend an die vor einigen Tagen im Krankensaal ausgeführten Maurerarbeiten, was er beobachtet habe. Der Maurer habe einen Ziegelstein aus der Wand genommen, es sei gewesen, als ob er dahinter etwas versteckte. Er habe eine Kette oder wenigstens Eisenwerk in der Mauer gesehen; da gehe wohl ein Fahrstuhl nach unten; unten könne ein Raum sein, wo man etwas verstecken kann. Die Wärter könnten dort etwas verstecken, es könnte dort ein Schatz versteckt liegen. Den Einwand der Unwahrscheinlichkeit lehnt Pat. mit der Bemerkung ab, es sei schon in einem königlichen Gebäude eine Falschmünze gewesen, die man erst nach einem Jahr entdeckt hätte.

Die Möglichkeit einer Täuschung gibt er auch hierbei zu, er hat Einsicht für sein abnormes Misstrauen. „Nun ist das vielleicht eine Phantasie oder ein Traum, es ist aber auch möglich, das was dran ist, ich fasse alles schwerwiegender auf, es mag ja ein Fehler sein.“

Während der Behandlung des Patienten in der Klinik starb seine Ehefrau. Er traute der Todesnachricht nicht. Das sei Machination von Verwandten, dass sie behaupten, seine Frau sei tot. Der Schmidt (gerichtlich bestellter Pfleger) wolle sich nur in den Besitz seiner Sachen setzen.

Die Klagen über Belästigungen durch Personen der Umgebung, das Misstrauen gegen diese tritt nicht immer mit gleicher Stärke hervor. Es gibt Tage, an denen Patient erklärt, es gehe ihm ganz gut, er fühle sich besser, sei froh, dass er hierher kam; die Erinnerung an seine früheren, noch einige Tage vorher geäusserten Beschwerden spielt dann in seinem Bewusstseinsinhalt keine Rolle. An anderen Tagen wieder bringt er entrüstet alle seine vielen Anklagen und Beschwerden vor, neben irgend einer neuen Klage pflegt er dann die anderen, schon oft geäusserten von neuem aufzufrischen, gelegentlich passiert es dann auch mal, dass er in der kausalen Erklärung für seine körperlichen Beschwerden weiter zurückgreift, den früheren Dienst dafür verantwortlich macht. Er habe nach der Saline versetzt werden wollen, sei aber in die Zuckerfabrik gekommen, wo er in dem heissen Raum Dienst tun musste, gerade er habe immer in dem zugigen Zollsuppen stehen müssen.

Gegenüber der Missachtung, mit der der Kranke die meisten Personen, namentlich immer gerade die seiner augenblicklichen Umgebung beurteilt, steht bei ihm eine Selbstgefälligkeit, mit der er von seinen persönlichen Eigen-

schaften spricht, seine Rechtschaffenheit, Ehrlichkeit, seine früher bewiesene Diensttätigkeit und seine guten Absichten gegen andere hervorhebt.

Die Affektreaktion des Kranken ist eine recht lebhaft. Entrüstung, Unwille, Groll, Freundlichkeit und viele Nuancen affektiver Empfindung prägen sich in seiner ausdrucksvollen Mimik, seinen Gesten und dem Ton seiner Stimme aus. Der Mangel an Betätigung ist begründet durch seine körperliche Gebrechlichkeit, sein Schlafbedürfnis und seine durch das Misstrauen bedingte Abneigung mit anderen in Verkehr zu kommen. In seinen Umgangsformen ist er korrekt, dem Arzte gegenüber stets freundlich, höflich; er unterlässt es nie, sich im Bett aufzusetzen, wenn der Arzt an sein Bett tritt. Stets ist er gern bereit, auf alle Vorschläge des Arztes einzugehen. Die Vorgänge auf der Station verfolgt er mit Interesse und Misstrauen. Seine sprachliche Schilderung ist gewandt, der Gedankengang klar und geordnet.

Auf intellektuellem Gebiet ist nachweisbar eine leichte Reduktion der Merkfähigkeit. Vierstellige Zahlen hat er, wenn man seine Aufmerksamkeit durch Unterhaltung oder Rechenleistungen in Anspruch nimmt, nach fünf Minuten fast immer vergessen. Achtstellige Reihen von Zahlen werden richtig nachgesprochen, bei neunstelligen Fehler. Die fünf Städtenamen Bromberg, Köln, Stuttgart, Budapest, Stettin, die ihm zum Merken aufgegeben wurden und die er sich durch mehrmaliges Nachsprechen eingeprägt hatte, reproduzierte er nach 5 Minuten: Köln, Königsberg, Wien, Budapest, Stuttgart. Rechenaufgaben mit zwei- oder dreistelligen Zahlen löste er, abgesehen von einigen Fehlern, hierbei machte ihm das Behalten der Aufgabe Mühe. Die Merkfähigkeit hat sich während der klinischen Beobachtung verschlechtert. Das Tagesdatum weiss er meist bis auf einige Tage richtig anzugeben. Seine zeitliche Orientierung war, von der Aufnahme in die Klinik an, insofern beeinträchtigt, als er sich bei Datierung seiner Erlebnisse in den letzten Jahren, z. B. seines Aufenthaltes in Krankenhäusern, seiner Besuche bei Verwandten höchst unsicher fühlte und einzelne Daten nicht angeben konnte; allmählich wurde die Störung gröber. Dezember 1913 erklärte er eines Tages auf Fragen nach dem Datum, es sei August, korrigierte dann, es müsse Oktober sein.

Beiderkörperlichen Untersuchung finden sich deutlich und konstant die Symptome einer kombinierten Systemerkrankung. Die Patellar- und Achillesreflexe fehlen, die Beine sind hypotonisch und ataktisch, die Ataxie zeigt sich bei Bewegungen der Beine in Rückenlage und beim Gange. Romberg'sches Phänomen ist vorhanden. Auf beiden Seiten deutliches Babinski'sches Zehenphänomen. Rechts leichte Parese der Extensoren des Fusses und der Zehen, die Plantarflexion ist gut. Die Bauchdecken- und Kremasterreflexe sind vorhanden. Die Armreflexe fehlen.

Im Gebiet der Hirnnerven keine Störungen. Pupillen mittelweit, $r = 1$, reagieren gut auf Licht und bei Konvergenz. Augenhintergrund ohne pathologischen Befund. Augenbewegungen ungestört, keine Spur von Nystagmus. Fazialis und Hypoglossus intakt, keine Sprachstörung. An den Unterschenkeln leichte Störung der Berührungsempfindung ohne scharfe Grenzen, Bewegungsempfindung in Zehengelenken beiderseits grob gestört. Sonst keine Sensibilitätsstörungen, insbesondere keine Rumpfzone.

Im Röntgenbild findet sich an der Herzsilhouette eine Verbreiterung des Aortenbandes und Verlängerung des Aortenbogens. Ueber der Basis sterni klappender II. Aortenton und leises systolisches Geräusch. Der Blutdruck ist am 27. 11. 13 nicht erhöht, nach Riva-Rocci maximal 120, minimal 70 mm Hg.

Blut und Liquor reagierten bei Untersuchung am 5. 5. und 19. 7. 13 und 23. 1. 14 negativ; bei der ersten Untersuchung wurde nach der Hauptmann'schen Methode mit Liquormengen bis 1,0, bei der dritten bis 2,0 untersucht. Das Ergebnis der Untersuchung auf Zell- und Eiweissgehalt war folgendes: 5. 5. 13 Nonne Phase I Spur Opaleszenz, Phase II leichte Trübung, mässige Lymphozytose (Liquormenge 6 cm), 19. 7. 13 minimale Opaleszenz, Eiweissprobe nach Nissl 2 Teilstriche, mässige Lymphozytose, bei Durchsuchen mit Oelimmersion einige Gesichtsfelder mit 5, höchstens 10 Zellen, 23. 1. 14 Spur Opaleszenz, Trübung, starke Lymphozytose. Bei der zweiten Punktion floss der Liquor in kontinuierlichem Strahl aus der Punktionsnadel¹⁾.

6. Anna B., verwitwete Bureauvorsteher, geb. 20. 6. 1845. 31. 10. 1906 Aufnahme in städtische Nervenheilanstalt in Breslau. Protestiert mit lebhaftem Affekt gegen die Aufnahme. Erzählt ausführlich von ihren Erlebnissen aus letzter Zeit. Schon vor 6 Jahren, als sie nach des Mannes Tode in Berlin einem Herrn die Wirtschaft führte, war dort in letzter Zeit ihr alles so komisch. Es wurde an den Türen gehorcht, die Leute standen an den Wänden. Jeden Morgen war die Tür aufgeklinkt, Splitter an der Tür waren los. Das Schloss an ihrem Wäschschrank war entzwei. Was hinter den Wänden gesprochen wurde, konnte sie nicht verstehen. In Breslau ging es das erste Jahr gut, dann fing der Aerger wieder an. Nachbarn veranlassten ein Kind immer an ihrer Tür zu stehen, stellten das Nachtgeschirr auf den Flur, machten das Klosett auf, alles aus Schikane, um sie zu ärgern. Ueberall sei sie veralbert worden von Leuten auf der Strasse, wenn sie einkaufen ging. Die Leute machen ihr bildliche Sachen, das soll ihr etwas andeuten. Im Hause schoben sie eiserne Schienen hin und her, das alles wackelte, sie schlugen an Stangen an, wodurch ein summendes Geräusch entstand, das die Sinne betäubte, manche Nacht konnte sie nicht schlafen, weil von unten mit Brettern gegen die Decke gestossen würde. Es fiel ihr auf, dass immer andere Leute ins Haus kamen, in jeder Etage junge Dienstmädchen standen, dass viel Herren aus- und eingingen. Sie glaubte, dass es ein öffentliches Haus sei. Auf der Treppe begegnete ihr ein alter Herr, sie hielt ihn für einen Irrenarzt, der sie beobachten sollte. Eines

1) Nachtrag während der Korrektur: Am 9. 3. 14 ist der Kranke gestorben. In den letzten Wochen vor seinem Tode waren die intellektuellen Defektsymptome recht grob und augenfällig geworden. Die Merkfähigkeit war schwer gestört. Konfabulationen produzierte er nicht. In den letzten Tagen vor dem Tode stellten sich Symptome sensorischer Aphasie ein. Bei der Sektion fand sich keine wesentliche Sklerose der grossen Hirnarterien, im Rückenmark mikroskopisch degenerative Veränderungen. Die weitere anatomische Untersuchung steht noch aus.

Abends sei sie von Hause fortgegangen und sei fortgefahren, ohne dass sie es wollte, es sei ihr immer angedeutet worden, dass sie fort müsse.

Retrospektive Missdeutungen, vielleicht Grössenvorstellungen. Die Leute machen ihr Faxen vor, als sei ihr Mann nur scheinbar begraben. Die ganzen Verhältnisse beim Begräbnis ihres Mannes seien so sonderbar gewesen. Ihre Mutter habe mal gesagt: Du denkst wohl, du bist nicht das richtige eheliche Kind; in Berlin habe man sie ohne Bezahlung ins Mausoleum hineingelassen.

Im Krankenhaus ruhig, geordnet, bis auf gelegentliches Schimpfen, Drängen auf Entlassung. Misstrauisch, fürchtet, man habe es auf ihr Leben abgesehen. Im Bett sei eine Maschine, die rauf und runter gehe, unten würden Türen zugeschlagen, alles um sie zu erschrecken, man habe es auf ihren Untergang abgesehen, ihr Essgeschirr sei gezeichnet.

8. 4. 07 nach der psychiatrischen Klinik in Breslau verlegt. In den nächsten 6 Monaten: misstrauisch, Eigenbeziehungen, Missdeutungen von Vorgängen in der Umgebung. Einschlagen von Nägeln in die Wand fasst sie als Andeutung auf, dass sie eingemauert werden solle, auch hier bediene man sich der Zeichensprache, Zweifel an dem Tode ihres Mannes. Fühlt sich benachteiligt, sie bekomme schlechte Wäsche, schlechtes Essen, Brot, das andere übrig gelassen haben, Mäusfleisch. Nach dem Essen habe sie zuweilen Rumoren im Leibe, vielleicht sei etwas im Essen gewesen. Man wolle sie verkuppeln. Erwähnt die Möglichkeit, dass alles mit der Erbschaftsregulierung zusammenhängen könne, sie solle zu Tode gequält werden, Aerzte und Pflegerinnen seien zu diesem Zweck verbunden, auch Kranke werden dazu gedungen, sie in jeder Weise zu misshandeln. Der Fürst-Bischof werde sich ihrer annehmen, sie sei mehr wert als andere; verlangt dringend Entlassung, Zunahme des Misstrauens, zurückhaltend mit Wahnvorstellungen. Phasen stärkerer Erregung mit ununterbrochenem Schimpfen.

Ausser Schwerhörigkeit bietet die Kranke bei körperlicher Untersuchung nichts Besonderes.

An ihre Verwandten schrieb sie folgenden Brief:

Breslau, den 26. August 1907.

Liebe Verwandten!

Ich bitte Euch um Gottes Willen holt mich doch hier weg aus der Königl. Nervenklinik, ich bin doch geistig gesund und auch körperlich denke ich wieder gesund zu werden. Ich bin verletzt worden und war 3 Wochen sehr krank u. liege noch im Bett, bin aber jetzt so weit, dass ich fortgeholt werden kann in einer Droschke. Mir ist hier gesagt worden, ich müsste hier bleiben um Gottes Willen nicht. O gehe doch zum Herrn Bürgermeister und zum Polizeipräsidenten. Die Leute wollen mich bloss um alles bringen und mich noch obendrein totschlagen. Es ist hier fürchterlich, holt mich so schnell als möglich raus.

Ich bitte alle Tage für Euch, dass es Euch gut gehen soll und dass Ihr von gleichem Uebel verschont bleibt.

Seid alle herzlich gegrüsst von Eurer Schw. Schw. Tante

Anna Bae . . .

14. 9. 07 Ueberführung in Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Leubus. Protestiert hier gegen Aufnahme, da sie doch nicht irrsinnig sei. Erzählt mit Entrüstung und Zorn, dass sie in der Klinik in Breslau viel zu leiden gehabt habe. Sei jede Nacht geprügelt worden, die Haare seien ihr ausgerissen, die Knochen am Rücken eingeschlagen worden, sie habe vor Schmerzen ein paar Tage nicht essen, sich nicht einen Zentimeter im Bett fortrücken können. Die Belästiger seien die Geisteskranken gewesen, die hätten dafür etwas bekommen.

März 1908 ist Pat. dem Arzt gegenüber unzugänglich, sucht sich der Ansprache zu entziehen, schimpft vor sich hin. Herbst 1908 Zunahme der zornmütigen Affektäusserungen, unzufrieden, unverträglich. Im Verlauf der nächsten Jahre noch weitere Steigerung des zornmütigen Affektes, schimpft laut schreiend in groben Ausdrücken auf Arzt und Pflegerinnen.

Drängen auf Entlassung, schreibt folgenden Brief an Staatsanwalt:

Hochgeborener Herr Staatsanwalt und Gerichtsdirektor!

Bereits 7 Jahre befinde ich mich in der Anstalt Leubus, all meine Bitten um Herausgabe meiner Kleider nebst Tasche mit Inhalt ist umsonst, es wird mir hartnäckig verweigert und fortwährend werden meine Sachen untersucht und vereinzelt ausgeschrien.

Allerlei Einwand wird mir gemacht, weshalb ich in Leubus untergebracht worden bin. Es ist erstens keine standesgemässe Pension für mich und zweitens liegt nicht der kleinste Grund vor, mich in der Anstalt so lange eingesperrt zu halten. — Ich habe hier schon seit 6 Jahren Höllequalen müssen ausstehen, Tag und Nacht bin gequält worden durch Elektrizität, fürchterlichen Gestank, Skandal, Lügen, Verleumdungen aller Art, Beschimpfung meiner Person, sowie meiner Verwandtschaft, im Bett hin und hergeschüttelt worden, von unten gestossen, geschlagen, hingeworfen in die Erde, auf den Steinfussboden. Mein Essen bekomme ich fast nur mit Zank, und was für Essen? — Jeden Morgen einen weissen Becher Kaffee, sonst nicht. Ich bin doch eine schlesische Bürger- und Meister-Tochter, kirchlich getraute Ehefrau in Lüben in die Schule gegangen und getraut, in Glogau geboren. Herr Sch . . . kennt mich. Ich bitte recht gehorsamst den Herrn Staatsanwalt mich wegholen zu lassen sobald als möglichst durchs Gericht oder Polizei. Von den Juden bin ich sehr belästigt worden, auf jede Weise sucht man mich krank zu machen um Ausrede zu haben. Ich bitte meine Bitte mir nicht zu versagen, in die Kirche darf ich auch gehen.

Ganz untertänigste Frau A. B.

geb. K.

Verwittwete Bureauvorsteher.

Akustische Halluzinationen, die als Belästigungen durch Personen der Umgebung aufgefasst werden. Inhaltlich sind es Beschimpfungen. Unzufrieden, nörgelnd, beschwert sich über Essen und Kleidung. Vereinzelt nicht fixierte Personenverkennungen.

Einige Notizen aus der Krankengeschichte lasse ich zur Illustrierung des Krankheitsbildes, das bis zu den letzten Wochen vor dem Tode der Kranken unverändert blieb, folgen:

21. 10. 08 Schimpft viel und laut, besonders zur Zeit der Visite.

24. 2. 09. Kommt wütend aus ihrem Zimmer, verlangt energisch ihre Entlassung, schimpft auf den Arzt.

15. 5. Schimpft oft stundenlang vor sich hin.

14. 1. 10. Schimpft bei jeder Visite, verlangt ihre Sachen, habe nicht nötig, hier zu bleiben. So ein Hurenkerl von Arzt brauche nicht in ihr Zimmer kommen.

2. 2. In letzter Zeit ganz ruhig, aber abweisend.

15. 2. Schimpft bei Eintritt des Arztes, verlangt ihre Kleider. Gehöre nicht hierher in die Hurenhäuser, nicht unter solche Huren.

26. 3. Schimpft, sie bekomme vergiftetes Essen.

9. 8. Werde nachts immerfort beschimpft.

4. 1. 11. Bekomme Hungerkost und vergiftete Milch. Sie werde zu Tode gerädert, besonders des Nachts.

9. 1. Schreibt in einem Brief an ihre Schwester: Hier bin ich schon jahrelang in einem elektrischen Zimmer und hört man unten die Stimmen, schimpfen, zanken usw. es gilt mir und meinen Verwandten. Geht denn das alles Fremde an, was in unserem Leben ist passiert, die Lügen noch dazu . . .

15. 3. Redet den Arzt mit Herr K. an. Beschwerwt sich über Belästigungen. Sie müsse die ganze Nacht den Gestank aufriechn, der von unten herauf durch die Röhren zöge.

17. 11. Schimpft täglich bei den Visiten über die Belästigungen, die sie nachts auszustehen habe. Sie müsse ständig stinkiges Zeug aufriechn, das man ihr unter das Fenster giesse, eine gesunde Person wie sie sollte herausgelassen werden, es sei ein Verbrechen, sie hier zu halten. Alle steckten natürlich unter einer Decke.

24. 4. 12. Schimpft viel. Wird dabei blass, zittert vor Aufregung. Klagt über Belästigungen verschiedenster Arten, die ihr von unten mit Absicht heraufgeleitet würden.

17. 7. Operation in Narkose wegen Mammakarzinom.

6. 8. Eiterung, Inzision.

19. 8. Allgemeinbefinden gut, Wunde gereinigt.

Zugänglicher, gibt dem Arzt die Hand, drängt in einsichtsloser Weise nach Haus.

10. 10. Verfällt körperlich immer mehr. Psychischer Zustand wesentlich verändert. Während Pat. gegen Arzt abweisend und grob war, ist sie jetzt zugänglich, lässt sich verbinden. Bittet, sie im Falle des Todes nach L. schaffen zu lassen.

15. 10. Deutlich ausgeprägtes Gefühl der körperlichen Hinfälligkeit. Bittet den Arzt länger bei ihr zu bleiben. Todesgedanken. Dankbar für Sendung ihrer Schwester.

23. 10. 12. Exitus letalis.

7. Josefa Hab., verwitwete Arbeiterfrau, geb. 18. 4. 1836. Ueber Familienanamnese, Vorleben waren objektive Angaben nicht zu erhalten. Die

Pat. gab an, dass eine verstorbene Schwester eine komische Person gewesen sei, sie sei geizig und geziert gewesen. Sie habe auch so eigen ausgesehen, als sie tot war. Ueber ihre eigene Person machte sie folgende Angaben: Früher stets gesund gewesen, in der Schule gut gelernt. Nach der Schulzeit als Dienstmädchen in Stellung. 1861 Heirat. Mann war Arbeiter, starb 1882 nach einem Unfall. Ein Kind, das an Krämpfen starb. Nach dem Tode des Mannes war sie Haushälterin, später ganz für sich gelebt, Federn geschleisst, genäht, bis zum Alter von 65 Jahren sich allein ernährt; bekommt kleine Unterstützung vom Magistrat. Hat sich ihren Haushalt bis in letzte Zeit selbst besorgt. In sehr ärmlichen Verhältnissen gelebt, sich mit Kartoffeln und Kaffee ernährt, Sonntags für 15 Pfennig Fleisch.

Am 24. 2. 10 erfolgte auf Veranlassung der Hausbewohner und Anordnung des Armenarztes Aufnahme in die psychiatrische Klinik in Breslau. Patientin protestierte lebhaft dagegen. Sie sei ganz gesund. Sei von Nachbarn und Hausgenossen fortwährend belästigt worden, sie hätten sie um ihr Geld gebracht und auch ums Leben bringen wollen, sie lasse sich nicht für verrückt erklären, sie sei nur aufgeregt durch die fortwährenden Hetzereien, „die Sprache, die Zerstreuung und die Aufklärung“. Folgte dann ruhig auf die Abteilung.

Anfangs gab sie dem Arzte in der Klinik bereitwillig Auskunft über ihre psychotischen Erlebnisse. Bei Schels, die unter ihr wohnten, sei ein Apparat aufgestellt, der alles mögliche spiele, niemand höre es, nur die Spieler und sie, gesehen habe sie nichts, nur gehört. Sie sei beständig schikaniert worden, sei beschimpft, beleidigt und ausgefragt worden. Sie habe immer Antwort geben müssen, wo sie ihr Geld habe. Durch das Rohr höre sie es. Die Schels hätten auch eine Laterne, mit der sie alles sehen könnten. Auch ihre Gedanken hätten sie gewusst, früher, als sie selbst gedacht habe; was sie tue und denke, wissen sie alles. Sie sei kommandiert worden, habe alles tun müssen, was die Leute wollten. Lauter Aengstlichkeiten machten sie ihr vor, liessen eine Puppe wie ein Kind schreien. Sehr unanständige Sachen hätten sie ihr zugerufen. Sie habe garnicht mehr arbeiten können, weil die mit ihren Gemeinheiten und hässlichen Redensarten nicht aufgehört haben. Neben den Beschimpfungen hörte sie Bedrohungen. Sie hörte, dass überall Gift gelegt sei, dass alles angezündet werde. Sie sollte für verrückt erklärt werden. Hörte auch Schmeicheleien, wohl in ironischem Sinne; liebes Täubchen, hätten sie zu ihr gesagt. Neben Phonemen auch Akoasmen. Sie hörte tuten, befürchtete taub zu werden, getötet zu werden. „Denen ist alles zuzutrauen“. Sei aus der Angst garnicht mehr herausgekommen. Habe garnicht mehr schlafen können, das Essen habe nicht mehr geschmeckt; sie sei bestohlen worden. 100 Mark Geld hätten sie ihr genommen, an ihre Schränke seien sie gegangen.

Sie höre das alles erst seit 2—3 Wochen.

Wahnhafte Verarbeitung der psychotischen Sinneswahrnehmungen, Systematisierung nur ganz oberflächlich. Die Leute täten das alles, weil sie wüssten, dass sie einige Pfennige Geld gespart hat, um die sie sie bringen wollten; sie seien auch ungehalten gewesen, weil sie einige Zeit ein Kind von den Leuten gepflegt, die Pflege aber wegen Schwäche aufgegeben habe.

Zunächst war Pat. in der Klinik zufrieden und freundlich, lobte das Essen, alles sei hier wie im Schloss, den Arzt begrüßte sie eines Tages mit Königliche Hoheit. Gehörshalluzinationen bestanden wahrscheinlich in der Klinik von Anfang an. Sie höre auch hier den Apparat spielen, was sie sage, werde von unten wiederholt. Nach wenigen Tagen wurde sie unzufrieden, die Halluzinationen nahmen zu, ihr Inhalt wurde ein anderer. Der Lärm fange hier erst an, alle möglichen Leute kämen herein und skandalisierten, von oben sei ihr gesagt worden, sie solle Kot und Urin ins Bett lassen, es sei fürchterlich. Sehen könne sie natürlich niemanden, es sei ja finster. Es seien geheime Sachen. Klagt schimpfend, dass sie im Bette liegen solle, dass sie ihre Sachen nicht bekomme. Drängt energisch auf Entlassung, sei überlistet, gegen ihren Willen hergebracht worden; hier sei es schlimmer als im Gefängnis, sie wolle wieder ihre Freiheit haben, in ihre Häuslichkeit zurück; es fehlt jede Einsicht für die Hilfsbedürftigkeit, die körperliche Gebrechlichkeit.

Allmähliche Zunahme der zornmütigen Reizbarkeit. Während Pat. in der ersten Zeit in der Klinik recht gesprächig war, bei der Unterhaltung sprach, bis sie unterbrochen wurde, ist sie später ablehnend dem Arzte gegenüber, sie zieht sich von der Umgebung zurück, bleibt ruhig in ihrem Bett liegen, spricht nicht spontan. Jede Ansprache bewirkt zornigen Affektausbruch und Verlangen der Entlassung. Schimpft, dass sie oft gefragt werde, eine alte Frau von 84 Jahren brauche nicht mehr so viel zu wissen, bei ihr sei noch immer das Alte. Sie gehöre nicht hierher, sei nicht so schwach im Kopf, wolle nach Haus in ihre Wohnung, habe dort genug zu essen, so viel, dass es jetzt verdirbt. Vorschläge aufzustehen, in den Garten zu gehen, lehnt sie ab, wohl aus Abneigung mit anderen in Berührung und Verkehr zu kommen.

Niemals liessen sich Sinnestäuschungen auf anderen Gebieten als auf akustischem nachweisen, niemals Klagen über unangenehme Körperempfindungen. Das motorische Verhalten erschien stets adäquat der Intensität und Qualität der Affekte.

In der ersten Zeit der Beobachtung liess sich feststellen, dass Pat. zeitlich genau orientiert war, die Daten über ihren Lebensgang gab sie prompt und ohne Widersprüche an. Bei Erzählungen war sie umständlich und weitschweifig, sprach bis sie unterbrochen wurde, um die Umgebung kümmerte sie sich nicht, wusste stets, dass sie im Krankenhause war.

Kleine, abgemagerte Frau. Zeichen des hohen Alters. Trockene, welke Haut, Kiefer zahnlos und atrophisch. Starke Arteriosklerose, Myokarditis, Puls unregelmässig. Tremor der Finger, sonst kein pathologischer Befund.

16. 7. 10. Ueberführung in Provinzialanstalt Bunzlau, hier bis Oktober 1912 im wesentlichen das gleiche Zustandsbild. Pat. verlangt bei gegebener Gelegenheit vom Arzt ihre Entlassung, sie wolle nach Hause, habe dort alles, was sie brauche, sei doch seit 1857 in Breslau zu Hause. Beschäftigt sich mit Wollenzupfen und in der Küche, zieht sich von anderen zurück, sitzt gern allein. Gegen andere Kranke unverträglich und zänkisch, schlug andere, behauptet, sie wäre geschlagen worden. Spricht nicht spontan über Beeinträchtigungsvorstellungen oder Sinnestäuschungen; auf Fragen danach gibt sie keine Aus-

kunft, wird gereizt; man wolle sie hier nur festhalten. Erwiderte dem Arzt, er wisse doch alles, ausserdem sei doch sie diejenige, die zu klagen habe.

8. Pauline Fieb., geb. 18. 8. 1835. Nach Angabe eines Verwandten war sie früher gesund, stets eine tüchtige, arbeitsame Frau. Sie lebte seit etwa 25 Jahren von ihrem Mann, der starker Trinker war, getrennt, war zweimal verheiratet. Eine Tochter aus erster Ehe lebt, eine Tochter aus zweiter Ehe starb in Anstalt als Geisteskranke. Erhält Armenunterstützung und Invalidenrente. Aeussert seit 6 Jahren Beeinträchtigungsvorstellungen. Soll die letzte Zeit vor Manifestwerden der Krankheit Neigung zum Trinken gezeigt haben, stets ein kleines Medizinfläschchen voll Schnaps gehabt haben.

Es fiel schon vor 6 Jahren auf, dass Pat. nachts vor sich hin sprach. Sie hörte Vorwürfe, Beschimpfungen, dass sie stehle. Beklagte sich darüber, wechselte oft ihre Wohnung. Trug eine Zeitlang einen Strick mit sich herum; Aeusserungen, dass sie sich das Leben nehmen werde, um vor diesen schlechten Leuten Ruhe zu haben. Sie könne nicht mehr arbeiten, habe nichts mehr vom Leben. Reagierte in letzter Zeit auf die halluzinierten Vorwürfe mit lautem Schimpfen gegen die Hausbewohner, ging auf den Flur, lärmte und schimpfte, holte sich den Armenvorsteher, der sie in Schutz nehmen sollte.

9. 9. 11. Aufnahme in die psychiatrische Klinik in Breslau.

Erzählt lebhaft mit vielen Worten von den Beschimpfungen, die sie durch ihre Nachbarn zu ertragen hätte. Der Aerger werde ihr gemacht, weil sie statt der Treppe den Ausguss scheuern wollte. Darüber hätten sich die sieben Mieter des Hauses aufgehalten und hätten sich zusammen gegen sie besprochen. Die Frau K., die neben ihr wohne, lasse ihr seitdem Tag und Nacht keine Ruhe, verfluche sie, schimpfe „schlechtes Aas, verfluchte Kanaille“.

In den ersten vier Tagen in der Klinik ruhiges Benehmen, keine Halluzinationen. Dann setzen wieder des Nachts die beschimpfenden Phoneme ein, werden auf eine andere Kranke projiziert. Die werden wohl von ihrer Wohnung hierher gekommen sein. Mit Verlegen der Kranken auf andere Station setzten die Halluzinationen zunächst wieder aus. Pat. bleibt still, einsilbig, beobachtet aufmerksam die Vorgänge in der Umgebung. In den nächsten 7 Monaten mit stunden- und tageweisen Intervallen viel Gehörshalluzinationen, meist beschimpfenden Inhaltes. Dann gereizt, mitunter abweisend, gibt ihrer Entrüstung, ihrem Zorn Ausdruck durch lautes Schimpfen, gerät dabei in hochgradigen Affekt, zittert am ganzen Körper, spuckt wütend gegen die Wand, steht horchend neben der Wand, antwortet auf die Halluzinationen mit Aeusserungen der Rechtfertigung und Verteidigung. Inhalt der Phoneme lässt sich nur aus den gelegentlichen Aeusserungen der Kranken entnehmen. Die Ehre solle ihr genommen werden, 15 Schürzen solle sie gestohlen haben. Hört daneben Bedrohungen. Der Kopf solle ihr abgehackt, in kleine Stücke solle sie zerschnitten und in einen Sack gesteckt, das Geld ihr genommen werden. Beklagt sich einige Male darüber, dass ihr Gift übers Gesicht, auf den Kopf gegossen werde, sodass ihr die Haare ausgingen. Beklagt sich über das Essen, das Fleisch, das vergraben werden sollte, werde für sie gekocht. In der letzten Zeit in Ver-

bindung mit den Beeinträchtigungsvorstellungen flüchtige Grössenideen. Ihr Vermögen von 8 Millionen Mark werde ihr vorenthalten.

Halluzinationen werden für Äusserungen von Personen gehalten, keine anderen Erklärangsvorstellungen, keine anknüpfenden logischen Schlussfolgerungen.

Intensität des zornmütigen Affektes ist nicht konstant. Manchmal bricht Pat. bei Eintritt des Arztes ab, entschuldigt sich, dass sie so laut spreche.

In den von Halluzinationen freien Intervallen friedlich und freundlich, Neigung zu scherzhaften Bemerkungen, hält auch dann an den Beeinträchtigungsvorstellungen fest, geht auf Fragen danach wenig ein, äussert gelegentlich spontan Klagen über Benachteiligungen im Essen und über die halluzinierten Verleumdungen. Gelegentlich Situationsmissdeutung. Sträubt sich sehr energisch mit hochgradigem Affekt gegen die klinische Demonstration, sei nicht unterleibskrank, sei keine Rumtreiberin.

Oertlich und zeitlich orientiert. Präzise Antworten über ihren Lebensgang, keine Schwierigkeit der chronologischen Ordnung. Keine gröbere Störung der Merkfähigkeit. Die Zahl 1714, die ihr zum Merken aufgegeben wurde, hat sie nach 6 Stunden noch im Gedächtnis behalten.

Klein, schwächlich. Kyphoskoliose. Seniler Habitus, aber frisches, lebhafte Benehmen. Sklerose der fühlbaren Arterien. Fingertremor. Schwerhörig, es wird nur laute Umgangssprache verstanden. Sonst somatisch kein pathologischer Befund.

19. 4. 12. In Provinzialanstalt Bunzlau überführt.

Hier weiterhin das gleiche Krankheitsbild. Reizbarkeit und zornmütige Affektentladungen, vielleicht noch gesteigert.

Am 13. 2. 13 ist in der Krankengeschichte der Anstalt notiert: War in keiner Weise anzusprechen, wurde nachts öfter laut. Tagsüber fluchte und schimpfte sie zeitweise; und am 1. 6. 13: dauernd im Bett, pflegebedürftig. Am 30. 7. 13 erklärte sie, sie sei nicht krank. Auf die Frage, wie lange sie hier sei, antwortete sie: paar Wochen, sie warte nur noch ein bis zwei Tage, dann gehe sie in ein adliges Stift.

Anfang Januar 1914 erkrankte sie plötzlich an Pneumonie und starb am 6. 1. 14. Ueber das Sektionsergebnis ist notiert: Pleuropneumonie links. Arteriosklerose. Gehirn 1200 g.

9. Ida P., Kaufmannswitwe, 20. 8. 1846 geboren. Keine Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie. Vater der Patientin soll mässiger Trinker gewesen sein, nach Angabe von Sohn und Schwiegersohn. Ehemann starb in Psychose. 7 Kinder, 4 von ihnen klein gestorben. Von jeher eigentümlich veranlagt, eigensinnig, sehr erregbar, grob, rechthaberisch, unbeeinflussbar, unverträglich, mit allem unzufrieden. Wechselte häufig ihre Dienstmädchen, ohrfeigte ihr Personal bei der geringsten Gelegenheit. Klatschsüchtig. Etwa 1905 zweimal Lungenentzündung, seitdem abgemagert. Zunehmende Körperschwäche. In den letzten Jahren Steigerung der psychischen Eigenheiten. 23. 2. 10. Aufnahme in die psychiatrische Klinik in Breslau. Anfang Februar 1910 fiel

sie dadurch auf, dass sie im Hause umherging, nicht im Zimmer blieb. Sie stand abends an der Haustür, bis diese geschlossen wurde, schlief nachts wenig, hämmerte nachts in ihrer Wohnung, oft stundenlang, sodass sie die Nachtruhe der unter ihr wohnenden Mieter störte. Gehörshalluzinationen als Stimmen ihrer Verwandten von geringer sinnlicher Deutlichkeit. Sie verstehe die Stimmen nicht. Ihre Angehörigen seien in der Nähe und besuchten sie nicht. Manchmal sei es gewesen, als ob jemand sie rief, als ob sie hinuntergehen sollte. In letzten 2 bis 3 Wochen sei es ihr so unheimlich gewesen, in der Ecke habe es so viel geknistert. Klagte darüber, dass die Zimmerdecke sich auf sie herunter senke, dass der Fussboden schwanke. Habe mitunter Schwindelanfälle gehabt, Flimmern vor den Augen. Neigung zu Personenverkennungen, zweifelte zeitweise an Identität ihrer Angehörigen. Ihren Sohn, der von auswärts kam, erkannte sie manchmal an, manchmal zweifelte sie an der Identität. Ein Herr sei gekommen, der ihrem Sohn ähnlich war, und doch sei er es wieder nicht gewesen, es seien viel Personen dagewesen, die ihren Verwandten ähnlich sahen.

Schildert in der Klinik redselig lebhaft ihre Beobachtungen, führt sie kausal auf ungünstige Wohnungsverhältnisse zurück, beklagt sich, dass Angehörige keine Abhilfe geschafft hätten. Ihre Verwandten hätten es nicht gut mit ihr gemeint, hätten sie aus der Wohnung heraus haben wollen, eine Nichte habe sie immer ausgelacht. Sie wisse aber nicht, ob es wirklich so war oder nur Einbildung von ihr. In der gleichen oberflächlichen Art werden auch alle anderen Beeinträchtigungsvorstellungen vorgebracht. Pat. hält wohl daran fest, ist aber auf Einwand dagegen doch leicht geneigt, Einschränkungen zu machen, die Möglichkeit zuzugeben, dass es sich dabei vielleicht um Fälschungen ihrerseits handele. Sie wisse auch nicht, ob sie beobachtet worden sei. Es hätten sehr viele nach ihr gesehen, aber sie sehe ja auch nach anderen. Es sei schon möglich, dass ihr Leute nachsehen, weil sie so schlecht ausgesehen habe. In der Klinik vereinzelte Gehörstäuschungen ohne bestimmte Affektbetonung, stets mit schwachem sensorischen Charakter: Schläft Frau P. schon? — Ich bin Ihre Schwester Frau Sch. — Kann ich die Schwester sprechen? — Sie könne sich aber auch getäuscht haben. Klagt öfter über mancherlei körperliche Beschwerden, Husten, Schwere in den Gliedern, Schwindelanfälle, Flimmern vor den Augen, eigentümliches Gefühl unter dem Herzen, führt auch mal körperliche Missempfindungen auf Giftwirkung zurück. In der Klinik gleichmässig guter Stimmung. Bringt Beeinträchtigungsideen ohne stärkere Affektbetonung vor. Gut orientiert über Umgebung und Zeit. Keine Schwierigkeit bei chronologischer Ordnung von Daten ihres Lebens. In der Klinik zeigte sie sich über Tagesdatum, Dauer ihres Aufenthaltes orientiert. Die Merkfähigkeit für Zahlen gut, für Namen schlechter.

Für ihr Alter rüstige Frau, frisches, lebhaftes Wesen. Sehr redselig, Andeutung ideenflüchtiger Weitschweifigkeit in ihren Erzählungen, Neigung zu scherzhaften Aeusserungen. Leichte periphere Arteriosklerose, Tremor der Finger und Zunge. Lebhaftes Sehnenreflexe.

6. 4. 10. In Provinzialanstalt Lüben überführt. Im nächsten halben Jahr Zunahme der Klagen über körperliche Beschwerden, wird nörgelnd, anspruchs-

voll, zänkisch, erklärt ihre körperlichen Beschwerden gelegentlich damit, dass ihr Gift ins Essen getan worden sei. Eine Zeitlang grosses Schlafbedürfnis. Sie müsse wohl Gift im Kaffee bekommen, sie sei immer so müde. Der Arzt habe ihre Verlegung nach seiner Privatwohnung angeordnet. Die Oberpflegerin habe das aber hintertrieben. Aus dieser sich im Rahmen des Beeinträchtigungswahns haltenden Vorstellung erwächst bei der Pat. die allmählich immer stärker in ihrem Bewusstseinsinhalt dominierende Ueberzeugung, dass der Arzt sie heiraten werde. Seit Anfang 1911 Personenverkennungen, hält Pflegerinnen und Kranke für Angehörige, wird zudringlich zärtlich, auch gegen den Arzt, sei mit ihm in zweiter Ehe verheiratet. Spricht in Bezug auf Arzt von ihrem „Männl“. Anknüpfende Konfabulation mit gehobenem Selbstgefühl, bekomme Briefe von dem Arzt, die ihr in der Nacht von den Pflegerinnen genommen werden. Eifersuchts-äusserungen gegen Pflegerinnen, schreibt zärtliche Briefe an den Arzt. Beklagt sich im August 1912 in einem Brief ihren Kindern gegenüber, dass ihr zweiter Mann ihren Wünschen nicht entgegenkomme, sie wieder auf eine andere Station gelegt habe, dass er damit den Beweis liefere, dass er andere, die Pflegerinnen mehr liebe als sie. Ende November 1912 zudringlich zu einem anderen Arzt. Der sei ihr „Männl“ unter anderer Gestalt. Stimmung oftheiter, zeitweise erregt, zänkisch. Gehörshalluzinationen beschimpfenden Inhalts. Drängt auf Entlassung. Wirft den Pflegerinnen Zurücksetzung ihrer Person und Bevorzugung anderer vor. Werde von Pastoren, Schwestern und von ihren lieben Kindern durch das Telephon angerufen.

Ende 1913 weitere Steigerung des gehobenen Selbstgefühls. Hält an der Vorstellung, die Frau des Arztes zu sein, fest, unterschreibt in Briefen: Frau Ida P. v. L. (Name des Arztes) geb. V., gratuliert dem Arzte schriftlich zu seiner Versetzung als Anstaltsdirektor. Spricht ihre Hoffnung und Freude aus, dass er sie mitnehmen werde, erklärte Kaiserin von Schlesien, Burgund und Niederlanden geworden zu sein.

Februar 1914 schrieb sie in einem Brief an den Arzt: mein lieber Mann weiss ja schon lange, hat mir's aber noch nicht selbst gemeldet, dass er König und ich Kaiserin und Königin von Schlesien, Niederlanden und Burgund geworden sind, zugleich auch Herzogin von Trachau, Trachenberg, Brabant und Posemuckel, habe aber leider von den Revenüen noch nichts genossen In einem Brief an eine Schwester schrieb sie: Ich habe einen hübschen Jesu Seegen gedichtet und kombiniert. O Jesu, o Jesu, o Jesu, Maria und Josephs Sohn von Gott gesandt, von Gottes Thron, uns zu erlösen, von Sünd und Not, durch seines Kreuzes Tod. Hosianna, Hosianna in der Höh', Hallelula, Hallelula, Kieri Eleis, Kiero, Elias Edelweiss, Ehrenpreis. Sanct. Christern, Sanct Simplicitas, Sant Raphael, Sophia, Sant, Sophia, Sant, Pristine, Sant, Joseph, Sant, Nepomuk, Sant, Ursulla, o Jesu, o Jesu, o Jesu von Aremathia, Josephs und Maria, Sohn, von Gott gesandt, von Gottes Thron, uns zu erlösen, von Sünd und Not, durch seinen Kreuzes Todt, durch seines Kreuzes Todt! Uns zu erlösen aus Sünd und Noth, durch seinen Kreuzes Todt!.

Das sind einige Namen von einigen Kindern von uns, manchmal singe ich auch alle Namen. Nun nochmals Dank für das Paket und herzliche Grüsse von deiner Schwester Ida P. v. L. geb. V.

10. Agnes Bom., geboren 21. 1. 1845. Nicht verheiratet. Ihre Eltern sollen in hohem Alter gestorben sein; von hereditärer Belastung ist nichts bekannt. Nach Tod ihrer Schwester vor mehr als 30 Jahren erzog Pat. deren Söhne, mit denen sie auch jetzt noch zusammen wohnt. Nach Angabe eines Neffen zeigte sie seit vielen Jahren ein auffallendes Misstrauen gegen ihre Umgebung, vermutete in harmlosen, nebensächlichen Aeusserungen bestimmte gegen ihre Person gerichtete Absichten, fasste scherzhafte Bemerkungen falsch auf. Ging sehr wenig aus dem Hause, verkehrte sehr wenig mit fremden Leuten, war übertrieben sparsam. Etwa 1906 liess sie an die Tür ihres Zimmers doppelte Schlösser anbringen, verschloss sie jeden Tag.

Seit Jahren Kopfschmerzen. Anfälle von Kongestionen des Gesichtes und gleichzeitiger leichter Unruhe von Dauer einiger Minuten. Allmählich Zunahme des Misstrauens, Entwicklung von Reizbarkeit, rechthaberisch. Sommer 1911 fing Pat. an über Benachteiligungen zu klagen. Leute kämen in ihr Zimmer, schnitten ein Stück vom Fleisch, von der Butter weg, nehmen ihr Holz, Kohlen, die Federn aus den Betten, vertauschten ihren Bettbezug mit einem schlechteren. In der Nebenwohnung würde Schlechtes über sie gesprochen, hörte dort fortwährend eine Dame weinen. Horchte an der Wand. Zog später ihre Angehörigen in ihre Beeinträchtigungsvorstellungen ein; die steckten mit anderen unter einer Decke, wollten ihr das Geld nehmen, trachten ihr nach dem Leben. Trug ihr Geld im Unterrock versteckt herum. Unten auf der Strasse ständen Leute, die auf den Neffen warten, ihn in die Oder werfen wollten, wenn er nicht Geld zahle. Er sei Erpressern in die Hände gefallen. An das Haus seien bis zu ihrem Fenster in der dritten Etage Leitern gestellt worden, auf denen Leute zum Fenster hinein klettern wollten. Sie stellte Töpfe und Krüge an das Fenster, damit die hineinkletternden Leute sich durch Hinunterwerfen derselben in der Nacht verraten sollten.

November 1911 klagte sie darüber, dass ihre Betten mit einem Schlafpulver bestreut würden, dass sie dadurch zum Schlafen gebracht würde. Während sie schlafe, würden dann die Diebstähle ausgeführt. Zwischen die Wäsche würde ihr ein Pulver gestreut, das den Menschen allmählich zum verfaulen bringe. Das Essen sei vergiftet, ass in letzter Zeit sehr wenig, schlief schlecht, sass auf ihrem Bett. Aeusserte Angst, dass das Haus in die Luft gesprengt würde.

4. bis 11. 12. 11 in einer Privatklinik in Breslau. Dort zunächst bessere Nahrungsaufnahme, doch zurückhaltend und ablehnend. Am 9. 12. wird die Nahrungsaufnahme schlecht.

11. 12. 11 Aufnahme in die psychiatrische Klinik in Breslau. Ueber ihre persönlichen, ihre Familienverhältnisse, über Zeit und Situation ist Patientin orientiert. Ueber die psychotischen Symptome gibt sie nur spärlich und unwillig Auskunft, auch gegen körperliche Untersuchungen ist sie ablehnend.

In der Klinik bleibt die Kranke dauernd still, zurückhaltend, ablehnend, beantwortet nur einige Fragen, wird meist unwillig, gereizt bei weiterer Exploration.

Klagt über körperliche Missempfindungen, die auf Grund des Misstrauens gegen die Umgebung als von dieser beabsichtigte Belästigungen gedeutet

werden. Sie habe Schmerzen im Munde, die Zunge sei verbrannt, die Fingernägel seien rauh, im Essen müsse doch etwas Scharfes gewesen sein, das sie vergiftet habe. Klagt anfangs bei jeder Visite darüber. Im Mai hätten die Belästigungen angefangen, die Leute hätten ihren Rock fortgenommen, nach 2 Tagen wiedergebracht. Was sie ihr alles genommen haben, wisse sie nicht, sie merke sich das nicht. Einzelne Gehörshalluzinationen, inhaltlich wohl in Zusammenhang mit den Vergiftungsvorstellungen. Höre von oben eine Frauen- und eine Männerstimme. Verdeckt ihren Kopf mit der Bettdecke, weil sie mit Pulver bestreut werde. Nimmt gleich anfangs wenig Nahrung zu sich, betrachtet misstrauisch das Essen, es sei vergiftet. Auch das Wasser sei vergiftet, habe sich in Wasser waschen müssen, das ganz gelb war (Niederschlag aus Wasserleitung), es sei Karbol drin. Verweigert jede weitere Auskunft über Entstehen der Vergiftungsvorstellungen. Sie behalte das für sich, sei nicht dafür, viel Worte zu machen. 3 Wochen ist Ernährung mit Magensonde notwendig, dabei heftiges Widerstreben der Pat. Trinkt zwischendurch mit Ausdruck des Misstrauens einen Schluck Milch, weist weitere Nahrungsaufnahme aber immer wieder zurück. Verlangte ein Röhrchen, um dadurch zu trinken. Betrachtet prüfend ein ihr gereichtes Glasröhrchen, gibt es wieder zurück, es sei nicht das richtige. Gegen Umgebung gleichgiltig, teilnahmslos. Mangel an Beschäftigungsbedürfnis. Bleibt in ihrem Bett, wendet sich meist nach der Wand. Ablehnend gegen alle Vorschläge zur Beschäftigung. Immer mürrisch, ablehnend bei Ansprache, gibt nur unwillig einzelne Antworten. März 1911 auch gegen Angehörige das gleiche Verhalten. Misstrauisch gegen Personen ihrer Angehörigen, erklärt nach deren Besuch, das seien garnicht ihre Verwandten gewesen. Drückt ihre Unzufriedenheit aus, dass sie in der Klinik ist, drängt aber nie auf Entlassung. Aeussert gelegentlich, der Kaiser, dem alle Kliniken gehören, werde sie herausnehmen lassen.

Kleine schwächliche Person in dürrtigem Ernährungszustand. Blasse faltige Haut, gealtertes Aussehen, gewölbter Rücken, atrophische Kiefer. Puls recht gespannt. Pupillen mittelweit, reagieren auf Licht und bei Konvergenz. Patellar- und Achillessehnenreflex vorhanden.

3. 4. 12. Auf Wunsch der Angehörigen nach Hause entlassen. Seitdem wohnt die Kranke bei ihren beiden Neffen, von denen einer verheiratet ist. Nach Bericht eines Neffen besteht Misstrauen und wahnhafte Beurteilung der Umgebung weiter fort. Bald nach ihrer Ankunft in der Wohnung brachte sie alle ihre Kleidungsstücke und sonstige Gegenstände, die sie nicht unbedingt täglich brauchte, unter Verschluss und versteckte den Schlüssel. Auch Kleidungsstücke und Wäsche ihres Neffen nahm sie an sich, verschloss sie mit der Behauptung, dass die Sachen ihrem Neffen nicht gehören. Weder auf gütlichem Wege noch in energischer Weise ist sie zur Herausgabe zu veranlassen gewesen. Nach der Entlassung aus der Klinik hat sie mit ungewöhnlich starkem Appetit gegessen. Sie schlief von abends 10 Uhr bis gegen Mittag des nächsten Tages, betätigte sich helfend in der Wirtschaft. Sie soll dauernd von wahnhaften Gedanken beherrscht worden sein, dass „böse Geister“ ihr und anderen nach dem Leben trachten. Oktober und November blieb sie 2—3 Tage im Bett

liegen, nahm keine Nahrung zu sich. Im Anschluss daran sang sie stundenlang ohne Unterbrechung religiöse Lieder, verbrannte ihre Gebetbücher, weil sie ketzerischen Inhalt hätten. Seitdem singt sie jeden Abend etwa 20 Minuten lang (als sie gesund war, soll sie nie gesungen haben).

Gegen die Personen ihrer Angehörigen war sie dauernd voller Misstrauen, zweifelte an ihrer Identität. Sie wurde grob und verletzend zu Personen, die früher ihr grösstes Vertrauen hatten. Sie war stets empfindlich, rechthaberisch, wurde gereizt bei Widerspruch, namentlich, wenn es sich um ihre persönlichen und um Geldangelegenheiten handelte.

Januar 1913 wollte sie die Angehörigen aus der Wohnung weisen und selbst die Wirtschaft führen. Als Grund dafür gab sie an, die Frau ihres Neffen tue ihr Pfeffer ins Wasser und in sämtliche Speisen, bestehle sie. Sie nimmt seitdem keine Nahrung von den Angehörigen an, auch Essen aus einem Restaurant wies sie zurück. Sie isst nur, was sie sich selbst bereitet hat, nährt sich von Milch, Kaffee, Tee, Bier, Semmeln, Wurst und Käse.

Nach Angabe des Neffen besitzt die Kranke eine sehr gute Erinnerung an frühere Erlebnisse, auch die der jüngeren Vergangenheit, sie soll sich an alle Einzelheiten der Vorgänge unmittelbar vor Aufnahme in die Klinik (11. 12. 11) genau erinnern, sie soll genau wissen, woraus ihre Kost nach Rückkehr aus der Klinik in die Familie bestand. Zeitlich soll sie aber nicht orientiert sein. Sie datiert die Jahreszeit um 2 Monate zurück, soll die Mittagszeit, wo sie aufsteht, für die Zeit von 5 Uhr morgens, zu der sie vor ihrer Erkrankung aufzustehen pflegte, halten.

11. Heinrich Fl., Lokomotivführer a. D., geboren 4. 9. 1851. Den Personalakten der Königl. Eisenbahndirektion Elberfeld entnehme ich folgende Daten: 1867 bis 1870 Schlosserhandwerk gelernt. Dann in Fabriken gearbeitet. 1881 als Schlosser und Hilfsheizer bei der Bahn eingetreten. 1884 Lokomotivheizer. 1885 Prüfung zum Lokomotivführer befriedigend bestanden.

1884 4 Tage krank wegen Rachenkatarrhs, 1856 8 Tage Kehlkopfkatarrh. 16. 4. bis 5. 5. 1889 krank wegen Lufröhrenkatarrhs. 24. 5. 1889 ist vom Arzt bescheinigt, dass er sich in einem an Krankheit grenzenden Gemütszustande befindet. An einer Stelle in den Akten ist in jener Zeit erwähnt, dass er eine grössere Aengstlichkeit an den Tag legte. Vom 20. 5. 89 keinen Dienst getan. In einem ärztlichen Bericht vom 15. 9. 89 heisst es, dass Fl. sich in einer melancholischen Gemütsstimmung befinde.

1. 12. 89 wurde er wegen seines Krankheitszustandes aus dem Bahndienst entlassen (da nur 9 Jahre im Dienst gewesen, ohne Pension). 3. 11. 92 schrieb er ein Gesuch um Wiedereinstellung in den Dienst. In dem ärztlichen Bericht ist erwähnt, dass er sich nach Angabe seiner Schwester seit Entlassung aus dem Bahndienst in landwirtschaftlichem Betriebe beschäftigt habe, dass er sich dort mit den Leuten nicht habe vertragen können. Sein Gesuch wurde abschlägig beschieden. 26. 2. 93 schrieb er darauf ein Gesuch mit Bitte um Pensionierung oder Einstellung in eine andere Stelle, auch jetzt wurde er abgewiesen. 24. 5. 93 reichte er bei dem Eisenbahnbetriebsamt ein Gesuch ein, ihm eine Ausnahme-

pension zu gewähren; er wiederholte es mehrmals und wurde schliesslich abgewiesen. Er wandte sich darauf November 1902 mit der Bitte an das Ministerium der öffentlichen Arbeiten. Januar 1903 wandte er sich nochmals an das Ministerium. Er erklärte in dem Schreiben, dass er einen Unfall im Eisenbahndienste gehabt habe, den Beamte bezeugen könnten (in den Akten ist nichts von einem Unfall erwähnt), er besitze ein Vermögen von 1500 Mark. In einer von der Polizei erteilten Auskunft heisst es, dass Fl. in Berlin in äusserst dürftigen Verhältnissen lebe, nicht bestraft sei und einer Unterstützung für würdig erachtet werde. Ueber seine Verhältnisse verweigerte er dem Polizeibeamten jede Auskunft, er wolle nichts mit der Polizei zu tun haben. Er sei der Ansicht, dass ihm eine Pension zustehe, Unterstützungen brauche er nicht. 1898 hatte er 3500 Mark Ersparnisse, 1906 davon noch 400 Mark. Er wiederholte in der folgenden Zeit noch mehrmals seine Gesuche an das Ministerium, schickte eine Abschrift der auf seine Anfrage von der Post erhaltenen Antwort ein, wonach sein an das Ministerium gesandter, eingeschriebener Brief dort abgegeben war, bat, ihm zu seinem Rechte zu verhelfen. Juli 1906 wurde ihm eine jährliche Unterstützung von 240 Mark für 5 Jahre bewilligt. 1911 wurde die Unterstützung weiterhin bewilligt.

Andere objektive Daten waren jetzt nicht zu ermitteln. Pat. lebte allein in Berlin. 15. 4. bis 3. 5. 12 war er in einem städtischen Krankenhaus. Die Diagnose der dortigen Krankengeschichte lautete: chronische Nephritis und Skorbut. Der Kranke hatte Stomatitis mit Blutungen, ferner Hautblutungen an Rumpf und Beinen. Er gab im Krankenhaus an, er habe 1888 als Lokomotivführer einen Unfall erlitten, die Steuerung sei ihm gegen die Stirn geschlagen, seitdem habe er Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. Vor 6 oder 7 Jahren habe er einen Prozess wegen eines Erbteils gewonnen.

3. 5. 12 Aufnahme in die Charité. Zunächst in die medizinische Klinik, von wo er am 11. 5. 12 in die psychiatrische Klinik verlegt wurde.

In der Klinik klagte er, dass er „schrecklichen Aerger“ gehabt habe. Als Lokomotivführer auf der Bahn sei er anfangs gut gelitten worden, später seien dort allerlei Sachen vorgekommen. Jetzt werde er von den Leuten beobachtet und beschimpft, von den Verwandten verfolgt und ausgenutzt, vielleicht sogar mit dem Tode bedroht. In allen Wohnungen, die er hatte, sei er belästigt und schikaniert worden. Wenn an der Wasserleitung mal Wasser vergossen war, dann sollte er es getan haben. In seiner letzten Wohnung hätten der Hausverwalter und seine Frau ihm den Schornstein verstopft, damit er kein warmes Essen bekommen soll, der Schornstein habe zuletzt gar nicht mehr gezogen. Seine Kopfschmerzen und der Dusei im Kopf seien von dem Rauch gekommen, der durch das Verstopfen des Schornsteines entstanden war. Der Hausverwalter habe immer die anderen Leute gegen ihn aufgehetzt, habe eine alte Frau veranlasst, ihn fortwährend zu beleidigen und zu belästigen. Wenn er die Miete gezahlt hatte, wollten sie ihn zwingen, auszuziehen. Der Hausverwalter habe sein Geld und die Sparkassenbücher haben wollen. Die Schlüssel und seine Sachen hätten sie ihm weggenommen. „Ludewig“ hätten ihn die Hausbewohner geschimpft, ein junger Mann habe immer gerufen, er solle so leiden, als wenn

er eine Leiche geschändet hätte, dabei stehe er sich am besten. Auch in den Geschäften sei er geärgert worden. Er habe für gute Ware bezahlt, aber schlechte und zu wenig bekommen. Ihm sei gesagt worden, dass das Geld, was er zuviel bezahlte, der Geistlichkeit gegeben würde.

Wenn er in eine neue Wohnung gezogen war, war es zunächst gut, bald fing der Aerger aber wieder an, und in der nächsten Wohnung wiederholte sich das gleiche.

Die Beeinträchtigungsvorstellungen werden von dem Kranken systematisiert. Hinter dem Ganzen stecke die katholische Geistlichkeit, die wolle sein Geld haben. Offenbar spielen retrospektive Fälschungen in dem Wahnsystem eine grosse Rolle. Schon 1870, als er noch in seiner Heimat war, seien Bemerkungen über ihn gemacht worden: er sei verfehmt, sei vogelfrei. Er habe, als er noch zu Hause war, den Angehörigen geraten, sie sollten der Kirche nicht soviel geben, das müssten wohl die Geistlichen erfahren haben, denn die predigten danach im Dorfe, die Leute sollten nicht mit ihm verkehren, später sogar, sie sollten ihn totschiessen, weil er sie um den heiligen Glauben bringen wolle. Daraufhin sei er in einer Wirtschaft mit Bier begossen, sei ihm auf die Füsse getreten worden. Wenn er auf die Strasse kam, seien Steine hinter ihm her geworfen worden. Die Geistlichkeit habe ihn in den Bann getan. Ueberall, auch in Berlin, habe das Volk ihm zugerufen, er solle so leiden, als wenn er eine Leiche geschändet hätte.

Umgebung und Erlebnisse in der Klinik werden von dem Kranken mit Misstrauen und Argwohn beurteilt und dementsprechend vielfach missdeutet. Der Abnahme seiner Sachen bei der Aufnahme begegnet er mit grossem Misstrauen. Er hat 108 Mark und drei Sparkassenbücher mitgebracht. Die Versicherung, dass diese bei der Verwaltung sicher aufgehoben sind, kann seine Befürchtungen, um sein Vermögen gebracht zu werden, nicht abschwächen. Er spricht oft von seinem Gelde auch anderen Patienten gegenüber, kommt dabei in gesteigerten Affekt. Ueber die Höhe seines Vermögens macht er ganz verschiedene Angaben, 3000, 5000, 20000, 30000 Mark.

Oft klagt er bei den ärztlichen Visiten und Explorationen, dass er hier viel leiden müsse und Aerger habe. Es werde ihm die seinem Alter gebührende Ehrfurcht verweigert. Am liebsten sei er ganz allein. Doch wenn er sich auf eine Bank setze, so sitzen in der Zeit von 5 bis 10 Minuten drei, vier Personen da, die tun immer so, als ob er mit ihnen Streit anfangen würde. Er habe sie in Verdacht, dass sie absichtlich die Fenster im Krankensaal öffnen, um ihn zu ärgern, um ihm zu schaden. Die anderen üben, sticheln, verhöhnen ihn in jeder Beziehung, so als ob er sich einbilde, ein Millionär zu sein, als ob er an Grössenwahn lide. „Sie machen allerhand Bemerkungen, nicht direkt.“ Sie sagen, er solle hungern. Einer der Pfleger habe gesagt, er werde dafür sorgen, dass er kein Mittag bekommt.

Im Vordergrund seiner Befürchtungen steht die Sorge um sein Geld, fast bei jeder ärztlichen Visite spricht er diese aus, fragt immer wieder, ob ihm die Papiere nicht fortkommen. Er möchte wieder zurück auf die medizinische Klinik. Er ist recht besorgt um seine Zukunft, möchte in ein Altersheim.

„Wenn ich bloss erst dort wäre, da würde ich nicht mehr geärgert und könnte in Ruhe leben und auch sterben.“

In der Klinik schlief er in erster Zeit viel, war recht unzufrieden; gereizt, zankte sich mit anderen Kranken. Er kommt mit vielen Anliegen zum Arzt. Er erzählt umständlich und weitschweifig, spricht langsam und stockend, hat bei zusammenhängenden Erzählungen deutliche Schwierigkeit der Wortfindung. Bei Zwischenfragen wird er unwillig, ablehnend dagegen. Auf Ungenauigkeiten und Widersprüche seiner Angaben hingewiesen, wird er erregt, sucht nach Worten, um seinen Unwillen auszudrücken, fängt an zu weinen, beklagt sich, dass ihn niemand verstehe, dass er infolge der Krankheit unfähig sei, sich richtig auszudrücken. Er hat tiefes Krankheitsgefühl, gute Kritik für seine körperliche und psychische Gebrechlichkeit. Er sei schwach und vergesslich, sei reizbar geworden.

Allmählich besserte sich die Stimmung. Patient war weniger unzufrieden mit seiner Umgebung; äusserte nicht mehr so oft ängstliche Besorgnis um den Verbleib seiner Sparkassenbücher, blieb aber immer bekümmert um seine Zukunft, bat die Aerzte, denen gegenüber er stets freundlich und höflich war, ihn in einem Altersheim unterzubringen. An den früher geäusserten Beeinträchtigungsvorstellungen hielt er fest, korrigierte sie nicht.

Seine Merkfähigkeit war zweifellos reduziert, namentlich für Zahlen. Die Namen anderer Patienten behielt er nicht, zeitlich war er im groben orientiert, bei der Exploration gab er das Datum richtig an, den Wochentag falsch.

Auf körperlichem Gebiet war auffällig der reduzierte Ernährungszustand bei Aufnahme und deutliche Sklerose der fühlbaren Arterien. In der Klinik stieg das Körpergewicht vom 18.5. bis 22.6. von 52,5 auf 59,5 kg. Im April 1912 wurden im Krankenhaus Spuren von Eiweiss, hyaline und granulierte Zylinder gefunden, der Blutdruck betrug nach damaliger Messung 160 mm Hg. Anfang Mai wurde er in der medizinischen Klinik mit 140 mm Hg bestimmt. (Riva-Rocci). Blutuntersuchung nach Wassermann am 17. 5. 12 war negativ.

Der ganze psychische und körperliche Habitus des Kranken war der eines gebrechlichen, hilfsbedürftigen Greises.

19. 9. 12 Ueberführung in die städtische Heil- und Pflege-Anstalt Buch. Nach der dortigen Krankengeschichte bis Januar 1914 keine Aenderung des Krankheitsbildes. Ausgeprägtes Gefühl körperlicher und psychischer Schwäche und Pflegebedürftigkeit. Klagen über Schwindelanfälle, die rechte Hand sei schwach und immer kalt. Beschäftigt sich zeitweise. Beeinträchtigungsvorstellungen gegen Pfleger und andere Kranke, bekam einmal Schlägerei mit einem Patienten.

12. Amalie M., Arbeiterwitwe, geboren 22. 1. 1842. Nach Angabe der Kranken starben ihre Eltern beide nach Schlaganfall mit Lähmungen. 2 Geschwister starben als kleine Kinder, ein Bruder fiel im Kriege 1870. Patientin kam in städtischer Volksschule bis zur 2. Klasse. Rechnen fiel ihr schwer. Nach der Schulentlassung einige Zeit bei den Eltern, dann in Stellung auf dem Lande, hat häusliche Arbeit verrichtet, in Landwirtschaft gearbeitet. 1869

Heirat, ihr Mann fiel 1870 im Kriege. 2 Kinder. Ihr Sohn erkrankte im Alter von 39 Jahren an Psychose, wurde in die Charité aufgenommen. Unangenehme Hautempfindungen mit wahnhaften Erklärungsvorstellungen standen damals im Vordergrund der Symptome. Jetzt seit 3 Jahren in Anstalt, Defektzustand. Tochter ist gesund.

Patientin soll als Kind Cholera und schwarze Pocken gehabt haben, damals in Ostpreussen nahe der russischen Grenze, später, auch in der Jugend, Gelbsucht. Menopause soll erst mit 51 Jahren eingetreten sein.

Von ihrer Tochter wird die Kranke als eine stets energische, selbstbewusste Frau geschildert. „Was sie wollte, wollte sie eben und wenn's ihr Schade war“. Sie konnte sich nicht mit jedem vertragen, duldete keinen Widerspruch, konnte gelegentlich gereizt werden, sie war sehr sparsam, von Jugend an misstrauisch, war bis in ihr hohes Alter, bis zum akuten Ausbruch der Psychose tätig und fleissig, sehr rüstig, verkehrte wenig mit Menschen, lebte sehr häuslich. Nach dem Tode ihres Mannes ernährte sie ihre Kinder durch Feldarbeit, bekam Hinterbliebenenrente. Seit $3\frac{1}{2}$ Jahren, nach Beginn der Krankheit ihres Sohnes, wohnte sie allein in der Nähe ihrer verheirateten Tochter. Sie kam jeden Morgen zur Tochter, half dort in der Häuslichkeit, ging abends nach Hause.

1912 pflegte sie ein Vierteljahr lang eine kranke Schwägerin der Tochter, besorgte deren Hauswirtschaft, dieser fiel damals das stille, wortkarge Verhalten der Patientin auf, sodass sie den Ausbruch einer Psychose befürchtete.

März 1913 begann Patientin zeitweise über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit zu klagen; Abnahme der Merkfähigkeit, Nachlassen der Arbeitskraft sind nicht aufgefallen. — 4. Mai klagte sie, als sie morgens zur Tochter kam, über Kopfschmerzen, kühlte sich den Kopf mit Wasser. Sie ging dann hinunter und fegte den Hof. Als die Hauswirtin sie aufgefördert hatte, den Hof vor dem Fegen zu sprengen, kam sie in die Wohnung der Tochter, schimpfte, dass sie der Frau garnichts rechtmachen könne, ging dann wieder auf den Hof, schimpfte sehr laut. Ihre Aeusserungen standen wohl im Zusammenhang mit halluzinierten Beschimpfungen, sie hob ihren Rock hoch, erklärte, sie habe noch etwas anzuziehen, stehe noch nicht so plunderig da. Bald beruhigte sie sich wieder. Am Nachmittag dieses Tages machte sie mit der Tochter einen Ausflug in die Umgebung Berlins. Als sie in einem Gartenlokal sassen, fiel auf, dass Patientin plötzlich ein rotes Gesicht bekam, sie wurde wütend, beschuldigte eine Dame, die in ihrer Nähe sass, sie spreche Schlechtes über sie. Auch jetzt liess die Affekterregung bald nach.

Ende Mai, etwa 8 Tage vor Aufnahme in die Klinik, hatte sie einen Schwindelanfall. Während Patientin in der Küche stand, kam sie plötzlich ins Taumeln und drohte zu fallen. Anschliessend daran sprach sie eine kurze Zeit nicht. Von früheren ähnlichen Anfällen ist der Tochter nichts bekannt geworden. Der Gang blieb nach dem Anfall unsicher. Anschliessend an den Schwindelanfall zeigte sich eine weitere Steigerung der psychotischen Symptome, aus dem Verhalten, das die Kranke damals zeigte, geht hervor, dass sie krankhafte Eigenbeziehungen hatte und wahrscheinlich auch akustisch halluzinierte.

Sie war ängstlich, traute sich nicht mehr allein über die Strasse, meinte, die Männer wollten mit ihr mitkommen, sie sei eine anständige Person, keine Hure. Sie traute sich nicht abends zum Fenster hinaus zu sehen, stand hinter der Gardine, beobachtete die Strasse. Wenn jemand am Fenster des gegenüberliegenden Hauses zu sehen war, meinte sie, die sprechen über sie. Auf jedes kleine Geräusch wurde sie aufmerksam, stand an der Korridortür und horchte. Aeusserte, die Leute wollen ihr Schlechtes nachreden, sie habe niemandem etwas getan. Sie schlief nachts bei der Tochter, weil sie zu Hause Angst hatte, brachte sich Kopfkissen mit, sagte die Leute reden darüber, dass sie die Kissen gestohlen habe, sie seien neidisch darüber, dass sie als alte Frau Rente bekomme. Missdeutungen für ihre körperlichen Beschwerden kamen nicht zur Beobachtung. Nachts verhielt sie sich ruhig, schlief aber wenig. Nie war sie verwirrt, niemals hat sie schwere Angst gezeigt.

31. 5. 13. Aufnahme in die psychiatrische Klinik der Charité; am 20. 5. 13 war Patientin schon in der Poliklinik untersucht worden.

In der Klinik gab sie bereitwillig Auskunft über die psychotischen und körperlichen Krankheitserscheinungen. Wann die Stimmen angefangen haben, wisse sie nicht genau, sie sei in der Zeit tüchtig krank gewesen, habe nicht immer, aber zeitweise an Schwindel gelitten, demonstriert, wie sie sich beim Gehen halten müsse, um nicht zu fallen, die linke Kopfseite habe ihr weh getan, schon längere Zeit bevor die Stimmen auftraten, sei ihr Schlaf schlecht gewesen.

Es war so, als wenn sie die Stimmen von oben, gelegentlich auch von unten hörte. Sie hörte, dass sie über sie sprachen, hörte ihren Namen nennen. Der Inhalt der Phoneme sind hauptsächlich Beschimpfungen und Bedrohungen. Sie hörte: die geht abends so spät auf die Strasse als Hure. Wo soll sie denn denn die Miete zahlen. Sie gehe auf Hurerei und Stehlerei aus, lebe vom Huren und Stehlen, sie nehme sich Männer in die Wohnung. Auf der Strasse hörte sie, dass fremde Leute im Vorbeigehen „alte Hure“ sagten. Als sie eines Tages zur Tochter ging, standen Leute auf der Strasse und an der Ecke zwei Schutzleute; als sie vorbeikam hörte sie die Schutzleute sagen: „gehen lassen“. Da dachte sie, die Leute hätten sie wollen festnehmen lassen. Als sie in die Klinik gekommen war, hörte sie sagen: die lochen sie heute ein — heute kommt sie fort — heute wird sie eingelocht, heute kommt sie in den Kasten. Es werde davon gesprochen, dass sie verhaftet, abgeschlachtet, umgebracht werden solle, im Klosett solle sie abgeschlachtet werden. Die bedrohenden und beschimpfenden Phoneme werden zum Teil auf Personen der Umgebung projiziert. Pat. hört, dass Kranke und Pflegerinnen sich über sie besprechen: sie soll rausgeschmissen werden. Sie wollen ihr nicht erlauben, hier im Bett zu liegen, weil sie hier nicht angehörig sei, sie solle in den Schweinestall gehen. „Mit die Strassenhure raus“ werde gesagt, andere sagen dann wieder: „die Strassenhure geben wir nicht raus“. So sei immer Unruhe und Zank ihretwegen. Ueber ihre Sachen werde gesprochen: das ist meine und das gehört — weiter hat sie ja nichts — aber sie kriegt auch nicht mal das, das schmeissen wir vor die Tür — die Wäsche, die ist unsere, die teilen wir uns — der Rock ist ja schön, den haben wir uns schon zurecht gemacht, der gehört mir. Der Mann

oben, der wolle immer ihren Zopf haben, wolle sie irgendwo einlochen, damit er ihren Zopf bekomme. Dazu meint sie, ihr Haar sei ja für ihr Alter noch stark genug, andere hätten in dem Alter nicht so starkes Haar, doch soviel sei doch an dem Zopf auch dran. Weiter habe sie nichts, habe keinen Pfennig Geld. Mitunter würden die Drohungen auch an sie persönlich gerichtet: Dir werden wir schon.

Daneben Phoneme anschliessend an ihr motorisches Verhalten. Es werde gesagt: nun nimmt sie das in die Hand, nun liegt sie so — jetzt dreht sie sich so — das alte Militärschwein, das frisst ja viel zu viel. Patientin hat die Empfindung, als ob sie diese Aeusserungen durch die Zimmerdecke hindurch höre, daraus zieht sie den Schluss, dass die Leute dort oben, es seien manchmal zwei und drei, alles sehen können, was sie macht, dass könne vielleicht mit dem Spiegel an der Wand zusammenhängen.

Phoneme schliessen sich ferner an die optischen Wahrnehmungen und an die Aeusserungen der Personen ihrer Umgebung an. Was die Aerzte hier hantieren, werde oben besprochen, was hier gesprochen werde, werde oben wiederholt. Auch ihre früheren Erlebnisse, ihr Lebensgang werden besprochen, wo sie geboren ist, was ihr Vater war, wo sie gewohnt hat, werde gesagt. „Sie haben alles ausgekundschaftet, wie es auch in der Wahrheit ist, wer dafür Interesse hat und wer das ausgekundschaftet hat, dass weiss ich nicht, ich habe es aber doch gehört, ich habe es doch so von weitem gehört.“

Neben den Phonemen kommen auch Akoasmen vor, die sich Patientin in einfacher Weise erklärt. Sie hört oben Hin- und Herlaufen, ein Schaukelpferd hätten sie oben, das holpere die ganze Nacht, die müssten sich abwechseln, denn es bleibe nie stehen. Die ganze Nacht hantierten sie da oben. Sie habe auch oben gehört mit Wasser plantschen, ob eine Küche dort sei, wisse sie nicht, ein Gefäss müsse dort sein. Es sei dann gesagt worden, die machen Jauche, das solle das Aas in die Nase bekommen; damit sei sie gemeint gewesen.

Ueber wahnhafte Missdeutungen unangenehmer Körperempfindungen ist bei dieser Kranken wenig zu erfahren. Nur habe sie beobachtet, dass zu Hause in ihrer Wohnung Dunst war, wenn die anderen heizten, sei der Dunst durch den Ofen zu ihr hineingezogen. Oefter sei es auch hier in der Klinik dunkel vor Dunst gewesen; das müsse durch die Röhren kommen, vielleicht aus der Heizung oder aus den Gasröhren; dass es auf Betreiben anderer Leute geschehe, absichtlich gemacht werde, glaube sie nicht. Eines Tages klagte sie, es würde ihr aufs Butterbrot und in die Milch bitteres Zeug gestreut, wovon ihr der Kopf benommen werde.

Einen unangenehmen Geruch habe sie manchmal bemerkt, „so als wenn sie etwas sengten“, hier in der Klinik würden ja auch deswegen immer Fenster und Türen aufgemacht, damit es herauszieht. Sie findet sich mit der Tatsache ihrer krankhaften Erlebnisse ab. „Ich weiss ja nicht, was die Leute hantieren, ob das nicht zu ihrer Arbeit gehört.“

Während der klinischen Beobachtung liessen die Halluzinationen nach, einige Male kam es zu Affekterregungen, in denen Patientin schimpfend ihrer Entrüstung über den Inhalt der Phoneme und über Personen der Umgebung

Ausdruck gab. Die Affektbetonung der psychotischen Erlebnisse blasste dann in den Zwischenzeiten mehr und mehr ab. Während sie anfänglich recht bereitwillig und gern darüber Auskunft gab, gegen den Inhalt der Phoneme protestierte, versicherte, dass sie noch nie so etwas getan habe, fand sie sich später, als die Phoneme nachgelassen hatten, und noch mehr, als sie ganz aufgehört hatten, leicht damit ab; sie gab dann auf Fragen zur Antwort, sie höre nichts mehr, sie wisse jetzt nichts mehr davon, das habe für sie kein Interesse, was die da sprechen, sie kümmere sich nicht darum, was da vorgeht, sie sei doch hier zur Behandlung und nicht zum Abschlagen; an ihrem bischen Leben sei ja auch nicht mehr viel dran. Damit hängt auch wohl zusammen, dass es zu einem weiteren wahnhaften Ausbau der Beeinträchtigungsvorstellungen bei der Kranken nicht gekommen ist. Abgesehen von gelegentlichen auf Missdeutungen oder Halluzinationen beruhenden Beschwerden war sie mit ihrer Behandlung in der Klinik stets zufrieden, niemals hatte sie Klagen über Benachteiligungen, Zurücksetzungen gegen andere. Die Pflegerinnen seien gut zu ihr, das Essen sei gut, was ihr zukomme, das erhalte sie auch.

Im weiteren Verlauf schwanden die Phoneme vollkommen, das Benehmen der Kranken zeigte nichts mehr, was psychotische Vorgänge vermuten liess. Zu einer vollständigen Korrektur kam es aber trotz vorhandener Einsicht für das Krankhafte des akuten Zustandes nicht. Ende Dezember 1913 gab sie bei der Exploration zwar an, es sei so eine konfuse Geschichte gewesen, hänge mit ihrer Krankheit, ihrem Alter und ihrer Schwäche zusammen, trotzdem protestierte sie auch jetzt noch gegen den Inhalt der Phoneme; sie denke, es seien solche Leute gewesen, die sie zum Streit auffordern wollten, sie habe sich aber nie mit ihnen gezanzt.

Körperliche Beschwerden hatte sie in letzter Zeit nicht, nur manchmal so ein Gefühl, als ob ihr der Kopf so dick, so schwer sei.

Immer ist die Patientin, wenn man ihr Gelegenheit dazu gibt, gesprächig und mitteilend, sie erzählt gern; wie es alte Leute oft zu tun pflegen, spricht sie von ihren nächsten Angehörigen, ihren Bekannten und deren Angelegenheiten, von früheren Erlebnissen, von ihrem Lebensgang und recht oft von ihren kleinen Sorgen des täglichen Lebens. Weil ihr alles dieses in gleicher Weise wichtig, der Mitteilung wert erscheint, und weil es sich bei ihrem Sprechen meist nicht um für die augenblickliche Situation sachdienliche, zweckbewusste Mitteilungen handelt, sondern vielmehr um die sprachliche Reproduktion alter, liebgewordener Erinnerungen, bekommen ihre Gedankengänge die den Erzählungen alter Leuten eigentümliche Weitschweifigkeit.

Ich gebe hier nach einem Stenogramm ein Beispiel ihrer Erzählungen, wie sie sie bei jeder Unterredung vorzubringen pflegte. Es sind die Gedankengänge zum Teil mit den Worten der Patientin fixiert: von der Tochter Besuch gehabt. Sohn ist noch in der Anstalt. Sie erzählt dann von dem Lebenslauf ihres Sohnes; bei dem Militär gewesen. Erzählt dann weiter von ihrer Tochter, dann von der Rente des Mannes. Im Krieg gewesen, im Lazarett gestorben, Bauchschuss, habe es gleich erfahren. 71 da war der Junge 3 Wochen alt. An die Königliche Kasse angewiesen. Dann nach Angerburg gezogen. 7. Oktober

Sohn nach Potsdam gekommen, 1878. 1879 21. Mai starb die Mutter. Nachdem mit Tochter allein. Sie erzählt weiter von dem Lebenslauf ihrer Tochter. 1885 hat sie sich Stelle gesucht. 31. Mai kam sie herauf, sie erzählt weiter, wo ihre Tochter in Stellung war, was sie später gemacht hat. Stets macht es Mühe, die Patientin bei derartigen Erzählungen zu unterbrechen.

Die Affektreaktionen haben bei ihrem Alter von 72 Jahren nicht mehr die volle Frische und Lebhaftigkeit der Jugend, sie sind, wie wir es bei alten Leuten oft sehen, einförmiger geworden, haben nicht mehr die feinen Nüancen wie bei affektvollen jungen Individuen. Der anfänglich hervorgetretene Mangel an Verlangen nach Beschäftigung in der Klinik beruhte auf der seit dem Insult damals noch nachgebliebenen körperlichen Hinfälligkeit. In letzten Monaten suchte Pat. sich zu beschäftigen, soweit ihr in der Klinik Gelegenheit dazu geboten wurde, sie half gern beim Austeilen des Essens, reichte es den anderen bettlägerigen Kranken. Oefter äusserte sie den Wunsch bald entlassen zu werden, sie möchte wieder arbeiten. Mit anderen Kranken sprach sie im Anfang der klinischen Behandlung wenig, sie motivierte das damit, dass sie ja doch immer für sich allein gewesen sei. Später beteiligte sie sich gern an ihren Unterhaltungen, zeigte sie Neigung zu scherzhaften Bemerkungen. Gelegentlich war sie aber auch mal verdriesslich, schimpfte. Situation und Umgebung beurteilt die Kranke jetzt in besonnener Weise.

Auf intellektuellem Gebiet lässt sich eine Schwäche der Merkfähigkeit nachweisen. Die Zahl 8716 hat sie zunächst nach 3 Minuten im Gedächtnis behalten, 5418 wird von ihr nach 7 Minuten als 5845 reproduziert, die erste zum Merken aufgegebene Zahl kann sie nach 12 Minuten nicht mehr im Gedächtnis reproduzieren. Ihre Rechenleistungen sind recht schlecht; da ihr dieses bewusst ist, geht sie nur wenig und ungern auf Rechenprüfungen ein. 18 und 5 ? „25“. Sie korrigiert nicht. 21 und 12 kann sie nicht zusammenzählen. Die schlechte Merkfähigkeit und Unfähigkeit zum Rechnen ergab sich bei wiederholter Prüfung. Die zeitliche Orientierung der Kranken war gut.

Die körperliche Untersuchung ergab einige Tage vor Entlassung aus der Klinik folgenden Befund: Auf dem linken Auge Optikusatrophie. Die Sehstörung soll seit dem 20. Lebensjahre bestehen. Nach ophthalmologischem Urteil handelt es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine Atrophie infolge Verschluss (Embolie) der Arteria centralis retinae. Im Dunkelmzimmer wird Lichtschein einer elektrischen Tischlampe bis $\frac{1}{2}$ m mit linkem Auge wahrgenommen. Die linke Pupille zeigt nur minimale Lichtreaktion, rechte reagiert gut, bei Konvergenz beiderseits gute Pupillenreaktion. Augenbewegungen ungestört, in linker Seitenstellung geringe Unruhe der Bulbi, Konvergenzschwäche, das linke Auge bleibt bei Konvergenzbewegung zurück. Rechts Katarakt. Kornealreflexe gleich. Rechter III. Fazialisast wird eine Spur schwächer innerviert als linker. Atrophische Kiefer, keine fühlbare Arteriosklerose. Sprache ungestört, Motilität der Extremitäten nicht gestört, keine Ataxie. Reflexe der Arme, Bauchdeckenreflexe, Patellar-, Achilles- und Zehenreflexe normal. Keine Störung der Berührungs- oder Stichempfindung. Bewegungsempfindung in Finger- und Zehengelenken ungestört. Bei Aufnahme in die Klinik bestand statische Ataxie, die

sich in etwa 4 Wochen verlor. Serologische Untersuchung des Blutes nach Wassermann am 19. 7. 13 und am 9. 2. 14 war negativ, auch Liquoruntersuchung war am 9. 2. 14 bei Auswertung bis 1,0 negativ. Im Liquor geringe Lymphozytose. Nonne Phase I Opaleszens, Phase II leichte Trübung (Blutbeimengung bei Punktion).

Am 16. 2. 14 wurde Pat. zu ihrer Tochter aus der Klinik entlassen.

Die Symptomatologie der hier mitgeteilten Psychosen ist einfach, aber doch bieten einige Krankheitsäusserungen, wie wir sehen werden, Schwierigkeiten für die symptomatologische Analyse.

Das allen Erkrankungen gemeinsame Symptom ist die Wahnbildung. Bei allen Kranken handelt es sich um eine wahnhafte Beurteilung ihrer Beziehungen zur Umgebung. Nach ihrem Urteil liegt das aktive, das ihr Verhältnis zur Umgebung ändernde und schädigende Moment in den Personen ihrer Umgebung, sie selbst nehmen dabei nach ihrer Ueberzeugung eine rein passive Stellung ein.

Die Entwicklung des Wahnes geht in der Richtung der Benachteiligung, der Belästigung, der Verfolgung. Aus dem Gefühl von Zurücksetzung, von mangelhafter Sicherheit entwickelt sich bei den Kranken Argwohn, Misstrauen gegen ihre Umgebung; mehr und mehr kommen sie schliesslich zur Ueberzeugung, dass sie das Ziel beabsichtigter Intrigen geworden sind.

Missdeutungen ihrer Sinneswahrnehmungen und Erlebnisse, Missdeutung krankhafter Vorgänge auf psychischem und körperlichem Gebiet sind die Quelle der Wahnbildung. Erinnerungsfälschungen, retrospektive Missdeutungen haben einen grossen Anteil daran. Bald steht mehr der eine, bald mehr der andere dieser wahnbildenden Vorgänge im Vordergrund.

Das Material, das als Baustein zu dem Wahngebäude verwandt wird, sind reale und psychopathologische Erlebnisse, den ersteren kommt die bei weitem grössere Bedeutung zu. Einen Hauptanteil liefern pathologische und auch auffällige physiologische Vorgänge auf somatischem Gebiet. Die Neigung, nach kausalen Erklärungen für unangenehme körperliche Erscheinungen zu suchen, finden wir bei Gesunden und Kranken, es ist daher begreiflich, dass sie auch bei unseren Patienten nicht fehlt, dass ihnen auffällige körperliche Vorgänge Anknüpfungspunkte zu wahnhafter Urteilsfälschung liefern. Die Kranken, von denen hier die Rede ist, befinden sich alle im Alter der Involution, wo sich bei ihnen regressive Vorgänge bemerkbar machen, sie haben fast ausnahmslos unter Alterserscheinungen zu leiden. Dass diese bei Menschen mit krankhaft gesteigertem Misstrauen in ihrer Kausalität nicht immer verstanden, dass sie missdeutet werden, ist psychologisch verständlich.

Die bei allen Kranken gleiche Richtung der Wahnentwicklung bedingt, dass die durch gleiche Krankheitsvorgänge bedingten gleichen Körperempfindungen auch zu gleichen oder ähnlichen wahnhaften Urteilen führen. Es ist gewiss kein Zufall, dass wir bei der Mehrzahl dieser Kranken Klagen über Belästigungen durch Dunst und Rauch zu hören bekommen. Bei den Patienten Hem., W., Rosk. und Rosenb. sind sie das Produkt wahnhafter Schlussfolgerungen. Frau Hem. erzählt uns, sie habe gar keine Luft bekommen, wenn der Dunst ins Zimmer kam, ihr Gesicht sei dann feuerrot geworden, der Angstschweiss sei ihr ausgebrochen, in ihren Ohren habe sie ein Sausen gehört, auf dem Kopf in der Scheitelgegend ein Hitzegefühl gespürt. Auch Frau W. schildert Anfälle von Luftmangel und Erstickungsgefühl, die sie als Folge von Belästigungen durch Hausbewohner deutet. Frau Rosk. klagte, dass sie anfallsweise betäubt, taumelig, schwindlig gewesen sei und Kopfschmerzen gehabt habe. Ganz plötzlich habe sie sich halten müssen, um nicht zu fallen, sie habe Zustände gehabt, in denen ihr für einen Moment die Gedanken „ausgelöscht“ worden seien. Auch sie hat Anfälle von Luftmangel und Atemnot, Herzklopfen und Angstgefühl gehabt. Der Kranke Rosenb. klagte seit Jahren über Schwindelgefühl und Kopfschmerzen, er hat Anfälle von Taumeln und Benommenheit, er muss sich halten, wenn der Schwindel auftritt, um nicht zu fallen, mehrmals ist er in solchen Anfällen zu Boden gefallen, einmal hat er einen schweren Ohnmachtsanfall gehabt, er leidet an Kongestionen mit Oppressions- und Angstgefühl. Frau M. hatte, nachdem sie vorher schon 2 Monate lang über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit geklagt hat, einen apoplektischen Insult mit anschliessender Sprachstörung und Unsicherheit des Ganges. Fräulein Bom. soll nach der Anamnese anfallsweise Kongestionen des Gesichtes mit gleichzeitiger, leichter Unruhe gehabt haben, soll an Kopfschmerzen gelitten haben. Frau P. hat Schwindelanfälle, Flimmern vor den Augen gehabt, klagte über unangenehmes Gefühl am Herzen; Patient Fl. leidet an Kopfschmerzen und Gefühl von Benommenheit.

Ich glaube, wir werden nicht fehl gehen, wenn wir alle diese anfallsweisen Störungen der Kranken auf eine organische Grundlage beziehen. Der Symptomenkomplex der einzelnen Anfälle, das Alter der Kranken, sowie andere Krankheitserscheinungen, von denen noch später die Rede sein soll, machen es wahrscheinlich, dass es sich um arteriosklerotische Anfälle handelt; auch das gleichzeitige Auftreten von Symptomen, die auf das Herz- und Gefässsystem zu beziehen sind, spricht dafür. Dass es sich in allen Fällen um zerebrale Störungen handelt, lässt sich nicht nachweisen. Nicht zweifelhaft ist die zerebrale

Genese bei dem Patienten Rosenb., Fl., bei Frau Rosk., Frau P. und Fräulein Bom. Bei den anderen Kranken stehen die Symptome von seiten des Gefäßsystems in den Anfällen im Vordergrund. Auf die Beziehungen der Arteriosklerose zu diesen paranoiden Psychosen soll später noch eingegangen werden.

Diese Anfälle mit körperlichen und psychischen Symptomen werden von den Kranken missdeutet. Nach ihrer Ueberzeugung sind sie die Folgen der Belästigungen durch Personen ihrer Umgebung. Mehrere von ihnen klagen, wie schon erwähnt wurde, über Belästigungen durch Dunst und Rauch. Die kurzen Benommenheitszustände, die anfallsweisen Kopfschmerzen, das mit Kongestionen einhergehende Gefühl von Wärme und Brennen der Haut des Gesichtes und der Augen, mögen einen Anlass zu dieser Erklärungsvorstellung gegeben haben. Frau W. ist der Meinung, dass die Hausbewohner Rauch durch Löcher in der Zimmerdecke hindurch in ihr Zimmer gelassen haben. Der Frau Rosk. kam es so vor, als ob Dunst, als ob ein schwefeliger Geruch im Zimmer war, der ihr die Luft nahm, der sie schwindlig machte, sodass sie sich ganz plötzlich halten musste, um nicht zu fallen. Diesen Dunst, den ihr die Leute ins Zimmer gelassen hätten, habe sie auch ein bisschen gesehen. Der Kranke Fl. vermutet die Ursache dieser wohl sicher durch Arteriosklerose bedingten Kopfschmerzen und Benommenheit in dem Rauch, der dadurch entstanden sei, dass Hausbewohner ihm den Schornstein verstopft hätten.

Häufig treffen wir bei den Kranken die Vorstellung, dass diese anfallsweisen Störungen und andere körperliche Beschwerden durch ein ausgestreutes Pulver verursacht würden. Frau W. klagt, dass ihr ganzer Körper durch das Pulver geschädigt worden sei. Ihre körperlichen Beschwerden, die wohl mehr oder weniger mit dem hohen Alter von 77 Jahren zusammenhängen, sind nach ihrem Urteil die Wirkung eines Pulvers, das von den Nachbarn in ihre Wohnung gestreut werde. Schulter- und Armschmerzen, Brennen in den Augen, Abnahme der Sehfähigkeit, die durch Katarakt verursacht ist, die Anfälle von Luftmangel und Erstickungsgefühl, alles ist nach ihrer Ueberzeugung die Wirkung des Pulvers. In ihrer Lebhaftigkeit schmückt sie ihre Schilderung mit mancherlei Einzelheiten über Herkunft und Wirkung des Pulvers aus, psychopathologisch handelt es sich hierbei um Missdeutungen von Sinneswahrnehmungen und retrospektive Verfälschungen. Eine Frau, die über ihr wohnte, habe angefangen, mit Schweinfurtergrün zu pulvern, sie habe in die Decke des Zimmers Löcher gebohrt und das Schweinfurtergrün hindurch gestreut. In der nächsten Wohnung habe ein 15jähriger Junge das Pulvern besorgt, er

habe es schliesslich meisterhaft verstanden, sei ihr stets nachgezogen, so oft sie ihre Wohnung wechselte. Auf den Dielen ihres Zimmers habe das Pulver gelegen, habe ganz fettig glänzend ausgesehen. Frau Hem. klagt ebenfalls über Belästigungen durch Pulver, früher sei Kalkstaub mit Schweinfurtergrün in ihr Zimmer gestreut worden, in letzter Zeit ein anderes Pulver. Bei dieser Kranken scheint es ein juckendes Gefühl auf der Haut und der Konjunktiva zu sein, das von ihr als Wirkung des ausgestreuten Pulvers missdeutet wird. In den Augen habe sie ein Gefühl, als ob Sand hinein gestreut sei. Unangenehme Hautempfindungen kommen bei alten Leuten, namentlich Arteriosklerotikern vor, vielleicht hängt es damit zusammen, dass wir bei diesen paranoiden Kranken des höheren Lebensalters auf wahnhaftige Schlussfolgerungen basierende Klagen über Belästigungen durch Pulver so oft zu hören bekommen. Auch Fräulein Bom. äusserte gelegentlich mal, dass sie mit Pulver bestreut werde. Frau Fieb. beklagte sich einige Male darüber, dass ihr Gift über das Gesicht und den Kopf gegossen worden sei, sodass ihr die Haare ausgingen. Auf Kausalitätsmissdeutungen, Uebertreibungen und wahrscheinlich auch Erinnerungsfälschungen scheint es zu beruhen, wenn Frau Bry. versichert, dass sie im Gesicht und auf dem Kopf von ausgestreuten Körnern Eiterbeulen gehabt habe, dass ihre Augen vereitert gewesen seien und gebrannt hätten, sodass sie nicht sehen konnte, dass ihre Wangen ganz eingefallen gewesen seien, sodass die Backenknochen hervortraten, dass sie an den Schamlippen infolge der Wirkung der gestreuten Körner lauter Geschwüre gehabt habe. Ein Hordeolum, das während der klinischen Beobachtung auftrat, hielt sie gleichfalls für eine Folgeerscheinung der Körnerwirkung. Die Genese schmerzhafter Empfindungen an den Beinen, die sie als Strahlenwirkung deutet, ist bei ihr in einer beiderseitigen leichten peripheren Neuritis zu suchen.

Der Kranke Rosenb. hält seine zeitweisen Kopfschmerzen, sein Gefühl von Benommenheit im Kopf, seine Schwindelanfälle und die durch Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarks bedingte Unsicherheit des Ganges für Wirkung der Ausdünstung eines Pulvers, das in seine Nähe gestreut werde; Klagen über unangenehme Hautempfindungen wurden bei ihm nicht beobachtet. Er beschimpfte seine Frau, sie habe an allen Fingern Pulver, mit dem sie ihn bestreue, auf der Strasse würden seine Sachen von den vorübergehenden Leuten mit Pulver beworfen. In der Klinik könne es durch irgend eine Vorrichtung durch die offen stehenden Fenster hindurch gestreut werden, aus dem Heizkörper, der sich hinter seinem Bett befindet, könnten Gase geleitet werden. Wir sehen an diesen verschiedenen Klagen, wie der Kranke

seine Vorstellungen über die Herkunft des als Ursache seiner zeitweisen körperlichen und psychischen Beschwerden gedachten Pulvers der jeweiligen Situation anpasst. Eine andere Erklärung, die sich dieser Kranke für die Ursache und für das plötzliche Auftreten seiner Beschwerden macht, ist die, dass die anderen Personen im Krankensaal etwas haben, das sie mit den Zähnen zerkleinern und dann hinwerfen. Das plötzliche insultartige Auftreten seiner Schwindelanfälle hat ihn zu der Annahme geführt, dass es Arzneimittel gibt, die wie Elektrizität wirken; wenn man damit beworfen wird, fühle man ein Zucken durch den Körper und breche zusammen. Die Art der körperlichen Empfindung und die Form ihres Auftretens veranlasst den Kranken hierbei zu dem Vergleich mit der Wirkung der Elektrizitätsentladung.

Frau Rosk. ist überzeugt, dass ein Ekzem ihrer Kopfhaut durch die Medizin, die sie in der Klinik bekommen hat, erzeugt ist. Der Patient Rosenb. hält die gelegentlich auftretende Schwierigkeit der Blasenentleerung, deren Ursache in einem organischen Rückenmarksprozess liegt, für die Wirkung eines Giftes, das ihm von Personen der augenblicklichen Umgebung beigebracht worden sei. Für die Erscheinungen seines körperlichen Leidens hat er eine gute Kritik, er missdeutet aber die kausalen Verhältnisse im Sinne der bestehenden Wahnrichtung. Die Patientinnen Hem. und W. versichern, dass ihre durch Katarakt bedingte Abnahme der Sehschärfe eine Wirkung des Pulvers sei, das auf sie gestreut werde.

Die Vorstellung, durch schlechtes Essen und schädliche Zusätze zu ihrem Essen geschädigt zu werden, finden wir bei den Kranken Rosen., Rosk., Bry., Bom., P., Boe. Auch hierbei handelt es sich um unter der Wahnrichtung entstandene Missdeutungen des kausalen Zusammenhangs zwischen Nahrungsaufnahme und körperlichen und psychischen Beschwerden. Zum Teile beruhen sie auf Uebertreibungen kleiner, harmloser, unvermeidlicher Missstände, die keinem Menschen fremd sind, die aber für diese Patienten unter dem abnormen Affekt eine andere Bedeutung gewinnen und so Anknüpfungspunkte für wahnhafte Schlussfolgerungen werden.

Viele Klagen über das Essen äussert der Patient Rosenb. Er versichert oft, dass das Essen in der Klinik an sich gut sei, dass aber der Teil, den er bekommt, von den Pflegern verdorben werde. Es kommt hierbei recht deutlich zum Ausdruck, wie abnorme Einschätzung der eigenen Persönlichkeit und Wahnbildung in enger Beziehung zu einander stehen.

Der Patient klagte, dass er Hunger habe, gern essen möchte, doch nicht essen könne, sein Leib werde nach dem Essen so aufgetrieben. Der gelegentlich bei ihm aufgetretene Meteorismus ist nach seinem

Urteil die Folge der absichtlich verdorbenen Nahrungsmittel, die er von den Pflegern bekomme. Als er eines Tages ein Stück Brot erhält, dessen Kruste an einer Stelle schwarz gebrannt ist, klagt er entrüstet darüber, dass das Brot absichtlich für ihn so beschmutzt werde. Die Poren im Brot, die er doch sein Leben lang wohl täglich gesehen hat, denen er aber keine weitere Beachtung geschenkt hat, missdeutet er eines Tages als Abdrücke von Zähnen, es sei in das Brot hinein gebissen worden. Die Milch scheint ihm mit Zusätzen von Medikamenten versehen zu sein. Am liebsten isst er aus Sicherheitsgründen Eier, aber auch diesen traut er nicht, er befürchtet, die Pfleger könnten in die Schalen kleine Löcher hineingebohrt und schädliche Substanzen hindurch gebracht haben.

Ein anderes Beispiel dafür, wie Vergiftungsvorstellungen an unangenehme körperliche Empfindungen anknüpfen und als kausale Erklärungen für diese entstehen, gibt die Kranke Bom. Sie klagt darüber, dass sie Schmerzen im Munde habe, ihre Zunge verbrannt sei, dass ihre Fingernägel rauh seien, da müsse doch etwas Scharfes im Essen gewesen sein, das sie vergiftet habe. Bei ihr geht das Misstrauen gegen die ihr gereichte Nahrung so weit, dass sie in der Klinik 3 Wochen lang fast alles zurückwies und mit der Magensonde ernährt werden musste, auch nach ihrer Entlassung in die Familie nahm sie einige Tage keine Nahrung zu sich. Sie beschuldigte eine Verwandte, dass sie ihr Pfeffer in die sämtlichen Speisen hinein tue; zu Hause isst sie nur, was sie sich selbst bereitet hat.

Frau Bry. führt das Schlechtwerden ihrer Zähne darauf zurück, dass ihr Körner, mit denen sie beworfen werde, auch ins Essen gestreut werden. Frau W. erklärt sich die Ursache ihres wahrscheinlich durch das Emphysem bedingten Hustens teils damit, dass ihr Pulver in ihre Essware, ins Mehl und ins Salz gestreut worden sei. Beziehungen zwischen unangenehmen Körperempfindungen und Vergiftungsvorstellungen finden sich auch bei der Patientin Rosk.

Schwer zu beurteilen ist es, welche Genese und welche psychopathologische Bedeutung die Klagen über unangenehme Geruchs- und Geschmacksempfindungen bei unserer Kranken haben. Recht ausgeprägt finden wir sie bei den Kranken Rosenb. und Rosk., vorhanden sind sie ferner bei der Frau Bry., Hem. und vielleicht auch bei der Patientin Bom.

Dass es sich hierbei um Geschmacks- und Geruchssensationen halluzinatorischen Charakters handelt, glaube ich nicht. Geschildert werden diese Empfindungen von den Kranken als Geruch von Chloroform, der ihnen die Sinne nimmt, als schwefliger Geruch, der sie betäubt, als

Geruch von Säure, als Geschmack von Medizin, als ekliger Geschmack. Wir erkennen schon an diesen Vergleichen die nahen Beziehungen zu anderen Vorstellungen des Beeinträchtigungskomplexes. Keiner klagt über so abnorme Empfindungen wie Kranke der *Dementia praecox*. Es scheint so, als ob die unangenehme Sinnesempfindung des Geschmacks und Geruchs garnicht das Primäre ist, was sie Kranke zu Klagen darüber veranlasst, als ob es sich dabei nur um Ergänzungen, um Vervollständigungen ihrer Erklärungsvorstellungen für unangenehme Körperempfindungen anderer Art handelt. Die Kranken haben Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Luftmangel und erklären sich dieses als Wirkung von Pulver, das in ihre Nähe und auf ihre Sachen gestreut werde, als Wirkung von Rauch und Dunst, der in ihr Zimmer gelassen werde, als Wirkung schädlicher Zusätze zu ihrem Essen. Dass bei der bestehenden Wahrnehmung, bei der Lebhaftigkeit des Affektes das Urteil der Kranken über ihre eigenen Sinnesempfindungen verfälscht wird, ist psychologisch durchaus möglich. Unter der Wirkung von Einbildungen und Uebertreibungen, die mit der affektbetonten Erklärungsvorstellung des schädlichen Pulvers, des Rauchs und Giftes assoziiert werden, mag bei dem Kranken die Ueberzeugung Platz greifen, dass sie diese schädlichen Substanzen, von deren Existenz sie fest überzeugt sind, auch mit dem Geruchs- und Geschmackssinn wahrnehmen. Für eine derartige Genese der Klagen über unangenehme Geruchs- und Geschmacksempfindungen scheint der Umstand zu sprechen, dass die Kranken, sooft sie danach gefragt werden, mit grosser Bereitwilligkeit zustimmen, und auch spontan in ihren Schilderungen darauf kommen, dass sie das ihrer Ueberzeugung nach vorhandene schädliche Agens, das als Ursache ihrer Beschwerden angesehen wird, nicht nur auf einem Sinnesgebiet, sondern auf mehreren wahrgenommen haben. Frau W., die fast blind ist, erzählt uns, dass sie das Pulver nicht nur aus seinen Wirkungen auf ihren Körper wahrgenommen habe, sondern auch auf den Dielen ihres Zimmers gesehen habe, fettig glänzend habe es ausgesehen. Auf krankhafter Erinnerungsfälschung beruht es, wenn die Patientin Bry. klagt: „Spind und Tisch konnte ich hundertmal abwischen, es war alles voll Körner“. Es ist eine sekundäre Schlussfolgerung, aus der als Erklärungsvorstellung für unangenehme Körperempfindungen resultierenden Ueberzeugung, dass ihre Sachen bepudert und mit Körnern bestreut worden sind, aber doch ist die Kranke fest davon überzeugt, dass sie nicht nur durch taktile Empfindungen, sondern auch optisch zu ihrem Urteil von der Existenz der Körner gekommen ist. Durch assoziierte Einbildungen kommt es so zu einem verfälschten Urteil über optische Wahrnehmungen, aber nur so weit, wie sie in enger Beziehung zur Wahrnehmung der Beeinträchtigung stehen.

Eine gleiche Genese können wir wahrscheinlich den von den Kranken angegebenen unangenehmen Geruchs- und Geschmacksempfindungen zuschreiben. Dass sich an die Vorstellung von Pulver, Rauch und Gift die Assoziation unangenehmen Geruchs und Geschmacks anreicht, ist sehr naheliegend. Es braucht sich bei ihren Klagen hierüber nicht immer um nachträgliche Ergänzungen und Ausschmückungen ihrer Wahrerlebnisse zu handeln, wenn es ja auch meistens so sein wird, sondern es ist auch möglich, dass die assoziierten, auf den Geruchs- und Geschmackssinn gerichteten Vorstellungen unter der Affektbetonung vorübergehend für den Kranken den Charakter wirklicher Sinnesempfindung annehmen. Vielleicht ist es oft auch so, wenn auch im einzelnen nicht nachweisbar, dass begünstigende, oder auch ursächliche Momente mit rein somatischer Ursache für das Zustandekommen unangenehmer Geschmacks- und Geruchsempfindungen in Betracht kommen, es würde das dem entsprechen, was wir bei den Klagen der Kranken über Belästigungen durch absichtlich veranlasste unangenehme Hautempfindungen gesehen haben; es wären dann eben reale Erlebnisse, die unter der herrschenden Wahrnehmung missdeutet werden. Ein unangenehmer Geschmack infolge mangelhafter Darmfunktion oder irgendwelche anderen objektiven Geschmacks- oder Geruchsreize können gelegentlich zu Missdeutungen führen. Wieweit derartige Vorgänge Anlass geben zu den mit dem Beeinträchtigungskomplex verbundenen Klagen über Geschmacks- und Geruchsempfindungen, lässt sich nicht entscheiden; den Hauptanteil daran scheinen mir bei diesen Kranken aber doch rein psychische Mechanismen, wie sie erwähnt wurden, zu haben. Die Äusserungen der Patienten über unangenehme Empfindungen des Geschmacks- und Geruchssinnes stehen stets in engster Beziehung zu den Vorstellungen der Beeinträchtigung, sie sind stets mit diesen logisch verarbeitet, wir erfahren davon, wenn die Kranken ihre Beschwerden schildern und uns ihre Ansichten über ihre Ursachen mitteilen. Zur Bekräftigung ihrer Beweisführung, dass alles, was sie zu leiden hätten, von dem Pulver, dem Rauch und den Zusätzen zu ihrem Essen herühre, erfolgt dann die Bemerkung, dass man es doch auch riechen und schmecken könne. Man gewinnt dabei nicht den Eindruck, dass es sich um elementare Geschmacks- und Geruchssensationen handelt, wie wir sie bei Kranken der *Dementia praecox* antreffen; nur Verflachung der symptomatologischen Eigenarten könnte zu einem solchen Resultat führen. Das Objektivitäts- und Realitätsurteil der Kranken ist nicht anders als bei jenen, an der anderen Genese dieser Erscheinungen müssen wir aber festhalten. Es schien mir notwendig, hierauf so ausführlich einzugehen mit Rücksicht auf die Frage der klinischen Ab-

grenzung dieser Psychose gegenüber den paranoiden Formen der Dementia praecox.

Ich erinnere hier daran, dass unangenehme spontane Geschmacksempfindungen bei Kranken mit zerebraler Arteriosklerose gelegentlich vorkommen. Eine Patientin klagte darüber, dass sie zeitweise auf der Zunge einen metallischen Geschmack empfinde, eine andere darüber, dass sie Kalk schmecke.

Wir sehen so, dass die körperlichen Leiden und Beschwerden von den Kranken als Material zur Wahnbildung benutzt werden, dass auch die anfallsweise auftretenden cerebralen psychischen Symptome, Ohnmachts- und Schwindelanfälle, das mit solchen Anfällen einhergehende dem Patienten zum Bewusstsein kommende Aussetzen der Gedankentätigkeit in gleicher Weise erklärt wird. Für einen grossen Teil der Wahnäusserungen können wir jedenfalls nachweisen, dass sie das Wahnmaterial aus krankhaften Vorgängen hernehmen, die als Erscheinungen eines organischen zerebralen oder anderen Leidens aufzufassen sind. Inhaltlich ist die Wahnäusserung oder, um mit Specht zu reden, die Wahnfabel, in vielen Einzelheiten genau so, wie wir sie bei Kranken der Dementia praecox sehen. Dass es sich dabei aber nur um eine rein äussere, oberflächliche und daher auch ganz nebensächliche Gleichheit oder Aehnlichkeit handelt, kann nicht verkannt werden, sobald man die Komponenten des Wahnes zu analysieren sucht.

Man wird Specht beistimmen können, wenn er sagt, dass es beim Studium der Wahnogenese verfehlt und zum mindesten überflüssig erscheint, auf das Wahnmaterial besondere Rücksicht zu nehmen. Anders verhält es sich aber, wenn es darauf ankommt nachzuweisen, welche pathologischen Elementarsymptome neben der Wahnbildung vorhanden sind. Dieser Nachweis ist von grosser symptomatologischer und nosologischer Bedeutung. Unter der Herrschaft der bestehenden Wahnrichtung werden von den Kranken sowohl physiologische wie pathologische Empfindungen und Erlebnisse beurteilt, wir erhalten daher von ihnen nicht eine objektive, sondern eine infolge der Wahnbildung verfälschte Schilderung. Es ist oft recht schwer und gelingt nicht immer, im einzelnen zu eruieren, wie weit die Schilderungen der Kranken über ihre Empfindungen und Erlebnisse bei der Objektivität bleiben, oder wieweit sie sekundär durch die wahnbildenden psychischen Mechanismen modifiziert sind. In manchen Fällen ist es so, dass wir von den Kranken überhaupt nur die sekundären Erklärungsvorstellungen für ihre Erlebnisse zu hören bekommen, und es ist nicht möglich, festzustellen, auf was für Wahrnehmungen sich diese gründen. Für die Analyse der Krankheitssymptome, sowohl der psychischen, wie der

somatischen, ist es wertvoll zu eruieren, welche Vorgänge die paranoische Erklärungsvorstellung ausgelöst haben. Man darf sich nicht damit begnügen, diese als Wahnprodukt hinzunehmen, denn sie ist kein einheitliches Krankheitssymptom, wenn sie an krankhafte Vorgänge anschliesst. In solchen Fällen kann es von grosser Bedeutung sein, das Wahnmaterial einer genaueren Prüfung zu unterziehen, der Inhalt der paranoischen Vorstellung, oder nach dem Vorschlage Specht's richtiger ausgedrückt, die Wahnfabel ist dagegen nebensächlich, sie wird abhängig sein von der persönlichen Eigenart des betreffenden Individuums, sie richtet sich aber auch nach der Art des Wahnmaterials.

Es kann nun sein, dass Krankheitssymptome, die ganz verschiedenen Krankheitsprozessen angehören, bei paranoischen Kranken zu den gleichen wahnhaften Schlussfolgerungen führen, dass also gleiche Wahnäusserungen resultieren. Es ergibt sich von selbst, dass man mit ungleichen Bausteinen arbeiten würde, wenn man auf diese äusserlich gleichen Krankheitserscheinungen klinische Schlussfolgerungen aufbauen wollte. Es wird das aber, soweit ich die psychiatrische Literatur übersehe, nicht immer in ausreichender Weise berücksichtigt. Es ist doch etwas wesentlich anderes, wenn ein Kranker mit organischem Hirnleiden die mit einem kurzen Anfall von Bewusstseinstörung verbundene Störung des Gedankenganges paranoisch missdeutet und mit den gleichen Worten ausdrückt wie ein anderer seine Assoziationsstörung, die bei einem schizophrenen Krankheitsprozess auftritt. Beide Kranken kommen zu demselben wahnhaften Resultat, dass die Störung ihres Gedankenganges durch Personen ihrer Umgebung verursacht ist; bei beiden sind Wahnrichtung und Wahnfabel gleich, das Wahnmaterial aber ein verschiedenes, es ist bei beiden ein bewusstes, kausal missdeutetes Krankheitssymptom, das aber grundverschiedenen Krankheitsprozessen angehört.

Wenn diese Krankheitsprozesse durch charakteristische Symptome dokumentiert sind, so wird niemand wegen der sekundären paranoischen Äusserung in diagnostische Schwierigkeiten geraten, niemand wird auf die Idee kommen, wegen der gleichen Wahnäusserung bei beiden Kranken den gleichen Krankheitsprozess anzunehmen. Anders verhält es sich aber, wenn das paranoische Bild vorherrschend ist, wenn die anderen Krankheitssymptome wenig ausgeprägt sind und zu keiner diagnostischen Klarheit führen. So ist die Sachlage bei einigen der Krankheitsfälle, die hier besprochen werden sollen, gegenüber paranoiden Formen der Dementia praecox. Bei beiden ist die vorherrschende Krankheitserscheinung die Wahnbildung, daneben finden wir bei beiden andere Krankheitssymptome. Hier möchte ich nur auf symptomatologische Einzelheiten der Wahnbildung hinweisen. Bei einigen unserer

Kranken sehen wir, dass ihre Wahnäusserungen in vielem denen gleichen, die als charakteristisch für die paranoide Form der Dementia praecox gelten; bei genauerer Analyse der Wahnbildung lassen sich aber doch deutliche, klinisch verwertbare symptomatologische Differenzen nicht verkennen, Differenzen, die erst dann herauskommen, wenn man versucht, sich über die Komponenten der Wahnogenese Rechenschaft zu geben. Das ist wichtig, und das ist der Grund, weshalb hier so ausführlich auf die Wahnbildung bei unseren Kranken eingegangen ist.

Bei den Kranken Bry., Rosk., Rosenb. haben wir eine Anzahl von Wahnäusserungen, die ganz an den telepathischen Beeinflussungswahn Schizophrener erinnern, wenn wir aber genauer zusehen, so finden wir, dass diesem nur die Wahnäusserungen gleichen, dass unter denen aber Krankheitssymptome versteckt liegen, die wir einem anderen Krankheitsprozess zurechnen müssen. Frau Rosk. klagt darüber, dass ihr die Gedanken, das Gedächtnis „verstellt“ werde, dass ihre Gedanken abgelenkt werden, dass sie nicht denken solle, dass ihre Gedanken mit einem Male unterbrochen, auf ein paar Sekunden ausgelöscht würden. „Dann will ich eben denken und dann ist es nicht da. — Zum Beispiel wenn ich den Datum sagen sollte, musst ich mich besinnen.“ Sie werde vollkommen verrückt dadurch gemacht, einmal sei sie so betäubt gewesen, dass sie garnicht wusste, wo sie bleiben, garnicht wusste, was sie sagen sollte. Genau so könnte uns ein Kranker seine schizophrenen Assoziationsstörungen schildern. Beispiele hierfür anzuführen, erscheint unnötig, da jeder sie aus eigener klinischer Erfahrung kennt. Die Uebereinstimmung, welche in den Angaben über schizophrene Sperrungen der Assoziationstätigkeit und den Angaben über Störungen der Gedankentätigkeit bei unsern Kranken liegt, besteht nur in den Erklärungsvorstellungen, die an die subjektiv empfundenen unangenehmen Störungen geknüpft werden; die Kranken kommen zu der Ansicht, dass es die Folgen äusserer Beeinflussungen sind, das Krankheitssymptom aber, das als Material für solche Wahnbildungen benutzt wird, ist in beiden Fällen etwas verschiedenes, ist auf verschiedene Krankheitsprozesse zurückzuführen.

Ueber das Wesen des schizophrenen Krankheitsprozesses wissen wir noch nichts. Bei den hier mitgeteilten Krankheitsfällen haben wir, wie schon oben angeführt wurde, Anzeichen dafür, dass ein organischer Krankheitsprozess vorliegt. Eine Reihe der Wahnäusserungen der Kranken liess sich leicht auf Erscheinungen eines organischen cerebralen Leidens beziehen. Auch die wahnhaft verarbeiteten anfallsweisen Störungen im Gedankenablauf werden mit diesem organischen Krankheitsprozess in Zusammenhang stehen. Es lässt sich kein plausibler Grund dafür geltend machen, dass

daneben noch andere Krankheitsvorgänge, etwa schizophrene, bestehen. Bei der Kranken Rosk. ist es mir wahrscheinlich, dass ihre Klagen über Verstelltwerden des Gedächtnisses, über Unterbrechungen ihrer Gedanken mit einer arteriosklerotischen Merkschwäche und vielleicht mit ganz leichten arteriosklerotischen Schwankungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit zusammenhängen. Kurze anfallsweise Schwankungen des Bewusstseinszustandes bei organischen cerebralen Prozessen sind nicht selten. Stertz hat sie eingehender untersucht und fasste sie bei seinen Kranken als akute Episoden im Verlauf chronischer arteriosklerotischer Prozesse auf.

Ebenso sind auch die Klagen des Rosenb., dass ihm die Sinne schwinden, dass er ohne Bewusstsein daliege, auf anfallsweise, höchst wahrscheinlich durch den organischen Hirnprozess bedingte Bewusstseinschwankungen zu beziehen. Der Kranke deutet sie als Erscheinungen, die von den Personen der Umgebung erzeugt werden durch ausgestreutes Pulver, durch Dunst, der aus den Heizkörpern hinter seinem Bett herausgelassen werde, durch „elektrische Arznei“.

An den telepathischen Beeinflussungswahn paranoider Kranker der Dementia praecox erinnern auch einige Vorstellungen der Frau Bry. über die Ursache ihrer unangenehmen Hautempfindungen. Sie ist überzeugt, dass sie unter anderem auch durch Strahlen belästigt werde, sie bekomme Strahlen an Füße und Hände, auch in die Ohren, Elektrizität wirke dabei mit, nachts höre sie eine richtige Maschine, von der das ausgehe. Diese Art der Wahnäusserungen kann allein, namentlich mit Rücksicht auf die Erfahrungen, die wir bei den Patienten Rosk. und Rosenb. gemacht haben, nicht ausreichend sein zur Diagnose der Dementia praecox. Wir haben auch bei dieser Kranken Anhaltspunkte dafür, dass die unangenehmen Hautempfindungen in anderer Beziehung zum psychotischen Krankheitsprozess stehen als gewöhnlich bei der Dementia praecox. Es handelt sich nicht um taktile Halluzinationen, sondern um periphere Reizzustände, die in ihrer Kausalität missdeutet werden. Die Patientin hat, wie schon erwähnt wurde, einige neuritische Symptome. Ein gutes Beispiel dafür, dass Vorgänge an ihrem Körper für die Kranke bei der bestehenden Wahnrichtung eine andere affektbetonte Bedeutung gewonnen haben, zeigt sich darin, dass sie eines Tages auf die Unruhe ihrer vorgestreckten Finger, die nicht über die physiologische bei Gesunden hinausging, aufmerksam machte mit dem Bemerken, dass dieses Zittern auch von der Maschine herrühre.

Nicht völlig zu analysieren und in ihrer nosologischen Bedeutung schwer zu beurteilen sind einige Wahnvorstellungen der Frau Rosk. Sie klagte eine Zeitlang darüber, dass die Aerzte an ihr herumarbeiten und

sie derartig zurichten, dass sie zusehends weniger und schwächer werde. Mit kleinen feinen Nadeln werde an ihrem Leibe herumgearbeitet, dass sie Schmerzen habe, die jeder Beschreibung spotten. Auf der Haut habe sie ein Gefühl, als ob lauter kleine Krebse darauf wären. Sie hat unangenehme Empfindungen an den Geschlechtsteilen, im Abdomen und in der Brust, deren Entstehung sie sich damit erklärt, dass die Aerzte der Klinik an ihr Experimente machen, ihr elektrische Drähte in den Körper stecken und sie elektrisieren. Nachts sitze jemand an ihrem Bett und steche sie mit einem Dolch in die Genitalien, Läuse habe man ihr angesetzt, die sich nach innen gefressen hätten. Nachts kämen Aerzte, die ihr Gift einflössen.

Welche Genese die unangenehmen Empfindungen haben, die hier als Wahnmaterial benutzt werden, lässt sich nicht sagen. Dass es sich hierbei um unter der Wahnrichtung missdeutete periphere Reizerscheinungen handelt, ist möglich. Eigenartig bleiben aber auch dabei die wahnhaften Erklärungsvorstellungen, die sich zum Teil von realen Lebenserfahrungen weit entfernen und phantastische Formen annehmen. Die psychopathologische Entstehung kann vielleicht folgende sein: Wir sehen schon an einzelnen Äusserungen der Kranken, dass es sich dabei zunächst um Vergleiche der Empfindungen mit Erlebnissen oder gedachten Möglichkeiten handelt. Das unangenehme Hautgefühl vergleicht die Kranke damit, dass sie von kleinen Krebsen auf der Haut gereizt würde; sie nimmt es nur als Vergleich und hat nicht etwa die Ueberzeugung, dass es Erlebnisse sind. Es wäre verständlich, wenn die anderen phantastischen Vorstellungen der eigenartigen Belästigung ebenso als Vergleiche entstanden sind, wenn dann aber bei der durch die abnorme Affektivität bedingten Neigung der Kranken, alle ihre unangenehmen Erlebnisse zu übertreiben, kausal zu missdeuten und in Beziehung zu den Personen ihrer Umgebung zu bringen, diese Vorstellungen für sie nicht mehr den Wert von Vergleichen, sondern von Erlebnissen bekommen. Bei den meisten unserer Kranken enthalten die Klagen vielmehr die kausalen Missdeutungen, die wahnhaften Erklärungsvorstellungen als die diesen zugrunde liegenden körperlichen Beschwerden.

Zu erwähnen ist hier noch die Äusserung der Frau Rosk., dass ihr das Sprechen, die Sprache verstellt werde, sodass sie dann schlechter, schwerer spreche. Ihre Sprache sei dann nicht so deutlich, sei lallend, sie habe dann die Empfindung, dass ihr das Sprechen schwer falle. Sie spreche, als ob sie einen Kloss im Munde hätte, müsste sich ordentlich schämen wegen ihres schlechten Sprechens. Auch hierbei ist es nicht möglich, zu entscheiden, was für eine Störung dieser

Aeusserung zu Grunde liegt. Offenbar handelt es sich um eine abnorme Empfindung, die in Beziehung zur Motilität des Sprechens steht, welche Ursache sie hat, bleibt fraglich. Anhaltspunkte dafür, dass gleiche oder ähnliche Empfindungen in Verbindung mit andern Muskelaktionen bei der Kranken jemals aufgetreten sind, liessen sich nicht finden. Wir haben keine Anzeichen dafür, dass irgendwelche psychomotorischen Symptome bei der Patientin vorkommen, und es wäre daher falsch, allein aus dieser in engstem Zusammenhang mit der Wahnbildung stehenden Aeussderung der Kranken den Schluss zu ziehen, dass hier ein psychomotorisches Symptom vorliegt. Es ist mir auch hier viel wahrscheinlicher, dass eine rein somatische Störung zu einer Missdeutung geführt hat, als dass es sich um eine Sperrung des Sprechaktes unter psychomotorischen Einflüssen handelt.

Wahnhafte Deutungen, die anschliessen an akustisch-halluzinatorische Vorgänge liegen den Aeussderungen der Frau Rosk. zu Grunde, dass ihr eingegeben worden sei, was sie tun sollte. Die Kranke hat Phoneme, die ihre motorischen Leistungen begleiten, die Vorstellungen, die ihre Handlungen auslösen und sich an sie anschliessen, nehmen bei ihr akustisch-sensorischen Charakter an. Daraus resultiert dann die Schlussfolgerung, dass ihr gesagt werde, was sie tun solle. Die gleiche psychopathologische Genese liegt vor, wenn Frau Hab. darüber klagt, sie sei kommandiert worden, sie habe alles tun müssen, was die Leute wollten. Die Psychomotilität ist durch derartige Erscheinungen nicht berührt.

Der Patient Rosenb. klagt darüber, er sei von seiner Frau vollkommen beeinflusst, vollkommen suggeriert worden, sie habe seine Willenskraft gebrochen durch alle möglichen Sachen, die sie durchsetzte, sie habe ihn veranlasst, sich oft versetzen zu lassen, oft umzuziehen. Hier sind es retrospektive Missdeutungen und Uebertreibungen die bei dem Kranken die Vorstellung motorischer Beeinflussung erwecken. Anhaltspunkte für psychomotorische Symptome geben diese Wahnäusserungen des Kranken nicht.

An die Wahnäusserungen, die an unangenehme somatische Erscheinungen anknüpfen, reihen sich die Klagen der Kranken über Schädigung ihres Eigentums an. Sie sind in manchen Fällen die ersten Erscheinungen, die auftreten lange bevor die Psychose offenbar wird. Frau Hem. klagte ihren Angehörigen, dass sie bestohlen werde, Butter und Zucker würden ihr genommen, die Federn würden aus ihren Betten geholt. Gleicher Art sind die Aeussderungen der Patientin Bom., Leute kommen in ihr Zimmer, schnitten ein Stück von ihrem Fleisch, von ihrer Butter weg, stehlen ihr Kohlen, nehmen ihr die Federn aus den

Betten, vertauschen ihren Bettbezug mit einem schlechteren. Auch Frau W. erzählt, dass sie verdächtige Beobachtungen an ihren Sachen gemacht habe; ihre Schlösser und Körbe seien geöffnet worden, ihre Sachen teils gestohlen, teils mit alten, schlechteren vertauscht worden. Es sind Missdeutungen von Sinneswahrnehmungen und Erinnerungs-fälschungen, die unter dem abnormen Affekt entstanden sind. Aus dem anfänglichen Misstrauen entsteht die Ueberzeugung der vollendeten Benachteiligung.

Die starke Affektbetonung der Vorstellungen körperlicher Schädigung hat zur Folge, dass die wahnhaften Erklärungsideen für unangenehme Empfindungen von den Kranken übertragen werden auf ihre objektiven Beobachtungen. Unter der herrschenden Wahrnehmung kommen die Kranken zu einheitlicher Auffassung aller unlustbetonten Erlebnisse und zu einheitlicher Verfälschung. Das ist die Wurzel der Systematisierung der Wahnvorstellungen, die wir in verschiedenen Graden bei den einzelnen Kranken ausgeprägt sehen. Auf die Bedeutung des Affektlebens für eine derartige Wahnentwicklung soll erst später eingegangen werden, hier möchte ich nur darauf hinweisen, wie das Material zur Wahnbildung mehr und mehr wächst, wie es in der Wahngenese assoziativ verarbeitet und einheitlich verwertet wird. Nirgends finden wir in der Wahnbildung etwas von schizophrenen Gedankenstörungen, nichts von einer Lockerung der assoziativen Fäden, nichts, das uns eine Dissoziation der Gedankengänge beweisen könnte. (Es ist das wichtig für differentialdiagnostische Erwägungen gegenüber der Schizophrenie.) Wenn einzelne der Kranken in der Wahnbildung auch mal zu grotesken, phantastischen Vorstellungen kommen, so ist das noch keine Dissoziation.

Bei der Wahnbildung liegt die assoziative und affektive Einheit nicht nur in der Einheitlichkeit der stets gleichbleibenden Wahrnehmung, sie zeigt sich auch in manchen Punkten in dem Bedürfnis nach einheitlichen, wahnhaften Schlussfolgerungen, in der Wahnfabel, wie Specht sich ausdrückt. Man kann das belanglos nennen, es ist aber doch ein Zeichen dafür, dass die Logik, dass die Ordnung der Assoziationen durch den krankhaften Prozess nicht gelitten hat. Ich verkenne dabei nicht, dass bei der Frau P. und B. auch Andeutungen einer anderen Wahrnehmung auftreten; sie bilden eine Komplikation, auf die ich noch zurückkomme.

Die Patientin W. erklärt sich Defekte, die ihr an ihren Kleidern und Betten aufgefallen sind, als Wirkung von Pulver, das in ihr Zimmer gestreut werde. Auf ihren Kleidern und Betten sei das Pulver nie liegen geblieben, dort seien sofort Löcher entstanden, durch die es hinabfiel.

Wenn sie etwas von ihren Sachen ausgewaschen habe, so sei das Wasser ganz schwarz von dem Pulver gewesen. Wahnmaterial aus verschiedenen Gebieten, somatische Altersveränderungen, die wohl sicher auf leichter Arteriosklerose beruhenden anfallsweisen Störungen und die objektiven Beobachtungen an ihren Kleidern und anderem Eigentum werden in ihrer Kausalität einheitlich missdeutet. Für Frau Hem. liegt eine Bekräftigung ihrer Ueberzeugung, dass ihre körperlichen Beschwerden von dem Dunst herrühren, der ihr von den Hausbewohnern im Zimmer erzeugt werde, in der Beobachtung, dass die Wand in ihrer letzten Wohnung ganz grau gewesen sei. Frau Bry. überträgt die Vorstellung, dass sie mit Strahlen belästigt werde, die ihr Schmerzen bereiten, auch auf Beobachtungen anderer Art. In ihre Sachen seien Löcher durch die Strahlen gebrannt, ihre Möbel seien durch die Strahlen verdorben worden.

Die Kranken missdeuten hier nicht die Sinneserfahrungen, sondern deren kausale Beziehungen. Das Unangenehme, das sie wahrnehmen, das sie erleben, hat für sie eine andere Bedeutung bekommen, indifferente Erlebnisse werden missdeutet im Sinne der herrschenden Wahnrichtung. Entsprechend der grösseren Summe von Erlebnissen, die mit dem abnormen Affekt aufgenommen und daher dem Beeinträchtigungskomplexe angegliedert werden, wächst ihre Ueberzeugung, dass sie das Ziel beabsichtigter Intrigen der Personen ihrer Umgebung geworden sind. Bei ihrer paranoischen Denkrichtung finden sie immer wieder eine Bestätigung hierfür. Die Auswahl der Sinneserfahrungen und Erlebnisse, die mit dem Beeinträchtigungskomplex verknüpft werden, geschieht vor allem in der Weise, dass die mit unangenehmer Affektbegleitung am meisten dazu prädisponiert sind, sie können am leichtesten in die Wahnrichtung eingefügt werden.

Weiter ist bestimmend dafür, ob eine Wahrnehmung oder ein Erlebnis von den Kranken paranoisch beurteilt wird, die grössere oder geringere Assoziationsmöglichkeit mit den affektbetonten Wahnkomplexen; je leichter die assoziative Verknüpfung ist, um so eher wird es zur Missdeutung, zur subjektiven Ergänzung und Verfälschung einer Wahrnehmung kommen, umso weniger braucht sie selbst die für die Wahnrichtung erforderliche unangenehme Affektbegleitung zu haben. Die Kranken Hem. und Rosenb., die beide die Vorstellung haben, durch ausgestreutes Pulver belästigt zu werden, halten Handbewegungen, die sie bei Personen ihrer Umgebung bemerken, für eine Bestätigung ihrer Annahme und sind sogleich überzeugt, dass hier ein Zusammenhang zwischen Handbewegung und Pulverstreuen besteht. Die indifferente Beobachtung wird zur affektbetonten, sich in die Wahnrichtung einfügenden Vorstellung durch die gebotene Assoziationsmöglichkeit

zwischen Pulverstreuen und Bewegung der Hand. Gleiche assoziative Beziehungen sind erkennbar, wenn die Patientin Bry., die überzeugt ist, dass die Hausbewohner sie absichtlich durch Lärm und Klopfen belästigen, in dem Loslösen der Fussbodenleiste und dem Abbrückeln des Kalkes von den Wänden eine Bestätigung erblickt; hier kommt aber noch als begünstigender Einfluss für die paranoische Beurteilung dieser optischen Wahrnehmungen ihre Affektbegleitung hinzu.

Einfache Konstellationen können zur Gestaltung der Wahnäusserungen beitragen. Der Patient Rosenb. hat infolge Erkrankung sensibler Rückenmarksbahnen einen ataktischen unsicheren Gang. Er klagt darüber, dass er sich morgens beim Waschen krampfhaft festhalten müsse, um nicht zu fallen; das komme vom Dunst aus dem Leitungswasser. „Es kann von nichts anderem kommen, wo soll es denn herkommen“. Die Richtung der Aufmerksamkeit auf das Wasser und die zeitliche Koincidenz der Unsicherheit auf den Beinen genügt ihm zur kausalen Verknüpfung. Derartige Konstellationen erhalten im Bewusstsein des Kranken ihre abnorme Bedeutung durch die pathologische Affektivität, sie ermöglicht die paranoische Beurteilung im Sinne der Wahnrichtung.

Die abnorme Affektivität müssen wir auch für das Entstehen krankhafter Eigenbeziehungen verantwortlich machen. Den intellektuellen Funktionen, der Assoziationstätigkeit kann man eine Mitwirkung dabei nicht allgemein vollkommen absprechen, falsch wäre es aber, wenn man in jedem einzelnen Falle für die Genese krankhafter Eigenbeziehung alle möglichen Faktoren oder immer nur den einen oder den anderen allein verantwortlich machen wollte. Es würde hier zu weit führen, auf Einzelheiten und Fragen, die sich anknüpfen, einzugehen. Specht ist der Ansicht, dass bei Entstehung der Eigenbeziehung nur das die Wahrnehmung begleitende subjektive Gefühl als massgebender Faktor in Betracht kommen könne, dass bei Mangel des bestimmten Affektes die Erscheinung der Eigenbeziehung in den meisten Fällen überhaupt ganz ausbleiben werde, immer aber ihre charakteristische Sonderart fehle, nämlich die mit ihr unmittelbar gegebene und nicht erst sekundär produzierte grössen- oder kleinheits- oder verfolgungswahnsinnige Richtung. Demgegenüber behauptet Bleuler, dass gar kein Affekt da zu sein brauche, um den physiologischen Beziehungswahn zu produzieren; er meint hier offenbar Eigenbeziehungen, die noch aus dem normalen Seelenleben verständlich sind. Es genüge, wenn aus irgend einem Grunde eine Idee beständig im Vordergrunde sei, um die Chancen ihrer Assoziation mit neu ankommenden Eindrücken fast beliebig zu vermehren. Ueber der grossen Bedeutung der Affektivität

dürfe die mitbestimmende Bedeutung der Konstellation bei den assoziativen Vorgängen nicht ganz übersehen werden.

Auf den Einwand, der sich hier mit der Behauptung machen lässt, dass eine Idee, die beständig im Vordergrunde ist, eben eine andere Affektbegleitung hat, als der übrige Bewusstseinsinhalt, will ich hier nicht eingehen. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass damit noch nicht alle Faktoren, die bei der Genese der krankhaften Eigenbeziehung in Betracht kommen können, erschöpft sind, das intellektuelle Moment kann dabei auch eine Rolle spielen. Dass der Schwachsinn unter pathologischen Bedingungen einen günstigen Boden für die Entstehung von Eigenbeziehungen bietet, ist bekannt. Auch bei Individuen mit guter Intelligenz ist jede Wahrnehmung, jedes Erlebnis, das nicht in allen Einzelheiten verstanden wird, und dessen kausale Beziehungen nicht klar zu übersehen sind, besonders geeignet, das Material zur Eigenbeziehung zu liefern. Notwendig ist es für die Entstehung der Eigenbeziehung, dass der Sinneseindruck, der dazu führt, von einem subjektiv auffälligen Gefühlston begleitet ist. Allen anderen Faktoren kommt neben dem affektiven nur eine begünstigende Mitwirkung zu.

Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass diese Kranken mit paranoischer Denkrichtung seltener zu einem verfälschten Urteil über das Objekt der Sinneswahrnehmung kommen, als sie die ursächlichen Verhältnisse verkennen und missdeuten. Es geschieht unter der einheitlichen Wahnrichtung der Benachteiligung so, dass sie den Personen ihrer Umgebung eine aktive Stellungnahme und aktives Eingreifen zuschreiben, und dass sie selbst nach ihrem verfälschten Urteil rein passiv beteiligt sind.

In allen hier mitgeteilten Krankheitsgeschichten lassen sich Eigenbeziehungen finden. Zahlreich sind sie bei den Patienten Rosenb., Fl. und Rosk. Um nur einige Beispiele anzuführen, bei denen Mangel an Kenntnis des Zusammenhangs der Tatsachen und ihrer ursächlichen Begründung begünstigend auf die Entstehung der Eigenbeziehung wirken kann, sei hier erwähnt, dass Frau Bä. einen ihr unbekannten Herrn, der ihr auf der Treppe ihres Hauses begegnete, für einen Irrenarzt hielt, der sie beobachten wollte. Frau Rosk. und der Patient Rosenb. halten die Unterbrechung ihrer Unterredung mit dem Arzte durch dessen Abrufung für eine beabsichtigte gegen sie gerichteten Schikane des Pflegepersonals.

Dem Symptom der Eigenbeziehung stehen nahe durch ihre ähnliche Genese pathologisch bedingte Urteilsäusserungen der Kranken über Vorgänge, die an sich schon von vornherein ihre Person und ihre

Beziehungen zur Umgebung berühren. Die überwertige Vorstellung der Benachteiligung ist richtunggebend für ihre Urteile. Bei Besprechung der Wahnäusserungen sind nur die auf pathologischer Grundlage entstandenen Erklärungsvorstellungen für Sinneswahrnehmungen und deren ursächliche Erscheinungen berücksichtigt worden. Hier möchte ich noch auf die Äusserungen der Kranken hinweisen, die nicht sekundäre Schlussfolgerungen enthalten, die abschliessen mit einem Urteil über die gegebenen Tatsachen. Ich will sie als krankhafte Urteile bezeichnen. Sie stehen dem normalen Seelenleben näher als die Wahnäusserungen, bedeuten aber nichts, prinzipiell Verschiedenes, auch ihre psychopathologische Genese ist die gleiche, der massgebende genetische Faktor ist die durch den krankhaften Prozess bedingte und unterhaltene Gemütsstimmung. Wenn der Patient Rosenb. über Kopfschmerzen und Benommenheit klagt und diese Empfindung als Folgeerscheinung der Ausdünstung von Pulver, das im Zimmer gestreut werde, hält, so ist das symptomatologisch nicht ganz gleich zu setzen den ebenfalls auf pathologischer Grundlage entstandenen Klagen der Frau Rosk., dass sie stets schlechtes Essen bekomme, dass sie nur kürzere Zeit baden dürfe als andere Patienten, dass sie schlechtere und weniger oft Wäsche bekomme als andere. Im ersten Fall ist das Urteil des Patienten über seine Empfindungen richtig, es ist ihm bewusst, dass es körperlich krankhafte Erscheinungen sind, er missdeutet aber ihre Ursache, knüpft sekundäre Erklärungsvorstellungen an. Im anderen Falle handelt es sich um ein verfälschtes Urteil über das Objekt der Wahrnehmung.

Die sekundären Erklärungsvorstellungen, die krankhaften Eigenbeziehungen und krankhaften Urteile sind symptomatologisch nicht völlig von einander zu trennen. Einzeln genommen drücken sie einen verschiedenen Grad der paranoischen Denkweise aus. Welche psychopathologische Genese den Äusserungen der Kranken über ihre Beziehungen zur Umgebung auch zu Grunde liegen mag, einheitlich ist die Wahnrichtung der Benachteiligung. Die Kranken fühlen sich unrechtmässig zurückgesetzt und absichtlich benachteiligt. In dieser Art der Wahnrichtung und in dem damit verbundenen Kampfe um ihr Recht, in dem Kampfe um die Herrschaft über die Situation kommt eine expansive Affektkomponente zum Ausdruck; nur diese macht uns die vielen Beschwerden verständlich, die von den Patienten so oft und immer wieder vorgebracht werden, die anknüpfen an ihre täglichen Erlebnisse, die auch bei dem einförmigen Leben in der Klinik reichlich neues Material finden. In den Krankheitsgeschichten finden sich viele Beispiele dafür; nur einige wenige möchte ich hier nochmals hervor-

heben. Frau Rosk. beschwert sich häufig darüber, sie bekomme immer weniger zu essen, an jedem Tage weniger, sie bekomme nie ein ordentliches Stück Fleisch, bekomme die ordinärste Wurst, die es gibt, die Butter auf dem Brot sei nicht glatt gestrichen, sehe aus, als ob sie mit der Hand darauf getan ist, die Stulle ihrer Nachbarin sei immer in ganz anderer, besserer Verfassung. Sie beklagt sich, dass sie nicht oft genug und immer schlechte Wäsche bekomme; die Zurücksetzung mit der Wäsche sei kaum zu glauben; wenn sie bade, sei das Wasser kalt, nicht so wie es sein sollte. „Es ist alles anders, stets eine Zurücksetzung“. Patient Fl. klagt, dass er viel leiden müsse und Aerger habe. Es werde ihm die seinem Alter gebührende Ehrfurcht verweigert. Er sei am liebsten allein, doch wenn er sich auf die Bank setze, seien in wenigen Minuten einige andere da, die sich dazu setzen. Die Fenster im Krankensaal würden absichtlich geöffnet, um ihn zu ärgern. In allen seinen Wohnungen sei er belästigt und schikaniert worden; wenn an der Wasserleitung mal Wasser ausgegossen war, dann sollte er es gewesen sein. Auch Frau Hab. erzählt, dass sie von Nachbarn und Hausgenossen fortwährend belästigt und schikaniert worden sei. Zahlreich sind derartige Klagen bei dem Kranken Rosenb. Er klagt über Benachteiligung bei Austeilung des Essens und der Wäsche. Er beschwert sich beim Arzt, dass die Pfleger allein aus der Absicht, um ihn zu ärgern, eine Stunde lang sich über irgend etwas, z. B. über Stiefelputzen unterhalten. Der Oberpfleger frage ihn jeden Morgen, wie er geschlafen habe, das sei garnicht seine Sache, der habe sich um die Verwaltungsangelegenheiten, aber nicht um das Befinden der Kranken zu kümmern. Alles werde gemacht, um ihn zu ärgern, zu schikanieren.

Von den Symptomen, die mit der Wahnbildung in Zusammenhang stehen, sind noch zu erwähnen die Erinnerungsfälschungen und die retrospektiven Missdeutungen. Sie sind bei fast allen unseren Patienten nachweisbar; eine grössere symptomatologische Bedeutung haben sie bei den Kranken W., Fl. und Rosenb. Mit Erinnerungsfälschungen werden wir die krankhaft verfälschten Reproduktionen der Erlebnisse bezeichnen, während wir unter retrospektiven Missdeutungen die an unverfälschte Erinnerungsvorstellungen anknüpfenden auf krankhafter Grundlage entstandenen sekundären Schlussfolgerungen verstehen; auch hier steht wieder an erster Stelle die Missdeutung der kausalen Beziehungen. Die Verfälschung und Missdeutung geschieht wieder einheitlich im Sinne der herrschenden Wahnrichtung. Es ist fraglos, dass als massgebender genetischer Faktor wieder der durch den krankhaften Prozess bedingte Affekt in Betracht kommt.

Dass überhaupt zur Wahnbildung Material aus zeitlich zurückliegenden Erlebnissen genommen wird, ist begründet durch das lebhafteste Kausalitätsbedürfnis der affektiv und assoziativ regsamen Kranken. Weshalb in dem einen Fall, wie bei der Frau W., retrospektive Missdeutungen im Bewusstsein der Kranken eine so grosse Rolle spielen, während sie in anderen Fällen, wie bei Frau Rosk., gar keine Bedeutung haben, können wir nicht sagen; vielleicht ist in manchen Fällen die Dauer des krankhaften Prozesses nicht ganz ohne Einfluss darauf, auch die Gestaltung der Lebensverhältnisse mag in Betracht kommen. Ehescheidung, Verlust des Vermögens, Prozesse, bieten bei der Patientin W. reichliches Material zu retrospektiven Missdeutungen. Sie ist jetzt überzeugt, dass sie unrechtmässig um den Besitz ihrer Grundstücke gekommen ist, dass Geld für sie deponiert ist, das ihr vorenthalten werde, der gegenwärtige Inhaber der Grundstücke sei doch nur ihr Verwalter. Der Kranke Rosenb. vermutet, dass der Besuch eines Verwandten vor Jahren von seiner Frau veranlasst worden sei, um ihn in Versuchung zu bringen, mit diesem sexuelle Beziehungen anzufangen und damit Anlass zur Verbreitung eines schlechten Rufes zu geben. Eines Tages sprach er die Ueberzeugung aus, dass alles Unglück in seiner Familie durch seinen Schwager verursacht worden sei, der den Drang gehabt habe, allen Leuten etwas Schädliches in die Nahrung zu mischen. Auch er habe das erfahren; als er mit dem Schwager einige Glas Bier getrunken habe, sei er am nächsten Tage krank gewesen. Hierbei zeigt sich das Bestreben, auch weit zurückliegende Erlebnisse einheitlich mit den gegenwärtigen zu erklären. Auch zur Erklärung seines bestehenden Leidens greift der Kranke gelegentlich auf zurückliegende Verhältnisse zurück, in denen er eine beabsichtigte Benachteiligung vermutet. Sein Wunsch sei gewesen, nach der Saline versetzt zu werden, er sei aber nach der Zuckerfabrik gekommen, wo er in dem heissen Raum Dienst tun musste, gerade er habe immer in dem zugigen Zollschuppen Dienst tun müssen. Die Behauptung des Patienten Fl., dass er seit einem im Jahre 1888 erlittenen Unfall an Kopfschmerzen und Schwindelanfällen leide, ist eine Erinnerungsfälschung. Sie entsteht, als er mit seinen Gesuchen um nachträgliche Gewährung der Pension von der Eisenbahnbehörde mehrmals abgewiesen ist. Es ist die Reaktionsweise eines Menschen mit paranoischer Denkrichtung. Was der Kranke erzählt über die Nachstellungen von seiten der katholischen Geistlichkeit, denen er in seiner Jugend ausgesetzt gewesen sei, ist wohl ebenso zu beurteilen. Der Frau Bä. scheinen die Verhältnisse beim Begräbnis ihres Mannes so sonderbar gewesen zu sein, sie glaubt sich an eine Bemerkung ihrer Mutter zu erinnern, die ausdrückte, dass sie nicht das

eheliche Kind der Mutter sei; sie sei ohne Bezahlung ins Mausoleum in Berlin hineingelassen worden. Es sind das Gedankenreihen, die mit Erinnerungsfälschungen und retrospektiven Missdeutungen in assoziativer Beziehung stehen. Die Erinnerungsfälschungen der Kranken sind sachliche im Sinne der Wahrnehmung, keine zeitlichen Fälschungen.

In dem Gedankengange der Frau W., dass sie um die Nutzniessung und den Besitz ihres Eigentums gebracht worden sei, dass sie aber berechtigt und in der Lage sei, die Grundstücke und Geld wieder in ihren Besitz zu bekommen, in ihren Versprechungen, dass sie alles bezahle, dass sie die Aerzte reichlich beschenken werde, drückt sich deutlich ein hohes Selbstgefühl aus. Es zeigt uns, dass hier eine expansive Affektkomponente an der Genese der retrospektiven Missdeutungen beteiligt sein muss. Derartige auf krankhafter Grundlage entstandene abnorme Einschätzung der eigenen Persönlichkeit finden wir ausser bei Frau W. interkurrent auftretend auch bei den Kranken Fl., Fieb., Bom., Bä. Bei ersterem steht die Sorge um den Verbleib seines Geldes und seiner Sparkassenbücher im Vordergrund seines Bewusstseins, sie führt bei der bestehenden Wahrnehmung zu einer Ueberschätzung der eigenen Mittel. Frau Fieb. äusserte einmal, ihr Vermögen von 8 Millionen Mark werde ihr vorenthalten. Fräulein Bom. rechnet auf die Hilfe des Kaisers, um aus der Klinik herauszukommen. Hinter den Zweifeln, die Frau Bä. über ihre eheliche Abstammung hat, stecken sicherlich unbestimmte Grössenvorstellungen. Sie hofft, dass der Fürstbischof sich ihrer annehmen werde; sie sei mehr wert als andere. Auch die Vorstellung der Frau P., dass sie die Frau des Arztes sei, dass sie Briefe von ihm bekomme, die ihr von den Pflegerinnen fortgenommen würden, ist wohl das Produkt eines pathologisch gesteigerten Selbstbewusstseins. Bei diesen Patienten scheint es im späteren Krankheitsverlauf noch zu weiterer Steigerung der Grössenvorstellungen gekommen zu sein.

Einzelne Grössenvorstellungen sind also nichts Vereinzelter bei diesen Kranken, sie haben im Symptomenbilde zwar immer nur eine untergeordnete Bedeutung, sie begleiten den Beeinträchtigungskomplex. Sie stellen auch keine Durchbrechung der herrschenden Wahrnehmung dar, sondern sind ein sekundäres ebenso wie jener auf der Grundlage des abnormen Affektes entstandenes Wahnprodukt. Unter Steigerung der Affektbetonung der Benachteiligungsvorstellungen wächst das Selbstbewusstsein; eine Benachteiligung wird um so schwerer empfunden, hat im Bewusstsein des Kranken umsomehr das Gepräge des erlittenen Unrechts, je höher das Selbstbewusstsein ist. Beides steht in bestimmter Beziehung zu einander, ohne eine gewisse Summe von Selbst-

gefühl sind Benachteiligungsvorstellungen psychologisch unmöglich. Affektivität und Gedankeninhalt stehen eben in engster Korrelation zu einander.

Systematisierende Verarbeitung der Wahnvorstellungen, Ausbildung eines Wahnsystems ist in den meisten hier mitgeteilten Fällen nur dürftig. Bei Frau Hab., Frau Bry. und Frau Bä. geht es über einzelne Erklärungsvorstellungen zur Motivierung der Beeinträchtigungen nicht hinaus. Nur bei dem Patienten Rosenb., Fl., bei Frau W. und Frau Hem. finden wir ein etwas ausgedehnteres Wahnsystem; aber auch bei ihnen nehmen die systematisierenden Gedankengänge nur eine untergeordnete Stellung ein. Fast jede systematisierende Erweiterung der Beeinträchtigungsvorstellungen vermissen wir bei Frau P., Fräulein Bom. und Frau M. Eine prinzipielle, etwa nosologisch oder differentialdiagnostisch verwertbare Scheidung der Krankheitsfälle in solche mit Wahnsystem und andere ohne systematisierende Verarbeitung der Wahnvorstellungen lässt sich nicht vornehmen; von dem ausgedehnten System bis zu gänzlichem Mangel systematisierender Schlussfolgerungen finden sich allmähliche Uebergänge. Dauer und Intensität der Krankheit sind nicht entscheidend dafür; massgebende Faktoren für den verschiedenen Grad der Systembildung sind Differenzen in der zur Zeit der Krankheit vorhandenen affektiven Regsamkeit und Lebhaftigkeit der assoziativen Tätigkeit. Dass die Wahnform, wie Specht meint, bloss abhängig ist von der intellektuellen Grundverfassung der Kranken, glaube ich nicht, die Affektivität hat auch auf sie einen Einfluss. In unseren Fällen ist es so, dass die Kranken, bei denen eine konstante stärkere Betonung des Persönlichkeitsgefühls vorliegt, mehr Neigung zur Systematisierung zeigen als andere; es mag das ein Zufall sein; immerhin wäre es verständlich, wenn die expansive Affektkomponente die Bildung eines Wahnsystems begünstigte.

Soweit Systembildung vorhanden ist, hält sie sich im Rahmen der Wahnrichtung. Bei Frau W. knüpft die systematisierende Verarbeitung ihrer Beeinträchtigungsvorstellungen an das Zerwürfnis mit ihrem Ehemanne und die Ehescheidung an. Der geschiedene Ehemann ist nach ihrem Urteil der Urheber aller ihrer Leiden. Angestiftet von ihm sei sein Geschäftsfreund, der die Verfolgung nach dem Tode des Mannes weiter betreibe. Der Ehemann habe Gesandte ausgeschickt, die ihr keine Ruhe liessen, er habe die Pulvermacher, die sie belästigten, bezahlt. Auch der Herr Rat auf dem Gericht sei mit jenen im Einverständnis, denn sonst wäre es doch nicht möglich, dass der Inhaber ihrer Grundstücke, der doch eigentlich ihr Verwalter sei, noch immer auf den Grundstücken sitze. Als sie zum Magistrat vorgeladen war,

sei ihr gesagt worden, ihr Mann habe Geld gebracht, um die ihr zustehenden rückständigen Unterhaltungsgelder zu zahlen, das Geld liege jetzt auf der Bank. Bei den von ihrem Mann angestifteten und von dessen Geschäftsfreund fortgesetzten Belästigungen sei es darauf abgesehen, sie tot zu machen, damit die dann in den Besitz ihres Vermögens kämen. Irgendwelche ausserhalb des Systems stehenden Wahnäusserungen hat die Kranke nie produziert.

Das Wahnsystem des Patienten Fl. gipfelt darin, dass hinter den ganzen Belästigungen die katholische Geistlichkeit stecke, die wolle sein Geld haben. Für den Patienten Rosenb. liegt das Endziel aller wahnhaften Schlussfolgerungen in der Ueberzeugung, dass er beseitigt werden solle. Bald wird dieser, bald jener seiner Verwandten als der Urheber seines ganzen Leidens bezeichnet, am meisten misstraut er seiner Ehefrau. Die habe es darauf abgesehen, ihn entweder als geistig minderwertig hinzustellen und ins Irrenhaus zu bringen oder seinen Tod zu bewirken. Wie ernst es ihm mit seiner Annahme ist, drückt er mit den Worten aus: „Das Gefühl habe ich, und diese Ueberzeugung hat sich bei mir festgesetzt. Ich bin der festen Ueberzeugung, dass ich soll vernichtet werden.“ Die Personen in der Klinik seien von seiner Frau beeinflusst, auf seine Gedanken einzuwirken. Je mehr er hier beeinflusst werde, umso mehr müsse er dem Arzt konfuse Angaben machen, sodass dieser ihn dann für geisteskrank halten könnte. Die anderen Kranken kommen ihm verdächtig vor, scheinen ihm eine andere Rolle zu spielen als sie sind, in einem vermutet er seinen Bruder, der hergekommen sei, um gegen ihn zu agitieren. Für Frau Hem. ist der Urheber ihrer Leiden ihr Schwiegersohn, mit dem sie sich vor einigen Jahren erzürnt hat. Er bezahle die Leute, die ihr den Dunst machen, ohne Geld sei das garnicht ausführbar. Ihr Schwiegersohn habe ein grosses Einkommen; er wolle sie jetzt um die Ecke bringen, da sie ihm, nachdem er Prokurist geworden ist, nicht mehr fein genug sei. Ein anderer Beweis, dass ihr Schwiegersohn den Dunst veranlasse, scheint ihr darin zu liegen, dass er sich gegen ihre Anschuldigungen garnicht verteidige, sondern höhnisch lache. Als sie bei der Tochter wohnte, habe sie auch dort den Dunst gemerkt, das sei doch auch ein Beweis dafür, dass der Schwiegersohn es betreibe. Bei Frau Hab. und Frau Bä. ist es zur Ausbildung eines ausgedehnten Wahnsystems nicht gekommen, nur mit einzelnen sekundären Schlussfolgerungen suchen sie sich die Motive zu den Belästigungen zu erklären. Die Leute täten das alles, weil sie wüssten, dass sie einige Pfennige Geld erspart hätte, um die sie sie bringen wollten, und weil sie ungehalten seien, dass sie die Pflege eines Kindes aufgegeben habe. Frau Bä. denkt an die Möglich-

keit, dass es mit einer Erbschaftsregulierung zusammenhängen könne; sie solle jetzt zu Tode gequält werden. Aerzte und Pflegerinnen seien zu diesem Zweck verbunden, auch Kranke in der Klinik würden dazu veranlasst, sie in jeder Weise zu misshandeln. Noch weniger davon ist bei der Patientin Bry. zu finden. Ihre Beeinträchtigungsvorstellungen richteten sich anfänglich nur gegen die Hausbewohner. Später, als sie die Erfahrung gemacht hatte, dass Aufenthalt und Situation ohne bleibenden Einfluss auf ihre Wahrnehmungen waren, kommt sie zu der Ueberzeugung, dass Hunderte und Tausende die Belästigungen an ihr betreiben. Zur Erklärung der Motive begnügt sie sich mit der Annahme, dass die Leute ein Interesse daran hätten, sie ins Irrenhaus bringen wollten. Während sie in der Klinik ist, kommt dann noch die der Situation angepasste Erklärung hinzu, dass die Aerzte sie zu experimentellen Versuchen gebrauchen, an ihr lernen wollen.

Bei der Mehrzahl unserer Kranken finden wir Gehörstäuschungen, sicher vorhanden sind sie in acht Fällen; ob die Patienten Rosenb. und Fl. akustisch halluzinieren, ist fraglich, illusionäre Verfälschungen akustischer Wahrnehmungen kommen vielleicht bei ihnen vor. Nur Frau Hem. und Frau W. bieten keine Anhaltspunkte für akustische Sinnestäuschungen. Die Bedeutung der Gehörshalluzinationen für das Zustandsbild ist in den einzelnen Fällen recht verschieden, während sie bei den Kranken Fieb., Hab., Bä. Rosk. und M. wenigstens zeitweise ein stark hervortretendes psychopathologisches Symptom sind, haben sie bei Frau P. eine untergeordnete symptomatologische Bedeutung und treten bei ihr nur interkurrent auf; schon mehr kommen sie zum Ausbruch bei Frau Bry. Also auch hier wieder Abstufungen und Uebergänge trotz vielseitiger symptomatologischer Gleichartigkeit. Schon daraus ergibt sich, dass man dem Auftreten von Gehörshalluzinationen eine nosologische und differentialdiagnostische Bedeutung nicht zuschreiben kann, ganz abgesehen davon, dass ein einzelnes psychopathologisches Symptom kaum jemals eine derartige Bewertung verdient. Individuelle Verschiedenheiten, die wir im einzelnen nicht kennen, werden das Auftreten der Gehörshalluzinationen begünstigen und verursachen. In der Annahme einer verschiedenen Lokalisation des Krankheitsprozesses liegt meines Erachtens keine ausreichende Erklärung, es spielen wahrscheinlich mancherlei andere individuelle Differenzen, wie Affektivität, Eigenart der Vorstellungstätigkeit eine mitbestimmende oder begünstigende Rolle dabei. Frau Fieb. und Frau Bä., bei denen die Gehörshalluzinationen im Krankheitsbild am stärksten hervortreten, sind schwerhörig.

Ueberwiegend sind bei den Gehörstäuschungen Phoneme. Auch Akoasmen kommen vor. Der Inhalt der Phoneme hält sich im Rahmen

der Wahnrichtung. Beschimpfungen, Bedrohungen, Verhöhnungen werden von den Kranken gehört, zahlreich sind bei einigen die referierenden und kritisierenden Phoneme im zeitlichen Zusammenhang mit ihrem motorischen Verhalten; vielfach knüpft der Inhalt der Phoneme an optische Sinneswahrnehmungen an, steht in enger Beziehung zum Gedankeninhalt der Kranken. Meist sind es stark affektbetonte Vorstellungen, die in den Phonemen auftreten, ängstliche Befürchtungen, im Sinne des negierenden Beeinträchtigungskomplexes, ablehnende Vorstellungen, anschliessend an Wunschgedanken. Frau M. hört, dass um den Besitz, um die Verteilung ihrer Kleider gestritten wird. Frau Rosk., die auf Entlassung drängt, ihre Sachen verlangt, hört höhnische, ablehnende Bemerkungen. Die Aussenprojektion der Phoneme ist wenig bestimmt, die Kranken glauben die Stimmen von oben, von unten, von den Nachbarräumen zu hören, nur selten mal werden die Stimmen auf die anwesenden Personen projiziert; der sensorische Charakter ist meist scharf ausgeprägt. Die Phoneme sind stets sinnvolle Wortbildungen, die von den Kranken als sprachliche Aeussierungen von Personen aufgefasst werden, ihnen als Gespräche imponieren, bei denen sie selbst passive Zuhörer sind, oder die, was weniger häufig ist, an ihre Person gerichtet sind. Frau Fieb. reagiert auf die Phoneme mit sprachlichen Antworten, oft stand sie horchend an der Wand, schimpfte, protestierte gegen die halluzinierten Beschimpfungen. Frau Rosk. hörte eine Zeitlang Gespräche, auf die sie „wohl mehr in Gedanken“ antworten musste; sie erzählt, dass sie eine lebhaft Unterhaltung mit ihrem Mann gehabt habe. Die Aeussierung, dass sie habe Antwort geben müssen auf die Stimmen, macht auch Frau Hab.

Ueber Akoasmen berichtet ein Teil der halluzinierenden Kranken. Frau Hab. hörte einen Apparat spielen, niemand höre ihn, nur sie und die Spieler, sie hörte eine Puppe wie ein Kind schreien; Klopfen, Tuten, Geräusch von plätscherndem Wasser wird von einzelnen gehört. Illusionäre Verfälschungen der akustischen Wahrnehmungen mögen vorkommen, es lässt sich jedoch aus dem Beobachtungsmaterial kein Beispiel anführen, das mit Sicherheit so aufgefasst werden kann.

Das akustische Halluzinieren liefert reichliches Material zur Wahnbildung. Es wird von den Kranken als belastigendes, quälendes Phänomen empfunden, als eine beabsichtigte Belästigung aufgefasst. An das Auftreten der Phoneme, die ihr motorisches Verhalten begleiten, es referieren und kritisieren, knüpfen Frau Rosk., Frau Bry. und Frau Hab. die Schlussfolgerung, dass Leute, die über sie sprechen, sie sehen und beobachten können, dass alle ihre Handlungen von jenen wahrgenommen werden. Frau Hab. erklärt sich diese ihr auffällige Er-

scheinung mit der Annahme, dass die Hausnachbarn eine Laterne hätten, mit der sie alles sehen könnten. Phoneme, die inhaltlich mit dem Gedankeninhalt der Kranken korrespondieren, erwecken die Ueberzeugung, dass die Hausbewohner ihre ganzen Verhältnisse kennen, auch ihre Gedanken wissen. Frau Hab. erzählt uns, dass die Hausbewohner ihre Gedanken früher gewusst hätten, als sie selbst sie gehabt habe. Ich möchte hier noch darauf hinweisen, dass derartige Wahnäusserungen der Kranken halluzinatorischer Genese nichts mit einer schizophrenen Assoziationsstörung gemein haben.

Optische Halluzinationen treten nicht auf, was mit dem klaren Bewusstseinszustande zusammenhängen wird. Die szenenhafte Wahrnehmung, von der Frau Rosk. einmal berichtet, war wahrscheinlich ein Traumerlebnis. Die Personenmissdeutungen, die gelegentlich bei den Patienten Rosenb., Bom. und P. vorkommen, sind Produkte des Misstrauens, Missdeutungen im Sinne der Wahnrichtung; eine Störung der Sinnesempfindung bat an ihrer Genese wohl keinen Anteil. Es handelt sich meist nicht um Verkennungen, sondern um Zweifel an der Identität der Personen. Nur bei Frau P. nehmen im späteren Verlauf der Krankheit die Personenverkennungen eine Form an, dass man an zeitweise delirante Desorientierung denken muss. Die Angabe der Frau Bry., dass sie bei der Bestrahlung ihres Körpers ein rotes Licht gesehen habe, bildet wahrscheinlich eine assoziative Ausschmückung ihrer Schilderung von der Belästigung durch Strahlen.

Von Einfluss auf das Halluzinieren ist die Richtung der Aufmerksamkeit. Es ist auffällig, wie leicht bei diesen Kranken durch Ablenkung und Inanspruchnahme ihrer Aufmerksamkeit die Halluzinationen verschwinden. Frau Fieb., die oft halluzinierend an der Wand stand, horchte und wütend schimpfte, pflegte, sobald sie einen der Aerzte sah, ihr Verhalten aufzugeben und war dann gern bereit, sich in ein Gespräch einzulassen, in dem sie zwar oft über Belästigungen durch Beschimpfungen und Bedrohungen klagte, aber gewöhnlich nichts davon erkennen liess, dass sie durch Halluzinationen abgelenkt war. Frau Rosk. zeigte in der ersten Zeit der klinischen Behandlung ein grosses Bedürfnis nach Beschäftigung, weil sie dann die Stimmen weniger höre. Den gleichen Einfluss hat die Richtung der Aufmerksamkeit auch auf die wahnhaft missdeuteten unangenehmen Körperempfindungen. Fast alle unsere Kranken erzählen, dass sie immer dann am meisten durch Belästigungen zu leiden hätten, wenn sie allein seien, namentlich dann, wenn sie allein in ihrer Wohnung seien; sobald sie auf die Strasse kommen, oder wenn Besuch in ihrer Wohnung sei, dann lasse auch der Dunst und das Pulvern nach und höre dann auf, um aber sogleich

wieder anzufangen, wenn sie wieder allein seien. Auch in der Klinik sehen wir es oft, dass das Verbringen der Kranken in eine andere Umgebung, sei es die Aufnahme in die Klinik oder die Verlegung auf eine andere Station, ihre eben bis dahin noch so lebhaften Klagen über Belästigungen für wenige Tage zum Verstummen bringt. Diese Wirkung können wir wohl zum Teil der Ablenkung der Aufmerksamkeit von den körperlichen Unbequemlichkeiten und Beschwerden und ihre Inanspruchnahme durch die neuen Eindrücke zuschreiben. Einen wesentlichen Einfluss dabei haben aber auch affektive Momente, nämlich die sich an die Veränderung der Umgebung knüpfende Hoffnung, endlich oder doch wieder einmal den Nachstellungen ausgewichen zu sein.

Das Realitätsurteil der Kranken über ihre Gehörstäuschungen gründet sich auf den stark ausgeprägten sensorischen Charakter des halluzinatorischen Phänomens, es gründet sich ferner auf die Gleichsinnigkeit des Inhaltes der Halluzinationen mit ihren affektbetonten paranoischen Gedankengängen, und schliesslich wird es bestärkt durch die Häufigkeit des Auftretens der Halluzinationen. Das Urteil der Realität baut sich auf die subjektive Empfindung der Halluzinationen und ihrer Eigenschaften auf, und es wird nicht erst durch sekundäre Schlussfolgerungen gewonnen. Eine andere Grundlage möchte ich den Realitätsurteilen über die unangenehmen Geschmacks- und Geruchsempfindungen zuschreiben, sie scheinen mir ausschliesslich sekundär auf assoziativem Wege entstanden zu sein. Die Vorstellungen der unangenehmen Empfindungen auf diesen Sinnesgebieten sind, wie schon oben ausgeführt wurde, aus dem Bedürfnis heraus entstanden, bestimmte, in der Wahnrichtung liegende Vorstellungskomplexe zu vervollständigen und zu bekräftigen; entweder treten sie ohne sensorische Grundlage als Erinnerungsfälschungen auf, oder sie knüpfen an irgendwelche dem normalen Seelenleben nicht fremde Sinnesempfindungen an.

Ein Schwanken in der Festigkeit des Realitätsurteils lässt sich dort, wo es sich um echte Gehörshalluzinationen handelt, d. h. dort, wo die sensorische Komponente der Vorstellungen voll ausgeprägt ist, nicht feststellen, auch nicht nachträglich, in Zeiten, wo wenig oder garnicht halluziniert wird; es liegt das daran, dass der paranoische Grundcharakter der Psychose trotz Aussetzens des Halluzinierens bestehen bleibt. Nur bei Frau M. sehen wir nach Abklingen der akuten Erscheinungen mit dem Nachlassen der paranoischen Denkweise auch Zweifel an der Realität der Gehörshalluzinationen auftreten.

In Parallele zum Realitätsurteil über die Gehörshalluzinationen können wir das Objektivitätsurteil der Kranken über ihre Wahnvorstellungen setzen. Es kommt zum Ausdruck in ihrer Ueberzeugung

von der äusseren Bedingtheit ihrer Beeinträchtigungsvorstellungen. Diese Ueberzeugung ist bei allen Kranken in hohem Masse vorhanden. Der einzige, der in der Psychose wenigstens zeitweise Verständnis dafür hat, dass seine paranoische Denkrichtung des subjektiven Charakters nicht entbehrt, ist der Patient Rosenb. Als er wieder einmal dem Arzt eine Beobachtung, die sein Misstrauen angeregt hat, mitteilt, lehnt er die Möglichkeit einer Täuschung nicht ab. Er fasse eben alles schwerwiegender auf, was ja ein Fehler sein möge. Auch bei Frau P. ist das Objektivitätsurteil der Wahnvorstellungen einschränkbar. Dass mal dieser, mal jener im Rahmen der Wahnrichtung liegende Vorstellungskomplex im Vordergrund des Bewusstseins bei den Kranken steht, liegt nicht an einem Wechsel ihres Objektivitätsurteils, sondern ist durch die Art der Inanspruchnahme ihrer Aufmerksamkeit bedingt. Bei der Patientin W. sind nach Aufnahme in die Klinik die Klagen über Belästigungen durch Dunst und Pulver gegenüber denen über pekuniäre Benachteiligungen gänzlich zurückgetreten; ihre Ueberzeugung von der Objektivität ist aber keineswegs abgeschwächt worden. Es hängt dieses vielleicht damit zusammen, dass in der Klinik, wo die Lebensbedingungen für die Kranke sehr viel besser als in den häuslichen Verhältnissen waren, die arteriosklerotischen und Altersbeschwerden geschwunden sind.

Wie überzeugt die Kranken von der objektiven Grundlage ihrer Wahnvorstellungen sind, prägt sich drastisch in ihren durch die Wahnbildung bestimmten Handlungen aus. Hierin zeigt sich wieder, dass die Einheit zwischen Vorstellungen, Affekten und Handlungen durch den Krankheitsprozess unberührt geblieben ist. Die für schizophrene Erkrankungen charakteristischen Unstimmigkeiten, Disharmonien im Seelenleben finden wir bei ihnen nicht. Die an die Wahnvorstellungen anschliessenden Handlungen, die wir kurz als Wahnhandlungen bezeichnen wollen, sind Schutz- und Abwehrmassnahmen. Die Aktivität der einzelnen Kranken in diesem Sinne ist recht verschieden; sie ist abhängig von dem ganzen psychischen Habitus, daneben aber auch von der Art des Wahnmaterials. Bei den Kranken, deren Wahnprodukte in der Hauptsache auf kausalen Missdeutungen unangenehmer, somatischer Symptome basieren, finden wir Schutzmassregeln, die erdacht sind, zur Abwehr gegen körperliche Belästigungen, sie harmonisieren mit den wahnhaften Vorstellungen über die Ursache der Beschwerden. Nur wenige Beispiele aus den Krankheitsgeschichten sollen hier angeführt werden.

Frau Hem. verstopfte die Ritzen hinter den Fussbodenleisten in ihrer Wohnung in der Absicht, sich gegen den Dunst, der ihr von den

Hausbewohnern ins Zimmer gelassen werde, zu schützen. Frau W. legte sich, um sich gegen die Belästigungen durch Pulverstreuen zu schützen, nasse Tücher um den Kopf, schlief seit Jahren nicht mehr im Bett, sondern auf dem Sofa unter einem aufgespannten Regenschirm, am Tage verkroch sie sich in einen Schrank, in dem sie sich ein Sitzbrett hatte anbringen lassen. Ein ausgedehntes Sicherheitssystem hat Frau Bry. Bei ihr steht im Vordergrund der Beeinträchtigungsvorstellungen die Ueberzeugung, dass sie durch Strahlen belästigt werde. Wie oben ausgeführt wurde, handelt es sich dabei sicherlich, mindestens zum Teil, um wahnhafte Erklärungsvorstellungen für polyneuritische Reizerscheinungen. Bei ihrer Aufnahme in die Klinik hatte sie Glasstücke in den Gehörgängen, trug vor der Vulva eine in einen Beutel eingenähte Glasplatte. Sie erzählte uns ferner, dass sie sich zu Haus dauernd den Kopf mit kaltem Wasser gekühlt habe, dass sie die Hände in Sand steckte, Kopf und Beine mit Tüchern umwickelte, badete und mit Franzbranntwein einrieb. Nach Angabe ihres Mannes schlief sie auf einem Brett, bedeckte ihren Körper mit Sand, Kohlen und Steinen. Patient Rosenb. durchsuchte die Wohnung nach Pulver, mit dem seine Frau ihn bestreue; auch in der Klinik schüttelt er seine Kleider aus, durchsucht sein Bett, nimmt die Matratze heraus. Fräulein Bom. bedeckte ihren Kopf mit der Bettdecke, weil sie von oben mit Gift bestreut werde.

Andere Wahnhandlungen sind das Anbringen von Sicherheitschlossern, das misstrauische Prüfen und Zurückweisen der Nahrung, die Beschwerden bei Hausverwalter und Polizei, an die sich Frau Hem., W., Bry. und Rosk. mit der Bitte um Schutz gegen die Belästigungen wandten. Einige der Kranken wechselten oft ihre Wohnung; Frau Hem. zog in letzter Zeit vor Aufnahme in die Klinik alle paar Monate um. In der Klinik klagen die Kranken den Aerzten immer wieder ihr Leid, bitten um Schutz und Abhilfe gegen die Belästigungen. Es ist erklärlich, dass in der Klinik Wahnhandlungen weniger zum Ausdruck kommen, als wenn die Kranken sich in ihren häuslichen Verhältnissen befinden, wo sie dann auch durch ihre eigenartigen Gewohnheiten auffällig werden.

Die vielfachen energischen Schutz- und Abwehrreaktionen sind ein Ausdruck der affektiven Regsamkeit der Kranken. Die Bedeutung der Affekte für die Wahnbildung ist schon mehrfach erwähnt worden, es ist auch schon darauf hingewiesen worden, dass in der paranoischen Denkrichtung, in der paranoischen Auffassung und Beurteilung der Erlebnisse bei den Kranken eine depressive und eine expansive Affektkomponente zum Ausdruck kommt. Das die Art der Wahnbildung

bestimmende Moment ist die Wahnrichtung der Benachteiligung, der Verfolgung. Daraus ergibt sich, dass in den affektbetonten Wahnkomplexen Vorstellungen stecken müssen, die sich um die eigene Persönlichkeit gruppieren, dass daneben aber auch Urteile über das Verhalten der Umgebung zur eigenen Person vorhanden sein müssen. In der Verfolgungsvorstellung liegt das Urteil, das die Beziehungen zur Umgebung durch deren aktives Eingreifen und durch passive Stellung der eigenen Person gegeben sind. Damit, dass den Persönlichkeitsvorstellungen im Bewusstseinsinhalt eine solche untergeordnete Stellung zugewiesen wird, ist zweifellos ein unangenehmer Affekt verbunden. Das Gefühl der Zurücksetzung durch die Umgebung kann nicht auf ein expansiver Stimmungslage entstehen. Der Manische mit gehobenem Selbstgefühl auf Grund expansiver Stimmung, der gegen die Umgebung queruliert, in ihrem Verhalten einen Mangel an Achtung seiner Persönlichkeit und seiner Interessen erblickt, hat nicht einen rein einheitlichen Affekt, sondern eine Affektmischung. Es ist unwesentlich, ob wir hier von dem Gefühl der Zurücksetzung oder der Vorstellung der Zurücksetzung sprechen, es handelt sich um einen psychischen Komplex mit affektiver und assoziativer Komponente.

Einen derartigen zusammengesetzten Komplex bildet auch das Misstrauen, das in der Wahngenese bei unseren Kranken eine so grosse Rolle spielt. Specht nennt das Misstrauen die günstigste Stimmungslage für die Eigenbeziehung, damit drückt er aus, dass hier ein affektives Phänomen gemeint ist, er analysiert es, indem er sagt, es sei jene Affektnüance, die von reiner Depression und Exaltation etwas enthalte. Für Bleuler ist Misstrauen kein Affekt, sondern nur, wie alle andern psychischen Vorgänge, von Affekten begleitet, die niemals konstant und niemals das Wesentliche an dem Misstrauen seien, es könne nicht aus Affekt der Lust und Unlust zusammengesetzt sein, wenn auch naturgemäss ein Schwanken zwischen positiven und negativen Affekten bei Misstrauen die häufigste Affektlage sei.

Meines Erachtens ist es für die klinische Psychiatrie ein nutzloser Streit um Worte, darüber zu diskutieren, ob Misstrauen ein Affekt ist oder nicht, dort, wo in pathologischen Zuständen Misstrauen besteht, fehlt nie eine abnorme Stimmungslage, es fehlen aber auch nicht affektbetonte, im Vordergrund des Bewusstseins stehende adäquate Vorstellungsreihen. Die intellektuellen, assoziativen Vorgänge sind hier von der Affektivität abhängig, die Assoziationen sind durch die herrschenden Affekte in bestimmte Bahnen gelenkt; die freie Assoziationsmöglichkeit ist durch sie beschränkt. Der Affekt und die durch das Misstrauen gegebenen stark gefühlsbetonten Vorstellungsreihen ver-

knüpfen sich mit den Sinneswahrnehmungen, die um so leichter im Sinne der herrschenden Gemütslage und der dieser adäquaten Gedankengänge missdeutet werden, je leichter sie mit ihnen assoziiert werden können.

Den Affekt reiner Depression und reiner Exaltation kann ich an dem Misstrauen unserer Kranken nirgend nachweisen; so einfach scheint mir die Affektivität des Misstrauens auch nicht zu liegen, dass sie sich damit erschöpfend erklären liesse. Wir finden bei den Kranken auch in Zeiten, wo das Misstrauen das Zustandsbild beherrscht, die verschiedensten qualitativen und quantitativen Affektdifferenzen, Unwillen, Entrüstung, Groll, Wut, traurige Verzagtheit, trotzige Resignation, ängstliche Spannung kommen isoliert oder mit anderen Stimmungen und Affekten gemischt vor, exaltative Gefühlstöne werden daneben nicht vermisst, sie sind schon erwähnt und durch Beispiele aus den Krankheitsgeschichten belegt worden. Dass gerade komplizierte Stimmungsanomalien für die Entstehung paranoischer Symptome einen günstigen Boden bieten, zeigen die Erfahrungen der Klinik. Die Entstehung von Vorstellungskomplexen im Sinne der Beeinträchtigung, der Verfolgung ist ohne eine gewisse Betonung des Selbstbewusstseins nicht möglich, und dieses steht wieder in Korrelation zur Stimmungslage. Es bleibt aber noch die Frage, ob dieses Selbstgefühl und die ihm entsprechende Stimmung immer pathologisch sein müssen, um zur Verfolgungsvorstellung zu führen. Bei unsern Kranken scheint mir das nicht erforderlich zu sein; das Wesentliche ist wohl eine Inkongruenz zwischen Persönlichkeitsgefühl und Affekten der Unlust, wie sie nur bei komplizierten Stimmungsanomalien vorkommen kann. Bleuler drückt die Bedeutung dieser Dissonanz für die Wahnbildung aus, indem er sagt: das unangenehme Gefühl des Konfliktes mit der Wirklichkeit führt zu Verfolgungswahn. Selbstredend sind nicht in jedem Moment die beiden Affektrichtungen nebeneinander erkennbar.

Grosse Selbstgefälligkeit besitzt der Patient Rosenb.; gelegentlich hob er seine Charaktereigenschaften gegenüber seinem Urteil über andere hervor. Mit Ausdruck des Stolzes berichtet er von seiner früher bewiesenen Diensttätigkeit, seiner stets gezeigten Rechtschaffenheit und Ehrlichkeit und betont seine guten Absichten gegen andere. Frau W. erzählt mit freudigem Stolz von den Sicherheitsvorkehrungen, die sie getroffen hat, um sich gegen Belästigungen durch Hausbewohner zu schützen. Der Kranke Fl. klagt, dass ihm die seinem Alter nach gebührende Achtung nicht gezeigt werde, auch in dem Trotz und Groll der Frau Rosk., mit dem sie über Zurücksetzung durch die Personen der Umgebung und über Belästigungen klagt, ist ein hohes Selbstgefühl nicht zu verkennen.

Andere Gefühlsregungen, die wir bei den Kranken häufig beobachten können, sind Freundlichkeit, Dankbarkeit, Schamhaftigkeit, zornige Reizbarkeit. Es ist unmöglich, alle Einzelheiten ihres Gemütslebens zu schildern. Dass die verschiedenen Affektnüancen nicht in jedem Fall und nicht in jeder Zeit in Erscheinung treten, ist selbstverständlich, das beweist aber noch nicht, dass ihre Entstehung überhaupt unmöglich geworden ist, sondern ist nur die Folge der durch die vorherrschende Grundstimmung bedingten affektiven Einengung; eine Erscheinung, die auch dem normalen Seelenleben zukommt. Wenn Entrüstung und zornige Gereiztheit, wie bei Frau Hab. und Frau Bä., die Stimmungslage dauernd beherrschen, können Aeusserungen der Freundlichkeit und Dankbarkeit nicht aufkommen. Die Patientin Bä. ist ein Beispiel dafür, dass auch nach jahrelangem, einförmigem Fortbestehen des zornmütigen Affektes andere Gefühlsäusserungen möglich sind. Länger als vier Jahre hat sie ihrem anhaltenden Groll und Zorn gegen die Umgebung durch lautes Schimpfen Ausdruck gegeben; als sie kurz vor ihrem Tode schwach und körperlich hinfällig geworden war, wurde sie zugänglich, freundlich, dankbar.

Die Tiefe der Affekte, ihre Beeinflussbarkeit und Anpassungsfähigkeit an die Situation zeigen nichts, das nicht auch aus dem normalen Seelenleben bekannt wäre. Auf die Einheitlichkeit zwischen Affekt und Vorstellungsinhalt ist schon mehrfach hingewiesen worden. Von einer affektiven Abstumpfung, einer Inkongruenz zwischen Affekten, Vorstellungen und Handlungen, wie wir sie bei Schizophrenen sehen, ist bei unseren Kranken nichts nachweisbar. Eine leichte Abflachung der affektiven Regungen hat sich allerdings bei Fräulein Bom., dem Patienten Fl. und Frau M. eingestellt. Die Grundstimmung ist bei ersterer eine mürrische Resignation, bei dem Patienten Fl. herrschen stets depressive Befürchtungen um seine Zukunft vor, ausgeprägt ist bei ihm ein körperliches und psychisches Insuffizienzgefühl, das jedoch keine psychopathologische Form annimmt, sondern Ausdruck seiner guten Kritik für seine Gebrechlichkeit ist. Frau M. zeigt nach Abklingen der akuten Symptome das freundliche, joviale Wesen alter Leute. Letzteres finden wir auch bei Frau Fieb., wenn es gelingt, sie in ein Gespräch zu ziehen, ihre Aufmerksamkeit für einige Zeit von ihren Beeinträchtigungsvorstellungen abzulenken; ihre zornmütigen Affektentladungen nehmen mitunter, was die Tiefe des Affektes anbelangt, ganz extreme Form an.

Eine Eigenart des Gemütslebens ist hier noch zu erörtern. Soweit objektive amnestische Angaben zu erhalten waren, werden die Kranken als Menschen mit von jeher abnorm ausgeprägter Affektivität geschildert. Leider liegen uns ausführliche Daten über den Seelenzustand

der Patienten vor Beginn der psychotischen Symptome nur bei der Hälfte der Krankheitsfälle vor; sie fehlen ganz bei Frau Hab., Frau Bry., Frau Bä. und Frau W., sind unvollkommen bei Frau Fieb., Patient Fl. und Fräulein Bom. Dieser Mangel einer ausreichenden Anamnese hat seinen Grund in dem Fehlen von Angehörigen, denen die in hohem Alter stehenden Patienten seit der Jugendzeit bekannt sind.

Bemerkenswert ist nun, dass in allen Fällen, wo eine zuverlässige ausführliche Anamnese zu erhalten war, an dem Grundcharakter, dem Temperament der Kranken die gleichen Eigenarten aufgefallen sind. Es erscheint mir nicht überflüssig, dieses aus den Krankheitsgeschichten hervorzuheben.

Frau Hem. hat nach Angabe ihrer Tochter Eigenarten des Affektlebens schon in ihrer Jugend gezeigt. Sie konnte recht zornig werden, prügelte viel ihre Kinder, stiess sie mit Füßen, schlug ihre 29jährige Tochter, war herrschsüchtig ihrem Ehemanne gegenüber. Bei gelegentlichen Affekterregungen hat sie öfter geäussert, sie werde sich noch einmal das Leben nehmen. Im Alter von ungefähr 40 Jahren soll sie einen Erhängungsversuch gemacht haben. Mit ihren Geschwistern vertrat sie sich nicht, stand seit langen Jahren ausser Verkehr mit ihnen. Etwa die gleiche affektive Charakteranlage soll Frau P. gehabt haben. Sie wird von ihrem Sohn und Schwiegersohn als eine von jeher eigensinnige, affektiv erregbare Frau geschildert. Sie war grob, recht-haberisch, unbeeinflussbar, unverträglich, mit allem unzufrieden gewesen, sie ohrfeigte ihr Personal bei der geringsten Gelegenheit, wechselte häufig ihre Dienstmädchen, soll klatschsüchtig gewesen sein. Auch über Frau Rosk. lauten die anamnestischen Angaben ähnlich. Ihre Schwester bezeichnete sie als eine von jeher eigenartige Person. Als junges Mädchen war sie sehr lebenslustig, vergnügt, hatte die Absicht, zur Bühne zu gehen. Ihr Eheleben war nicht gut; nach zehnjähriger Ehe trennte sich der Mann von ihr; obgleich dieser von der Tochter als ruhiger, fleissiger, ordentlicher Mensch geschildert wird, hatte die Patientin viel Zank mit ihm. Sie war reizbar, zornig aufbrausend, unverträglich, hatte ein übermässig lautes lebhaftes Benehmen. Sie soll schlecht mit ihrem Geld gewirtschaftet haben. Soweit die Rückerinnerung der Tochter reicht (etwa 24 Jahre), war Frau Rosk. misstrauisch, hatte Neigung zu unbegründeten Beeinträchtigungsvorstellungen, oft äusserte sie, sie werde verklatscht. Die Kranke selbst gab uns an, sie habe schon im Elternhause die Empfindung gehabt, dass sie zurückgesetzt wurde, mit ihren Geschwistern habe sie sich nicht gut gestanden, in ihrer Ehe sei nicht die richtige Harmonie ge-

wesen. Es ist nicht zu entscheiden, wieweit bei diesem Urteil der Patientin Erinnerungsfälschungen im Rahmen der Wahnbildung eine Rolle spielen. Frau M. war, wie ihre Tochter uns erzählt, stets eine energische, selbstbewusste, aber auch wohl eigensinnige Frau, sie war empfindlich gegen Widerspruch, reizbar, sie vertrug sich nicht mit jedem, war von Jugend an misstrauisch, sie lebte sehr häuslich, verkehrte wenig mit Menschen; sie war sehr sparsam. Bis zum Beginn der Psychose, auch in ihrem hohen Alter, war sie tätig und fleissig. Eine ähnliche affektive Anlage hatte der Patient Rosenb. Auch vor seiner Psychose war er ein Mensch mit reger Affektivität. Von seinen Vorgesetzten ist er als Beamter mit regem Eifer und tadelloser Führung, der unverdrossen seine Pflicht tut, charakterisiert worden. Den Vorgesetzten gegenüber soll er bescheiden gewesen sein. Auffällig ist, dass er während seiner 23jährigen Dienstzeit als Zollbeamter neunmal, meist auf seine Bitte, versetzt worden ist. Von seinen Kindern und Geschwistern sind über den Kranken keine bemerkenswerten Angaben gemacht worden; auch ihr Urteil geht dahin, dass er ein tüchtiger, dienstfertiger Beamter gewesen ist. Die Frau, mit der er in zweiter Ehe verheiratet ist, hat den Patienten offenbar erst in der Zeit kennen gelernt, als sein Wesen schon in krankhafter Weise verändert war.

Fräulein Bom. hatte nach Erinnerungen eines Neffen, den sie erzogen hat, seit vielen Jahren ein auffallendes Misstrauen gegen ihre Umgebung, sie vermutete in harmlosen, nebensächlichen Äusserungen bestimmte, gegen ihre Person gerichtete Absichten, fasste scherzhafte Bemerkungen falsch auf; sie ging wenig aus dem Haus, verkehrte wenig mit anderen Menschen, war übertrieben sparsam. Bei diesen Angaben bleibt es zweifelhaft, ob sie sich schon auf eine krankhafte Charakteränderung beziehen oder den habituellen Grundcharakter der Patientin ausdrücken. Ueber Frau Fieb. haben wir nur erfahren, dass sie früher eine gesunde, tüchtige, arbeitsame Frau gewesen ist; weiteres war über ihr Vorleben bei dem Mangel an nahen Verwandten und Bekannten nicht zu eruieren. Ebenso liegt es bei dem Patienten Fl. In seinen bei der Eisenbahn geführten Personalakten sind einige ärztliche Atteste aus dem Jahre 1889, in denen kurz erwähnt ist, dass damals eine abnorme Gemütsstimmung bei ihm auffiel, es scheint sich um eine Verstimmung mit depressivem Affekt gehandelt zu haben, die Anlass zu seiner Dienstentlassung wurde. Bei Frau W. und Frau Bry. fehlen uns entsprechende anamnestiche Daten; es weisen aber ihr frisches, munteres Wesen, die Lebhaftigkeit ihrer Affektäusserungen daraufhin, dass auch ihrer psychischen Konstitution eine lebhafte Affektivität eigen war. Das gleiche ist bei Frau Bä. im ersten Jahre der klinischen Beobachtung zu erkennen,

dann tritt der pathologische zornmütige Affekt in Verbindung mit Gehörshalluzinationen ganz in den Vordergrund.

Zusammenfassend können wir hier sagen, dass wir bei 5 von unseren 12 Krankheitsfällen durch anamnestiche Daten nachweisen konnten, dass ihre psychische Konstitution von Jugend an charakterisiert war durch eine abnorm rege Affektivität, die schon vor Beginn der Psychose auffällig wurde. Es sind tätige, arbeitsame, leistungsfähige Menschen gewesen, ihr hohes Selbstgefühl und ihre affektive Erregbarkeit, aus denen Unverträglichkeit, Herrschsucht, Mangel an Beeinflussbarkeit und Lenkbarkeit resultierten, brachten ihnen mancherlei soziale Schwierigkeiten und Konflikte; Neigung zu Misstrauen soll bei einigen schon viele Jahre vor Manifestwerden der Psychose aufgefallen sein, soll von jeher eine Eigentümlichkeit ihrer psychischen Konstitution gewesen sein. Diesen psychischen Charakter finden wir bei ihnen auch in der Psychose. Wir finden ihn ferner auch bei den anderen Kranken, bei denen wir nur unzureichende oder keine Anamnesen erhalten haben.

Eine Ausnahme in bestimmter Richtung bietet der Patient Fl. Bei ihm überwiegt in der Psychose eine depressive Grundstimmung, er hat ein seinem körperlichen und psychischen Zustande adäquates Insuffizienzgefühl, während wir bei den anderen Kranken, soweit es überhaupt in Betracht kommt, die Neigung zur Ueberschätzung ihrer durch Alter und Krankheit reduzierten Leistungsfähigkeit finden. Bemerkenswert ist nun, dass dieser Kranke schon im Alter von 38 Jahren eine abnorme depressive Verstimmung gehabt hat. Leider sind die Nachrichten darüber zu dürftig, um sichere Schlussfolgerungen zu gestatten; wir sehen aber, dass während seiner paranoiden Psychose in seiner Affektivität eine Grundstimmung überwiegt, die schon früher einmal in krankhafter Weise bestanden hat. Für die nosologische Beurteilung dieser Krankheitsfälle scheint mir dieses von grosser Bedeutung zu sein. Ich komme noch darauf zurück.

Das motorische Verhalten der Kranken steht in völliger Harmonie zu ihren Vorstellungen und Affekten. Die bei einigen hervortretende Abneigung zu nutzbringender oder unterhaltender Beschäftigung während der klinischen Behandlung ist nicht als ein Zeichen von Mangel an Initiative anzusehen, es ist vielmehr der Ausdruck der in der Wahnrichtung liegenden Affekte und Vorstellungen. Frau Rosk., die in der ersten Zeit in der Klinik um Möglichkeit zur Beschäftigung bat, lehnte später jede Betätigung ab, offenbar aus Trotz und Stolz gegen die Pflegerinnen. Sie brauche nicht zu arbeiten, sie sei nicht dazu da. Der Patient Rosenb. meidet aus Misstrauen, mit anderen Personen

in nähere Berührung zu kommen, er ist auch durch seine schwere Ataxie der Beine gezwungen, viel im Bett zu liegen. Frau W. und Frau Hem. sind durch starke Herabsetzung der Sehschärfe in spontaner Betätigung schwer beeinträchtigt, sie unterhalten sich gelegentlich gern mit anderen Patienten. Auch Frau M. liebt die Gesellschaft. Nach Abklingen des akuten Zustandes und nach Besserung ihres körperlichen Befindens suchte sie sich, soweit ihr Gelegenheit dazu geboten war, auf der Station nützlich zu erweisen; Freude schien es ihr zu machen, wenn sie anderen bettlägerigen Kranken hilfreich sein konnte. Fräulein Bom. und Frau Hab. verhielten sich ablehnend und untätig, blieben in der Klinik im Bett. Ihr Verhalten wurde durch mürrische Resignationen gegen den abschlägigen Bescheid auf ihren Entlassungsdrang bestimmt. In der Provinzialanstalt beschäftigte sich Frau Hab. mit Wollezupfen, Fräulein Bom. suchte sich nach Entlassung in ihrer Häuslichkeit zu beschäftigen, während sie in der Klinik Vorschläge, aufzustehen, mit der Erklärung ablehnte, dass sie nur dann aufstehen werde, wenn sie ihre Sachen bekomme, im Winter gehe sie nicht aus.

Die emotionellen Ausdrucksbewegungen der Kranken entsprechen der Affektlage und Affektintensität. Niemals liessen sich irgendwelche Andeutungen psychomotorischer katatonen Symptome finden.

Auf intellektuellem Gebiet sind bei der Mehrzahl der Kranken leichte Reduktionerscheinungen nachweisbar. Leider ist die Prüfung nicht bei allen in der Weise ausführlich vorgenommen worden, wie es für die nosologische Betrachtung wünschenswert gewesen wäre, da sich die klinischen Gesichtspunkte, die hier zum Ausdruck gebracht werden sollen, und die eine eingehende Prüfung der intellektuellen Funktionen erwünscht erscheinen lassen, erst allmählich während der Sammlung und Untersuchung einer grösseren Anzahl von Krankheitsfällen ergaben, nachdem ein Teil bereits aus der klinischen Beobachtung geschieden war und aus äusseren Gründen nicht nachuntersucht werden konnte. Bei einigen Kranken ist eine genaue Prüfung der intellektuellen Leistungsfähigkeit wegen ihres ablehnenden Verhaltens nicht möglich gewesen.

Die intellektuelle Veranlagung ist bei allen Kranken wohl nur mit Ausnahme der Frau Bry. eine gute gewesen. Grobe intellektuelle Defektsymptome sind bei keinem vorhanden¹⁾. Bei einigen wurde eine leichte Merkschwäche für Zahlen und Namen nachgewiesen. Ueber ihre Lebensschicksale berichteten alle Kranken sehr prompt, die chronologische Ordnung länger zurückliegender Erlebnisse machte ihnen, so-

1) Nachtrag bei der Korrektur: Bei Rosenb. wurden die intellektuellen Defektsymptome in den letzten Wochen vor seinem Tode recht grob.

weit es zu prüfen war, keine Schwierigkeiten, während einige (Rosenb., Fl., M.) bei Angaben über die Zeitverhältnisse ihrer letzten Erlebnisse nicht mehr orientiert waren, unrichtige Angaben machten oder eine grosse Unsicherheit bei ihren Angaben zeigten. Die Rechenleistungen waren bei einigen Patienten recht dürftig; bei Frau Rosk. machte sich beim Rechnen die reduzierte Merkfähigkeit für Zahlen störend bemerkbar, die Aufmerksamkeit und Kombinationsfähigkeit war bei ihr gut; es zeigte sich dieses darin, dass sie schriftlich sehr viel prompter auch schwierige Aufgaben rechnen konnte, während die im Kopfrechnen schon bei leichten Anforderungen versagte. Die optische Merkfähigkeit war bei ihr gut.

Auffassung und Orientierung der Kranken über die Umgebung und Situation ist, soweit sie nicht durch die Wahnbildung in falsche Richtung geleitet wird, völlig ungetrübt, eine Störung des Sensoriums kommt ausserhalb der kurzen leichten Anfälle, die höchstwahrscheinlich eine arteriosklerotische Genese haben, nicht vor. Bei Frau P. sind in späterer Zeit der Krankheit, wie schon erwähnt, vielleicht Phasen deliranter Desorientierung aufgetreten.

Der sprachliche Ausdruck ist bei allen Kranken mit Ausnahme des Patienten Fl. gewandt und fliegend, bei diesem macht sich eine leichte Erschwerung der Wortfindung; ein gelegentliches Suchen nach Worten bemerkbar. Abnormitäten der Wort- oder Satzbildung kamen nicht zur Beobachtung. Wenn Frau W. behauptet, sie solle durch „medikamische Stöckel“ umgebracht werden, so ist hierin nur ein Mangel ihrer Sprachbildung zu sehen, nicht etwa eine pathologische Wortbildung, gemeint ist vielleicht medikamentös. Der Ausdruck der Frau Rosk., dass sie gesiecht werden solle, ist zwar ungebräuchlich, kann aber auch nicht als pathologische Wortbildung angesehen werden, sie will damit sagen, dass sie zu einer siechen Frau gemacht werden solle.

Einige der Kranken, namentlich Frau M., Frau Hem., Frau W., Frau Bry. sind recht gesprächig, redselig gegenüber den Personen, die ihr Vertrauen geniessen, in der Klinik sind dieses die Aerzte. Der Inhalt ihrer Gespräche richtet sich danach, welche Gedankengänge ihren Bewusstseinsinhalt beherrschen, und es ist erklärlich, dass die Wahnkomplexe hierzu am meisten disponiert sind. Wenn sie auf dieses Thema kommen, gelingt es schwer, die Kranken auf andere Gedanken hinüber zu bringen, immer wieder brechen doch die affektbetonten Vorstellungen der Beeinträchtigung hindurch. Die Ursache liegt zum Teil in der unter der herrschenden Wahnrichtung entstandenen Einengung der Interessen; insofern ist dieses eine Erscheinung affektiver Genese, nicht eine intel-

lektuelle Störung. Bei Frau M. ist es nach Abklingen der akuten Phase anders, sie erzählt auch recht gern, aber nicht von ihren psychotischen Erlebnissen, sie erzählt von ihrer Familie, von alten, ihr lieb gewordenen Erinnerungen, sie gibt uns bei jeder Gelegenheit, wo man sich mit ihr in längere Unterhaltung einlässt, immer wieder eine Schilderung ihres Lebensganges, erzählt von ihrem Mann und Kindern und berichtet über die Sorgen, die sie im Leben gehabt hat. Es fehlt ihr an der für die Situation sachdienlichen zielbewussten Auswahl und Richtung ihrer Mitteilungen, es handelt sich bei ihrem Sprechen eben nur um die sprachliche Reproduktion von Erinnerungen. Unter dem Mangel an zielbewussten Mitteilungen, und weil ihr alles in gleicher Weise für mitteilenswert erscheint, bekommen ihre Erzählungen die den alten Leuten eigentümliche Weitschweifigkeit und ideenflüchtige Verknüpfung der Gedankengänge, wie es in der Krankheitsgeschichte der Frau M. nach stenographischem Protokoll skizziert ist. Auch bei Frau M. gelingt es schwer, sie aus den einmal angeregten Vorstellungsreihen herauszubringen, immer wieder verfällt sie nach Unterbrechung durch ganz andere Zwischenfragen in die Erzählung von ihren Jugenderinnerungen und häuslichen Verhältnissen. Ein derartiges Verharren bei den einmal angeregten Vorstellungsreihen auch ausserhalb der Wahnkomplexe mag vielleicht noch bei einzelnen anderen Kranken vorhanden sein, und ist in dieser Form dann als intellektuelles Defektsymptom, wie wir es öfter bei organischen Erkrankungen sehen können, aufzufassen.

Beim Erklären vorgelegter Bilder geben Frau Rosk. und Frau M. eine recht wortreiche Beschreibung, Patient Rosenb. fasst sich kürzer. Bei den anderen Patienten ist diese Untersuchung nicht gemacht worden.

Die pathologischen Symptome auf somatischem Gebiet, die wir bei den Kranken finden, sind schon mehrfach erwähnt worden. Bei den meisten Kranken bestehen Altersveränderungen. Bei allen, vielleicht nur mit Ausnahme der Frau Bry. sind Symptome nachweisbar, die auf eine arteriosklerotische Grundlage zu beziehen sind. Eine fühlbare Sklerose an den peripheren Arterien ist in 8 von den 12 Krankengeschichten notiert, daneben bestehen bei einzelnen Myokarditis, Emphysem, bei Fräulein Bom., bei der von einer fühlbaren Sklerose seiner Zeit nichts vermerkt ist, wurde ein recht gespannter Puls und ein accentuierter II. Aortenton gefunden, beides weist auf einen erhöhten Blutdruck im grossen Kreislauf hin und dürfte wohl auch in Beziehung zur Arteriosklerose stehen, auch ihre seit Jahren bestehenden Kopfschmerzen und Anfälle von Kongestionen des Gesichts mit leichter Unruhe haben wohl die gleiche Aetiologie.

Aus dem Vorhandensein von Sklerose der fühlbaren Arterien darf noch nicht der Schluss gezogen werden, dass auch an den Hirnarterien sklerotische Veränderungen bestehen. Es kommt nun aber hinzu, dass bei den meisten Kranken Symptome auftreten, die wir auf einen organischen cerebralen Prozess zurückführen müssen; es sind das Ohnmachten, kurze Schwindelanfälle, anfallsweise Benommenheit mit Kopfschmerzen. Aufgetreten sind sie bei den Patienten Rosenb., Fl., bei Frau Rosk., P., M. und Fräulein Bom. Frau M. hat einen schweren Insult gehabt mit anschliessenden, längere Zeit bestehenden Lähmungserscheinungen. Auch die Reduktion der Merkfähigkeit, die wir bei einigen Kranken nachweisen können, spricht für einen organisch cerebralen Prozess. Man wird sich so der Anschauung nicht entziehen können, dass sich bei diesen Patienten der arteriosklerotische Prozess auch im Gehirn etabliert hat. Bei Frau Hem. und Frau W. sind auch Anfälle aufgetreten, sie haben aber nach den Schilderungen der Kranken mehr den Charakter kardialer Anfälle und werden wahrscheinlich mit einer Sklerose der Herzgefässe zusammenhängen. Ich habe den Eindruck, dass sich bei einigen unserer Kranken noch mehr Symptome cerebraler, wahrscheinlich durch Arteriosklerose bedingter Erscheinungen anführen liessen, wenn bei Niederschrift der Krankheitsgeschichten intensiver danach geforscht worden wäre. Erst nach Sammlung eines grösseren Materials hat sich gezeigt, dass cerebrale arteriosklerotische Symptome bei derartigen Krankheitsfällen gewöhnlich nachweisbar sind, und es ist selbstverständlich, dass sie dort, wo sie nur wenig ausgeprägt sind, bei der das Krankheitsbild beherrschenden Bedeutung der Wahnvorstellungen leicht übersehen werden können, wenn nicht die Aufmerksamkeit darauf gerichtet ist. Es kommt noch hinzu, dass nach Aufnahme in die Klinik, wo die Lebensbedingungen für die Kranken meist viel bessere als in den häuslichen Verhältnissen zu sein pflegen, die arteriosklerotischen Symptome erfahrungsgemäss nachlassen und weniger in Erscheinung treten. Bei Krankheitsfällen dieser Art, die ich in letzter Zeit in der Poliklinik gesehen habe, waren cerebrale arteriosklerotische Symptome fast immer nachweisbar.

Bei dem Patienten Rosenb. ist das somatische Krankheitsbild kompliziert; auch bei ihm findet sich eine schwere Arteriosklerose der peripheren Gefässe, eine Veränderung der Aorta und des Herzens; er leidet an anfallsweisen Zuständen, die auf einen organischen cerebralen Prozess bezogen werden müssen, er hat einmal nach Angabe seiner Ehefrau einen schweren Insult gehabt, ohne dass danach Lähmungserscheinungen aufgefallen sind. Wir finden ferner bei dem Kranken Erscheinungen einer beiderseitigen Erkrankung der Hinterstränge des Rückenmarks und der Pyra-

midenbahnen. Es ist uns nicht möglich gewesen, zu einem abschliessenden Urteil über die Natur dieses Prozesses zu kommen, das Symptomenbild allein würde sich ja am leichtesten mit der Annahme einerluetischen Erkrankung erklären lassen. Diese Diagnose ist aber bei dem Fehlen von Pupillenstörungen, dem Resultat der Blut- und Liquoruntersuchung nicht aufrecht zu erhalten. Die Annahme eines abgeheiltenluetischen Prozesses ist auch nicht zulässig.

Die Blutuntersuchung nach Wassermann ist bei den Patienten Rosenb., Rosk., Fl. und M. gemacht worden, bei Rosenb. dreimal, bei Frau M. zweimal, sie war stets negativ. Die Untersuchung des Liquors ist dreimal mit Zwischenzeiten von 2 und 6 Monaten bei Rosenb. ausgeführt worden. Es fand sich anfangs eine geringe, später eine stärkere Lymphozytose; der Eiweissgehalt ist nur sehr wenig erhöht. Die serologische Untersuchung des Liquors war dreimal negativ, bei der ersten und dritten Untersuchung wurde nach der Methode von Hauptmann mit grossen Liquormengen untersucht. Bei Frau M. fand sich im Liquor eine geringe Lymphozytose.

Von somatischen Erscheinungen ist noch eine leichte Neuritis beiderseits im Ischiadikusgebiet bei der Frau Bry. zu erwähnen.

Was den Beginn und Verlauf der Psychose bei unseren Kranken anbetrifft, so ist zu bemerken, dass es sich in allen Fällen um Kranke im höheren Lebensalter handelt. Es liess sich nicht in allen Fällen feststellen, wann die ersten psychotischen Erscheinungen aufgetreten sind. Bei Frau Rosk. wurde die Psychose festgestellt, als sie 50 Jahr alt war. Frau Bry. war bei Aufnahme in die Klinik 53 Jahre, der Beginn der Psychose lag damals wahrscheinlich 3 Jahre zurück. Bei Frau Hab. und Patient Fl. fehlen uns Daten über das Manifestwerden der psychotischen Symptome, ihr Alter bei Aufnahme in die Klinik betrug 74 und 61 Jahre. Die Aufnahme in die Klinik erfolgte bei den meisten Kranken erst mehrere Jahre nach Ausbruch der psychotischen Erscheinungen, nur Frau P. und Frau M. wurden bald danach aufgenommen. Bei den Frauen ist die Psychose offenkundig geworden erst jahrelang nach dem Klimakterium, die kürzeste Zwischenzeit waren bei Frau Bry. 3 Jahre.

Die Zeit der ärztlichen Beobachtung betrug bei Frau M. $\frac{3}{4}$ Jahre, bei Patient Rosenb. 1 Jahr, bei den anderen Kranken mit Ausnahme der Frau Bry. längere Zeit, bis zu 4 und 6 Jahren; bei Frau Rosk. ist die Psychose schon vor 9 Jahren durch ärztliche Untersuchung festgestellt worden. Frau Bä. ist nach 6jähriger Klinik- und Anstaltsbehandlung an Mammakarzinom gestorben. Frau Fieb. starb an Pneumonie. Frau Bry. konnte nur etwa 2 Monate in der Klinik beobachtet werden,

nachdem ihre Psychose wahrscheinlich schon drei Jahre bestanden hat. Aufforderungen, zur Nachuntersuchung zu kommen, leistete sie nicht Folge.

Die Psychose hat in den hier beschriebenen Fällen chronischen Verlauf, die langsame Entwicklung und die Tatsache, dass die Kranken Menschen mit von jeher abnormem Affektleben sind, machen es in einzelnen Fällen unmöglich, den Beginn auf einen festen Zeitpunkt zu datieren. Erst dann, als das Verhalten der Patienten in grober Weise auffällig wurde, als es über die bei psychischen Sonderlingen vorkommenden Eigenheiten hinausging, als es nicht mehr aus Erfahrungen des normalen Seelenlebens verständlich war, wurden sie von ihren Angehörigen für geisteskrank erkannt. Durch psychiatrische Untersuchung hätte bei einigen vielleicht schon lange vorher die Psychose festgestellt werden können. Bei Fräulein Bom. war schon 5 Jahre, bevor ihre Psychose durch Aeusserung von krankhaften Beeinträchtigungsvorstellungen offenkundig hervortrat, aufgefallen, dass sie an die Tür ihres Zimmers doppelte Schlösser anbringen liess und diese jeden Tag verschloss. Bei dem Patienten Rosenb. ist trotz ausführlicher anamnestischer Angaben nicht zu bestimmen, von wann ab der Kranke als geisteskrank anzusehen war. Die Entwicklung der psychotischen Erscheinungen aus seiner eigenartigen affektiven Veranlagung wird eine ganz allmähliche gewesen sein. Eine Steigerung der Intensität der psychischen Krankheitserscheinungen hat sich bei ihm an den Insult am 1. 11. 11 angeschlossen. Seitdem missdeutet er die kausalen Beziehungen seiner schon längere Zeit vorher in Erscheinung getretenen körperlichen Beschwerden. Dieses bedeutet aber nicht den Beginn der Psychose, der sicherlich erheblich weiter zurückliegt, sondern nur eine Erweiterung im Umfang des Wahnmaterials.

Bei voll ausgebildeter Psychose waren Schwankungen in der Intensität der Affektäusserungen der Kranken nicht selten, Steigerungen der affektiven Erregbarkeit gingen meist parallel mit einer Zunahme anderer Krankheitssymptome. Es ist schon erwähnt worden, dass die Kranken ihre Klagen über körperliche Beschwerden, deren kausale Beziehungen sie wahnhaft missdeuten, fast regelmässig für einige Zeit einzustellen pflegen, wenn ihr Wunsch nach Wechsel des Aufenthaltsortes erfüllt ist. Es braucht das nicht eine Remission der psychischen Krankheitserscheinungen zu sein.

Eigentliche Remissionen sind, wenn wir den Krankheitsverlauf bei Frau M. hier zunächst ausser acht lassen wollen, nicht aufgetreten, nur sehen wir, dass bei einigen Kranken, wie Frau Rosk., Patient Rosenb., Frau Fieb., Frau Bä. und Frau Hem. die zeitweisen Intensitätssteigerungen von Krankheitserscheinungen wieder nachlassen; bei Frau Rosk.,

Frau Fieb. und Frau Bä. sind es namentlich die Gehörshalluzinationen, bei Patient Rosenb., auch bei Frau Hem. treten Zeiten mit gesteigerter affektiver Reizbarkeit auf, dann waren gewöhnlich auch die Klagen der Kranken über körperliche Beschwerden, bei Rosenb. über Benommenheit und Schwindelgefühl, häufiger. Bei den akustisch halluzinierenden Kranken ging die Zunahme der Halluzinationen parallel der Steigerung der affektiven Erregungen.

Es ist erklärlich, dass in diesen Zeiten der Exazerbation die paranoische Denkrichtung der Kranken stärker zum Ausdruck kommt. Wir konnten es gelegentlich sehen, dass wahnhafte Urteile und Missdeutungen, die in dieser Zeit mit dem Ausdruck fester Ueberzeugung produziert werden, in den ruhigeren Zeiten von den Kranken eingeschränkt werden, ja mitunter auch, dass die Kranken die Möglichkeit einer Uebertreibung, einer Täuschung im einzelnen nicht ablehnen, ohne aber den Beeinträchtigungskomplex im ganzen aufzugeben, dass sie dann sogar zu einer oberflächlichen Einsicht für ihr abnormes Misstrauen, für ihre abnorme Denkrichtung kommen. Am häufigsten war dieses bei Patient Rosenb. zu beobachten; Frau Rosk., bei der es auch vorkam, knüpfte hieran paranoische Vorstellungen. Sie hat in ruhigerer Zeit Einsicht für das Abnorme ihrer zeitweisen affektiven Erregung und ihres Misstrauens und erklärt sich deren Ursache mit der Annahme, dass ihr von den Personen, deren Stimme sie oben gehört habe, eine derartige Phantasie, wie sie sie in der erregten Zeit hatte, gemacht worden sei, um sie zu schädigen, um sie allmählich zu Grunde zu richten.

Abgesehen von diesen gelegentlichen Intensitätsschwankungen ist das paranoide Krankheitsbild in unseren Fällen während der Dauer der Beobachtung konstant geblieben, eine Ausnahme hierbei bildet nur Frau M., worauf ich noch zurückkomme. Eine Progression während der Zeit der ärztlichen Beobachtung scheint nur bei Frau Bä., die 6 Jahre, und bei Frau P., die 4 Jahre in Klinik und Provinzialanstalt behandelt wurden, eingetreten zu sein. Bei Frau Bä. zeigt sie sich in dem Auftreten von Gehörshalluzinationen erst im späteren Krankheitsverlauf und in der hochgradigen Steigerung der affektiven Erregbarkeit, bei Frau P. ebenfalls in stärkerem und ständigem Hervortreten der krankhaften Affektivität mit Ausdehnung der paranoischen Urteilsfälschung, die bei ihr weiter geht als bei jedem der anderen Kranken und zu einer groben Verfälschung des Persönlichkeitsbewusstseins geführt hat. Ich möchte vermuten, dass hierbei neben der Wahnrichtung noch Defektsymptome, vielleicht einzelne amnestische Konfabulationen eine Rolle spielen. Da ich die Kranke nicht nachuntersuchen konnte, vermag ich es nicht zu entscheiden.

Das Auftreten von groben intellektuellen Defektsymptomen, das mir bei Frau P. nach der Krankengeschichte der Heilanstalt Lüben wahrscheinlich ist, oder die Steigerung vorhandener, ist als Ausdruck der Progression eines organischen cerebralen Prozesses anzusehen. Eine solche Progression war auch zu konstatieren bei dem Patienten Rosenb. während seiner Behandlung in der psychiatrischen Klinik der Charité. Seine Merkfähigkeit hat sich in dem Jahre verschlechtert. In letzter Zeit war mitunter eine grobe zeitliche Desorientierung nachweisbar, die durch die reduzierte Merkfähigkeit, nicht etwa durch Mangel an Interesse zu erklären ist. Eine Progression des organischen Prozesses auf spinalem Gebiet kam in der Steigerung der Hinterstrangerscheinungen unverkennbar zum Ausdruck.

Der Krankheitsverlauf bei Frau M. unterscheidet sich in mancher Beziehung von dem unserer anderen Krankheitsfälle, trotzdem glaube ich nicht, dass hier eine prinzipielle Unterscheidung nach nosologischen Gesichtspunkten gerechtfertigt oder überhaupt durchführbar und durch Tatsächliches zu begründen wäre. Gewiss sieht es auf den ersten Blick so aus, als ob hier ein ganz krasser Unterschied besteht. Bei allen anderen Fällen haben wir ein sich über Jahre hinziehendes chronisches paranoides Krankheitsbild. Ueber Frau M. erfahren wir durch Angabe ihrer Tochter, dass die Patientin mehrere Monate vor dem akuten Ausbruch der Psychose durch eigenartiges stilles, wortkarges Benehmen auffiel, so dass damals schon die Befürchtung des Ausbruchs einer Psychose ausgesprochen wurde. Dann kam eine Zeit von etwa zwei Monaten, wo Frau M. über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit klagte, bis dann eines Tages, nachdem unmittelbar vorher stärkere Kopfschmerzen vorangegangen waren, plötzlich ein psychotischer, zornmütiger Erregungszustand wahrscheinlich mit gleichzeitigem Auftreten von Gehörshalluzinationen ausbrach. Etwa drei Wochen danach erlitt die Krauke einen Insult mit restierenden, aber wieder vorübergehenden Herderscheinungen.

Akut war also der Ausbruch der Krankheitserscheinungen auch bei Frau M. nicht; es trat nur akut eine Verschlimmerung der psychotischen Symptome ein. Wir haben aber gar keine Möglichkeit und auch zunächst keine klinische Berechtigung, für die akut auftretenden psychotischen Erscheinungen einen anderen cerebralen pathologischen Prozess anzunehmen als für die vorausgehenden andersartigen Symptome, die zweifellos ebenfalls cerebraler Genese waren, nämlich die Kopfschmerzen, die Schlaflosigkeit, zumal da doch auch vorher schon einmal ein eigenartiges psychisches Verhalten aufgefallen war, und da nach Einsetzen der psychotischen Erscheinungen die Disposition zu somatisch zum Aus-

druck kommenden cerebralen Symptomen in dem schweren Insult in verstärktem Masse hervortrat. Wir sehen hier, wie cerebrale Krankheits-symptome psychischer und somatischer Art bei der Patientin gemischt miteinander auftraten, und es würde gezwungen erscheinen, wenn man hier zwei verschiedene nebeneinander hergehende cerebrale Krankheitsprozesse annehmen wollte.

Innerhalb von drei Monaten klang bei Frau M. der akute psychotische Zustand langsam ab, die Affektlage nahm wieder normale Formen an, die projizierten Phoneme hörten auf, die paranoische Beurteilung ihrer Situation kam nicht mehr zum Ausdruck. Gleichzeitig damit schwanden auch wieder fast restlos die durch den Insult ausgelösten Herdsymptome. Die Patientin hatte Einsicht dafür, dass sie in jener Zeit krank war, auch dafür, dass sie sich damals in einer krankhaften psychischen Erregung befunden hatte, sie war aber doch fünf Monate nach Abklingen der akuten Phase noch nicht zu einer vollen Korrektur gekommen. Die psychotischen Erlebnisse nahmen in ihrer Erinnerung nur untergeordnete Stellung ein, sie ging bei Unterredung mit allgemein gehaltenen Aeusserungen darüber hinweg, verteidigte sich aber doch noch gegen den Inhalt der halluzinierten Beschimpfungen, so dass eine Heilung des paranoischen Krankheitsbildes nicht vorliegt, wenn auch neue paranoische Symptome nicht produziert und die alten nicht weiter verarbeitet und auch nicht mit den neuen realen Erlebnissen verknüpft werden. Man kann hier also wohl von einer Remission sprechen.

Unter unsern 12 Krankheitsfällen sind 10 Frauen und nur 2 Männer. Mit Ausnahme von Fräulein Bom. und Patient Rosenb. wohnten die Kranken seit Jahren allein. Fast alle befanden sich in dürftigen, einzelne in recht schlechten sozialen Verhältnissen. Bei Frau W. sollen die Beeinträchtigungsvorstellungen bald nach Scheidung ihrer zweiten Ehe bemerkbar geworden sein, bei Frau Hem. $\frac{1}{4}$ Jahr nachdem sie infolge Heirat ihrer Tochter allein wohnte.

Von hereditärer Belastung haben wir eruieren können, dass ein Sohn der Frau M. an einer Psychose erkrankt ist, eine Tochter der Frau Fieb. starb geisteskrank in einer Anstalt, ein Bruder der Frau Rosk. soll durch Selbstmord gestorben sein. Der einzige unserer Kranken, bei dem Heredität stärker ausgeprägt ist, ist Patient Rosenb. Sein ältester Sohn leidet an Krämpfen, ein Sohn erkrankte in jüngerem Alter an paranoider Psychose und starb durch Suizid; eine Tochter gilt als leichtsinnig. Ein Bruder des Patienten erkrankte ebenfalls an Psychose und starb in der Pflegeanstalt. Mehrere Kinder seiner Geschwister sollen körperlich und psychisch nicht ganz gesund sein, ein Neffe

ist in einer Heilanstalt. Zu bemerken ist noch, dass die Eltern der Frau M. an Schlaganfall mit Lähmungen gestorben sind.

Bevor ich mich der Frage nach der Nosologie dieser Psychosen zuwende, will ich an dieser Stelle auf die Literatur eingehen, soweit sie für unsere Krankheitsfälle in Betracht kommt.

Es erscheint mir nicht zweifelhaft, dass die Krankheitsformen, die Kraepelin bei der Beschreibung des präsenilen Beeinträchtigungswahns und des senilen Verfolgungswahns im Auge gehabt hat, mit den hier beschriebenen Krankheitsfällen nach Symptomatologie und Nosologie identisch sind. Kleine Differenzen, die vielleicht hier und da bestehen mögen, sind meines Erachtens ganz unwesentlich und können bei einem Versuch nosologischer Umgrenzung nicht in Betracht kommen; es ist selbstverständlich, dass symptomatologische Varietäten hierbei nicht den Ausschlag geben können.

In der letzten Auflage seines Lehrbuches spricht Kraepelin die Ueberzeugung aus, dass dem präsenilen Beeinträchtigungswahn in der von ihm vollzogenen Abgrenzung wirklich eine Sonderstellung gegenüber den übrigen paranoiden Psychosen gebührt, dabei lässt er aber noch die Frage offen, ob es sich wirklich um eine eigene Krankheit oder nur um einen Verlaufsabschnitt eines anderen Leidens handelt. Der senile Verfolgungswahn scheint ihm eine besondere Gestaltung des Altersblödsinns darzustellen.

Die kurze summarische Schilderung, die Kraepelin gibt, ermöglicht nicht, zu ersehen, worauf er die Differenzierung der Krankheitsfälle in präsenilen Beeinträchtigungswahn und senilen Verfolgungswahn gründet. Auch die Charakterisierung der Krankheitsbilder in seiner Arbeit über die paranoiden Erkrankungen, in der der senile Verfolgungswahn als ein in seinen Grundzügen gut bekanntes, ungleich häufigeres Leiden als der präsenile Beeinträchtigungswahn bezeichnet wird, vermag diese Lücke nicht auszufüllen. Der Altersunterschied zur Zeit der entwickelten Psychose, das Auftreten von Gehörstäuschungen und die senilen Defektsymptome beim senilen Verfolgungswahn lassen jedenfalls eine Berechtigung zur Abgrenzung gegenüber dem Krankheitsbild, das Kraepelin als präsenilen Beeinträchtigungswahn beschreibt, nicht erkennen, zumal, da auch bei diesem bisweilen leichte Merkstörungen nachzuweisen sein sollen, und das Vorkommen von Sinnesstäuschungen nicht ganz abgelehnt wird. Kraepelin weist auch darauf hin, dass manche Berührungspunkte des präsenilen Beeinträchtigungswahns mit den wahnbildenden Formen des Altersblödsinns zu bestehen scheinen, und bemerkt, dass es nicht undenkbar wäre, dass sich fließende Übergänge zu ihnen nachweisen liessen. Er meint, dass der Name

des präsenilen Beeinträchtigungswahns vielfach auch für ganz andersartige Erkrankungen gebraucht worden ist. Die Krankheitsform, die er damit meine, sei offenbar sehr selten, es seien immer Frauen im Alter von etwa 50 bis 55 Jahren gewesen. Das klinische Bild sei durch die eigentümliche Verschwommenheit und Unbeständigkeit der regelmässig depressiven Wahnvorstellungen, die nicht im geringsten systematisiert würden, ausgezeichnet. Als Eigenart der Wahnbildungen des senilen Verfolgungswahns wird von Kraepelin ihre Unklarheit, Dürftigkeit und Unbeständigkeit genannt.

Die beiden Krankheitsfälle mit Wahnbildung im Senium, die Döbblin kurz beschrieben hat, sind meines Erachtens ebenfalls identisch mit unsern Fällen. Döbblin will mit ihnen den Beweis erbringen, dass das Senium günstige und eigenartige Bedingungen für die Entwicklung und Exazerbation psychotischer Prozesse darstelle. Aus der Arbeit von Banse scheint mir Fall III und aus der von Krueger Fall II hierher zu gehören. Die Wahnäusserungen der Kranken sind jedoch bei beiden zu wenig analysiert, um ein sicheres Urteil zu gestatten. Dass die Klagen der Kranken Krueger's über unangenehme Geruchs- und Geschmacksempfindungen durch Halluzinationen auf diesen Sinnesgebieten bedingt sind, erscheint mir nach meinen Untersuchungen zweifelhaft.

Kleist ist durch seine Untersuchungen zu dem Ergebnis gekommen, dass die chronischen wahnbildenden Erkrankungen der Involutionsjahre zwei wesensverschiedene Gruppen erkennen lassen. Die eine grosse Gruppe entspreche in grossen Umrissen Kraepelin's Spätform der Dementia paranoides, die andere Gruppe verdiene die Bezeichnung paranoischer Psychosen. Es handele sich dabei um eine zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre einsetzende Veränderung der affektiven Stellungnahme der Persönlichkeit zur Umwelt. Kleist beschreibt 10 Krankheitsfälle, nach deren recht ausführlichen Krankengeschichten ich annehmen muss, dass seine und unsere Fälle symptomatologisch übereinstimmen und dass auch hier wie dort der gleiche Krankheitsprozess vorliegt. Von kleinen Variationen muss man selbstverständlich absehen. Es ist erklärlich, dass bei der Schilderung des Krankheitsbildes durch verschiedene Beobachter in den Krankengeschichten nicht alle symptomatologischen Einzelheiten in gleicher Weise zum Ausdruck kommen werden; es hängt im einzelnen davon ab, welche Bedeutung den Symptomen für die gerade vorliegende Frage beigemessen wird. Wenn man dieses in gebührender Weise berücksichtigt, ist der gleiche Grundcharakter der Psychose zwischen Kleist's Fällen und unseren nicht zu verkennen und kommt auch in den Krankengeschichten zum Ausdruck.

Ich kann es unterlassen, auf die schon bei oberflächlicher Betrachtung auffälligen analogen Eigenarten der Psychose bei Kleist's Kranken und unseren hinzuweisen, nur die wichtigsten Gesichtspunkte will ich hervorheben. Es ist erwähnt worden, dass unsere Kranken, soweit anamnestiche Angaben zu erhalten waren, schon vor Ausbruch der Psychose affektiv eigenartig veranlagte Menschen waren. Es war mir dieses aufgefallen, bevor Kleist seine ersten Mitteilungen über seine Untersuchungen gemacht hat. Kleist kommt zu dem Ergebnis, dass seine Patienten schon vor ihrer Erkrankung abnorme psychopathische Persönlichkeiten und zwar von solcher Art waren, dass sie schon in der vorpsychotischen Zeit die Grundzüge der späteren seelischen Veränderung in abgeschwächter Form an sich trugen. Die später mit dem charakteristischen Mischaffekt einhergehende paranoische Veränderung sei vorgebildet in der Persönlichkeit der Kranken. Er geht sogar soweit, zu behaupten, dass die besondere Eigentümlichkeit jeder einzelnen paranoischen Psychose der persönlichen Färbung des vorpsychotischen Temperaments entspreche; ob sich die letzte weitgehende Behauptung Kleist's nachweisen und aufrecht erhalten lässt, vermag ich nicht zu beurteilen.

Kleist nennt die eigenartige affektive Veranlagung seiner Patienten eine hypoparanoische Konstitution. Er glaubt, dass die spätere Psychose als eine Steigerung der vorpsychotischen Anlage der Persönlichkeit anzusehen sei. Diese Steigerung der hypoparanoischen Konstitution zur ausgesprochenen Psychose könne nur aus inneren Gründen erfolgt sein. Da sie bei seinen Kranken in die Zeit der sexuellen Involution fiel, vermutet er die innere körperliche Ursache in der Veränderung der innersekretorischen Verhältnisse, die durch das Nachlassen und Aufhören der Funktion der Geschlechtsorgane bedingt werde.

Die Art der Wahnbildung ist in Kleist's Fällen die gleiche wie bei unseren Kranken. Auch dort haben wir die Wahnrichtung der Beeinträchtigung, dabei kommt bei den meisten Kranken, wie bei unseren, ein gehobenes Selbstgefühl zur Schau. Als Wahnmaterial wurden auch von Kleist an Kranken körperliche Missempfindungen in ausgedehntem Masse verwandt, zu denen Altersveränderungen und ebenso wie bei unseren Patienten, namentlich Beschwerden arteriosklerotischer Natur Anlass gaben.

Das Vorhandensein von Arteriosklerose und damit zusammenhängenden somatischen Störungen wird von Kleist bei 8 seiner 10 Kranken erwähnt, zwei von ihnen haben während der Psychose einen Insult mit anschliessenden Halbseitenerscheinungen gehabt, bei einem von diesen trat nach dem Insult eine Steigerung der krankhaften

paranoischen Symptome auf, wie es auch bei unserem Patienten Rosenb. gewesen ist. Einer von Kleist's Patienten hatte arteriosklerotische Aderhautgefäße, andere litten an Kopfschmerzen und Schwindelanfällen, die ja vielleicht auch arteriosklerotischer Genese gewesen sind. Bei dem Kranken, der einen Insult gehabt hat, entwickelte sich eine Anzahl von Jahren nach dem Insult ein Schwachsinn vom Charakter der arteriosklerotischen Demenz. Nur in diesem und in zwei anderen Fällen ist die Merkfähigkeit nachweisbar reduziert gewesen.

Auf die Häufigkeit der Arteriosklerose mit zum Teil grob nachweisbarer cerebraler Lokalisation möchte ich besonders hinweisen und dabei noch einmal erwähnen, dass die Arteriosklerose in fast allen unseren Fällen vorhanden ist; cerebrale Symptome, die wir auf eine Arteriosklerose zu beziehen haben, finden sich in der Hälfte unserer Fälle. Eine interessante wichtige Mitteilung macht Kleist bei seinem sechsten Krankheitsfall. Die jüngere Schwester dieser Kranken litt viel an Kopfweh, erkrankte mit 44 Jahren an einer, der als Involutionsparanoia beschriebenen Geistesstörung seiner Patientin sehr ähnlichen Psychose und starb nach siebenjähriger Dauer derselben an Gehirnarteriosklerose. Erwähnt kann hier noch werden, dass der Vater und der Sohn von Kleist's erster Patientin, die eine deutliche Arteriosklerose hatte und einen Insult mit Lähmungserscheinungen erlitt, an Schlaganfall gestorben sind.

Wir kommen nun zu der Frage: was für ein Krankheitsprozess liegt bei unseren Kranken vor? Durch die Ergebnisse der eigenen Untersuchungen bin ich zu der Ansicht gekommen, dass diesen Psychosen ein organischer Hirnprozess zu Grunde liegt. Was in der Literatur über derartige Krankheitsbilder zu finden ist, erscheint mir in hohem Masse geeignet, diese Annahme zu bestätigen, die Gegengründe, die Kleist anführt, können sie meines Erachtens nicht widerlegen. Wenn es nach der Literatur in einzelnen Fällen so aussehen mag, als ob von organischem Hirnprozess gar keine Rede sein könnte, so muss man, wie ich schon angeführt habe, berücksichtigen, dass bei der Darstellung gleicher Krankheitsbilder durch verschiedene Beobachter, einzelne Eigenarten der Erkrankung bei der Fülle der Symptome nicht immer in gleicher Weise zum Ausdruck kommen werden; selbst wenn krankhafte Erscheinungen, die mit Sicherheit auf ein organisches Hirnleiden hinweisen, in einigen Fällen auch bei lange dauernder Beobachtung und bei besonderer Richtung der Aufmerksamkeit darauf, vermisst werden sollten, so ist das noch nicht ausreichend, unsere Annahme zu widerlegen. Denn es ist ja nach unseren sonstigen klinischen Erfahrungen nichts Seltenes, dass wir als einzigen Ausdruck eines organischen Hirn-

leidens eine Psychose vorfinden, die durch keine speziellen Symptome ihre organische Genese verrät. Ich erinnere nur an Fälle von Paralyse, von Hirnlues, von cerebraler Arteriosklerose, von toxischen Zuständen, die wir auch als organische Hirnerkrankungen auffassen müssen. Heute zweifelt wohl niemand mehr daran, dass Psychosen, namentlich die chronischen bei Kranken mit *Tabes dorsalis* eine organische cerebrale Grundlage haben, und doch finden wir nicht immer bei diesen, auch bei längerer Beobachtung, uns bekannte Symptome eines organischen Hirnleidens.

Die Tatsache, dass bei manchen dieser paranoiden Kranken cerebrale Symptome, die wir nach unseren Erfahrungen auf einen organischen Prozess beziehen können, nicht aufgefallen sind, lässt noch nicht die Schlussfolgerung zu, dass ein organisches Hirnleiden auszuschliessen ist. Viel wichtiger sind für uns die positiven Resultate unserer Untersuchung. Es ist oben ausgeführt worden, dass wir in der Hälfte unserer Krankheitsfälle grobe organische cerebrale Symptome nachweisen können, in der anderen Hälfte können wir einen organischen Hirnprozess nicht nachweisen, aber natürlich auch nicht ausschliessen. Es ist möglich, dass Frau H. und Frau W. ausser ihren kardialen Anfällen auch solche cerebraler Natur gehabt haben. Ein Ausdruck eines organischen Hirnprozesses ist auch die bei einigen Kranken nachgewiesene schlechte Merkfähigkeit und die bei dem Kranken Fl. vorhandene Erschwerung der Wortfindung. Nachtrag während der Korrektur: Bei Rosenb. trat eine sensorische Aphasie auf.

Bei diesen Patienten mit deutlichen organischen Hirnsymptomen und auch bei den anderen mit Ausnahme der Frau Bry. haben wir Arteriosklerose und arteriosklerotische Symptome auch auf andern Körpergebieten gefunden. Kleist fand sie bei seinen Fällen mit fast gleicher Häufigkeit. Döblin erwähnt sie in dem einen seiner Fälle; der andere soll zu seniler Demenz geführt haben, die sich allerdings aus der kurzen Krankengeschichte nicht erkennen lässt.

Kraepelin sagt in der letzten Auflage seines Lehrbuches, dass beim präsenilen Beeinträchtigungswahn bisweilen leichte Merkstörungen nachzuweisen sind, und in der vorletzten Auflage, dass die Kranken über die verschiedenartigsten, häufig wechselnden nervösen Störungen klagen, unter anderem über krampfhaftes Zucken, Schwindel, Schmerzen. Es fand sich also auch bei den Fällen, die Kraepelin hier im Auge hat, ein Anhaltspunkt für einen organischen Hirnprozess, denn erworbene Merkschwäche ist nicht anders zu deuten, auch die Klagen über Schwindel können darauf hinweisen. Dass bei dem als seniler Verfolgungswahn charakterisierten Krankheitsbild organische Symptome

auf psychischem Gebiet bestehen, unterliegt keinem Zweifel. Die Unklarheit über Zeitverhältnisse, die erheblichen Lücken im Gedächtnis, die geringe Merkfähigkeit sind nichts anders als eine Steigerung der beim präsenilen Beeinträchtigungswahn von Kraepelin erwähnten leichten Merkstörung.

Es war mir interessant zu sehen und es ist mir eine weitere Bestätigung meiner Auffassung von der organischen Natur dieser Psychosen, dass Rehm¹⁾ in seinem Referat über Kleist's Involutionssparanoia darauf hinweist, dass die Erscheinungen des Haftens an angeregten Vorstellungsreihen, die Kleist bei seinen Kranken feststellte, bei Kleist's Auffassung von der Natur dieser Psychosen, schwierig zu erklären sei, da das Haften ein spezifisch organisches, vor allem für Hirnarteriosklerose typisches Symptom sei. Rehm ist der Ansicht, dass die Wahrscheinlichkeit doch recht gross sei, dass bei Kleist's Kranken das Haften tatsächlich arteriosklerotisch bedingt und das erste Symptom einer Hirnarteriosklerose sein könnte. Dass einige von Kleist's Patienten auch andere Symptome von Hirnarteriosklerose hatten, ist schon erwähnt worden. Das, was Kleist über die Denkstörung bei seinen Kranken ausführt, spricht durchaus dafür, dass diese ein organisches Symptom ist. Das Haften zeigte sich auch im Assoziationsexperiment darin, dass bei einigen Kranken eine ausgesprochene Perseveration auftrat. Die Patienten waren dabei unproduktiv, einförmig, perseveratorisch. Neben dieser Ausfallserscheinung fand Kleist auf dem Gebiete der Denkvorgänge Erscheinungen, die er als Ausdruck einer Funktionssteigerung auffasst, nämlich ideenflüchtiges Abschweifen.

Auch bei einigen unserer Kranken war sowohl das Haften als auch das ideenflüchtige Abschweifen erkennbar. Bei dem Haften, das in der spontanen Erzählung und bei der Exploration zum Ausdruck kam, handelt es sich, wie Kleist schon bemerkt, weniger um das Perseverieren einzelner Vorstellungen, als um das Verharren bei den einmal angeregten Vorstellungsreihen. Ich kann Kleist nicht beistimmen, dass die ideenflüchtige Weitschweifigkeit, die in den Erzählungen der Kranken zutage tritt, als eine Funktionssteigerung anzufassen ist, und muss auch dieses als ein Zeichen psychischer Schwäche auf intellektuellem Gebiet ansehen; ich glaube auch nicht, dass dieses qualitativ der manischen Ideenflucht gleich ist; bei unsern Kranken hängt es vielmehr mit der alten Leuten eigenen Geschwätzigkeit zusammen. Die ideenflüchtige Weitschweifigkeit ist ein bei organischen Hirnerkrankungen häufiges Symptom; in vielen Fällen von Paralyse und anderen Krank-

1) Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. und Psychiatr. Ref. Bd. 7. S. 628.

heiten können wir sie, auch gepaart mit der Neigung zum Verharren bei angeregten Vorstellungsreihen sehen. In solchen Fällen wird niemand daran zweifeln, dass diese Art der Denkstörung ein durch den organischen Hirnprozess bedingtes Defektsymptom auf intellektuellem Gebiet ist. Auch bei unsern paranoiden Kranken ist sie, soweit sie nachgewiesen ist, und meines Erachtens ebenso in Kleist's Fällen, als solches aufzufassen. Auch Kleist sieht in ihr eine Verminderung der Verstandesleistungen, sträubt sich aber trotzdem gegen die Annahme, dass diese Denkstörung eine Erscheinung von Demenz sei und hält sie für nahe verwandt mit Denkstörungen, die bei Manisch-depressiven vorkommen. Es geschieht dieses bei Kleist unter dem Einfluss der Vorstellung, dass diesen paranoiden Psychosen ein organischer Hirnprozess nicht zugrunde liegt, es ist aber nicht richtig. Die Bemerkung von Kleist, dass man hier nur dann von Demenz sprechen könnte, wenn ausserdem andere sichere demente Erscheinungen vorhanden wären, trifft insofern zu, als man so leichte intellektuelle Defektsymptome nicht gerade als Demenz bezeichnen wird, man muss sich dann aber darüber klar sein, dass zwischen beiden nur ein quantitativer, nicht ein qualitativer Unterschied besteht.

Erwähnen will ich hier noch, dass auch Spielmeier zu der Ansicht zu neigen scheint, dass die paranoiden Psychosen, die Kraepelin als präsenilen Beeinträchtigungswahn bezeichnet, auf organischer Grundlage entstehen.

Die Anzeichen, die für einen organischen Hirnprozess bei diesen paranoiden Psychosen im höheren Lebensalter sprechen, sind recht zahlreich, in den meisten Krankheitsfällen sind sie derartig ausgeprägt, dass an seiner Existenz gar nicht zu zweifeln ist.

Es ergibt sich nun die Frage, ob der wahnbildende Prozess ätiologisch auf die pathologischen Vorgänge organischer Natur, die sich im Gehirn abspielen, zu beziehen ist, oder ob beides von einander unabhängige Krankheitserscheinungen sind; dann müssten wir zwei verschiedene nebeneinander bestehende Krankheitsvorgänge im Gehirn annehmen. Letzteres wäre meines Erachtens eine recht gezwungene und unwahrscheinliche Erklärung, ich glaube vielmehr, dass der wahnbildende Prozess und die anderen zweifellos organischen cerebralen Symptome auf eine gemeinsame Grundlage, nämlich ein organisches Hirnleiden zu beziehen sind. Diese letzteren Symptome äussern sich, wie ich nochmal hervorheben möchte, nicht nur auf somatischem Gebiet, sondern auch auf psychischem.

Es ist ja an sich schon auffallend, wenn auch für die jetzt zur Diskussion stehende Frage noch nichts beweisend, dass so viele dieser paranoiden Psychosen im höheren Lebensalter mit cerebralen Symptomen

organischer Natur einhergehen. Man könnte versuchen, diese Tatsache damit zu erklären, dass bei diesen Patienten mit krankhaft gesteigerter Affektivität, sowie es bei Manisch-depressiven zu sein scheint, eine erhöhte Disposition zur Arteriosklerose besteht, die bei cerebraler Lokalisation die organischen Symptome bedingt. Das wäre ein berechtigter Einwand, dem aber wiederum andere Tatsachen klinischer Erfahrung gegenüberstehen.

Paranoische Krankheitssymptome und paranoide Krankheitszustände bei organischen Hirnleiden sind keine Seltenheit, wir sehen sie interkurrent auftreten bei cerebraler Arteriosklerose, bei Hirnlues, gelegentlich auch mal bei Paralyse; dass die paranoiden Psychosen bei Kranken mit *Tabes dorsalis* hier ebenfalls anzuführen sind, ist eben erwähnt worden. Es ist wohl kaum zu bezweifeln, dass paranoide Zustandsbilder, die im Verlauf dieser Erkrankungen auftreten, durch die pathologischen Vorgänge organischer Natur, die sich im Gehirn abspielen, bedingt sind, wenn wir auch über die Entstehungsbedingungen weiter nichts wissen. Unter den paranoiden Psychosen der Syphilitiker, die Plaut publiziert hat, sind mehrere Fälle, bei denen neben der paranoiden Psychose weder psychische noch somatische Symptome organischer Natur gefunden wurden, das einzige, was auf einen organischen Prozess am Nervensystem hinwies, war die *Lymphozytose des Liquors*, in anderen Fällen waren ausser dieser spinale Symptome, aber keine cerebralen vorhanden, und traten auch bei jahrelanger Beobachtung nicht hervor. Gewiss werden die Krankheitsvorgänge bei der Hirnlues, wo es sich um ein infektiös-toxisches Leiden handelt, andere, vielleicht kompliziertere sein, als bei unseren paranoiden Erkrankungen im höheren Lebensalter. Ich möchte mit Anführung dieser Tatsachen auch nur darauf hinweisen, dass bei psychischen Erkrankungen, die offenkundige cerebrale Symptome organischer Natur auch in längerem Verlauf nicht erkennen lassen, ein organischer Hirnprozess nicht auszuschliessen ist. Das Auftreten somatischer Erscheinungen bei Hirnleiden ist stets Lokalisationsfrage.

Ein Zusammenhang der paranoiden Psychose mit organischen pathologischen Vorgängen im Gehirn trat bei den Kranken Rosenb. und M. auch dadurch zutage, dass sich bei ihnen nach einem Insult eine Steigerung der paranoischen Symptome einstellte; das Gleiche beobachtete Kleist bei einem seiner Patienten.

Die Möglichkeit, dass diesen paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters ein organischer Hirnprozess zugrunde liegen könnte, hat auch Kleist erwogen. Er ist der Meinung, dass ein progressiver und destruktiver Prozess nicht in Betracht kommen kann, und schliesst es daher aus, dass die gesamte Erkrankung als Aeusserung einer arterio-

sklerotischen oder senilen Gehirnerkrankung aufgefasst werden könne. Die Argumente, die er dafür anführt, sind die, dass in 6 seiner Fälle Zeichen von Demenz nach jahrelangem Verlauf der Erkrankung nicht beobachtet wurden, während in 3 anderen die Demenz erst eine Reihe von Jahren nach Beginn der Psychose aufgetreten ist. Dabei übersieht er, dass die Art der Denkstörung mit Haften an angeregten Vorstellungen und ideenflüchtiger Weitschweifigkeit, die er bei seinen Kranken fand, die von unseren Kranken am deutlichsten Frau M. zeigt, nach klinischen Erfahrungen sicherlich eine Äusserung eines organischen Gehirnleidens, ein organisch bedingtes intellektuelles Defektsymptom ist. Die Mehrzahl der Kranken lassen eben doch cerebrale Symptome organischer Grundlage erkennen, ob dieses intellektuelle Defektsymptome oder somatische Symptome sind, wird im wesentlichen abhängig sein von der Art der Ausbreitung und der Lokalisation des Krankheitsprozesses. Das Fehlen derartiger Symptome schliesst aber einen organischen Hirnprozess keineswegs aus. Kleist weist selbst darauf hin, dass bei organischen Hirnkrankheiten, wie Huntington'scher Chorea und Paralysis agitans, paranoische Zustandsbilder vorkommen; auch bei diesen Erkrankungen sind die intellektuellen Defektsymptome keineswegs in jedem Falle von Beginn des Leidens an vorhanden, keineswegs in jedem Fall grob und augenfällig, so hochgradig sie in anderen auch wiederum sein können, in einzelnen Fällen werden sie sogar vollständig vermisst. Solche Variationen sehen wir eben bei den paranoiden Psychosen, die hier zur Diskussion stehen, auch, sie berechtigen aber meines Erachtens nicht zu Schlussfolgerungen, dass Kranke, die ein nach Symptomatologie und Verlauf in manchen Punkten differentes Krankheitsbild zeigen, auch ein nosologisch verschiedenes Leiden haben.

Es erscheint mir fast überflüssig darauf hinzuweisen, wie mannigfaltig die klinischen Variationen bei anderen Psychosen sind; ich nenne nur Paralyse, manisch-depressive Erkrankung. Nicht die Kenntnis klinischer Varietäten, sondern die Erkenntnis gemeinsamer Grundsymptome in den Krankheitsbildern führt zu nosologischem Verständnis. Gemeinsame Grundsymptome sind für die nosologische Betrachtung viel wichtiger als irgendwelche Verschiedenheiten der Wahnbildung, des Affektes, des vorherrschenden Gedankeninhaltes und des Krankheitsverlaufs. Auch das Auftreten von Gehörshalluzinationen hat für die nosologische Betrachtung nur nebensächliche Bedeutung. Es würde zu weit führen, an dieser Stelle auf weitere Ausführungen über diese Frage einzugehen.

Ich halte es nicht für richtig, weil es den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht wird, bei einem Versuch nosologischer Umgrenzung eines Krankheitsbildes sich aus den paranoiden Psychosen des höheren

Lebensalters nach Symptomatologie und Verlauf ähnliche Fälle herauszusuchen, diese als eine klinisch umgrenzbare Gruppe hinzustellen, alle anderen paranoiden Erkrankungen, die greifbare Differenzen aufweisen, als klinische Äusserungen eines andersartigen Krankheitsprozesses anzusehen.

Es ist hier der Versuch gemacht worden, auf die Bedeutung organisch cerebraler Symptome für das Krankheitsbild der hier mitgeteilten paranoiden Psychosen hinzuweisen. Es wäre möglich gewesen, diesen Fällen noch andere anzureihen, bei denen die zweifellos organischen Symptome neben denen der Wahnbildung noch stärker hervortreten. Wir kennen derartige Psychosen und pflegen sie als paranoische Zustandsbilder bei cerebraler Arteriosklerose anzusehen. Der Fall Fl. und M. sind zweifellos Erkrankungen, die zu diesen hinüber leiten. Je mehr paranoide Psychosen des höheren Lebensalters ich gesehen habe, umso mehr bin ich zu der Ansicht gekommen, dass eine klinische Grenze zwischen den Erkrankungen, die als präseniler Beeinträchtigungswahn, als Involutionsparanoia, als seniler Verfolgungswahn, als Altersblödsinn und Arteriosklerose mit paranoischer Wahnbildung beschrieben sind, nicht gezogen werden kann und dass die bisher gezogenen Grenzen nicht aufrecht erhalten werden können. Alle Beobachtungen, die von Kraepelin und Kleist als differentialdiagnostisches Merkmal angeführt werden, sind nichts weiter als unwesentliche symptomatologische Varietäten, die wir ja doch mindestens in gleich starker Ausprägung bei allen Psychosen und allen Erkrankungen sehen. Dass bei den paranoiden Psychosen mit stärkerer Ausbildung der arteriosklerotischen Symptome — um nur ein Beispiel herauszugreifen — die Wahnbildung dürftiger ist, wird uns verständlich, wenn wir berücksichtigen, dass in diesen Fällen der organische Hirnprozess zu einer stärkeren Beeinträchtigung der Vorstellungstätigkeit und der Affektivität geführt hat. Das Auftreten von Orientierungsstörungen ist eben auch nichts weiter als ein Ausdruck dafür, dass der organische Prozess eine stärkere Intensität erreicht hat. Ich kann darin einen prinzipiellen Unterschied gegenüber der Erscheinung leichter Muskelschwäche nicht sehen. Die von Kraepelin betonte Seltenheit solcher Fälle, die er als präsenilen Beeinträchtigungswahn bezeichnet, gegenüber denen, die er als senilen Verfolgungswahn abzutrennen versucht, findet vielleicht darin ihre Erklärung, dass organische Hirnprozesse, wie sie hier in Betracht kommen, wie die Arteriosklerose, bei jüngeren Individuen eben viel seltener sind als bei alten.

Es ergibt sich nun die weitere Frage, welche Stellung in nosologischer Beziehung die akuten transitorischen paranoischen Zustands-

bilder, die bei cerebraler Arteriosklerose auftreten, gegenüber diesen chronischen Psychosen einnehmen. Ein abschliessendes Urteil möchte ich mir hierüber zunächst nicht erlauben. Es erscheint mir durchaus möglich, dass auch diese, wenigstens in vielen Fällen, nichts prinzipiell Verschiedenes gegenüber den chronischen paranoiden Psychosen darstellen. Die symptomatologischen Differenzen, die wohl zum grossen Teil auf der anderen Affektlage beruhen und der andere Verlauf brauchen keine ausreichenden Kriterien für einen anderen prinzipiell verschiedenen Krankheitsprozess zu sein. Wenn sie es nicht sind, so liegen hier die Verhältnisse analog denen bei anderen Psychosen. Das schnellere Auftreten von groben Defektsymptomen in derartigen Fällen erklärt sich aus dem schneller progredienten Verlauf des Krankheitsprozesses. Auch was den Verlauf anbetrifft, so erscheint es mir zweifelhaft, ob sich irgendwelche naturgemässen Grenzen ziehen lassen. Es ist nicht angängig, die Aufmerksamkeit nur auf die extremen Formen zu richten, und alle dazwischenstehenden, die vielleicht viel seltener sind, unberücksichtigt zu lassen. Die Psychose der Frau M. gibt ein Beispiel für einen zwischen den chronischen und akuten Formen stehenden Krankheitsverlauf. Zur Klärung dieser Frage wäre es notwendig, weitere Fälle zu sammeln und eingehend zu untersuchen; zunächst ist ein abschliessendes Urteil darüber noch nicht möglich.

Welcher Art der organische Krankheitsprozess ist, der diesen Psychosen zu Grunde liegt, lässt sich allein aus der klinischen Beobachtung mit Sicherheit nicht sagen. Die engen Beziehungen zur Arteriosklerose sind wiederholt betont worden. Trotzdem bleibt es eine offene Frage, ob in allen Fällen ein arteriosklerotischer Gehirnprozess anzunehmen ist. In dem Fall, wo die Psychose lange stationär bleibt, wo intellektuelle Defektsymptome lange ausbleiben, werden die pathologischen Vorgänge im Gehirn andere sein als in dem Fall mit bald zu Tage tretenden gröberen Zeichen eines organischen Hirnprozesses. Hier kann nur die pathologische Anatomie Aufklärung schaffen. Interessant ist, dass einer der drei Fälle paranoider Psychosen, die Plaut anhangsweise als syphilisverdächtige Halluzinosen im Senium publiziert hat, bei der anatomischen Untersuchung durch Spielmeyer Arteriosklerose der Hirngefässe besonders in der Rinde mit herdförmigen Veränderungen zeigte, aber keine luesverdächtigen Prozesse, die Plaut vermutet hatte.

Kleist hat eine eigene Auffassung von dem Wesen der Krankheit dieser paranoiden Psychosen. Er glaubt, dass „die Involutionsparanoia“ die Steigerung einer abnormen, einer „hypoparanoischen“ Konstitution darstellt, die auftritt zur Zeit der sexuellen Involution und wahrscheinlich bedingt ist durch die mit dem Versiegen der Funktion der sexuellen

Organe zusammenhängenden körperlichen Veränderungen („innersekretorische Verschiebungen“). Das einzige, womit Kleist diese Annahme begründen kann, ist die Tatsache, dass bei vielen dieser Kranken eine seit Jugend an bestehende abnorme seelische Konstitution mit Eigenarten des Affektlebens nachweisbar ist, und die zeitliche Koincidenz des Manifestwerdens der Psychose mit dem Beginn des Rückbildungsalters. Ganz abgesehen davon, dass die paranoiden Psychosen, die gerade in diesem Lebensalter zum Ausbruch kommen, keine besondere nosologische Stellung einnehmen, ist das zeitliche Zusammentreffen von Psychose und Versiegen der sexuellen Vorgänge auch in Kleist's Fällen nicht immer vorhanden. In seinem Fall 3 war die Menstruation noch 3 Jahre nach Beginn der Psychose regelmässig vorhanden. Wie stimmt damit das Auftreten von nach Symptomatologie und Verlauf vollkommen gleichen Psychosen erst viele Jahre nach der Menopause überein? Kleist's Annahme müssen wir für eine unwahrscheinliche Hypothese ansehen.

Auf die Frage, ob diese paranoiden Psychosen eine besondere Form manisch-depressiver Erkrankung vorstellen, die von Kleist aufgeworfen wird, erübrigt es sich einzugehen. Das einzige, was hinsichtlich der Differentialdiagnose noch zu erwägen wäre, ist die paranoide Form der *Dementia praecox*. Bleuler meint, dass das Krankheitsbild, das Kraepelin als präsenilen Beeinträchtigungswahn gekennzeichnet hat, oft die Form der *Dementia paranoides* annehme, in anderen Fällen sich von ihr nur durch den schleichenden Beginn und die etwas geringere Ausbildung der Symptome unterscheide. Er ist der Ansicht, dass bei Erkrankungen, wo Sinnestäuschungen nicht nur bei seltenen und rasch vorübergehenden Erregungen das Krankheitsbild beherrschen, immer auch andere Zeichen für Schizophrenie zu finden sind; zur Schizophrenie rechnet er alle bekannten paranoiden Krankheitsbilder. Bei Besprechung der Symptomatologie unserer Fälle ist zu zeigen versucht worden, dass schizophrene Störungen bei diesen Kranken nicht zu finden sind, und dass einzelne ihrer Äusserungen, die den Verdacht darauf erwecken könnten, bei näherer Erforschung eine andere Genese erkennen lassen.

Dass die hier zur Diskussion stehenden Erkrankungen in nosologischer Beziehung irgendetwas mit den von Kraepelin als Paraphrenien bezeichneten Psychosen gemein haben, wie v. Hösslin es glaubt, halte ich für ausgeschlossen.

Ob wir die Psychose als paranoide oder paranoische Erkrankung bezeichnen, ist für die nosologische Betrachtung einerlei, denn es ist nach unseren heutigen Erfahrungen unzulässig, mit paranoid und paranoisch von vornherein bestimmte Krankheitsbegriffe zu verbinden, wir

können sie nur noch zur Charakterisierung verschiedener Formen der Wahnbildung gebrauchen, wie Strantzki hinsichtlich der paranoiden Erkrankungen in letzter Zeit wieder betont hat. Eine Verflachung des Begriffs des paranoischen Zustandsbildes sollte vermieden werden; ich halte es daher für richtiger, derartige Psychosen, wie sie hier beschrieben sind, nicht als paranoische, sondern als Paranoia ähnliche, als paranoide zu bezeichnen. Wenn natürlich auch eine strenge Scheidung nicht möglich ist und man in manchen Fällen im Zweifel sein kann, ob die Psychose mehr die Bezeichnung einer paranoischen oder paranoiden verdient. Oft ist es so, dass das augenblickliche Zustandsbild als paranoisches gelten kann, dass aber die ganze Psychose als paranoide Erkrankung anzusehen ist, weil ihr die konstante Einheitlichkeit in der Wahnbildung fehlt und bei längerem Verlauf schliesslich doch verschiedene wahnbildende Faktoren wirksam werden; eine schizophrene Störung bedeutet das nicht.

Auf die Frage, worin wir die Ursache der Entwicklung eines paranoischen Zustandsbildes bei organischen Gehirnerkrankungen zu sehen haben, ist schwer eine Antwort zu geben. Weshalb z. B. in dem einen Falle bei cerebraler Arteriosklerose oder bei Hirnlues oder auch bei Paralyse ein depressives Krankheitsbild und in dem anderen ein paranoisches resultiert, ist uns noch völlig unklar. Die in der Krankheit bestehende Affektivität wirkt gestaltend für die Symptome der Psychose, weshalb sie aber durch den Krankheitsprozess in bestimmte Richtung gebracht wird, wissen wir nicht.

Höchst auffällig ist es, dass wir ebenso wie Kleist bei den hier zur Diskussion stehenden paranoiden Psychosen des höheren Alters in allen Fällen, wo eine hinreichende Anamnese zu erhalten war, die Angaben bekamen, dass die Kranken schon von Jugend an, schon in Zeiten, wo von einer Psychose noch nicht die Rede sein konnte, eine auffällige psychische Konstitution mit Eigenarten des Affektlebens gezeigt haben, die ganz denen der ausgebildeten Psychose gleichen. Es ist Kleist's Verdienst, dieses durch Beispiele aus der klinischen Beobachtung zuerst dargelegt zu haben. Man kann den Gedanken, dass hier ein bestimmter Zusammenhang zwischen psychischer Veranlagung und Symptomenbild der Psychose besteht, nicht abweisen, wenn es auch zunächst unmöglich ist, diesen Zusammenhang zu klären. So einfach, wie Kleist es annimmt, dass die Psychose nur eine Steigerung von Erscheinungen einer abnormen psychischen Konstitution darstelle, scheinen mir die Verhältnisse nicht zu liegen. Schon das Symptomenbild der Erkrankungen geht über das hinaus, was als Steigerung dieser Veranlagung angesehen werden könnte. Allerdings sehen wir in manchen

Fällen, wie beim Patienten Rosenb., die Psychose herauswachsen aus den abnormen Wesenszügen der endogenen Veranlagung, aber auch hier treten gerade, als die Krankheit ihren Höhepunkt erreicht hat, Symptome eines organischen cerebralen Prozesses um so deutlicher hervor.

Es ist daran zu denken, dass hier durch die individuelle endogene Veranlagung die Symptomengestaltung der Krankheitsbilder in bestimmte vorgezeichnete Bahnen gelenkt wird, dass die paranoischen Symptome und das paranoide Krankheitsbild eine Reaktionsform des Gehirns auf den organischen Krankheitsprozess sind, die bedingt ist durch die endogene Anlage. Bei dieser Annahme würden uns manche symptomatologischen Varietäten dieser paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters verständlich werden, vielleicht haben wir darin einen der Gründe dafür zu sehen, dass durch einen organischen exogenen Krankheitsprozess, wie die Arteriosklerose, bei dem einen Kranken ein depressives, bei einem anderen ein paranoisches Zustandsbild in Erscheinung tritt. Fraglich bleibt es dabei natürlich, wie weit im einzelnen Falle die Symptome, die der individuellen Veranlagung entsprechen, endogen bedingt sind und wie weit sie ein Produkt des pathologischen exogenen Prozesses sind.

Auf die Bedeutung endogener Faktoren für die Symptomengruppierung bei exogenen Psychosen hat Bonhoeffer hingewiesen und dabei die Schwierigkeit betont, die mitunter in der Abschätzung des exogenen und des endogenen Faktors namentlich bei manischen Zustandsbildern im Verlauf von fieberhaften Erkrankungen liegt.

Er nimmt an, dass es sich bei den symptomatischen Psychosen mit manischem Gepräge um eine Reaktionsform des Gehirns auf exogene Schädigungen handelt, die möglicherweise in der individuellen Eigenheit, vielleicht in einer latenten manischen Anlage beruht. In dem Einfluss individueller endogener Faktoren auf die Symptomengruppierung und das Krankheitsbild vermutet Bonhoeffer eine Ursache der Variabilität der exogenen psychischen Reaktionsformen. Dem entspricht etwa die Ansicht, die Hoche in seinem Referat über die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie ausgeführt hat, dass in der normalen Psyche ebenso wie in der degenerativ veranlagten bestimmte Symptomenverkuppelungen präformiert liegen, die teils das ausmachen, was wir als den Charakter eines Menschen bezeichnen, teils im Falle besonderer krankmachender Einflüsse bestimmen, wie die krankhaft abweichende Reaktionsform der Persönlichkeit ausfällt. Solche Symptomenverkuppelungen sind nach Hoche nicht nur bei den Geistesstörungen, die auf uns den Eindruck machen, als ob sie nur eine Verstärkung bestimmter krankhafter Dispositionen darstellen, wie etwa Melancholie,

Manie, chronische Paranoia anzutreffen, sondern sie werden auch produziert von organischen Vorgängen wie bei der progressiven Paralyse.

Dass die intellektuellen Defektsymptome bei den hier beschriebenen paranoiden Psychosen des höheren Alters eine exogene Genese haben, dass sie durch einen organischen Gehirnprozess bedingt sind, ist mir nicht zweifelhaft. Die Genese der paranoischen Symptome kennen wir nicht, sie entstehen auf dem Umwege über die krankhafte Affektivität; wodurch aber die Affekte bei diesen Kranken ihre pathologische Form, ihre pathologische Intensität und vor allem ihren pathologischen Einfluss im Seelenleben bekommen, das wissen wir nicht. Im Hinblick auf die bei fast allen dieser Kranken in Erscheinung tretenden cerebralen Symptome organischer Genese und unter Berücksichtigung der bei vielen dieser Kranken nachgewiesenen abnormen psychischen Konstitution mit Aeusserungen auf affektivem Gebiet, sowie unter Berücksichtigung der engen symptomatologischen Beziehungen zwischen dem Krankheitsbild der Psychose und den abnormen Wesenszügen der endogenen Veranlagung, ist daran zu denken, dass die Symptomatologie dieser paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters eine endogen bedingte individuelle Reaktionsform auf einen langsam verlaufenden organischen cerebralen Prozess darstellt.

Weitere klinische Beobachtungen unter den hier skizzierten Gesichtspunkten im Verein mit anatomisch-pathologischen Untersuchungen werden geeignet sein, unsere Kenntnis dieser Psychosen zu fördern.

Literaturverzeichnis.

- Banse, Zur Klinik der Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912. Bd. 11. S. 91.
- Bleuler, Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle 1906.
- Bleuler, Dementia praecox. Handb. d. Psych. Leipzig u. Wien. 1911.
- Bleuler, Das autistische Denken. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. Bd. 4. S. 127. 1912.
- Bonhoeffer, Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. Handb. d. Psych. Leipzig u. Wien. 1912.
- Döblin, Zur Wahnbildung im Senium. Arch. f. Psych. Bd. 46. S. 1043. 1910.
- Hoche, Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 12. S. 540. 1912.

- von Hösslin, Die paranoiden Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18. S. 363. 1913.
- Kleist, Ueber chronische wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters, besonders im Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 69. S. 705. 1912.
- Kleist, Die Involutionsparanoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 70. S. 1. 1913.
- Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig 1910.
- Kraepelin, Ueber paranoide Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 11. S. 617. 1912.
- Krueger, Ueber Paranoia hallucinatoria. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 12. S. 510. 1912.
- Plaut, Ueber Halluzinosen der Syphilitiker. Berlin 1913.
- Specht, Ueber den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia. Festschrift der Universität Erlangen. Erlangen und Leipzig. 1901.
- Spielmeyer, Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. Handb. d. Psych. Leipzig u. Wien 1912.
- Stertz, Ueber periodisches Schwanken der Hirnfunktion. Arch. f. Psych. Bd. 48. S. 199. 1911.
- Stranski, Die paranoiden Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 18. S. 387. 1913.
-