

XXVIII.

Aus der Klinik für psychisch und Nervenkrankte der Universität Bonn
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Westphal).

Ueber die manisch-depressive Anlage und einige ihrer Ausläufer.

I. Teil.

Von

Prof. Dr. A. H. Hübner,
Oberarzt der Klinik.

Vorwort.

Bei den wissenschaftlichen Abenden, welche unser Jubilar in der Anstalt Herzberge seiner Zeit veranstaltete, wies er uns immer von neuem auf die Notwendigkeit einer genaueren Erforschung der Zustände hin, welche wir in dem Begriff der Psychopathien zusammenzufassen pflegen.

Wie fruchtbringend seine Anregungen waren, zeigen die Arbeiten von Birnbaum, der sich sowohl um die Erforschung einzelner Symptome sehr verdient gemacht hat, wie er auch versuchte, Typen aus der grossen Masse der Degenerativen herauszuschälen.

An jene 14 Jahre zurückliegenden Anregungen knüpft die vorliegende Studie an. Sie stellt einen Versuch dar, gewisse symptomatologisch und ätiologisch zusammengehörende „abnorme Charaktere“ kurz zu skizzieren und ausserdem zu zeigen, dass es bizarre Persönlichkeiten gibt, die, lediglich als Zustandsbild betrachtet, manchen schweren Verblödungsprozessen zu gleichen scheinen. Erst ihre symptomatologische Zergliederung und die Verfolgung ihrer Lebensschicksale lehrt uns, dass keine progressive Verblödung vorliegt, sondern dass es sich um die Entwicklung einer manisch-depressiven Anlage handelt.

Einleitung.

Das eingehende Studium des manisch-depressiven Irreseins, insbesondere die Verfolgung der Lebensläufe Zirkulärer, zeigte uns, dass es neben den in gut abgrenzbaren Phasen verlaufenden Fällen andere gibt, deren Verlauf ein protrahierterer ist. Ein Teil von ihnen heilt über-

haupt nicht aus. Es bildet sich vielmehr ein Zustand chronischer Manie (Nitsche, Specht) oder Melancholie (Dreyfus, Hübner) aus, der noch alle wesentlichen Symptome des anfangs vorhandenen Zustandsbildes aufweist, aber in milder Form, mehr skizzenhaft.

Eine zweite Erfahrung, die bei Verfolgung der Lebensläufe Zirkulärer gewonnen wurde, besagte, dass zum mindesten ein Teil der Kranken ausserhalb der schweren Attacken, in den sogenannten „freien Zeiten“, nicht ganz gesund ist, vielmehr Krankheitszeichen bietet, die in das Gebiet der allgemeinen Entartung hineingerechnet werden, in Wirklichkeit aber grossenteils Einzelfäden aus dem Knäuel der Symptome des ausgeprägten manisch-depressiven Zustandsbildes darstellen.

Einen Schritt weitergehend stiess man dann auf die milderer Formen des manisch-depressiven Irreseins, wie sie uns Wilmanns, Hecker, Römhild u. a. kennen gelehrt haben, und als man diese Zyklothymien nach der gesunden Seite hin weiter verfolgte, da traf man schliesslich auf den Begriff der manisch-depressiven Anlage (Kraepelin, Bonhoeffer), die nicht allein bei sicher Zirkulären gefunden wurde, sondern auch bei Persönlichkeiten, die das Grenzgebiet der Entartungszustände niemals überschritten, also nie geisteskrank im engeren Sinne wurden.

Die Kenntnis dieser abnormen Persönlichkeiten ist trotz vieler Arbeit (Kraepelin, Reis u. a.) eine unvollkommene. Wesentlich gefördert wurde sie durch die Aufdeckung der engen Beziehungen zwischen den Zwangsvorstellungen und der manisch-depressiven Anlage (Bonhoeffer, Heilbronner, Stoecker, Schneider, Verf.). Es bedarf aber noch weiteren Studiums und zwar nach verschiedenen Richtungen:

1. müssen die von Kraepelin u. a. gegebenen Beschreibungen der Grundzustände ergänzt werden,
2. ist die Frage der Beziehungen zwischen den Zwangsvorstellungen und der manisch-depressiven Anlage zu erörtern,
3. bedarf es einer Abgrenzung einiger Ausläufer der manisch-depressiven Anlage von der Dementia praecox,
4. sind die Beziehungen zwischen den reaktiven Psychoneurosen und den zirkulären Zuständen zu prüfen, schliesslich ist
5. gewisser Zusammenhänge zwischen epileptischen Symptomenkomplexen und der Zyklothymie zu gedenken, und
6. sind die paranoiden Phasen des zirkulären Irreseins zu besprechen.

Mit dem ersten dieser 6 Punkte beschäftigt sich die vorliegende Arbeit.

Es scheint, als ob das den einzelnen Autoren zur Verfügung stehende Material qualitativ und quantitativ sehr verschieden ist, und auch die

Methoden, mit denen man an die Lösung der erwähnten Fragen herantrat, waren teilweise unzureichend.

Es bedarf, um einen wirklichen Ueberblick zu bekommen, eines grossen Materials, gewonnen durch Untersuchung ganzer Familien. Namentlich die nicht anstaltpflegebedürftigen Familienmitglieder verdienen besondere Berücksichtigung.

Sehr geeignet sind z. B. die orthodox-jüdischen Familien, in denen ich öfters die hier zu besprechenden Zustände fand¹⁾. Häufig sah ich sie auch in der rheinischen Landbevölkerung und zwar seltener unter den klinischen Kranken, als in der Privatsprechstunde und Ambulanz, denn viele von den Patienten kommen mit körperlichen Allgemeinbeschwerden zum Arzte und erst eine genauere Analyse zeigt, dass nicht neurasthenische oder hysterische, sondern manisch-depressive Erscheinungen, wenn auch in feinster Andeutung, den Kern des Krankheitszustandes bilden.

Was die Forschungsmethode anlangt, so muss man sich von dem Fehler, an dem unsere Erblichkeitsforschung lange gekrankt hat, frei halten, nämlich von der allzu hohen Bewertung kurzer Urteile der Angehörigen über den Geisteszustand ihrer Verwandten. Man muss jedes einzelne Familienmitglied selbst untersuchen, einen Lebenslauf von ihm erfragen und dann seine Angaben durch Vernehmung Verwandter und Unbeteiligter ergänzen. Nur so gelingt es, ein wirkliches Bild davon zu erhalten, in welchem Umfange Zeichen der manisch-depressiven Anlage innerhalb einer Familie sich finden.

Besonders wertvoll ist es, wenn man die einzelnen Glieder einer solchen Familie beobachten kann. Man kann dann gerade auch bei den scheinbar Gesunden manches entdecken, was uns lehrt, dass nicht nur die Krankheitsanlage im Groben vererbt wird, sondern dass sogar einzelne Züge sich bei allen Familienmitgliedern wiederfinden.

An die klinische Betrachtung des Einzelnen muss man unter den Gesichtspunkten herantreten, die Kraepelin uns gelehrt hat, nämlich unter Berücksichtigung der Tatsache, dass das rein manische und rein melancholische Zustandsbild bestimmte Kardinalsymptome, Depression, motorische und sprachliche Hemmung usw. einerseits — Exaltation, Rede- und Bewegungsdrang usw. andererseits aufweist, dass diese Symptome koordiniert sind und dass Zeichen der einen Gruppe sich im Einzelfalle mit solchen der anderen so weitgehend vermischen können, dass nur eine genaue Analyse, verbunden mit der Betrachtung des Ge-

1) Weil dort viel Verwandtenehen geschlossen werden, die manisch-depressive Anlage im übrigen dort besonders häufig vorkommt.

samtverlaufes die Zugehörigkeit zur manisch-depressiven Anlage erkennen lässt.

1. Die manisch-depressive Anlage.

Allgemeine Hinweise darauf, dass das manisch-depressive Irresein einer angeborenen Anlage entspringt, finden sich in der Literatur schon sehr früh. Falret und Morel haben einige hierauf bezügliche Ausführungen gemacht. In Magnan's Forschungen über die Folie des héréditaires Dégénérés sind zahlreiche klinische Tatsachen enthalten, welche in diesem Sinne zu verwerten sind, und je mehr wir uns der Gegenwart nähern, desto häufiger begegnet uns die Erkenntnis, dass die später Manisch-depressiven schon von Jugend auf krankhafte Abweichungen von der Norm bieten. (Rybakoff, Hecker, Weygandt, Dubois, Hartenberg u. a.).

Thalbitzer hat aber Recht, wenn er sagt, dass nur einzelne Autoren die Gleichartigkeit der Symptome, welche die degenerative Anlage bilden, mit denjenigen des voll entwickelten Krankheitsbildes klar erkannt hatten.

In exakter Weise nahm Reiss für die konstitutionelle Verstimmung das Problem in Angriff. Er wies an der Hand zahlreicher Krankheitsgeschichten nach, dass sie ein Vorläufer des manisch-depressiven Irreseins ist. Specht, Sieffert, Nietzsche u. a. zeigten, dass es chronisch-manische und melancholische Zustände gibt.

Die ausführlichsten Darstellungen der in Betracht kommenden Zustände verdanken wir Kraepelin, Wilmanns, Birnbaum und Stranski. Alle diese Forscher stimmen in der Beschreibung der depressiven und manischen Anlage überein, auch auf das Vorkommen der zyklothymen Veranlagung wird von ihnen hingewiesen und der reizbaren Persönlichkeiten gedacht. Verhältnismässig kurz werden die Mischzustände berührt, obwohl auch die, wenigstens bei unserem Krankenmaterial, ein ziemlich grosses Kontingent aller vorkommenden Spielarten bilden.

In Ergänzung dieser Darstellungen wollen die nachstehenden Ausführungen eine mit Lebensläufen belegte Beschreibung derjenigen Modifikationen der manisch-depressiven Anlage geben, die uns im Laufe der letzten Jahre begegnet sind.

a) Die konstitutionelle Erregung.

Die Frage, ob es überhaupt eine reine, lediglich aus manischen Symptomen zusammengesetzte Charakteranlage gibt, ist von verschiedenen Forschern bestritten worden, obwohl uns Hoche, Sieffert, Specht, Nietzsche, Rehm, Ritterhaus u. a. mit solchen Fällen bekannt gemacht haben.

Richtig ist, dass es verhältnismässig wenig Beobachtungen gibt, die ganz frei von gröberen depressiven Beimischungen sind. Dass solche Persönlichkeiten aber jahrzehntelang ungefähr das gleiche Bild bieten können, hoffe ich sogleich beweisen zu können.

Ehe ich über meine Beobachtungen selbst berichte, ist noch eine Vorbemerkung zu machen.

Es war oben davon die Rede, man müsse davon ausgehen, dass die vorhandenen manischen und depressiven Symptome koordiniert seien. Zum vollen Verständnis der tatsächlichen Verhältnisse ist aber noch ein Weiteres hinzuzufügen. Es entstehen verschieden aussehende Typen der gleichen Spezies (z. B. der manischen Anlage) dadurch, dass zwar die wichtigsten Symptome der Manie andeutungsweise im Charakterbild vertreten sind, aber in ungleicher Stärke. Wie in einer schweren Manie die Einzelkomponenten des Zustandsbildes in ihrer Gradentwicklung nicht in gleicher Stärke zur Ausprägung zu kommen brauchen (Stransky), so braucht das auch bei der manischen Anlage nicht der Fall zu sein. Es können einzelne Symptome dominieren andere nur angedeutet sein, und dadurch kommen Persönlichkeiten zustande, die — wenigstens auf den ersten Blick — grundverschieden zu sein scheinen, während sie in Wirklichkeit alle der manischen Anlage zuzurechnen sind.

Was ich meine, werden einige Krankheitsgeschichten am besten illustrieren.

Die Selbstbewusst-reizbaren.

Familie C. (2½ Jahr persönlich beobachtet. Aus der Zeit vorher liegen ärztliche Atteste, Briefe und persönliche Mitteilungen von fünf Verwandten, darunter der Mutter, vor).

Vater, ehemaliger Offizier, schwankte in den letzten zwanzig Jahren seines Lebens fast ständig zwischen ausgeprägteren melancholischen und leichteren manischen Zuständen hin und her. Während der Depressionen sehr menschenscheu. In den hypomanischen Zeiten sehr erotisch und reizbar. Auch in den kurzen freien Zeiten und während der Melancholien tyrannisch gegen die Umgebung. In der Familie der Mutter wurden zyklothyme (z. B. regelmässige menstruelle Verstimmungen bei einer Nichte) und andere degenerative Zustände (Morphinismus auf endogener Basis) beobachtet.

C., jetzt 32 Jahre alt, ist zweiter Sohn des eben Beschriebenen. Er kam als Kind mit den Hauslehrern nicht aus, wechselte mehrfach die Schule. Bei guter Intelligenz verspätet das Einjährige erreicht, weil er für Schulwissen nicht zu interessieren war und jede ernste Arbeit verabscheute. Ausserdem fühlte er sich von Jugend auf seiner Umgebung überlegen, kritisierte seine Lehrer scharf und behandelte die meisten Menschen sehr von oben herab. Seine eigenen Fähigkeiten und Leistungen schätzte er schon sehr früh ausserordentlich hoch ein.

Nachdem er das Einjährigenexamen bestanden hatte, erhielt er das Geld zu einer Reise nach Süddeutschland. Er reiste ab, liess dann einige Zeit nichts von sich hören und schrieb schliesslich aus Venedig. Von dort ging er, wieder gegen den Willen der Eltern, nach Montecarlo, wo er mit Glück spielte. Mit dem gewonnenen Gelde reiste er 14 Tage weiter, dann kehrte er ohne nennenswerte Baarmittel zurück. Für die Vorwürfe, die ihm gemacht wurden, zeigte er sich einsichtslos.

Er sollte Landwirt werden, um später ein eigenes Gut zu bewirtschaften. Hatte in drei Jahren 3 Lehrstellen. Die beiden ersten verliess er wegen Differenzen mit den Gutsleuten. Auch auf der dritten blieb er nur kurze Zeit. Die Lehrjahre waren häufig durch Reisen unterbrochen.

Nach Beendigung der Lehrzeit landwirtschaftliche Hochschule. Besuchte nur zwei Tage lang die Kollegien, dann ging er nicht mehr hin, schimpfte auf die akad. Lehrer. Ritt während des Semesters ein wertvolles Pferd, das er von der Mutter geschenkt bekommen hatte, zuschanden. Fiel auch in der Öffentlichkeit durch allerlei Extravaganz auf. So ritt er z. B. ohne Hut, nur mit Hemd, Hose und Stiefel bekleidet, in den belebtesten Straßen der Stadt spazieren. Einmal ritt er eine ziemlich hohe, nur für Fußgänger bestimmte Treppe hinauf. Auch in Gesellschaft fiel er durch die Art seines Auftretens, namentlich durch anmassendes Benehmen und Erzählung pseudologischer Geschichten auf.

Einmal erschien er uneingeladen auf einer Hoffestlichkeit in blauer Jacke und weißen Hosen.

Nach etwa dreimonatigem Studium ging er „zu weiterer Information in landwirtschaftlichen Fragen“ nach Argentinien. Dort beabsichtigte er auch, auf einer Farm Stellung anzunehmen, um weiter zu lernen. In Argentinien angekommen, rüstete er statt dessen eine Expedition aus, mit der er über die Kordilleren bis nach Valparaiso herunterritt. Angebotene Stellungen lehnte er ab. Die Farmen sah er sich in 1—2 tägigen Aufenthalten nur sehr oberflächlich an. Als grösstes Erlebnis dieser mühevollen und kostspieligen Reise beschrieb er einen Sektabend auf einer einsamen Farm mit einigen Pferdehütern.

Wie nachher bekannt wurde, ist er in Südamerika als Vertreter einer weltbekannten deutschen Firma aufgetreten. Er hat überall erzählt, er habe den Auftrag, für 5 Millionen Ländereien zu kaufen.

In dieser Zeit nun trat er in seinen Briefen an die Eltern mit mehreren abenteuerlichen Projekten hervor. So verlangte er einmal hohe Geldbeträge, weil er sich an der Ausbeutung grosser Erzfelder beteiligen wollte. Dann wollte er eine Schiffsgesellschaft gründen, deren Schiffe die Strecke Deutschland-Südamerika um drei Tage rascher zurücklegten, als die Dampfer des Norddeutschen Lloyd. Einmal hatte er in einer Bar gehört, es sollte in einer noch nicht erschlossenen Gegend eine Bahn gebaut werden. Sofort wollte er grosse Ländereien, die an der angeblich projektierten Strecke lagen, aufkaufen, ohne irgendwelche ernstlichen Informationen eingeholt zu haben.

Nachdem er nach Europa zurückgekehrt war, reiste er hier eine Zeitlang umher, ritt in England Jagden, lernte in Frankreich fliegen, ging auch mehr-

fach nach Oesterreich-Ungarn, Rumänien und Norwegen. Schliesslich — etwa 1913 — siedelte er für einige Zeit nach Nordamerika über. Hier trat er wieder als Grandseigneur auf, brauchte mehr, als er hatte, musste in den Luxushotels, in denen er abstieg, mehrfach beim Personal Anleihen machen. Eines Tages teilte er den Angehörigen mit, er sei im Begriff, eine vorzügliche Stelle in Canada anzutreten. Bald ergab sich, dass es sich um einen Posten als Grenzschutzmänn handelte.

Die Reise nach Canada endete damit, dass er von der Familie ausgelöst und nach Europa zurückgeholt werden musste. Man brachte ihn nun in eine Privatanstalt, wo er beobachtet werden sollte. (Dortige Diagnose Psychopathie.)

Die ihm gewährte freie Bewegung missbrauchte er zu Trinkgelagen, fügte sich in die Hausordnung nicht ein, und zeigte sich bei Vorhaltungen völlig uneinsichtig. Nach einer erregten Unterredung mit dem Anstaltsleiter entfernte er sich.

Er übernahm dann in einer Fabrik für Flugzeugmotoren, in der Offiziere mit den Bestandteilen des Motors bekannt gemacht wurden, die Stelle des Erklärers und versah diesen Posten (unentgeltlich) etwa 8 Monate lang. Während dieser Zeit verfasste er, um der Familie seine überragenden Fähigkeiten darzutun, eine Abhandlung über das Flugzeugwesen. Als dieselbe einem Fachmann vorgelegt wurde, erklärte der, es handle sich um fast wörtliche Abschriften aus Werken bekannter Aviatiker.

Die acht Monate in der Motorenfabrik sind wohl die ruhigsten in seinem Leben überhaupt. Nach dem Austritt aus der Fabrik nahm die Unruhe und Unstetigkeit wieder zu. Zu Beginn des Feldzuges tat er bei einer Fliegerabteilung Dienst, verlangte dort ernstlich, gleich als Offizier angestellt zu werden, kündigte seinen Vertrag sofort, als seinem Wunsche nicht entsprochen wurde. Die Truppe war froh, als sie ihn los war.

Während des ganzen Krieges reiste er unstet, teils in Deutschland, teils in verbündeten Ländern und der Schweiz umher, stellte sich dem roten Kreuz, dem Spionageabwehrdienst und der Diplomatie zu Verfügung, ohne dass man ihn gebrauchen konnte. Fast ständig erwog er irgendwelche phantastischen Projekte, suchte von den nächsten Angehörigen möglichst viel Geld zu erlangen, kam mit dem, was er erhielt, nie aus. Er ist während der letzten vier Jahre wohl nie länger, als 4—6 Wochen an einem Ort gewesen.

Vor etwa einem Jahre heiratete er. Während der ersten 4—5 Monate seiner Ehe scheint er etwas ruhiger gewesen zu sein, dann nahm die Unstetigkeit wieder zu.

Ich selbst habe ihn im Jahre 1916 kennen gelernt, seitdem mehrfach wieder gesehen.

Die wesentlichsten Eigenschaften, welche bei den persönlichen Untersuchungen hervortraten, waren eine zeitweise geradezu ungeheuerliche Selbstüberschätzung, grosse Ruhelosigkeit, Neigung zum Pläneschmieden, meist gehobene, nicht selten gereizte Stimmung und sprunghaftes Denken.

Diese Symptome erfuhren mehrfach für einige Wochen eine Verstärkung und waren dann mit ausgesprochener Ideenflucht verbunden, so dass der Kranke

das Bild einer leichten Manie bot. Depressionen sind nicht beobachtet worden. Wohl aber zweimal mehrmonatige Zeiten, in denen der Pat. etwas sesshafter und ruhiger war.

Die dauernd gehobene Stimmung, zeigte sich z. B. in der Art, wie er von dem Tode seines Vaters sprach, oder wenn von der geistigen Störung seines Bruders die Rede war. Ueber beides äusserte er sich in scherhaften Redewendungen.

Wenn seine Wünsche nicht bedingungslos erfüllt wurden, dann wurde er gereizt und erregt, schimpfte laut auf seine Verwandten, ohne Rücksicht darauf, dass die Verhandlungen mit ihm z. T. in ersten Hotels stattfanden. Er weinte dazwischen auch einmal aus Wut, um kurz darauf über einen Scherz herhaft zu lachen.

Seine Selbstüberschätzung ist durch Beispiele oben bereits ausreichend belegt. Er steht auf dem Standpunkt, dass er alles, auch ohne Lehrzeit gleich versteht. An ihn dürfe man nicht den Massstab für Durchschnittsmenschen legen. Es sei unanständig, für Geld zu arbeiten. Er allein sei Kavalier, die anderen Menschen, namentlich seine Verwandten, seien alle „Piefkes.“ Deshalb müssten die Angehörigen auch unbegrenzte Mittel zur Verfügung stellen. (Die Familie gehört zu den reichsten Deutschlands.) Was Focker mit seinen Eindeckern jetzt in die Wirklichkeit umgesetzt habe, habe er schon vor Jahren gepredigt. Blériot habe ihm schon gesagt, dass er zu den Menschen gehöre, die nicht auf dem regulären Wege zu lernen brauchten. Deshalb könne er (C) auch nicht anerkennen, dass gewöhnliche Menschen das Recht hätten, über ihn zu urteilen. Er hätte längst eine hervorragende Stelle, wenn seine Angehörigen ihm nicht hinderlich gewesen wären usw.

Dass C. in unsteter überhasteter Weise von einem Ort zum andern zog, ist oben bereits beschrieben. Auch sonst im Leben suchte er jeden Gedanken, der ihm durch den Kopf ging, in die Tat umzusetzen. So kam es, dass er in den letzten Jahren Holzhändler, Flieger, Diplomat, Kavaliersspion, Landwirt, Offizier und noch verschiedenes anderes werden wollte, mehrfach zweifelhaften Existzenzen in die Hände fiel und auch stark ausgebautet wurde.

Sein Denken zeigte, namentlich zu Zeiten deutlicherer Erregung deutliche Ideenflucht. Er kam vom Hundertste ins Tausendste. Hatte er z. B. in einer bestimmten Absicht einen Besuch gemacht, so kam es vor, dass er unverrichteter Sache wieder fortging, weil er schon beim Eintritt in das Zimmer von der Hauptsache abgelenkt wurde.

Dass er in Gesellschaft sehr viel sprach, lebhaft gestikulierte und überall, wohin er kam, aufzufallen suchte, ist oben bereits angedeutet.

Von der Umgebung wurde er zunächst immer als ein heiterer, wenn auch etwas oberflächlicher Mensch angesehen, bis er sich nach einigen Tagen oder Wochen durch seine Selbstüberschätzung und Geschwätzigkeit unmöglich machte.

In sexueller Beziehung solle er nach den Angaben verschiedener Bekannter wüst gelebt haben.

Angesichts des eben beschriebenen Lebenslaufes sind verschiedene Fragen aufzuwerfen. Zunächst die eine, ob überhaupt eine manische Anlage vorliegt.

Die Antwort hierauf ist leicht. Sie muss wohl restlos bejahend lauten. Wir können bei dem jetzt 32jährigen Mnne alle wesentlichen Symptome der Manie nachweisen. Die Stimmung ist gehoben, oft gereizt. Es besteht eine beträchtliche Ueberschätzung der eigenen Persönlichkeit. Der Kranke ist eitel, selbstgefällig, hält sich für klüger und leistungsfähiger, als andere Menschen. Es besteht Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit, das Interesse eilt von einem Gegenstande zum anderen. Unstet reist der Kranke umher, findet nirgends Ruhe, macht ständig neue Projekte, ohne auch nur eines zu Ende zu bringen. Sein Denken ist oberflächlich und sprunghaft. Erlebtes und Gelesenes gibt er ungenau wieder.

Mit anderen Worten: Es besteht Hyperthymie, Rede- und Bewegungsdrang, Selbstüberschätzung, Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit, Ungenauigkeit der Reproduktion, kurz, wir finden in mehr oder minder ausgeprägten Andeutungen lauter Symptome, wie sie die reine Manie darbietet.

Trotz eifigen Nachforschens — der Patient hat schon seit Jahren die Psychiater beschäftigt; ich selbst verfolge ihn mehr als 2 Jahre — habe ich eigentliche Depressionen nicht nachweisen können. Wohl hatte er zweimal mehrmonatige Phasen, wo er weniger lebhaft war, als vorher und nachher. Es handelte sich aber auch da nicht um Depressionen, sondern nur um ein Ablassen der manischen Krankheitszeichen, die nie ganz fehlten.

Häufiger beobachtet wurden Steigerungen der manischen Anlage bis zur ausgesprochenen Manie.

Diejenigen Symptome, welche der Persönlichkeit ihre Besonderheit verliehen, waren die Selbstüberschätzung und die Empfindlichkeit und Reizbarkeit, sowie die Neigung, die Umgebung zu tyrannisieren. Es ist nun ausserordentlich interessant, dass an der Hand von Briefen und den Mitteilungen der Angehörigen festgestellt werden konnte, dass gerade diese Eigenschaften auch seinen zirkulären Vater ausgezeichnet haben, und diesen selbst zur Zeit der Depressionen nie ganz verliessen. Und es verdient weiter hier erwähnt zu werden, dass auch ein jetzt etwa achtjähriger Neffe (Sohn einer Schwester) des C., den ich gleichfalls einige Tage beobachten konnte, die nämlichen Eigenschaften zeigt und deswegen den Eltern schon viel Schwierigkeiten bereitet hat.

Bei C. selbst sind die manischen Symptome nicht etwa erst allmählich oder im Beginn der Pubertät hervorgetreten, sondern sie waren

vorhanden, solange die Mutter denken kann. Das ist durch Mitteilung zahlreicher Einzelzüge ausreichend begründet worden. (Vergl. den Lebenslauf.)

Es handelt sich also bei C. nicht um eine Manie, die eines Tages einsetzte¹⁾ und dann, abgesehen von den erwähnten Schwankungen chronisch wurde, sondern um eine von Jugend auf bestehende Charakteranlage, die sich aus manischen Zügen zusammensetzt.

Gerade die letzterwähnte Tatsache möchte ich im Hinblick auf die Ausführungen einzelner Autoren besonders unterstreichen, welche annehmen, dass die in der Kindheit Zirkulärer vorkommenden psychischen Abweichungen nicht spezifischer Natur sind.

Interessant ist, dass der Patient von zwei namhaften Psychiatern als ein schlecht erzogener Psychopath angesehen wurde. Es wurden infolgedessen mehrfach Erziehungs- und Beschäftigungsversuche unternommen, die aber missglückten und die völlige Unbeeinflussbarkeit des C. zeigten, ein Umstand, der wohl auch dafür spricht, dass hier eine besondere Form der Psychopathie vorliegt²⁾.

Die rein Euphorischen.

Diesem menschlich unsympathischen, sozial gefährlichen und für die Allgemeinheit wenig wertvollen Typus der manischen Anlage steht ein anderer gegenüber, dessen Selbstbewusstsein weniger stark ausgeprägt ist, dessen Tätigkeitsdrang die Unstetheit fast ganz vermissen lässt und wirkliche Werte schafft, bei dem schliesslich die Reizbarkeit und das ablehnende Verhalten gegenüber anderen Menschen fehlt und durch Menschenliebe, Hilfsbereitschaft und Aufopferungsfähigkeit ersetzt ist. Dass trotzdem klinisch eine manische Anlage vorliegt, wird aus dem Lebenslaufe deutlich hervorgehen.

Familie A. (etwa 18 Jahre selbst beobachtet).

Grossvater Einsiedler. Sehr musikalisch. Soll periodenweise getrunken haben.

Eine Schwester des Vaters beging Selbstmord aus unbekannter Ursache.

Ein Bruder des Vaters bedeutender Künstler, der Ende der Zwanziger zügellos lebte (z. B. in einem Jahr drei uneheliche Kinder hatte), viel trank, allmählich in seinen Leistungen erheblich zurückging. Er starb mit 48 Jahren

1) v. Brero und Lackmann haben 12- und 13jährige Manisch-Depressive beschrieben.

2) Hinzugefügt sei, dass von einem dritten Psychiater die Diagnose „manische Anlage“ auch gestellt worden ist.

an Magenkrebs. Hat die letzten Jahre seines Lebens gedrückt und ganz zurückgezogen unter ärmlichen Verhältnissen vegetiert.

Anderer Bruder des Vaters menschenscheu, entschlosslos. Konnte trotz guter Berufskenntnisse nie dazu gebracht werden, sein Heimatstädtchen zu verlassen. Heiratete unter seinem Stand. Eine Tochter desselben soll manisch sein.

Der Vater des A. hat sich aus relativ kleinen Verhältnissen heraufgearbeitet. War immer von morgens bis abends tätig. Hatte periodische Stimmungsschwankungen, sowohl ganz leichte Depressionen (mit Menschenscheu), wie Hyperthymien. Schmiedete viel Pläne, von denen nur ein Teil zur Ausführung kam. Sehr musikalisch. Hat vielen Menschen im stillen Wohltaten erwiesen. Besitzt ein für seine Verhältnisse ansehnliches Vermögen. Im Alter hypochondrische Klagen.

A. (jetzt 40 Jahre alt). Mit 4 Jahren Scharlach, dabei deliröser Zustand. Frühzeitiges Erwachen des Geschlechtstriebes mit 6 Jahren. In der Schule ungleiche Leistungen mit Ueberwiegen der guten. Mit etwa 10 Jahren leichte 14tägige Erregung. Während derselben machte er mehrere Gedichte, die sehr gut beurteilt wurden. Mit 16 Jahren wieder leichte Erregung, bei der er z. B. dadurch auffiel, dass er einen Schulaufsatz in Versen machte. Ein halbes Jahr später absolute Unzulänglichkeit der Leistungen, deshalb nicht versetzt. Besteht trotzdem das Abiturientenexamen mit $17\frac{1}{2}$ Jahren.

Schon beim Schuleintritt „gelegentlich“ innere Unsicherheit und unbegründete Angst vor dem Lehrer. Später in den „besten“ Zeiten Gefühl absoluten Wohlbefindens und innere Sicherheit mit „rauschartigem Schaffensdrang“, wo „alles gelang“. Dazwischen vereinzelt Zeiten von innerer Hemmung, während deren er sich mit der Erledigung einfacher Dinge „abquälte“, das Vielfache der Zeit brauchte, die er sonst dazu nötig hatte, und oft sogar nicht einmal den Entschluss fassen konnte, an eine Sache heranzugehen. Dann auch menschenscheu, still, mitunter sogar misstrauisch.

Während der Studienzeit (Mediziner) sehr unregelmässiger Kollegbesuch. Reichlicher Alkoholgenuss. „Quartalsarbeiter“ (Hoche). Wenn er arbeitete, geschah es meist mit gutem Erfolg. Staatsexamens rechtzeitig bestanden.

Die ersten Assistentenjahre stellten eine Fortsetzung der Studienzeit dar, dann ruhiger, arbeitsamer. Jetzt beamteter Arzt.

Während mehrjähriger Beobachtungszeit wurde festgestellt, dass körperlich keine besonderen Krankheiten bestanden.

Psychisch war A. meist heiterer Stimmung, energisch, im allgemeinen ein guter Organisator in seiner amtlichen Tätigkeit.

Seine Leistungsfähigkeit war keine ganz gleichmässige. Wenn er auch die wichtigsten dienstlichen Obliegenheiten im allgemeinen regelmässig erledigte, so gab es Zeiten, in denen das langsamer geschah und dem Patienten mehr Mühe machte. Dabei auch leichte Depression. Zu anderen Zeiten arbeitete er alles Liegengeliebene auf einmal auf. Meist geschah das sachgemäss. Es kamen aber auch kurzdauernde Phasen vor, in denen die Arbeit flüchtig und ungenau war und zwar sehr vieles erledigt wurde, aber schlecht. In diesen

Zeiten bestand auch Neigung zu obszönen Reden und gesellschaftlichen Verstößen, eine gewisse Unruhe und schlechter Schlaf. Dabei etwas gesteigertes Selbstbewusstsein. Zusammenstösse mit anderen Personen in und ausser Dienst sind sehr selten, obwohl er Widerspruch nicht gut verträgt.

Allgemein gilt A. als heiterer, witziger, sehr gutmütiger, stets hilfsbereiter Optimist, der im stillen auch viel wohl tut und auf seine Kranken einen guten Einfluss ausübt. Dass er zeitweise innere Hemmungen zu überwinden hat, merkt ihm nur seine nächste Umgebung an. Er ist dialektisch gewandt, seine Ausführungen vor Gericht und bei ähnlichen Gelegenheiten sind nur zu den Zeiten, in denen er sich entweder in der Exaltation oder in der Hemmung befindet, nicht klar. Er ist vom Morgen bis zum Abend beschäftigt, liest viel wissenschaftliche und belletristische Literatur, musiziert, betätigt sich gesellschaftlich gern und ist freigebig, ohne über seine Verhältnisse zu leben. Manche von den Plänen, die er geschmiedet hat, liessen sich nicht verwirklichen, im allgemeinen ist es bei A. aber doch so, dass er auf frühere Pläne zu gegebener Zeit zurückkommt und sie dann zu fördern sucht.

A. ist auch literarisch tätig. Seine Produktionen werden grösstenteils günstig beurteilt. In einigen von ihnen, die er „im Schaffensrausch“ vollendete, ist eine gewisse Flüchtigkeit nicht zu erkennen. Schliesslich ist zur Vervollständigung des Krankheitsbildes noch zu erwähnen, dass der Patient auch einzelne leichte Zwangsvorstellungen hat.

Wenn er sich vor dem Verlassen des Zimmers eine Zigarre anzündet und dann fortgeht, muss er zurückkehren, um festzustellen, ob das Zündholz gut gelöscht ist. Den richtigen Verschluss der Haustür, das Einsticken eines Briefes in den Briefkasten und ähnliches muss er zwangsmässig nachprüfen (Kontrollierzwang).

Wie man auf den ersten Blick erkennen kann, ist der eben geschilderte kein ganz reiner Fall von manischer Anlage, weil sich mehrere leichte Depressionen zwischen die manischen Symptomenkomplexe eingeschoben haben und ausserdem neben den manischen auch noch einzelne depressive Erscheinungen, wie zeitweilige innere Unsicherheit, bestehen. Dazu kommen die Zwangsvorstellungen.

Dass dieser im übrigen sehr viel mildere Fall, als der zuerst beschriebene, überhaupt in das hier erörterte Kapitel hineingehört, ergibt sich aus der gleichartigen Belastung, dem Vorhandensein von gehobener Stimmung, dem Betätigungsdrang, dem Pläneschmieden, der zu gewissen Zeiten bestehenden Erleichterung des Denkprozesses und den Schwankungen im Befinden des Patienten, die recht charakteristisch sind. Dass diese Schwankungen endogener Natur sind, durch äussere Ursachen nicht ausgelöst wurden, sei ausdrücklich betont. Der Kranke selbst hebt ihre Unabhängigkeit vom Milieu besonders hervor. Dafür spricht im übrigen auch die gleichartige symptomatologische Zusammensetzung der einzelnen Phasen, d. h. der Umstand, dass in den Depressionen immer wieder die

bekannten depressiven, in den Exaltationen die manischen Symptomenkomplexe auftreten.

Wenn ich diesen Fall dem erstbeschriebenen gegenüberstelle, so geschieht das aus verschiedenen Gründen. Einmal ist bei ihm die Reizbarkeit nur angedeutet, statt dessen treten altruistische Gefühle stark hervor. Zweitens ist der Denkprozess nicht so stark gestört, wie bei C., ein Umstand, der bewirkt, dass A. nicht nur sozial brauchbar ist, sondern sogar den Durchschnitt überragt.

Wir haben also hier einen direkt wertvollen Typ der manischen Anlage, wie er uns übrigens in Gelehrten- und Künstlerkreisen nicht selten begegnet.

Ein weiterer Grund, der mich veranlasste, den Fall A. zu beschreiben, war folgender:

Wir haben hier einen psychiatrisch vorgebildeten Arzt, der gerade auch über die Änderungen, die sein Denken in den einzelnen Phasen erleidet, gut Auskunft geben kann. Ich habe deshalb mit ihm über die Frage der Ideenflucht ausführlich gesprochen. Was er dabei angab, scheint mir geeignet, manche strittigen Fragen zu klären.

Der Fall A. gibt mir somit Veranlassung, auf das Problem der Ideenflucht näher einzugehen.

Wer die Literatur der letzten 20 Jahre über die Ideenflucht verfolgt, der weiß, dass nicht so sehr die Bestimmung des Begriffes selbst Gegenstand der Kontroverse ist, als vielmehr das Problem: Wie entsteht die Ideenflucht?

Man hat die Antwort auf verschiedenen Wegen gesucht. Aschaffenburg, Isserlin u. a. haben experimentell-psychologische Methoden herangezogen. Auf psychologische Überlegungen hat Liepmann eine Lösung gestützt, während Heilbronner, Kraepelin, Stranski u. a. ihren Schlussfolgerungen rein klinische Erwägungen zu Grunde legten.

Aschaffenburg (1904) sagt: Die Ideenflucht ist eine Teilerscheinung der allgemeinen Erleichterung der psychomotorischen Vorgänge. Sie ist vor allem eine Störung des begrifflichen Denkens. Der Gesunde wird in seinen Vorstellungen durch deren Inhalt bestimmt; alles, was an Nebeneindrücken austauscht, wird unterdrückt. Der Manische dagegen verliert sich in Abschweifungen, weil ihn die Zufälligkeit einer lockeren Gedankenverbindung, einer sprachlichen Reminiszenz oder einer Klangähnlichkeit ebenso leicht zur Assoziation führt, wie die Zielvorstellung.

Zu dieser Ansicht ist A. auf Grund von Assoziationsexperimenten gekommen, die er an Manischen und Gesunden angestellt hatte.

„Zwingen wir den Normalen“, so sagt er an einer Stelle, „jede Vorstellung wahllos niederzuschreiben oder auszusprechen, wie bei unseren Versuchen mit der fortlaufenden Methode, so gleicht das Ergebnis der Rede des Hypomanischen aufs genaueste“. Diese Ähnlichkeit berechtigt zu der Annahme, dass die wahllose Umsetzung des Denkens in die Sprache bei dem Zustandekommen der Ideenflucht von der grössten Bedeutung ist“.

In einem vier Jahre später gehaltenen Vortrage modifizierte A. seine Ansicht dann insofern, als er der Ablenkbarkeit mehr Wert beimaß. Er fasste sich dahin zusammen, dass Zusammentreffen von psychomotorischer Erregung und erhöhter Ablenkbarkeit das Symptom der Ideenflucht hervorbrächte¹⁾.

Ausser Aschaffenburg hat sich Liepmann eingehend mit der Frage der Ideenflucht beschäftigt. Er geht von einer Analyse des geordneten Denkens aus und sagt:

Beim geordneten Denken entsteht ein System von Vorstellungen verschiedener Wertigkeit (S. 81). Eine Anzahl aufeinander folgender Einzelglieder wird durch den Inhalt einer voraufgegangenen Vorstellung verknüpft. Diese letztere nennt er Obervorstellung. Mehrere Obervorstellungen können durch eine weitere Obervorstellung noch höheren Grades verbunden sein usw.

Bei der Ideenflucht nun ist die Wirksamkeit der Obervorstellungen exzessiv abgeschwächt oder ganz aufgehoben.

Das, was nach L. die höhere Wertigkeit einer Vorstellung bedingt und sie zur Obervorstellung macht, ist die Aufmerksamkeit.

„Sowohl die Ablenkbarkeit durch Sinneseindrücke, welche der Ideenflüchtige zeigt, wie das fortwährende Erliegen unter den Anreiz des gewohnheitsmäßig Verknüpften und Ähnlichen haben ihre gemeinsame Wurzel in einer schweren Störung der Aufmerksamkeit, nämlich dem höchsten Grade von Unbeständigkeit derselben, bei grosser Energie derselben“. In der Ideenflucht reisst jedes assoziativ oder sensugen Gewecke die Aufmerksamkeit an sich.

Auch Heilbronner hat sich — von klinischen Gesichtspunkten ausgehend — gegen die ursprüngliche Ansicht Aschaffenburg's ausgesprochen, dass die Ideenflucht Teilerscheinung einer allgemein psychomotorischen Erregung sei. Er erklärt das Symptom aus der Erleichterung der assoziativen Leistungen. In Anlehnung an Wernicke's Gedankengänge über die überwertigen Vorstellungen meint er, die Erleichterung

1) Ähnlich spricht er sich in seinem Handbuch der Psychiatrie aus (s. Allg. Symptomatologie).

terung der assoziativen Leistungen bedinge eine „Nivellierung der Vorstellungen“, weil der die Ueberwertigkeit bestimmter Bahnen bedingende Unterschied der Erregbarkeit aufhöre; dadurch werde naturgemäss der geordnete Zusammenhang des Denkens gestört und es komme zur Ideenflucht (283).

Uebereinstimmung herrscht bei den zitierten und meisten anderen Forschern (z. B. Bumke) darüber, dass die Ideenflucht eine Störung des Denkens ist, bei der die „Leitmotive“¹⁾ ihre dominierende Rolle verlieren, so dass nebensächliche Vorstellungen, Einfälle und Sinneseindrücke an ihre Stelle treten können.

Strittig sind dagegen folgende Fragen:

1. Besteht überhaupt eine Beschleunigung des Gedankenablaufes und hat dieselbe eine prinzipielle Bedeutung für das Symptom?
2. Sind die Produkte, welche normale Menschen beim Rehensprechen und vor dem Einschlafen vorbringen, wirkliche Ideenflucht?
3. Wodurch kommt die „Nivellierung der Vorstellungen“ (Wernicke, Storch) bei der Manie zu Stande?
4. Ist das, was Liepmann die „Energie der Aufmerksamkeit“ nennt, lediglich eine Funktion der Aufmerksamkeit?
5. Wie ist die Ideenflucht bei Hemmung zu erklären?

Man kann an die Lösung dieser Fragen, wie sich aus der Literatur ergibt, auf verschiedenen Wegen herantreten. Der zuverlässigste, weil natürlichste, scheint mir eine Verbindung von objektiver Beobachtung der Kranken verbunden mit Festlegung der Angaben des Patienten, was und wie er denkt. Ich meine damit, dass man solche Kranke, die genügend psychiatrische und psychologische Erfahrungen haben, über ihre inneren Erlebnisse sprechen lässt und sie veranlasst, sich selbst zu analysieren, ohne sie zu viel zu fragen (denn jede Beeinflussung des Denkens soll möglichst vermieden werden). Notwendig ist dabei weiter, dass man mit dem Kranken nicht nach, sondern während des Zustandes selbst spricht, denn es ist auch einem gebildeten psychologisch geschulten Menschen nicht möglich, zu einer Zeit, wo er depressiv und leicht gehemmt ist, über eine hyperthyme Phase brauchbare Auskunft zu geben.

Einleuchtend ist, dass gerade die leichtesten Fälle zu einer derartigen Materialsammlung am geeignetesten sind. Ich habe deshalb den Fall A. nach dieser Richtung hin genauer untersucht, kann ausserdem hinzufügen, dass ich noch zwei andere Aerzte, darunter einen psychisch gebildeten, in gleicher Weise explorieren und beobachten konnte.

1) Dieser aus der Musikwissenschaft entlehnte Begriff umgeht die von Storch gegen Liepmann's „Obervorstellungen“ erhobenen Einwände.

A., dessen Angaben mit denen der anderen Herren übereinstimmten, berichtete folgendes:

„Wenn die Zeit beginnt, wo ich über dem Strich bin, dann empfinde ich zunächst ein vorher in dem Masse nicht vorhandenes Gesundheits- und Kraftgefühl. Mein Selbstvertrauen und meine Selbsteinschätzung erfahren eine Steigerung. Auch in ungewohnten und schwierigen Situationen habe ich das Gefühl absoluter Sicherheit. Ich empfinde das Verlangen zu schaffen und mache mich sofort an irgend eine derjenigen Arbeiten oder wissenschaftlichen Probleme heran, mit denen ich vorher nicht zurecht gekommen war. Jetzt geht es mit der Arbeit besser. Das Denken fällt mir leichter. Bei jedem Problem stellen sich ganze Komplexe von Vorstellungen und neue Gedankenverbindungen ein, so dass ich die Lösung auch schwieriger Fragen „in einer Sitzung“ finde.

Es sind mehr Gedanken, die sich einstellen. Ich entdecke an meiner gewohnten Umgebung manche Dinge, an denen ich vorher achtlos vorüber gegangen bin. Auch neue Ideen, Wünsche und Pläne tauchen auf. Umgekehrt übersehe ich manchmal Wichtiges.

Eine Beschleunigung des Denkens besteht insofern, als ich selbstredend rascher denke, wie in den Zeiten der Hemmung.

Die Gedanken tauchen ohne mein Zutun auf. Sie wechseln mit der Art meiner Tätigkeit; immer entdecke ich aber ein Plus gegenüber der ruhigeren Zeit.

Die Tatsache, dass sich so viele Gedanken einstellen, bereitet mir Freude. Ich empfinde sie nie unangenehm, selbst dann kaum, wenn dieses Denken etwas Zwangsmässiges bekommt und nicht unterdrückt werden kann.

Das Durchdenken einer bestimmten Gedankenreihe gelingt mir in diesem Zustande — namentlich unter Zuhilfenahme der Schrift, die arretierend wirkt — noch gut. Dass aber eine Aufmerksamkeitsstörung schon in diesem leichten Zustande vorhanden ist, geht aus folgenden Tatsachen hervor: 1. besteht bereits eine gewisse Neigung zu Seiten-sprüngen im Denken, 2. ist die Disposition des Gedachten nicht mehr straff und nicht immer klar. Es können sich unter Anderem auch schon gröbere logische Fehler einschleichen, 3. ich vergesse mitunter die Fragestellung ganz oder teilweise, oder den Punkt, an dem ich den Denkakt unterbrechen muss, wenn ich plötzlich angesprochen und aus meinen Gedanken herausgerissen werde, zum mindesten ist aber 4. die Rückkehr zu dem Punkte, wo ich den Denkakt unterbrechen musste, schwerer, als in ruhigen Zeiten, und mit momentanen Unlustgefühlen verbunden, weil ich mit meinem Denken und Fühlen bei den Dingen bin, derentwegen die Unterbrechung der Arbeit erfolgte.

Vielleicht ist auch noch etwas Weiteres erwähnenswert:

In den ruhigen Zeiten, wo ich Schritt für Schritt „vorwärtsdenke“, bis ich ein Ziel erreicht habe, werden mir neben den Anfangs- und Endgliedern einer Gedankenreihe auch die Mittelglieder voll bewusst, weil jedes von ihnen schrittweise erreicht wird. Schon im Beginn der lebhaften Zeit können Zwischenglieder ganz ausfallen, sie kommen mir wenigstens nicht mehr zum Bewusstsein, so dass zwar ein brauchbares Endglied einer Reihe erreicht wird, das Leitmotiv also seine Herrschaft noch nicht ganz verloren hat, und doch ist nicht mehr in Schritten, sondern in Sprüngen gedacht worden.

In diesem Stadium ist eine eigentliche Ideenflucht noch nicht vorhanden. Dagegen macht sich bereits ein Drang bemerkbar, auch in rein sachlichen Ausführungen Bonmots, Epitheta ornantia u. Aehn!.¹⁾ einzuflechten. Nebensächliche Episoden werden mitunter auch schon weiter ausgesponnen, als nötig, kurz es zeigt sich, dass die „Obervorstellungen“ nicht mehr uneingeschränkt dominieren. Es lockert sich die Disposition der Rede.

In dem, was ich „Rausch“ nenne, ist die Zahl der auftauchenden Gedanken erheblich vermehrt. Sehr bald nach Beginn einer Gedankenreihe erfolgt die Ablenkung auf ein Nebengeleise. Die Beschreibung der Nebensächlichkeiten kann denselben Umfang erbalten wie die Hauptsache. Nicht immer wird eine Zielvorstellung erreicht. Das Abweichen vom Ausgangspunkt wird vor allen Dingen nicht immer bemerkt. In die Rede hineingeflochten sind Witze — z. T. solche mit dürftiger Pointe —, Hauptworten werden unnötige Adjektiva beigelegt, die Gesamtdarstellung enthält Uebertreibungen, unberechtigte Verallgemeinerungen, gelegentlich auch direkte Entgleisungen.

Ich bin mir dabei oft wohl bewusst, dass die Witze und Uebertreibungen in ernsthafte Ausführungen nicht hineingehören. Mitunter kommt mir sogar, ehe ich sie ausspreche, blitzartig der Gedanke, es sei besser, dies oder jenes nicht vorzubringen; und doch kommt es heraus! Ich kann es nur ausnahmsweise unterdrücken. Es drängt mich oft geradezu, trotz der flüchtig auftauchenden Gegenvorstellungen eine kleine Bosheit auszusprechen oder direkte gesellschaftliche Un geschicklichkeiten zu begehen, lediglich wenn dabei ein Witz in die Rede eingeflochten werden kann, der meiner inneren Stimmungslage entspricht, ohne dass ich deshalb einen anderen kränken will.

Auch Augenblickseindrücke und Einfälle werden dem Redestrom eingefügt, oder stellen den Ausgangspunkt neuer Gedankengänge dar,

1) Aber keine Reime.

die alle ihre Färbung durch die heitere Stimmung bekommen, welche mich beseelt.

Dabei vermag ich nur einen kleinen Teil dessen, was mir durch den Kopf geht, überhaupt auszusprechen. Die Gedanken fliegen viel schneller, als ich reden kann. Nur so ist es überhaupt möglich, dass, während ich rasch und fliessend spreche, in meinem Innern noch ein „Kampf der Motive“ über Einzelheiten meiner Rede stattfinden kann.

Dazu kommt schliesslich noch Eines.

Während ich in gesunden Tagen alles, was ich zu einer Sache zu sagen weiss, kurz vorbringe und dann schweige, fällt mir das in den als „Rausch“ bezeichneten Zeiten schwer. Ich kann schlecht aufhören. Und wenn ich zufällig unterbrochen werde, dann laufen wenigstens die Gedanken weiter.“

Soweit geht der Bericht des Dr. A. Hinzuzufügen habe ich noch, dass ich bei ihm kaum je Klangassoziationen, Reime oder ähnliches beobachtet habe. Diese treten häufiger wohl erst in den ausgeprägten Fällen von Ideenflucht auf.

Wenden wir uns nun der Beantwortung unserer oben gestellten Fragen zu, so würde zunächst zu erörtern sein, ob eine Beschleunigung des Gedankenablaufes besteht.

Eine solche objektiv im Vergleich zu den Durchschnittswerten Gesunder festzustellen, das halte ich für fast unmöglich.

So dagegen, wie Dr. A. es meint, müssen wir eine Beschleunigung annehmen. Seiner Ansicht nach kann man von einer solchen dann sprechen, wenn die Leistungen zur Zeit des Bestehens der Ideenflucht mit denen ruhigerer oder gar depressiver Phasen verglichen werden.

A. hat von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet subjektiv eine Beschleunigung des Gedankenablaufes empfunden.

Wenn wir hinzunehmen, dass er in den Zeiten der Hyperthymie nur einen kleinen Teil dessen auszusprechen vermag, was er denkt, so findet seine Ansicht eine weitere Stütze.

Auf die Rolle, welche diese Beschleunigung für die Frage der Ideenflucht spielt, wird weiter unten näher einzugehen sein. —

Das wichtigste Problem, welches wir hier zu besprechen haben, ist das der Genese der Ideenflucht.

Uebereinstimmung herrscht jetzt wohl darin, dass der Aufmerksamkeitsstörung dabei eine hervorragende Rolle zukommt. Auch Aschaffenburg hat das in seinem Kölner Vortrage und in seinem Handbuch zugegeben und Bumke hat es erst vor Kurzem in bestimmter Form ausgesprochen und begründet. Ueber diesen Punkt ist also kaum mehr zu diskutieren.

Dagegen muss man meiner Ansicht nach zwei weitere Fragen aufwerfen, nämlich 1. die, durch welche Faktoren wird die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit bestimmt und 2. die, ob das, was als „Energie der Aufmerksamkeit“ bezeichnet worden ist, lediglich eine Funktion der Aufmerksamkeit darstellt.

Liepmann, welcher uns die beiden Eigenschaften der Aufmerksamkeit, die Beständigkeit und Energie gezeigt hat, sagt, die Unbeständigkeit der Aufmerksamkeit bei der Ideenflucht sei daran zu erkennen, dass die einander im Aufmerksamkeitsfelde sich folgenden Vorstellungen nicht durch Obervorstellungen ausgewählt und verbunden sind, sondern dass lediglich die vorhergehende mit der nächsten durch assoziative Verknüpfung in Beziehung steht, oder ein interkurrenter Sinneseindruck sich zusammenhanglos anfügt.

Wodurch wird nun die Bildung von Obervorstellungen bei der Manie beeinträchtigt oder ganz unmöglich gemacht?

Es gibt dafür, wie ich glaube, verschiedene Gründe:

Einmal wirkt die zum mindesten subjektiv als solche empfundene Beschleunigung des Vorstellungsablaufes hindernd.

Sehr früh, d. h. schon in den Anfangsstadien der Ideenflucht, stellt sich auch bereits ein Plus an Gedanken gegenüber den ruhigen Zeiten ein, das gleichfalls der Selektion der Vorstellungen ungünstig ist.

Hinzu kommt weiter, dass der Gesunde wohl imstande ist, willkürlich eine Gedankenreihe abzubrechen. Der Ideenflüchtige kann das nicht ohne weiteres. Er muss weiter denken. Er steht manchmal geradezu unter einem Denkzwange.

Diese drei Erscheinungen gehören in das Gebiet der psychomotorischen Erregung und Aschaffenburg hat, wie ich glaube, Recht, wenn er in ihnen ein Hindernis für die Bildung von Obervorstellungen erblickt.

Ich bin mir dabei wohl bewusst, dass die drei Erscheinungen in verschiedener Stärke auftreten können. Wir sehen aber doch, dass sie selbst in den Vorstadien der eigentlichen Ideenflucht bereits subjektiv vom Kranken empfunden werden. Und auf das Subjektive kommt es meiner Ansicht nach in erster Linie an.

Wir haben damit den einen Teil der Vorgänge kurz gestreift, die beim Zustandekommen der Ideenflucht sich abspielen. Wir kennen jetzt einige Faktoren, die die Bildung der Obervorstellungen beeinträchtigen. Das ist etwas Negatives. Es ist nun aber bei dem Zustandekommen des Symptoms noch ein positiver Faktor wirksam, den Liepmann unter den Begriff der Energie der Aufmerksamkeit subsummiert.

Es ist meiner Ansicht nach, wenigstens für die leichten Fälle nicht richtig, zu sagen, dass die Anknüpfungen und Abschweifungen

des Ideenflüchtigen wahllos erfolgen. Dem Kranken kommt dabei doch eine aktive Rolle zu. Er wählt aus, sowohl aus den Gedanken, die ihm durch den Kopf gehen, wie aus den Erlebnissen in seiner Umgebung.

Er entdeckt an seinem Gegenüber z. B. nicht, dass derselbe gerade gewachsen ist, wie viele Andere, einen Schnurrbart trägt, wie viele Andere und Aehnl. mehr, sondern ihm fällt die Warze auf der Nase, der Fleck im Rock, die Glatze, die schiefen Absätze usw. auf. Und an diese Besonderheiten knüpft er an.

Es sind also nicht die durch die Ausgangsideen oder Zielvorstellungen bedingten Leitmotive, die seinem Denken die Richtung geben, sondern andere Obervorstellungen, die er sich selbst unter dem Einfluss seiner krankhaft veränderten Stimmung bildet.

Dazu kommen nun pathologische Einfälle, d. h. um mit Reich und in Anlehnung an Bonhoeffer und Cl. Neisser zu sprechen, unvermittelt, bezw. nicht bewusst vermittelt, dabei plötzlich auftretende und meist auch plötzlich wieder verschwindende Vorstellungskreise. Sie stellen das intrapsychische Analogon zu den sensugen vermittelten Unterbrechungen der ideenflüchtigen Vorstellungsreihen dar.

Diese Einfälle haben — vielleicht nur infolge ihres Mangels an erkennbaren Beziehungen zu dem übrigen Vorstellungsinhalt und infolge der Plötzlichkeit ihres Auftretens — besondere Anziehungskraft für den Maniakus und infolgedessen flieht er sie, ebenso wie Sinneseindrücke, die für ihn besonders auffallend sind oder seiner Stimmung entsprechen, in seine Reden ein.

Gerade diese Verhältnisse hat Dr. A. uns recht deutlich geschildert. Er muss trotz auftauchender Gegenvorstellungen Bosheiten sagen, in ernste Ausführungen Witze hineinbringen, Taktlosigkeiten begehen, Aufälligkeiten an seinem Gegenüber lächerlich machen usw. Denn diese Dinge sind seine Obervorstellungen.

Man sollte deshalb den ganzen Vorgang besser so beschreiben, dass man sagte, die beim Normalen wirksamen Obervorstellungen, welche ihm das schrittweise Vorwärtsdenken ermöglichen, verlieren an Wertigkeit. Statt ihrer drängen sich andere, der Stimmungslage des Manischen entsprechende Obervorstellungen, Sinneseindrücke und Einfälle vor und leiten das Denken des Kranken auf Nebengeleise.

Wenn diese Erklärung richtig ist, dann wird nur der, der die Begriffe „Unbeständigkeit und Energie der Aufmerksamkeit“ sehr weit fasst, mit ihnen allein den ganzen Vorgang erklären können. Gerade das krankhafte Prinzip, nach dem der Manische seine viel kurzlebigeren Obervorstellungen auswählt, lässt sich weder in dem Begriff der Un-

beständigkeit, noch in dem der Energie der Aufmerksamkeit ganz unterbringen. Noch weniger die pathologischen Einfälle.

Was schliesslich den Inhalt des ideenflüchtigen Denkens im allgemeinen anlangt, so ist auch der nicht in dem Masse von Zufälligkeiten abhängig, wie das manchmal dargestellt wird. Dr. A. hat uns über diesen Punkt gleichfalls wertvolle Mitteilungen gemacht. Wir hören, dass er auch in ruhigen Zeiten manche Redensarten öfters gebraucht, dass er gewöhnt ist, auf bestimmte Eigenheiten bei anderen Personen besonders zu achten, und dass gerade diese in seinen ideenflüchtigen Aeusserungen eine grosse Rolle spielen. Er berichtet uns ferner, dass die Art, in den „Rauschzuständen“¹⁾ zu reden, nur eine Uebertreibung oder Karikierung derjenigen der ruhigen Zeiten ist.

Wir sehen also, dass auch das ideenflüchtige Denken innerlich stärker gebunden ist, als man nach manchen Darstellungen annehmen sollte, dass es jedenfalls aber nicht richtig ist, zu behaupten, der Ideenflüchtige schweife wahllos ab. Wenn wir dieser Feststellung bei geeigneten Kranken in Zukunft weiter nachgehen, insbesondere ihre individuellen Eigentümlichkeiten in ruhigen Zeiten genauer studieren, dann werden wir vielleicht auch befriedigende Erklärungen für einzelne Erscheinungen, wie die Klangassoziationen, das Vorbringen längerer Reihen, die rhythmische Gliederung, die Reime und ähnliches mehr finden.

Wir haben oben die weitere Frage aufgeworfen, ob die Produkte, welche normale Menschen beim Reihensprechen und vor dem Einschlafen vorbringen, wirkliche Ideenflucht sind.

Es gibt einzelne Autoren (z. B. Aschaffenburg, Heilbronner), die das meinen. Stransky hat die Erfahrung nicht bestätigen können und Aschaffenburg hat seine abweichenden Ergebnisse durch die Verschiedenheit der Versuchsanordnung zu erklären gesucht, wie ich glaube teilweise mit Recht, aber doch nicht ganz.

Es kommt bei derartigen Versuchen doch auch, um nur einen Punkt hervorzuheben, sehr auf das zugerufene Reizwort an. Man kann bei einzelnen Reizworten Reihen erhalten, die genau so gut von Obervorstellungen beeinflusst sind wie jedes andere normale Denken.

Ich habe z. B. einem jungen Mädchen bei einem Versuch ihren eigenen Namen als Reizwort zugerufen. Sie assoziierte: Stelle, Zukunft, Mutter, Schwester, Geld, Krankheit, Leben, Heirat, unmöglich usw.

In dieser Reihe fehlt auf den ersten Blick die gemeinsame Obervorstellung. Wohl aber können verschiedene Worte zu den folgenden

1) Ich brauche wohl nicht besonders zu betonen, dass die Rauschzustände, von denen Dr. A. spricht, mit Alkoholmissbrauch nichts zu tun haben.

in Beziehung gebracht werden (z. B. Stelle-Zukunft, Mutter-Schwester, Krankheit-Leben, Heirat-unmöglich).

Wenn man aber erfährt, dass die Versuchsperson zu jener Zeit Gefahr lief, wegen eines Spaltenkatarhs ihre Stellung zu verlieren, durch die sie Mutter und Schwester ernährte, dann erkennt man, dass die ganze Reihe von einer Obervorstellung beherrscht wird und nichts Ideenflüchtiges enthält.

Bei einem anderen Versuch mit einer anderen Versuchsperson erhielt ich auf das Reizwort Schimborasso die Antwort: Berg, Baum, Zaun, Pferd, Zaum, Schiene, Engländer, Strassenbahn, Huhn, Sirene.

Diese Mischung sinnloser Worte mit vereinzelten Klangassoziationen stellte sich bei näherer Erklärung auch als durch eine Obervorstellung hervorgerufen heraus. Die Versuchsperson wusste vom Schimborasso nichts weiter, als dass es ein Berg ist. Um eine Reihe herausbringen zu können, fügte sie dem Worte Berg alles an, was sie im Moment durch das Fenster wahrnahm.

Was ich mit diesen Beispielen sagen will, ist folgendes: Auch bei fortlaufenden Assoziationen wird, gleichgültig, ob ein genügender Schatz von Begriffen vorhanden ist oder nicht, von normalen Versuchspersonen unter dem Einfluss von normalen Obervorstellungen assoziiert. Wenn dann einzelne Reihen¹⁾ den Eindruck des Ideenflüchtigen erwecken oder der Sprachverwirrtheit gleichen, so sind sie deshalb mit diesen beiden Begriffen keineswegs zu identifizieren. Es handelt sich vielmehr nur um äusserliche Ähnlichkeiten, wovon man sich leicht überzeugen kann, wenn es möglich ist, von der Versuchsperson die Entstehung der Reihe zu erfragen.

Ideenflüchtig ist eine Reihe nicht schon dann, wenn jedes folgende Glied nur zu dem vorhergehenden in Beziehung zu stehen scheint, sondern erst dann, wenn gleichzeitig eine die Reihe beherrschende Obervorstellung fehlt. —

Noch weniger, wie beim fortlaufenden Assoziieren, handelt es sich meiner Ansicht nach bei den Vorgängen vor dem Einschlafen um Ideenflucht. Ich habe bei mir selbst, so oft ich darauf geachtet habe, nie ideenflüchtige Reihen beobachtet, wohl aber ein regelloses Auftauchen und Wiederverschwinden von Vorstellungen. —

Wir sind mit den bisherigen Ausführungen kurz auf die Punkte 1, 2, 3 und 4 eingegangen und haben noch einige Bemerkungen über die Ideenflucht bei Hemmung hinzuzufügen.

Kraepelin, Heilbronner u. a. haben sich dahin ausgesprochen,

1) Dass ideenflüchtige Reihen regelmässig entstehen, bestreite ich.

dass es sich dabei nicht um eine Hemmung des Denkens, sondern des Sprechens handelt. Das trifft für einen Teil der Fälle auch sicher zu.

Es gibt aber daneben wohl auch andere, bei denen neben der Hemmung Ablenkbarkeit und die eigenartige, oben näher geschilderte Auswahl der Obervorstellungen nebeneinander bestehen, so dass man dann von ideenflüchtiger Denkhemmung¹⁾ sprechen kann.

Diese Fälle zeigen meiner Ansicht deutlich, dass man bei dem Begriff der Ideenflucht auf das, was ich oben als den „positiven Faktor“ beschrieben habe, besonderes Gewicht legen muss.

Die Verschrobenen.

W.; jetzt 62 Jahre alt (geb. 1856). Begabtes Kind, unbeständig und fahrig, zeitweise heftig. Misshandelt die Eltern und Schwestern. Sept. 1890 in eine Anstalt, damals unruhig, exaltiertes Wesen, erhöhte Reizbarkeit, grosse Unzufriedenheit mit allem, Neigung zu Tätschkeiten, ideenflüchtig, Größenideen.

Alle diese Erscheinungen verloren mit den Jahren an Schwere, so dass er im Jahre 1899 nach Hause genommen werden konnte. Dort lief er viel und unruhig hin und her, verschenkte und verlegte alles, schimpfte über seinen früheren Aufenthalt, weckte morgens sehr früh die Angehörigen und hielt ihnen lange Reden. Deshalb nach B. in die Anstalt. Seitdem unverändert. Verf. hat ihn im ganzen etwa 12 Jahre beobachtet, teils in der Anstalt selbst, zum Teil auch während mehrmonatiger Beurlaubungen. Das Bild war mit kurzen Unterbrechungen immer das gleiche. Pat. war meist fröhlich und heiter, er erging sich in einer häufig mit geschraubten Redensarten durchsetzten Sprechweise. So pflegte er z. B., wenn von seiner Ausbildung die Rede war, regelmässig zu sagen: „Die Zeit kommt nicht wieder, das ist das Schlimme, sonst liessen sich manche Fehler korrigieren. Die ganze propädeutische Grundlage und Philosophie ist in den Sumpf geraten. Das klassische Altertum und die Neuzeit mit ihren Erfindungen (Pat. war Techniker), die sind nur für tiefblickende Geister erschaffen, nicht für Sonntagskinder, die alles von der leichten Seite nehmen. Alles ist fortgeschritten, nur der remanete Magnetismus und die alten Böcke bleiben übrig.“ Er will noch einmal aufs Gymnasium gehen und das Abitrientenexamen machen, um „mit diesem unanfechtbaren Dokument“ sich ein „neues Planetensystem“ zu gründen.

Auf die Frage, wie es ihm gehe, antwortete er häufig: Es gehe ihm „approximativ“ wohl. Andere Ausdrücke, wie „nolens, coblenz“, flocht er oft in seine Rede ein.

Auf der Abteilung entging ihm kein wichtiges Geschehnis. Er untersuchte auch alle Ecken, beobachtete das, was Pfleger und Kranke taten, und machte seine jeweiligen Beobachtungen zum Gegenstand langer Erörterungen, die er mit philosophischen, physikalischen und mathematischen Ausdrücken verbrämte.

1) Siehe auch die Arbeit von Pfersdorf.

Auffallend ist dabei, daß er seine Mitmenschen sehr gut beobachtet, an Aerzten, Pflegern, Kranken, seinen Angehörigen, dem Zeitungsinhalt, seinen Erlebnissen auf der Strasse, das Hervorstechendste richtig herausfindet¹⁾), nicht selten bewusst kleine Schwächen des einen oder andern ans Licht zieht und in Gegenwart Fremder in seiner mit witzigen und übertriebenen Ausdrücken gespickten Rede geisselt. Auf den ersten Blick erinnerten seine sprachlichen Aeusserungen nicht ganz selten an diejenigen mancher Katatoniker, wenn man sich aber die Mühe nahm, sich die Gedankengänge des Pat. näher erklären zu lassen, dann zeigte sich, dass seine Aeusserungen nicht sinnlos waren, sondern eine teils scherzhafte, teils karikierte Einkleidung von an sich vernünftigen Gedanken darstellten, die auf aktuelle Erlebnisse Bezug nahmen.

Von Katatonikern unterschied er sich auch dadurch, dass er ständig den Drang, sich zu beschäftigen, hatte und auch regelmässig in einer der Werkstätten mitarbeitete.

Für die Art seines Denkens und Handelns seien noch folgende Beispiele hinzugefügt:

Es war ihm immer sehr unangenehm, dass er der Anstaltsordnung entsprechend verhältnismässig früh aufstehen musste. Um grössere Milde in diesem Punkte zu erzwingen, stellte er sich wochen- und monatelang neben die Schlafzimmertüren zweier Assistenzärzte, die auf jener Abteilung wohnten, und schimpfte laut auf das Frühaufstehen, fügte hinzu, dass, wenn er nicht länger schlafen dürfe, die Kerls das auch nicht brauchten. Er erging sich dann so lange in lauten Schimpfreden, bis er seinen Zweck, die beiden Aerzte vorzeitig aus dem Bett zu treiben, erreicht hatte.

Von denjenigen Kranken und Pflegern, welche auf der Abteilung eine Rolle zu spielen suchten oder das grosse Wort führen wollten, pflegte er sich öfters, namentlich wenn Aerzte dabei waren, in ganz übertrieben tiefer Weise zu verbogen, und fügte dann einige Redensarten hinzu, in denen er die Herrschaftsucht und Geschwollenheit der Betreffenden persifizierte.

Besonders unangenehm waren ihm frömmelnde Menschen. Es gab auf der Abteilung mehrere Personen, deren äussere Glaubensbetätigung in einem gewissen Missverhältnis zu manchen ihrer Handlungen stand. Für deren Verhalten hatte er stets eine sehr feine Witterung und geisselte das, wenn er irgend etwas Böses entdeckte, erbarmungslos.

Mitunter erweckten seine Reden und sein Handeln ganz den Eindruck eines Klowns. Da er infolgedessen öfters von anderen Kranken geneckt wurde, kam er gelegentlich mit ihnen in Zwistigkeiten, bei denen er schimpfte, hie und da auch einmal tätlich wurde, häufiger aber in witziger, recht geschickter Weise seine Gegner abführte.

Von Zeit zu Zeit kam er mit Verbesserungsvorschlägen bezüglich der Anstaltseinrichtungen usw. Seine Anregungen waren nicht immer zweckmässig.

1) So nannte er z. B. einen sehr frommen, etwas selbstbewussten Pfleger stets „Simon Petrus“, weil dessen Familienname Simon war.

In mindestens mehrmonatigen Abständen wurde er für einige Tage oder Wochen leicht erregt, lief dann z. B. von einem Ohrenarzt zum andern, um sich sein altes Ohrenleiden „kritisch beleuchten“ zu lassen, wie er es ausdrückte, hielt den betreffenden Kollegen jedesmal lange Reden und hatte offenbar selbst Freude daran, wenn er Heiterkeit erregte. Gerade das merkte man ihm übrigens öfters auch in den ruhigen Zeiten an.

In den Perioden leichter Unruhe pflegte er ferner Rechtsanwälte und das Vormundschaftsgericht aufzusuchen, um seine Wiederbemündigung zu betreiben. Er ging dann auch zu bekannten und fremden Aerzten, um sich Atteste zu besorgen, beruhigte sich aber rasch wieder, wenn er nichts erreichte. In diesen Zeiten hatte er auch häufig Streitigkeiten mit seiner Umgebung, besonders mit den Verwandten, und er kam dann nicht selten auch mit allerlei Plänen bezüglich der Zukunft. Während er sich in den ruhigeren Zeiten eine selbständige Lebensführung nicht zutraute, sich wenigstens mit dem Anstalsaufenthalt bei freiem Ausgang durchaus abfand, behauptete er dann plötzlich, er wolle ein neues Leben anfangen, heiraten, sich einen Beruf schaffen, nochmals zu studieren anfangen und ähnliches. Um diese Zeiten hatte er zweifellos ein gesteigertes Selbstbewusstsein.

Der Fall W. ist insofern schwierig, als er zu differentialdiagnostischen Erwägungen gegenüber der Dementia praecox Anlass gibt. Wir haben zu erörtern, welche Gründe gegen die Annahme einer Schizophrenie sprechen. Meiner Ansicht nach sind es folgende:

1. Zunächst sind die krankhaften Abweichungen, welche W. zu einer abnormen Persönlichkeit machen, angeboren. Schon in der Jugend zeigte er sich unbeständig und fabrig. Auch die Reizbarkeit bestand bereits damals.

2. Bei der Schizophrenie finden wir meist ein deutlich aus dem bisherigen Lebenslauf sich heraushebendes Anfangsstadium der Psychose. Ein solches fehlt vollständig. Die mehrfach verzeichneten Zeiten, in denen der Patient erregt war, sind einem solchen Initialstadium ebenso wenig gleichzusetzen, wie etwa den einzelnen „Schüben“, die wir bei manchen Katatonien beobachten.

3. Da eine progrediente Abnahme der psychischen Funktionen, insbesondere eine Verödung des Gefühlslebens nicht nachzuweisen ist, so kommt eine Dementia simplex (Diem, Pick, Kraepelin) auch nicht in Betracht.

4. Die Zeiten der Erregung bringen keine wesentlich neuen Symptome, sondern lassen lediglich eine quantitative Steigerung der bereits vorhandenen erkennen.

5. Was mehrere der behandelnden Aerzte in erster Linie an eine Schizophrenie denken liess, waren die eckigen, grotesken Bewegungen des Patienten und seine eigentümliche Art zu reden. Mit diesen beiden Symptomen müssen wir uns noch besonders beschäftigen.

Wie schon bei der Darstellung der Krankheitsgeschichte gesagt wurde, handelt es sich bei den Bewegungen um eine Uebertreibung von an sich vernünftigen Reaktionen. Der normale Mensch, der eine Respektsperson begrüßt, bringt die Bewertung, die er derselben zuteil werden lässt, in der Form seines Grusses zum Ausdruck. W. begrüßt die für ihn in Betracht kommenden Respektspersonen, die Aerzte, achtungsvoll, aber nicht übertrieben. Dagegen die Gernegrosse auf der Abteilung, diejenigen, die zu Unrecht dominieren wollen, sucht er sich heraus und ihnen erweist er eine offensichtlich übertriebene Ehrfurcht, um sie zu verspotten. Was er tut, ist übertrieben, aber nicht unmotiviert oder siunlos. Insofern unterscheidet sich sein Handeln von dem des Schizophrenen und erinnert an das des „dummen August“ im Zirkus.

Dasselbe gilt von seinen Reden. Er geht zum Ohrenarzt, nicht um sich sein Ohr untersuchen zu lassen, sondern er lässt es „kritisch beleuchten“. Er verschmäht den nüchternen, rein sachlichen Ausdruck für den Vorgang und wendet statt dessen einen anderen, an sich sinnvollen an, der aber eine Uebertreibung darstellt.

6. Alles das geschieht, weil er ständig heiterer Stimmung ist, und durch nichts — z. B. auch nicht durch den jahrzehntelangen Anstaltsaufenthalt — aus derselben herausgerissen werden kann. Er sieht alles, was ihm begegnet, mit den Augen des lachenden Philosophen an.

7. Schliesslich ist noch ein Punkt wichtig. W. hat nie das Interesse an seiner Umgebung, der Aussenwelt, den Zeitereignissen verloren. Er liest Zeitungen und verarbeitet das Gelesene. Wenn er auch nicht den Wunsch äussert, einen Platz im Leben auszufüllen, so ist er andererseits doch auch nicht untätig, beschäftigt sich innerhalb der Anstalt — soweit das seine Unbeständigkeit zulässt — seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechend und hat ein durchaus richtiges Urteil für die Grenzen seines Könnens.

So stellt er das, was man ein „Original“ nennt, dar, d. h. einen Menschen, der nicht etwa schwachsinnig oder verblödet ist, sondern nur durch gewisse Verschrobenheiten in Kleidung, Reden und Handeln auffällt, verhältnismässig gut beobachtet, keineswegs interesselos ist, sich aber zu wirklich wertvollen Leistungen nicht aufraffen kann. Der im übrigen alles, was ihm begegnet, durch die rosige Brille betrachtet.

Dass man diese Fälle von der Dementia praecox aussondern muss, ist wohl nicht zu bestreiten. Ich glaube aber weiter, dass der vorliegende Fall als ein Ausfluss der manisch-depressiven Anlage anzusprechen ist, denn wir finden bei ihm eine von äusseren Einflüssen wenig oder gar nicht abhängige Heiterkeit. Der Kranke knüpft an Erlebnisse und Sinneseindrücke aus seiner Umgebung oft an. Gelegentlich kommt

es zu Klangassoziationen (nolens-coblenz). Er ist sprunghaft im Denken, macht Witze und neigt zu Uebertreibungen in seinen Reden.

Als besonders wichtig ist weiter des Umstandes zu gedenken, dass sich von Zeit zu Zeit, ohne erkennbare äussere Ursachen, bei ihm Zustände leichter Erregung einstellten, während deren er reizbar gegen die Umgebung war, wegen eines alten Ohrenleidens vom einem Arzte zum anderen lief, seine Wiederbemündigung betreiben wollte, Heiratsgedanken äusserte und sich sogar die Fähigkeit zutraute, einen Beruf auszuüben.

Gerade diese, nicht exogen bedingten Phasen, so kurz sie auch sein mögen, sprechen sehr zugunsten der Annahme einer manisch-depressiven Anlage¹⁾.

Ueber die Erblichkeitsverhältnisse vermag ich leider bei W. nichts zu sagen. Ich weiss von seinem Vater nur, dass der ein hervorragender Mathematiker war, der körperlich durch ungewöhnliche Hässlichkeit auffiel und zu den berüchtigsten Homosexuellen gehörte.

Wenn wir somit zu dem Schluss kommen, dass auch hier ein in den Bereich der manisch-depressiven Anlage gehöriger Fall vorliegt, so müssen wir weiter feststellen, was ihn von den beiden bisher beschriebenen Typen unterscheidet. Das ist meiner Ansicht nach die Denkstörung mit ihren Begleiterscheinungen. Die Art, wie W. denkt und spricht, zeigt viele Uebereinstimmungen mit dem, was wir über die Vor- und Anfangsstadien der Ideenflucht weiter oben erfahren haben. Es sei nur an die Uebertreibungen, die Verwendung bestimmter Kraftausdrücke, die gelegentlichen Klangassoziationen, die charakteristische Verarbeitung äusserer Eindrücke erinnert.

Diese Art zu denken und zu sprechen gibt der Persönlichkeit ihr eigenartiges Gepräge. Sie springt mehr in die Augen, als die zweifellos daneben vorhandenen affektiven und psychomotorischen Störungen.

Querulant.

X. Y., Geistlicher, 32 Jahre alt. Vater reizbarer Sonderling, mit Neigung zu Depressionen. Sehr fromm, sehr ehrgeizig und empfindlich. Hat leicht zylothyme Schwankungen. (Letzteres Angabe seines Sohnes.) In der Familie viel Zwistigkeiten.

Ueber zwei Brüder des X. wird in dem Abschnitt paranoide Fälle zu berichten sein.

X. selbst ist in Internaten erzogen. Er zeigte Durchschnittsbegabung, kam aber frühzeitig wegen seiner Reizbarkeit und Empfindlichkeit mit seiner Umgebung in Konflikt. Hetzte gegen Mitarbeiter und Vorgesetzte. Wurde

1) Nachtrag: Gegenwärtig (Februar 1919) ist er leicht depressiv!

Ordensgeistlicher. Fühlte sich im Kloster von seinen Vorgesetzten zurückgesetzt, intrigierte gegen seine Mitbrüder und hetzte gegen die Oberen. Gleichzeitig begann er für sich selbst allerlei Vergünstigungen zu fordern. Wenn dieselben ihm nicht gewährt wurden, tat er, was ihm beliebte, oder kämpfte mit grösster Energie so lange, bis er das Gewünschte erreichte. Queruliert jetzt gegen fast alles, was seine Vorgesetzten bestimmen.

Vor 5 Jahren Klagen über nervöse Störungen (Schlaflosigkeit, innere Unruhe, Gefühl der Leistungsunfähigkeit, Reizbarkeit.) Deshalb in ein Sanatorium geschickt, fiel er durch Ruhelosigkeit, unstetes Wesen, Neigung alles zu beobachten und die anderen Kranken durch Ratschläge und Tadel zu belästigen, durch Uebertretungen der Hausordnung, Differenzen mit dem behandelnden Arzt, nach einer Mitteilung auch durch erotisches Gebaren auf.

Zur Rede gestellt, bestritt er stets Inkorrekttheiten begangen zu haben. Da er in dem Sanatorium störend wirkte, erfolgte seine Entlassung. Er wurde nun in mehreren Klöstern untergebracht, immer mit dem gleichen Erfolge. Er hetzte alle Insassen gegeneinander auf, brachte infolge seiner Ruhelosigkeit den ganzen Betrieb in Unordnung, war einsichtslos, wenn ihm vorgehalten wurde, dass sein Verhalten störend wirkte, und bezichtigte andere der Inkorrekttheit. Ueber die Interna der Klöster, in denen er untergebracht war, teilte er Fremden Wahres und Erfundenes mit, fiel auch sonst in der Oeffentlichkeit auf und kam zu Beginn des Krieges sogar in den Verdacht der Spionage. Deshalb erfolgte Anstaltsinternierung.

In der Anstalt erregt, benutzt mehrere gewährte Ausgänge dazu, um in der Stadt unter falschen Angaben Einkäufe zu machen, die er nicht bezahlen kann, fügt sich nicht in die Hausordnung, schläft sehr wenig. Verlangt unter Drohungen seine Entlassung, behauptet, seine Oberen hätten ihn auf Grund falscher Angaben verschiedener Persönlichkeiten durch die Internierung für ewig unschädlich machen wollen. Stellt Skandalprozesse in Aussicht.

Nach einigen Wochen ruhiger. Wird entlassen. Geht sofort in eine andere psych. Anstalt, um sich auf seinen Geisteszustand untersuchen zu lassen.

Dann beginnt er mit grösster Betriebsamkeit der ganzen Angelegenheit nochmals nachzugehen, holt überall eidestattliche Versicherungen, ärztliche Atteste usw. ein, geht gegen die Aerzte vor, welche das Internierungsattest ausgestellt haben, sammelt das ganze Material, lässt es einbinden und mehrere Exemplare davon herstellen, mit denen er bei den verschiedensten weltlichen und kirchlichen Behörden umherzieht. Er reicht auch Klagen bei ärztlichen Ehrengerichten und seinen kirchlichen Behörden ein, sucht Abgeordnete für seine Sache zu interessieren, reist viel herum und beschwört immer neue Konflikte mit seiner vorgesetzten Behörde herauf.

Bemerkenswert ist dabei, dass sein Verhalten periodisch wechselt. Ohne äussere Veranlassung — also nicht etwa durch Komplikationen bedingt, die in seiner Sache neu eingetreten wären — setzt plötzlich eine grosse Betriebsamkeit ein, während deren er viel redet, schreibt, queruliert, mit seinen Vorgesetzten anbindet, unter falschen Angaben neue Freunde für seine Sache zu gewinnen sucht, ausgesprochenen Rededrang mit Neigung zum Abspringen.

aufweist, wenig schläft und über Nervosität klagt, die er auf seine Kämpfe zurückführt. In diesen Zeiten erfährt auch sein sonst schon recht ausgeprägtes Selbstgefühl eine deutliche Steigerung. Die Stimmung ist gereizt. Er ist fortwährend in Bewegung, zeigt sich unbelehrbar, so dass in stundenlangen Auseinandersetzungen nichts weiter erreicht wird, als dass er vorübergehend zugibt, er habe in dieser oder jener Frage unrichtig gehandelt. Trotzdem tut er schon am nächsten Tage wieder das, was er selbst am Tage vorher als unrichtig bezeichnet hat.

Diesen Zeiten der Erregung — in der letzten mir bekannten hat er seine Dokumente sogar drucken lassen — stehen andere gegenüber, in denen er wesentlich ruhiger und einsichtiger ist, allerdings auch da seine Angelegenheit weiter betreibt. Verf. hat ihn in diesen Phasen doch mehrere Male so weit gebracht, dass er ernstlich erwog, ob es nicht zweckmässiger wäre, wenn er seine Prozesse abbräche.

Weder für den Eintritt der erregten Phasen, noch für die Rückkehr der ruhigeren lassen sich exogene Ursachen finden. Er selbst kann die plötzlich einsetzende Betriebsamkeit auch nicht motivieren. Ausgesprochene Ideenflucht besteht bei X. nicht, wohl aber Andeutungen davon. Er spricht viel und rasch, stellt alles im Sinne seiner Anschauungen dar, sucht sich aus den Anschauungen anderer in den Zeiten der Erregung in erster Linie das heraus, was seiner querulatorischen Gereiztheit am meisten entspricht. Eine gewisse Ablenkbarkeit tritt auch hervor.

Körperlich bietet er ausser einer auffallend hohen Stimme nichts Besonderes.

Der Mann, den ich soeben geschildert habe, ist ein Querulant. Warum aber gehört er nun unter den Begriff der manisch-depressiven Anlage?

Dass direkte Belastung im Sinne des zirkulären Irreseins vorliegt, ist in der Krankheitsgeschichte bereits gesagt.

Ein zweiter Grund liegt darin, dass er periodisch, ohne exogene Ursachen auftretende Erregungszustände bekommt, die den Charakter einer leichten Manie tragen. Die wesentlichsten Symptome aber, welche er zu diesen Zeiten bietet, finden sich auch — in abgeschwächter Form — dann, wenn er ruhiger ist. Es handelt sich um Reizbarkeit, Misstrauen, Empfindlichkeit, eine gewisse Unstetigkeit, Selbstüberschätzung, Weitschweifigkeit im Reden, Neigung viel zu reden, Unfähigkeit sich dem Klosterleben einzuordnen, Sprunghaftigkeit im Denken, öfteren Wechsel der Zukunftspläne. Er fängt, das sei noch hinzugefügt, von Zeit zu Zeit auch wissenschaftliche Studien an, bringt aber seine Ausbildung nie zum Abschluss und ist noch weniger in der Lage, selbstständig zu arbeiten.

Auch hier haben wir also einen im Sinne des manisch-depressiven Irreseins Belasteten vor uns, der von Jugend auf gewisse Symptome der

Manie als Charaktereigenschaften zeigt. Diese Charaktereigenschaften steigern sich von Zeit zu Zeit zu richtigen manischen Phasen, in denen der Patient als geisteskrank im engeren Sinne zu bezeichnen ist. Nach Abklingen derselben ist er ein „unangenehmer, anspruchsvoller Untergebener.“ „Besserwisser,“ „unruhiger Geist,“ „sich überhebender, disziplinloser Psychopath,“ der im übrigen aber eine ganze Reihe von Attesten von Aerzten und Laien hat, die seine „geistige Gesundheit, ja sogar seine ungewöhnliche Geistesschärfe“ bezeugen.

Depressionen habe ich bei ihm nicht nachweisen können, wohl aber bei seinem Bruder.

Dasjenige, was den X. besonders kennzeichnet, ist sein Misstrauen und seine Empfindlichkeit, die sich mit hoher Selbsteinschätzung der eigenen Persönlichkeit verbinden. Diese Eigenschaften charakterisieren auch seinen Vater und bei zweien seiner Brüder spielen gerade die gleichen Symptome eine wichtige Rolle.

Man sieht also, dass die hereditären Beziehungen zwischen dem Vater und dem Sohne sich nicht auf die Vererbung der manisch-depressiven Krankheitsdisposition im allgemeinen beschränken, sondern dass wesentlichste Eigenschaften der Gesamtpersönlichkeit sich bei allen von mir persönlich untersuchten Gliedern der Familie finden.

Diese Eigenschaften beeinflussen übrigens das Zusammenleben der Beteiligten in hohem Masse. Auf die Dauer verträgt sich keiner mit dem anderen. Einmal nimmt der Vater uneingeschränkt Partei für seinen Sohn, bezahlt Rechtsanwälte und Reisen zur Durchfechtung der verschiedenen Streitigkeiten, wendet sich selbst an die höchsten Instanzen, um seinen Sohn in seinen Kämpfen zu unterstützen. Zu anderen Zeiten redressiert er alle getroffenen Massnahmen, heisst die Entscheidungen der Behörden gut, erklärt den Sohn selbst für geisteskrank, verweigert ihm jede finanzielle Unterstützung und wirft ihn aus dem Hause heraus. So schwanken die Beziehungen beider zwischen innigstem Einvernehmen und bitterster Feindschaft, ohne dass für diesen Wechsel sachliche Gründe zu finden sind.

Das Gleiche trifft für die Brüder untereinander zu.

Das, was alle diese Persönlichkeiten sowohl vom Gesunden, wie vom Paranoiker unterscheidet, ist der Mangel an Konsequenz im Denken und Handeln. Die Labilität des Urteils und Handelns ist bei ihnen nicht — wie etwa beim Hysteriker — durch Änderungen der Lage oder sonstige exogene Faktoren bedingt, sondern sie ist lediglich der Ausdruck endogener Schwankungen, wie wir sie bei dem manisch-depressiven Irresein kennen.

Die ethisch Depravierten.

Es gibt Psychopathen, bei denen als hervorragendstes Symptom die ethische Depravation bezeichnet wird. Frei von allen Gefühlsregungen tun und lassen sie nur das, was ihnen gefällt. Ihre Einordnung in ein bestimmtes Milieu begegnet grossen Schwierigkeiten. Viele von ihnen werden kriminell. Trotz guter Begabung können sie im Leben nirgends dauernd Fuss fassen.

Die meisten von diesen früher als Moral insanity bezeichneten Fällen gehören nicht in das Gebiet der manisch-depressiven Anlage. Dass aber einzelne von ihnen vielleicht doch hierher zu rechnen sind, an diese Möglichkeit lassen die folgenden Fälle denken:

Beide Eltern von jeher hypochondrisch und total verschroben. Mutter in den letzten Jahren senil-dement. (Durch Ermittlungen festgestellt.)

Aelteste Tochter, jetzt 42 J. alt, Lehrerin (in diesem Jahr untersucht). Musste wegen einer Melancholie pensioniert werden. Die letztere war gekennzeichnet durch Depression, objektive und subjektive Hemmung, subjektives Insuffizienzgefühl, innere Leere, Skrupeln, zeitweilige Selbstvorwürfe, Schlafstörungen, verminderte Nahrungsaufnahme, innere Unruhe und Präkordialangst, Neigung zum Weinen. Auch Suizidgedanken haben vorübergehend bestanden. Dauer etwa 2 Jahre. Die Melancholie habe ich selbst festgestellt. Ueber das sonstige Vorleben der Kranken weiss ich nichts Näheres.

Zweite Tochter, 38 J. alt, Privatsekretärin, jetzt verheiratet. (Seit 7 Jahren von mir verfolgt.)

Intelligentes Kind. Sehr gut gelernt. Von jeher lügenhaft. Stahl schon als kleines Mädchen. Gegen Belehrungen, Ermahnungen und Schläge refraktär. Immer, selbst in grösster Bedrängnis, heiter.

Nach der Schulzeit Handelsschule. Französisch und Englisch, Schreibmaschine, Stenographie. Zur Vervollkommnung in Sprachen nahm sie Stellung in der Schweiz an. Dort Gonorrhoe und Lues. Abort. Adnexoperation.

Nach Ausheilung Rückkehr nach Deutschland. Nimmt Stellung bei einer grossen Firma als Privatsekretärin des Chefs, mit dem sie sofort ein Verhältnis beginnt. Von ihm weiss sie fortwährend Geld herauszuholen, das sie für allerlei Nichtigkeiten ausgibt. Belügt und betrügt den Chef ohne Reue. Ist immer heiter. Einmal geht sie, um einen längeren Urlaub zu erhalten, zum Kassenarzt, lügt demselben ein Heer von Symptomen vor und erhält auf Grund eines Attestes die Erlaubnis zu einer Erholungsreise. Unterwegs geht ihr das Geld aus. Infolgedessen lässt sie sich in ein Krankenhaus aufnehmen, erbittet unter Beifügung eines neuen ärztlichen Attestes eine grössere Summe Geld von ihrem Liebhaber, verlässt nach Eintreffen des Geldes sofort das Krankenhaus, um mit einem Anderen zusammen zu leben. Lässt sich noch mehrmals Geld nachschicken, bis der ganze Schwindel herauskommt. Kehrt

in ihre Stellung zurück, als wenn nichts geschehen wäre. Gesteht die Beträgereien lachend ein, bringt ihren Liebhaber dazu, dass er sie weiter behält.

Um nicht durch Schwängerungen in unangenehme Lage zu kommen, heiratet sie einen wenig bemittelten, aber ordentlichen Mann. Bleibt gleichzeitig bei ihrem bisherigen Liebhaber in Stellung und setzt das Verhältnis mit ihm fort.

Spricht mit Behagen davon, wie vorzüglich sie alles inszeniert habe. Daneben auch noch andere Seitensprünge „nach Bedarf“.

So geht alles einige Jahre. Zu Beginn des Krieges wird der Mann eingezogen. Sie selbst bleibt bei ihrem Liebhaber, hält sich aber auch noch andere daneben, und zwar mit Vorliebe reiche, die ihren Tribut entrichten müssen.

1916 verlässt sie plötzlich ohne Grund ihre Stellung, kommt nach Bonn. Hier traurig, menschenscheu. Motiviert den Angehörigen gegenüber ihr Verhalten nicht. Sitzt untätig zu Hause herum. Kommt schliesslich zum Verf. Der solle ihr helfen. Sie sei ein schlechter Mensch, verdiene nicht zu leben. Habe alle Menschen betrogen. Ihre Schlechtigkeit stinke gen Himmel. Sie sei eine Bestie, wolle sich das Leben nehmen usw. Dabei schwer deprimiert, grosse innere Unruhe, fast völlige Schlaflosigkeit, sehr geringe Nahrungsaufnahme. Unfähigkeit, sich zu beschäftigen. Denken und Handeln verlangsamt. Entschlusslosigkeit.

Nach etwa 4 Monaten — ohne Anstaltaufnahme — allmähliche Besserung, so dass sie zwei Monate später wieder berufsfähig ist. Fängt dann hier wieder Verhältnisse an, macht sich aber zeitweise Vorwürfe, dass sie ihren Mann betrüge. Grübelt jetzt mehr über sich nach, warum sie so sei usw.; hat das Bedürfnis, sich von Zeit zu Zeit beim Arzt auszusprechen. Mitte 1917 Rückkehr in die alte Stellung zu ihrem früheren Verhältnis. Gleichzeitig versucht sie auch die Versetzung ihres Mannes, der nur garnisonstüchtig war, an den Ort ihrer Tätigkeit zu betreiben. Dies gelingt ihr. Daraufhin lebt sie in der alten Weise weiter.

Dritte Tochter¹⁾, starb, 32 Jahre alt, 1918 an Grippe. Telephonistin und Telegraphistin. Klug, sehr belesen, gute Umgangsformen, dabei aber genau so raffiniert, wie ihre zweite Schwester. Erzählt sans gêne bei der ersten Konsultation die grössten Intimitäten aus ihrem Vorleben.

Hat ungefähr nach den gleichen Grundsätzen gelebt, wie die andere Schwester. Heiratete z. B. einen ihr gleichgültigen Mann, weil er Geld hatte. Als er das verlor, verliess sie ihn sofort und liess sich scheiden. In einer Stelle hatte sie eine unbequeme Nebenbuhlerin. Ihrer entledigte sie sich dadurch, dass sie ein Verhältnis mit dem zuständigen Vorgesetzten anfing und diesen veranlasste, jene Dame zu entlassen. Nachdem sie ihr Ziel erreicht hatte, brach sie das Verhältnis sofort ab.

Von allen diesen Dingen erzählt sie in heiterer Weise, persifliert sich selbst, sucht nichts zu beschönigen. Keine Ideenflucht. Selbstbewusstes Auftreten.

1) Kurz vor dem Tode einiges Male gesprochen.

Ausgesprochene Depressionen oder Manieren waren nicht nachzuweisen. Zeitweise ist sie skrupulös. Macht sich dann Gedanken darüber, dass sie so gehandelt hat.

Nebenher hypochondrisch. Hegt bei jedem Symptom, das sie an sich beobachtet, gleich die schlimmsten Befürchtungen.

Keine hysterischen Stigmata.

Vierte Tochter, Lehrerin. Jetzt 26 Jahre alt. (Seit 1½ Jahren in Beobachtung.)

Schulleistungen gut. Sehr verlogen. Stiehlt als Kind. Ueber die Seminarzeit ist nichts Nachteiliges bekannt geworden. Als Lehrerin gute Erfolge, aber viel Differenzen mit Amtsgenossen. Kommt vertretungsweise an eine Knabenschule. Dort Verhältnis mit einem 15jährigen Schüler und einem jungen Geistlichen. Nachdem die Sache herausgekommen war, Entlassung. Davon völlig unberührt. Lässt sich jetzt von Herren aushalten. Macht auch öfters grössere Schulden, derentwegen sie bereits fruchtlos gepfändet worden ist. Gibt daneben Privatstunden.

Immer gleich guter Stimmung. Erzählt von ihren früheren Erlebnissen ohne Scheu und mit sichtlichem Vergnügen.

Berichtet, dass sie 3 mal für etwa 2–3 Monate „nervös“ gewesen sei. Sie habe Kopfschmerzen gehabt, nicht geschlafen, keine Freude am Leben gehabt. Zur Arbeit habe sie sich nicht zwingen können, sondern habe während der ganzen Zeit zuhause herumgesessen. Sie sei damals direkt menschenscheu gewesen und habe sich innerlich unsicher gefühlt. Keine Selbstvorwürfe. Kein Kleinheitswahn. Präkordialangst.

Während der letztbeschriebenen Zustände hat Ref. sie nicht gesehen. Bei einer körperlichen Untersuchung vor etwa 6 Monaten keine hysterischen Symptome.

Das, was die drei jüngeren Töchter der Familie St. auszeichnet (über die älteste weiss ich nicht mehr als oben angegeben), ist ihre ethische Depravation.

Bei guter Intelligenz besitzen sie ein stark ausgeprägtes Selbstbewusstsein. Ethische Gefühle und Moralbegriffe fehlen ihnen ganz und so spielen sie mit ihrem eigenen Schicksal, ebenso wie mit dem Anderer, ohne an die Folgen zu denken. Sind sie durch ihr Handeln in Schwierigkeiten geraten, so beeinflusst auch das ihr psychisches Befinden nicht wesentlich. Sie empfinden keine Reue und werden durch Misserfolge nicht belehrt. Ihre heitere Grundstimmung erleidet dadurch keine Aenderung.

Wenn man alles das zusammenfasst, so glaubt man klassische Fälle von Moral insanity vor sich zu haben.

Nun kommen aber zu diesen Symptomen sichere melancholische. Bei der ältesten Schwester habe ich selbst eine Melancholie festgestellt. Auch bei der zweiten trat plötzlich eine mehrmonatige Melancholie

auf. Die dritte war zeitweise skrupulös und machte sich dann Gedanken, dass sie ein solches Abenteuerleben führte. Und bei der vierten sind kurz dauernde Zustände beobachtet worden, die den mildernden Formen der Melancholie gleichen, soweit man das aus den Beschreibungen schliessen kann.

Depressive Symptome haben also alle vier zu irgend einer Zeit ihres Lebens geboten und dieser Umstand lässt an ihre Zugehörigkeit zur manisch-depressiven Anlage denken. Hinzu kommt, dass hysterische Stigmata bei keiner von den vier Schwestern nachzuweisen waren.

Andererseits muss man zugeben, dass der Komplex von Symptomen, der bei den drei genauer Studierten die „Anlage“ ausmacht, an manischen Zügen nur die heitere Lebensauffassung, ein deutlich ausgeprägtes Selbstbewusstsein, die sexuelle Betätigung, und die Beeinträchtigung der ethischen Gefühle enthielt. Denkstörungen im Sinne der Ideenflucht waren, soweit ich das feststellen konnte, nicht vorhanden.

Ich möchte die Zugehörigkeit der Familie St. zur manisch-depressiven Anlage deshalb auch nur mit Vorbehalt behaupten.

Kurz hingewiesen sei im übrigen wieder auf die Gleichartigkeit der Charakterstruktur bei den drei jüngeren Schwestern. —

Wir haben damit die wichtigsten manischen Anlagen, welche mir begegnet sind, besprochen.

Ein flüchtiger Rückblick lehrt uns, dass es tatsächlich ganz reine Fälle gibt, die nie depressiv werden. Gewissen endogen bedingten Schwankungen sind aber auch die unterworfen. Nur die geringe Stärke des Ausschlags nach der entgegengesetzten Seite unterscheidet sie von den mit depressiven Symptomen vermischten Fällen.

Die Aufstellung eines Begriffes, wie des der manischen Anlage, birgt die Gefahr in sich, dass er missbraucht wird, wenn eine scharfe Abgrenzung nicht möglich ist (vgl. Bumke). Darum möchte ich ausdrücklich nochmals betonen, dass nicht allein der Besitz eines heiteren Temperaments und einige aus der euphorischen Stimmung resultierende Handlungen genügen, die Zugehörigkeit zur manischen Anlage zu begründen, sondern dass dazu erforderlich sind Komplexe psychischer Eigenschaften, die verstärkt eine Manie ausmachen.

Sehr wichtig ist dabei die Erfahrung, welche wir im Verlaufe unserer bisherigen Betrachtungen fast durchgängig gemacht haben, dass schon bei der manischen Anlage Andeutungen jener Störungen des Denkens sich finden, die wichtige Bestandteile des ausgeprägten manischen Zustandsbildes darstellen, nämlich der Ablenkbarkeit, der Neigung zu Witzen, des Auftretens von „Einfällen“ und des sprunghaften Denkens.

Auch der Nachweis wiederholt aufgetretener endogener Schwankungen des psychischen Zustandes ist geeignet, die Diagnose zu stützen. —

Ein Wort schliesslich noch über die Bedeutung der manischen Anlage für die Produktivität auf wissenschaftlichem und künstlerischem Gebiete.

Ich habe gerade auch über diesen Punkt mit denjenigen meiner Fälle, die dafür geeignet waren, gesprochen. Sie gaben übereinstimmend an, dass die wichtigste Hilfe bei wissenschaftlichen und künstlerischen Leistungen die „Einfälle“ seien. Sie bringen die wirklich neuen Gedanken.

Nach ihnen kommt der Gedankenreichtum, von dem Dr. A. sprach. Sein Einsetzen bewirkt, dass Probleme, auf deren Lösung der Betreffende viel Mühe und Zeit verwandt hat, ihm mit einem Male geklärt erscheinen, ohne dass er Schritt für Schritt vorwärts zu denken braucht.

Das Hindernis der Ablenkbarkeit wird dadurch überwunden, dass bei den hier gemeinten Persönlichkeiten eine gewisse Neigung besteht, gelegentlich — wenn auch nach langer Zeit (z. B. in der nächsten hyperthymen Phase) — auf ungelöste Fragen zurückzukommen. So wird manches zwar langsamer vollendet, als von anderen Menschen, aber es reift doch.

Dass die manische Anlage die Gefahr ungleichwertiger Produktionen in sich birgt, ist in Anbetracht der Denkstörungen leicht erklärlich. Auch die Wahrscheinlichkeit, dass Denkfehler sich einschleichen, ist bei unseren Persönlichkeiten grösser, als bei anderen geistig produzierenden Menschen. Trotzdem können auch schwierige mathematische Probleme gelöst werden.

Es war mir besonders interessant, zufällig feststellen zu können, dass zwei von den bedeutenderen Mathematikern des verflossenen Jahrhunderts eine manisch-depressive Anlage gehabt haben müssen. —

Auf eine für die praktische Behandlung dieser Fälle wichtige Tatsache möchte ich noch eingehen.

Es ist oben auf die Verschlimmerungen, welche die Anlage zeitweise erfährt, hingewiesen worden. Während derselben kann u. U. Anstaltpflege nötig sein. Da die Zustände vom Laien schwer als geistige Störungen erkannt werden, wird leicht einmal der Vorwurf unberechtigter Internierung gegen Anstalten und Aerzten erhoben. Komplizierend kommt hinzu, dass die Verstimmungen von nur kurzer Dauer zu sein brauchen, so dass dann, wenn die Angelegenheit in der Oeffentlichkeit besprochen wird, der Pat. längst wieder in seinen alten Zustand zurückgekehrt ist.

Die nachuntersuchenden Psychiater können dann nur eine „Psychopathie“ feststellen.

Nach meinen Erfahrungen liegt in solchen Fällen nicht selten eine manische Anlage vor, die sich vorübergehend zu einer richtigen Manie ausgewachsen hatte.

Wie häufig im übrigen diese Zustände verkannt werden, beweist am besten der Umstand, dass die in Betracht kommenden Kranken fast regelmässig mehrere ärztliche Atteste vorlegen können, in denen ihnen geistige Gesundheit, oder sogar besondere Schärfe des Denkens und ähliches bescheinigt wird. Ich kann weiter hinzufügen, dass einer meiner Fälle in einer Versammlung von Fachgenossen einen Vortrag gehalten hat, bei dem er sich sehr auffällig benahm, ohne dass die Diagnose Hypomanie von den Herren, mit denen ich nachher sprach, gestellt worden wäre.

b) Die depressive Anlage.

Unter dem Namen der konstitutionellen Verstimmung hat Kraepelin eine Charakterveranlagung beschrieben, die gekennzeichnet ist durch eine andauernd trübe Gefühlsbetonung aller Lebenserfahrungen. Daneben verspüren die Kranken oft „innere Hindernisse“ bei Bewältigung geistiger Leistungen. Sie zeigen Neigung zu hypochondrischen Grübeleien, sind besonders empfänglich für die Sorgen, Mühsale und Enttäuschungen des Lebens und werden oft von einem Schuldgefühl gepeinigt, als hätten sie sich etwas vorzuwerfen.

Ihr Gefühlsleben wird von einer weichlichen Empfindlichkeit beherrscht. Sie besitzen oft ausgeprägte künstlerische und schöngestigte Neigungen und Fähigkeiten.

Häufig sind sie ängstlich, menschenscheu, unselbständige, unsicher im Auftreten, umständlich im Handeln, wenig verantwortungsfreudig und schwer von Entschluss. Auch Selbstmordneigung wird beobachtet.

Dazu kommen die verschiedensten nervösen Beschwerden wie Herzbeklemmungen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Magenerscheinungen, Darmbeschwerden u. a. m.

Diese Konstitution sieht Kraepelin als einen Grundzustand des manisch-depressiven Irreseins an. Er fügt aber gleichzeitig hinzu, dass nicht alle Formen depressiver Veranlagung im gleichen Sinne zu deuten seien. Namentlich die Fälle mit mehr umgrenzten Angstzuständen und Befürchtungen gehörten nicht hierher, dagegen seien wahrscheinlich gewisse weiche, sanfte, ein wenig zur Schwermut geneigte NATUREN hineinzurechnen, die mit guter Verstandesbegabung, gewinnender, anschmiegender Liebenswürdigkeit und grosser Herzensgüte, Ängstlichkeit, peinliche Gewissenhaftigkeit und Mangel an Selbstvertrauen verbinden, von jeder rauen Berührung mit dem Leben zurückschrecken, sich leicht Sorgen

machen und wohl zu dulden, ja sich zu opfern, aber nicht zu kämpfen verstehen.

Reiss, der in seinen schönen Untersuchungen über den Zusammenhang von Veranlagung und Psychose von der konstitutionellen Verstimmung ausgeht, bestätigt zunächst die Richtigkeit der Beschreibung Kraepelin's.

Er ergänzt sie dahin, dass die Kraepelin'schen Fälle sich durch eine langsam ansteigende, lang hingestreckte, und träge verlaufende Affektkurve (Gaupp) auszeichnen und enge Beziehungen zu den Zwangszuständen böten.

In einer zweiten Gruppe fasst Reiss dann solche Kranke zusammen, die sich durch raschen und unvermittelten Ablauf aller affektiven Vorgänge auszeichnen. Er meint damit Menschen, die im allgemeinen depressiv veranlagt sind und auf jede Kleinigkeit mit einem zwar kurzen, aber intensiven Stimmungsausschlag reagieren. Die Summe dieser sich rasch folgenden Einzelausschläge täuscht eine dauernde Verstimmung vor.

Bei dieser Gruppe finden sich Zwangsvorstellungen, Grübelzwang, Selbstquälereien, Versündigungsideen und alle die anderen, oben erwähnten Erscheinungen nicht. Der Kranke vermag sich wenigstens vorübergehend dem Genuss des Augenblicks voll hinzugeben bis die nächste betrübende Erfahrung eine neue Verstimmung auslöst.

In zwei Punkten nur stimmen die Angehörigen dieser zweiten Gruppe mit denen der ersten überein, nämlich in der übergrossen Empfindlichkeit gegen Kränkungen und Zurücksetzungen und in der Neigung sich mit der eigenen Person zu beschäftigen. Während aber bei der ersten Gruppe die Gedanken sich vorwiegend um die eigene Unzulänglichkeit drehen, sind es bei der anderen körperliche Missemfindungen, die dem Gesamtbilde einen hypochondrischen Anstrich verleihen.

Die zweite Gruppe stellt nach Reiss einen zu psychogenen Reaktionen neigenden Typus dar. R. meint nun, dass man diese beiden Gruppen zwar theoretisch scheiden müsse, dass ihre Abgrenzung im konkreten Falle aber ausserordentlich schwierig sei.

An ähnliche Verhältnisse, wie Reiss, scheint Rybakoff, dessen Arbeit mir nur im Referat zugänglich ist, gedacht zu haben. Er beschreibt eine Zyklophrenie, deren Unterformen z. T. in die hier besprochenen Konstitutionsanomalien, zum anderen Teil in die leichteren Formen des manisch-depressiven Irreseins hineingehören, wie sich aus seiner Einteilung der Zyklophrenie ergibt. Jedenfalls hat auch dieser Autor der engen Beziehungen zwischen Individualität und Psychose besonders gedacht.

Einen dem hier vertretenen in mancher Beziehung nahestehenden Standpunkt nehmen Rodiet und Masselon ein. Sie führen aus, dass ihrer Ansicht nach jede Melancholie auf prädisponiertem Boden entstehe. Die Individualitäten, aus denen sich das ausgeprägte Krankheitsbild entwickele, seien in drei Gruppen zu teilen, die man etwa 1. als Konstitutionell-depressiv, 2. Zykllothymische und 3. Degenerative mit obsessiven Zuständen und periodischen Schwankungen bezeichnen könne.

Wenn ich im Folgenden, zunächst ohne auf bestimmte Streitfragen einzugehen, einige Typen beschreibe, die mir häufiger begegnet sind, so kann ich selbstverständlich auf Vollständigkeit keinen Anspruch machen. Die Kranken, deren Geschichte ich hier bringe, sind ausnahmslos in die erste Gruppe von Reiss einzureihen, d. h. sie sind Spielarten dessen, was Kraepelin als konstitutionelle Verstimmung beschreibt. Auf die anderen Fälle einzugehen, behalte ich mir für ein späteres Kapitel vor.

Ich betone wieder ausdrücklich, dass die gegebene Einteilung zunächst nur bezieht, zu zeigen, wie verschieden sich die Menschen, welche mit den gleichen Komplexen psychischer Eigenschaften ausgestattet sind, im Leben präsentieren können, sobald einzelne Symptome stärker hervortreten, als die anderen. Daneben liegt mir aber auch daran, die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, dass doch verhältnismässig oft solche dominierenden Symptome die Familieneigentümlichkeit bilden und selbst in den ausgesprochenen manischen oder melancholischen Phasen nicht verschwinden, im Gegenteil mitunter in diesen schweren Attacken sogar deutlicher hervortreten.

a) Die einfache depressive Verstimmung.

Familie B. (Mutter und Tochter $2\frac{1}{2}$ Jahre beobachtet. Vater einmal untersucht.)

Mutter stille, durch viel Unglück in der Familie vorzeitig gealterte Frau, die auf Aufregungen und körperliche Anstrengungen mit Kopfschmerzen, Müdigkeitsgefühl, Schlaflosigkeit und ähnliche Erscheinungen reagiert. Ein Bruder der Mutter Epileptiker mit Krämpfen, petit mal, Dämmerzuständen und ausgesprochenem Schwachsinn.

Der Vater (geb. 1860) ist in der Jugend ein gut begabter, stiller, etwas empfindsamer Mensch gewesen. Das Lernen fiel ihm nicht leicht. Er war grüblerisch veranlagt, neigte zu trüber Lebensauffassung.

Wurde Realschullehrer. In den Jahren der Berufstätigkeit selbstbewusster.

1906 „allgemeine Nervosität“ und Ängstlichkeit. Pat. wurde reizbar und empfindlich, appetit- und schlaflos. Er unternahm alle möglichen Kuren, ohne Besserung zu finden. Schliesslich stellten sich religiöse Skrupel ein, mit denen sich eine melancholische Verstimmung verband. Deshalb am 13. 3. 08

in die Prov.-Heilanstalt B. Hier bot der Pat. das Bild einer ausgeprägten Melancholie, die durch das zeitweilige Auftreten von vielen Halluzinationen sich auszeichnete. Bis Ende Oktober 1908 trat Besserung ein, sodass Pat. versuchsweise entlassen werden konnte. Zu Hause setzte einige Tage später eine lebhafte Erregung ein, die bewirkte, dass er wieder in einer Anstalt untergebracht werden musste. Seit April 1913 ist er wieder in B. Hier wurde folgender Verlauf beobachtet:

April 1913 bis Ende Mai 1914 Depression mit vereinzelten Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen. Juni 1914 bis März 1915 viel Halluzinationen und Illusionen, kein charakteristischer Affekt. Juli 1915 Erregung mit Beeinträchtigungsideen. Oktober 1915 ausgesprochene manische Erregung mit Rededrang usw. Viel Größenideen. Der Zustand hielt an bis Anfang 1917. Dann wechselndes Verhalten. Mehreren Tagen, an denen er ganz ruhig, klar und geordnet ist, folgen andere, an denen er die Personen seiner Umgebung mit anderen Namen bezeichnet, sehr erregt ist und sogar mit Kot und Urin schmiert. Mitunter bedient Pat. sich einer besonderen Sprache. Gelegentlich sonderbare Haltungen, an den ruhigen Tagen schreibt er inhaltlich gute, zusammenhängende Briefe, macht auch ganz brauchbare Gedichte.

Anfang 1918 zunehmende Erregung. Unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen aggressiv, beschimpft und schlägt die Frau. Nimmt die von ihr mitgebrachten Geschenke nicht an. Fühlt sich von ihr und anderen beeinträchtigt. Dabei ideenflüchtig. Ruhige Tage selten.

Tochter. Jetzt 20 Jahre alt. Von Jugend auf still und zurückhaltend. Ging nur im Familienkreise aus sich heraus. Empfindlich gegen Tadel. Bei ziemlich guter Begabung fiel ihr das Lernen schwer. Grüblerisch. Dachte oft über Dinge nach, die anderen jungen Mädchen fern lagen. Neigung zu trüber Lebensauffassung. Aeusserte bisweilen allerlei grundlose Befürchtungen.

Mitte 1916 fielen zwei Brüder im Felde. Angeblich im Anschluss daran wurde sie stiller, traurig, gehemmt. Sie sprach weniger, hatte Angst und Druckgefühl auf der Brust, schlief schlecht, ass wenig, nahm an Körperegewicht ab. Gelegentliche Selbstvorwürfe, starkes Insuffizienzgefühl. Hat das Bedürfnis, sich noch mehr als früher an die Mutter anzulehnen. Will nicht, dass Massnahmen zu ihrer Heilung getroffen werden. Es habe keinen Zweck. Sie werde doch nicht wieder gut. Subjektive und objektive Hemmung. Einige Male Selbstmordgedanken.

Nach sechsmonatigem Bestehen der Krankheit auf Rat des Verf.'s mit der Mutter aufs Land. Dort allmähliche Besserung. Nach 8 Wochen Rückkehr nach B. Auf der Rückfahrt in der Eisenbahn Erregungszustand. Will an einem Kreuzungspunkt nicht umsteigen, ruft laut um Hilfe, die Mutter wolle sie umbringen, wehrt sich gegen die Verbringung in den anderen Zug, so dass die Fahrt unterbrochen werden muss. Am nächsten Tage Rückkehr nach Bonn. Hier Beeinträchtigungsideen gegen die Mutter, viel Halluzinationen (teilweise im Sinne der Verfolgung), heitere, meist auch etwas gereizte Stimmung. Ideenflucht. „Ungeniertes Benehmen.“ In der Anstalt (17.1.17), wohin die Pat. zunächst gebracht wird, Vergiftungsideen (mit Geruchs-, Gehörs- und Gesichts-

täuschungen), nimmt zögernd Nahrung. Einige Male unsauber mit Urin. Rasches Abklingen der Erregung, auch jetzt noch glaubt sie, dass die Mutter ihr nicht wohl will. Hört hässliche Dinge, die ihr zugerufen werden.

1. 3. 18 versuchsweise nach Hause entlassen, die Erregung nimmt sofort wieder zu. Pat. glaubt sich besonders von der abgöttisch geliebten Mutter beeinträchtigt. Bedroht, beschimpft und schlägt dieselbe. Nimmt einmal eine Axe und will auf die Mutter losgehen. Als Ref. gerufen wird manisches Zustandsbild mit Halluzinationen. Pat. ist gereizt, spricht fortwährend, schimpft, macht dazwischen Witze, ist abspringend, macht Verse. Deutliche motorische Unruhe, ungeniertes Benehmen. Halluziniert offenbar. Als von der Mutter gesprochen wird, zunehmende Erregung. Schreit, ruft ihr Schimpfworte zu. Will aggressiv werden.

Deshalb erneut in eine Anstalt, wo nach 3 Monaten Beruhigung eintritt.

Nach der Rückkehr in die Familie Krankheitseinsicht. Anfangs noch Stimmungsschwankungen. Jetzt wieder still, beschäftigt sich im Hause, trübe Lebensauffassung, Hang zur Traurigkeit, leichte Hemmung.

Vater und Tochter B. stellen vor dem Auftreten der ersten schweren Phase die reinsten Typen konstitutioneller Verstimmung dar, die es wohl gibt. Das Wesentlichste und Hervorragendste ist die depressive Lebensauffassung und eine stille Traurigkeit. Nebenher in nur geringer Ausprägung finden wir eine leichte Erschwerung des Denkens, Neigung zum Grübeln, Empfindlichkeit, und gelegentlich werden auch Befürchtungen geäussert.

Insofern sind beide Kranke einfach zu deuten. Wichtig sind nun die beiden Pat. für die Frage des Vererbungsproblems.

Nicht nur die Anlage ist bei beiden die gleiche, sondern auch der Verlauf der geistigen Störung, und namentlich finden wir bei beiden gewisse symptomatologische Besonderheiten, die das klinische Krankheitsbild atypisch machen.

Bei Vater und Tochter beginnt die Psychose mit einer Melancholie. Sehr früh zeigen sich verhältnismässig viel Halluzinationen. Als dann der manisch-depressive Mischzustand einsetzt, spielen die Halluzinationen eine noch grössere Rolle. Sie richten sich bei beiden gegen die in ruhigen Zeiten heissgeliebte Mutter.

Während der Erregungen bei beiden Neigung zum Versemachen, häufige Angriffe auf die Umgebung, vorübergehende Unsauberkeit mit Kot und Urin.

Dabei im übrigen das unverkennbare Bild eines manisch-depressiven Mischzustandes mit vorwiegend manischen Symptomen.

Man sieht also hier dasselbe Krankheitsbild mit den gleichen atypischen Beimischungen bei Vater und Tochter auftreten. Beim Vater

besteht es jetzt schon über 10 Jahre mit gewissen Schwankungen. Die Tochter ist genesen.

Die Vererbung erstreckt sich hier also nicht nur auf die Krankheitsform im allgemeinen, sondern sie erstreckt sich sogar¹⁾ auf die klinischen Besonderheiten und den Verlauf! Denn sie entwickelte sich aus einer depressiven Anlage heraus. Dabei muss ich ausdrücklich hinzufügen, dass die Tochter den Vater in den Zeiten der Krankheit nur dann ganz selten einmal gesehen hat, wenn er ruhig war. Jahrelang überhaupt nicht.

Exogene Faktoren, welche das Auftreten so gleichartiger Krankheitsbilder zu erklären vermöchten, habe ich nicht nachweisen können, man wird deshalb nicht umhin kommen, alles, was bei beiden an gleichartigen klinischen Erscheinungen aufgetreten ist, auch als den Ausfluss der Persönlichkeit anzusehen.

Mit anderen Worten gesagt: Es liegt nahe anzunehmen, dass nicht allein die Krankheitsform, sondern auch symptomatologische Besonderheiten in der Persönlichkeit „präformiert“ waren.

Diese Feststellung, der wir im Verlaufe unserer Ausführungen bereits begegnet sind, die uns auch bei späteren Beobachtungen noch begegnen wird, bestätigt nicht nur manche Erfahrungen von Reiss, sie lehrt sogar, dass die Uebereinstimmungen noch weiter gehen können, als dieser Autor meinte.

Jaspers hat in seiner Psychopathologie unter Hinweis auf die mehrfach erwähnten Studien von Reiss gesagt, man müsse Antwort auf drei Fragen suchen: 1. Gibt es aufzeigbare Krankheitsformen, die sich nur gleichartig vererben? 2. Innerhalb welcher abgrenzbaren Kreise findet eine transformierende Vererbung statt in dem Sinne, dass ein Krankheitsbild das andere als Aequivalent gleichsam ersetzen kann? 3. Oder gibt es etwas Derartiges überhaupt nicht?

Wenn wir die Literatur von Sioli's erster Arbeit bis heute verfolgen und wenn wir insbesondere solche Erfahrungen, wie sie uns die Familien C., B., V., A. und H. bieten, mit berücksichtigen, dann muss man als feststehend für das manisch-depressive Irresein ansehen, dass es sich gleichartig vererbt. Innerhalb des manisch-depressiven Irreseins ist eine transformierende Vererbung in dem Sinne möglich, dass, statt einer Melancholie, eine Manie oder ein Mischzustand auftritt. Das Häufigere scheint aber auch da die Gleichartigkeit der Vererbung zu sein.

1) Das Gleiche hat Reiss anscheinend auch beobachtet (vgl. l. c. S. 258).

Gegen diese Behauptung hat man die gelegentlich gemachte Erfahrung ins Feld geführt, dass von manisch-depressiven Eltern Kinder abstammen, die schwachsinnig sind oder an Dementia praecox leiden und ähnliches. Darauf ist folgendes zu erwidern:

1. In einem Teil dieser Fälle handelt es sich meiner Ueberzeugung nach um Fehldiagnosen. Ich werde weiter unten selbst Beobachtungen bringen, die zeigen, wie schwer die Differentialdiagnose sein kann.

2. Man darf die sämtlichen in einer Generation vorkommenden seelischen Abweichungen nicht ohne weiteres auf die manisch-depressive Belastung durch eines der Eltern beziehen, sondern muss den Ursprung der vom Typus der gleichartigen Vererbung abweichenden Krankheitsform an der Hand des Stammbaums suchen. Man wird dann nicht selten finden, dass die scheinbare Abweichung von der Regel bis tief in eine angeheiratete Familie zurückzuverfolgen ist, also ursächlich auf die manisch-depressive Belastung gar nicht zurückzuführen ist, sondern neben und unabhängig von ihr besteht (vgl. Familie N. und Ho.).

Es ist das grosse Verdienst von Sommer, Strohmeyer, Rüdin, Berze u. a., auf die Notwendigkeit der Ermittlung von Familienstammbäumen hingewiesen zu haben. Leider sind solche nur selten in der wünschenswerten Vollständigkeit zu erhalten und man wird sich deshalb oft damit begnügen müssen, alle erreichbaren lebenden Familienmitglieder in ihrem Lebensgang zu verfolgen. Es genügt im allgemeinen nicht, eine oder einige Untersuchungen vorzunehmen. Man darf die einzelnen Personen vielmehr nicht aus den Augen verlieren, wenn kleine endogene Schwankungen der Stimmung, das passagere Auftreten von Zwangsserscheinungen, die unten noch näher zu besprechende Störung des Denkens und ähnliches nicht unbemerkt bleiben sollen.

Noch ein Punkt ist bei Besprechung der Familie B. zu erörtern, nämlich die Frage, wie weit sowohl die manisch-depressive Anlage, wie auch die ausgesprochenen Phasen des manisch-depressiven Irreseins durch exogene Momente beeinflussbar sind.

Diese Frage hat gerade während des Krieges, wo es sich darum handelte, über die Berechtigung materieller Entschädigungsansprüche zu entscheiden, viel Schwierigkeiten bereitet und sie ist sehr verschieden beantwortet worden. Im allgemeinen hat jedenfalls die Neigung zugenommen, den exogenen Faktoren einen allzu grossen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf unserer Erkrankung abzusprechen.

Je länger man sich gerade mit den hier besprochenen Zuständen beschäftigt, desto mehr kommt man zu der Ansicht, dass äussere Einflüsse von sehr untergeordneter Bedeutung sind. Man ist — das wird jetzt auch allgemein anerkannt — bei der Annahme von ursächlichen

Zusammenhängen früher doch allzu handwerksmässig vorgegangen und hat sich bisweilen lediglich mit dem mehr oder minder exakten Nachweis eines zeitlichen Zusammenhangs zwischen dem angeschuldigten Erlebnis und der Verschlimmerung des Zustandes begnügt. Wie vorsichtig man aber dabei sein muss, das kann man sich gerade an unseren Fällen klar machen.

Von Fr. B. wird behauptet, dass sich bei ihr im Anschluss an den Tod der Brüder allmählich die depressive Anlage zu einer Depression gesteigert habe.

Klinisch war die Depression, als ich sie feststellte, eine echte Melancholie. Der Inhalt der Psychose wurde von dem traurigen Geschehnis, welches sie ausgelöst haben sollte, nicht im geringsten beeinflusst. Die Patientin fühlte sich in erster Linie krank und dachte an sich und ihren Zustand, weniger an die Brüder.

Noch unverständlicher ist der Zusammenhang zwischen der Rückreise aus der Sommerfrische und dem Umschlag in die Manie. Das zeitliche Zusammentreffen ist nicht zu leugnen. Das Auftreten von Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungsideen nicht zu verstehen.

Betrachten wir nun den Krankheitsverlauf beim Vater. Da hat sich die einleitende Depression ohne äusseren Anlass ausgebildet. Die Exazerbationen in dem späteren Verlauf stellten sich zwar einige Male im Anschluss an einen Ortswechsel ein; noch viel häufiger aber ohne exogene Beeinflussung.

Man muss bei dem Vater B. geradezu sagen, dass die Reaktion des Kranken auf die Anstaltsentlassung mit einer Verschlimmerung psychologisch nicht verständlich ist. B. kam nach Hause zu seiner Familie, die er liebte, nach der er sich in der Anstalt, wie aus seinen Briefen hervorgeht, auch gesehnt hatte, und es stellen sich nun Erregungszustände und Beeinträchtigungsideen ein, die sich gegen die Ehefrau richten.

Wie ganz anders, wie viel durchsichtiger und psychologisch verständlicher ist dagegen die Wirkung exogener Faktoren bei den psychogenen Erkrankungen. Da sehen wir nicht nur den zeitlichen Zusammenhang, sondern können auch feststellen, dass der Kranke sich mit dem oder den inkriminierten Erlebnissen während der geistigen Störung beschäftigt.

Es gibt zwischen den reaktiven Psychosen und unseren Fällen noch zwei weitere Unterschiede, nämlich:

1. gilt für die reaktiven Erkrankungen mit gewissen Einschränkungen der Satz: Cessante causa, cessat effectus. Für die manisch-depressive Anlage und das manisch-depressive Irresein trifft dieser Satz nicht zu;

2. sind bei den psychogenen Störungen die schwersten Symptome im Aufang zu finden, und es erfolgt dann eine bald raschere, bald langsamere Lösung. Bei den Manisch-depressiven ist das häufig umgekehrt, jedenfalls lässt sich die eben gegebene Regel nicht anwenden.

So ergibt sich denn, dass bei den von uns als manisch-depressive Anlage beschriebenen Fällen exogene Faktoren kaum eine Rolle spielen. Manche von den angeschuldigten Erlebnissen sind nicht Ursache, sondern bereits erste Symptome einer Exazerbation. So entschuldigte der Fall C. sein Benehmen der Mutter gegenüber z. B. einmal damit, sie habe ihn durch Verweigerung von Geld gereizt. Deswegen sei er zornig geworden und habe ihr in der Oeffentlichkeit Szenen gemacht. In Wirklichkeit lagen aber die Verhältnisse so, dass er das Geld zu einer Zeit forderte, in der er bereits durch Vielgeschäftigkeit, vermehrtes Pläneschmieden, grössere Unruhe usw. aufgefallen war. Seine manische Anlage war also schon vorher exazerbiert.

Man wird nun sagen, dass selbst bei Berücksichtigung aller von mir aufgezählter Faktoren noch Fälle übrig bleiben, in denen nach einem bestimmten Erlebnis die manisch-depressive Anlage deutlicher hervortritt, als vorher.

Diese Tatsache besteht zu recht. Das muss zugegeben werden. Es fehlt aber auch nicht an Erklärungen für die Erscheinung. Ich habe an zwei Möglichkeiten gedacht.

Es kommt erstens vor, dass eine solche Anlage, ohne dass eine wirkliche Verschlimmerung eingetreten ist, stärker hervortritt, weil die äusseren Verhältnisse ungünstiger geworden sind. Zweitens muss man daran denken, dass psychogene Beimischungen das Krankheitsbild färben.

Was ich damit meine, kann ich am einfachsten an einem Beispiel zeigen:

M. (geb. 1876), Rechtsanwalt. Seit Mitte 1917 beobachtet.

Grossvater hochgradig nervös. Mutter sehr affekterregbar, hatte zeitweise extreme Geräuschfurcht, so dass sie die Fenster des Schlafzimmers polstern liess. Vater Philanthrop, weltabgewandt.

M. selbst stark depressiv veranlagt. Neigung zu Befürchtungen, Insuffizienzgefühl, arbeitete zu jedem Examen bis zur Erschöpfung.

1912 Depression mit schwerem Krankheitsgefühl, Furcht, geisteskrank zu werden, Insuffizienzgefühl, subjektiver und objektiver Hemmung, Gefühl, dass das Gedächtnis schwände, Selbstvorwürfe, Suizidgedanken. Nach einer grösseren Ausspannung Besserung.

1914 wurde Pat. auf der Sommerreise durch die Mobilmachung überrascht. Auf der Rückreise auf einem Bahnhof erregt, weint laut. Die Familie müsse zugrunde gehen und verhungern. Pat. lässt zu Hause allerlei Nahrungsmittel einkaufen, um die Seinen vor dem Hungertode zu bewahren. Schafft

andererseits die Zeitungen ab, weil er für derartige Ausgaben kein Geld zu haben behauptet, was nicht zutrifft.

Von da ab während des ganzen Krieges deprimiert, weint bisweilen, skrupulös. Weiss nicht, ob er dem Berufe noch nachgehen darf, sei doch krank. Fürchtet ständig etwas falsch zu machen. Glaubt, dass die Kollegen und Richter ihm seinen Zustand ansehen. Macht sich Gedanken über eine eventuelle Einziehung. Er würde die Vorgesetzten nicht richtig grüssen, Befehle vergessen oder nicht richtig ausführen und dann eingesperrt werden. Er wird schliesslich als Schreiber eingestellt und hat einige Journale über verliehene Auszeichnungen zu führen. Obwohl die Tagesarbeit in 3 Stunden zu leisten ist, geht er 1—2 Stunden vor Dienstanfang auf die Schreibstube, schläft nachts nicht, weil er sich über seine dienstlichen Pflichten viele Sorgen macht. Schlechte Nahrungsaufnahme. Ist froh, dass er seine Tätigkeit als Anwalt nicht auszuüben braucht. Daneben zu Hause Neigung zu Affektausbrüchen gegenüber der Familie bei geringen Anlässen.

Während der Revolutionstage und nach dem Einzug der feindlichen Besatzung Exazerbation.

Nachdem sich die Verhältnisse konsolidiert haben, ruhiger, aber die Anlage zur Depression und die Neigung zur Skrupulösität bestehen fort.

M., der bereits früher eine sicher endogene Depression gehabt hat und zweifellos auch eine depressive Anlage aufweist, daneben aber (infolge der Belastung von seiten der Mutter?) zu heftigen Affektentladungen neigt, findet in den durch den Krieg bedingten Verhältnissen eine Quelle zu vermehrten Skrupeln. Es ist mehr Grund zu trüben Gedanken vorhanden, und er kann sich vor allem der veränderten Lage nicht anpassen. Deshalb scheint er kränker, ohne es zu sein. In seinen Gedankengängen spielt auch das jeweils Aktuelle eine grosse Rolle.

Daneben finden wir seine Neigung zu Affektreaktionen gesteigert, dieselbe machte sich zu Beginn des Krieges am stärksten bemerkbar.

Mit der Besserung der äusseren Lage ändert sich auch sein Verhalten.

Hier finden wir also die beiden oben erwähnten Faktoren nebeneinander, nämlich 1. den Kampf des depressiv veranlagten, wenig anpassungsfähigen Patienten mit einer neuen, unbequemen Situation und 2. die psychogenen Beimischungen.

Der eben geäusserten Ansicht stehen scheinbar zwei Gruppen von Fällen entgegen, nämlich 1. die Depressionen nach Unfällen, wie ich sie in meinem Buche über den Selbstmord beschrieben habe.

Wenn ich für jene Beobachtungen damals den Begriff der Melancholie beibehielt, so geschah es, weil die Gutachter, welche die Akten bearbeitet hatten, sie als solche bezeichnet hatten. Meiner Ansicht nach

handelte es sich in Wirklichkeit um reaktive Depressionen. Schon der Umstand, dass sich inhaltlich die Psychose ganz mit dem auslösenden Erlebnis beschäftigte, spricht dafür.

Ich habe dann im vorigen Jahre zwei atypische Schreckpsychosen beschrieben, in denen auf einen Affektshock sich Geistesstörungen von sicher reaktivem Charakter entwickelten. Später stellten sich dann Symptome ein, die als manisch bzw. depressiv angesprochen werden mussten.

Beide Kranke habe ich weiter verfolgen können und es zeigte sich, dass bei ihnen eine Neigung zu psychogenen Reaktionen neben der manisch-depressiven Anlage bestand. Die l. c. auf S. 379 beschriebene junge Dame hat inzwischen sowohl hysterische Symptomenkomplexe wie mehrere kurze melancholische Depressionen gehabt, die letzteren waren sicher endogen (die Belastung dazu rührte von der Mutter her), die ersten exogen bedingt (die Belastung stammte aus der väterlichen Familie). Beide waren unabhängig voneinander, so dass ich auch für die anfängliche Störung an ein zufälliges Zusammentreffen denken möchte.

Wie leicht man sich bezüglich der exogenen Auslösbarkeit von Psychosen täuschen kann, zeigen am besten unsere Kriegserfahrungen. Es gab am Anfang des Krieges eine ganze Reihe von Autoren (z. B. Verf.), die glaubten, dass die Kriegsergebnisse manische und depressive Zustände in grosser Zahl ausgelöst hätten. Wie sich später herausstellte, traf das nicht zu. Die auch bei uns in Bonn anfangs beobachtete Häufung von zirkulären Erkrankungen war offenbar eine zufällige¹⁾ gewesen. Schon vom zweiten Kriegsjahre ab gehörten Manien und Melancholien zu den Seltenheiten, obwohl um diese Zeit die Leiden sowohl für die Zivilbevölkerung, wie für die Heeresangehörigen eigentlich erst begannen.

Ich muss es mir versagen, auf die 2. Gruppe konstitutioneller Verstimmungen von Reiss an dieser Stelle, wie es wünschenswert wäre, einzugehen, und möchte mir das für später vorbehalten.

Nur darauf möchte ich nochmals hinweisen, weil es für das Erblichkeitsproblem wichtig ist, dass sich, wie ich ja schon zeigen konnte, die verschiedene Herkunft der manisch-depressiven Anlage und der Neigung zu lebhaften Affektreaktionen in manchen Fällen an der Hand des Stammbaumes nachweisen lässt.

β) Die Skrupulosität.

Haben wir uns soeben mit der einfachen depressiven Verstimmung und einigen im Anschluss daran zu erörternden allgemeinen Fragen be-

1) Vgl. auch Bonhoeffer, Allg. Zeitschr. f. Psych. 1916.

beschäftigt, so müssen wir uns jetzt einer anderen Variation, der „Skrupulösität“, zuwenden.

Auch da möchte ich ein Beispiel voranstellen.

E. G., Studentin der Philos., 29 J. alt. (2 Jahre beobachtet.)

Vorfahren des Vaters sehr religiös. Empfindliche Naturen. Neigung zu trüber Lebensauffassung.

Vater: Maschinenfabrikant, zeigt grösste Neigung zu hypochondrischen Gedanken. Beobachtet sich und die Familie sehr genau, lässt sofort mehrere Aerzte kommen, wenn er etwas gefunden zu haben glaubt.

Neigung zu trauriger Lebensauffassung. Macht sich auch viel Gedanken über Dinge, die mit der Gesundheit nichts zu tun haben. Lebt ganz als Einsiedler. Reist nicht, weil er Menschen nicht sehen kann und Geräusche fürchtet (z. B. das Zuschlagen der Abteiltüren auf der Eisenbahn).

In seinem Fach sehr tüchtig. Hat selbst mehrere Erfindungen gemacht, die ihm viel Geld eingebracht haben. Neben der Konstruktion von Werkzeugmaschinen beschäftigt er sich mit Astronomie, der er seine freie Zeit widmet.

Der Tochter ist aufgefallen, dass in dem Befinden des Vaters Schwankungen auftreten, für die sich äussere Anlässe nicht finden lassen.

Die Mutter, die ich selbst gesprochen habe, ist eine ruhige, klar denkende Frau von guten Formen und gesundem Urteil. Auch die Tochter hält ihre Mutter für gesund.

Frl. G. selbst gibt an, dass sie ebenso wie der Vater bezüglich ihrer Gesundheit von Jugend auf sehr ängstlich gewesen sei. Sie habe von jeher bei allem gleich immer an das Schlimmste gedacht.

Schon in den ersten Schuljahren trat bei ihr die Neigung zu depressiver Lebensauffassung und Grübeleien hervor. Sie pflegte deshalb von ihrem 10. Lebensjahr ab der Mutter abends vor dem Schlafengehen mindestens eine Viertelstunde lang alles zu erzählen, was sie im Laufe des Tages Unrechtes gedacht und getan hatte. Sie machte sich über das Geschehene Vorwürfe und Skrupeln, aber nicht allein über Dinge, die sie wirklich ausgeführt hatte, sondern auch über solche, von denen sie nicht genau wusste, dass sie sie getan hatte. So bestand z. B. in der Schule die Bestimmung, dass die Schülerinnen vor Eintritt der Lehrerin nicht sprechen durften. Abends wusste die Pat. oft nicht, ob sie das Gebot übertreten hatte. Trotzdem konnte sie von dem Gedanken nicht loskommen, dass sie sich vergangen hätte.

Sie lernte in der Schule leicht und kam gut mit, doch fügte die Pat. ungefragt hinzu, dass ihre Leistungsfähigkeit „periodisch ausserordentlich schwankte“. Zum Abiturientenexamen bereitete sie sich privatim vor, musste mehrere Male für einige Wochen ihre Arbeit unterbrechen, weil sie sich „nervös“ fühlte, und bestand das Examen trotzdem nach 2 Jahren.

Körperlich fühlt sie sich von Jugend auf sehr wenig leistungsfähig, obwohl ihr bisher alle Aerzte gesagt haben, sie sei organisch gesund. — Solange ich selbst die Pat. kenne, bot sie folgendes:

Sie erschien in nicht ganz gleichen Abständen mit Klagen über Kopfdruck, Erschwerung des Denkens, Unfähigkeit zu geistiger und körperlicher Arbeit, Mattigkeitsgefühl, Gedächtnisschwäche und Schlafstörungen.

Ueber diese Erscheinungen machte sie sich dann grosse Sorgen, liess sich immer von neuem versichern, dass das nichts Schlimmes sei, erwog in skrupulöser Weise, ob sie das Studium nicht aufgeben solle, da sie doch so insuffizient sei. Einige Male bestand auch Angstgefühl und Herzdruck. Die Pat. machte einen gedrückten, müden Eindruck, sah blass aus, hatte eine mässige Tachykardie. Ohne dass man schon von Hemmung reden konnte, waren ihre Bewegungen und ihr Sprechen langsamer, als in den besseren Zeiten.

Nach einigen Wochen verringerten sich die subjektiven Beschwerden oder schwanden ganz, die Stimmung wurde zuversichtlicher und die Kranke konnte wieder arbeiten. Ein gewisses Gefühl der Insuffizienz, die Neigung zu Skrupeln und ein „Sündengefühl“ wurde sie aber nie los. Sie quälte sich sogar mit diesen Dingen innerlich viel, namentlich dann, wenn sie sich zu niemandem darüber aussprechen konnte. Einmal erschien sie z. B. erregt und bat, „sie auf Homosexualität zu untersuchen“. Sie hatte darüber gelesen und es war ihr aufgefallen, dass sie bisher fast nur Freundschaften mit Mädchen gehabt hatte (ihre Eltern pflegten keinen gesellschaftlichen Verkehr und sie lebte in einer kleinen Stadt). Dies genügte ihr, um sich für homosexuell zu halten und es bedurfte mehrerer längerer Unterredungen, um sie davon abzubringen.

Ueber das „Sündengefühl“ berichtet sie folgendes:

Nach harmlosen Freuden stellt sich bei ihr ein Gefühl ein, als hätte sie ein Unrecht begangen, und sie muss sich dann Vorwürfe machen. Wenn sie z. B. jemanden besuchen will, den sie gern hat, dann freut sie sich vorher und gerät direkt in einen Spannungszustand. Nach Beendigung des Besuches beschäftigt sie sich mit dem Erlebnis so intensiv, dass sie schlecht schläft und am Morgen mit einem „Katergefühl“ aufwacht, einem Gefühl, „als wenn sie sich übernommen hätte“, und dann macht sie sich Vorwürfe, dass sie mit Menschen, die so auf sie wirken, überhaupt verkehrt.

Das Gefühl der Insuffizienz kommt bei ihr dauernd darin zum Ausdruck, dass sie etwas Hastiges und Unsicheres in ihren Bewegungen hat und ständig beobachtet, ob ihre Unsicherheit von der Umgebung bemerkt und ob ihr Verhalten beobachtet wird.

Schliesslich hat sie noch etwas, was sie die „innere Stimme“ nennt. Wenn sie sich Vorwürfe macht, weil sie dies oder jenes getan oder unterlassen hat, dann beschäftigen sie diese Vorwürfe so lebhaft, dass sie ihre Gedanken fast hört. Sie ist sich vollkommen klar darüber, dass nicht etwa wirkliche Stimmen ertönen, weiss, dass es sich um ihre eigenen Gedanken handelt, und will damit nur zum Ausdruck bringen, welche hohe Bedeutung und Intensität diese Gedanken für sie haben.

Diese innere Stimme macht sich zu den Zeiten, in denen sie sich schlechter fühlt, mehr bemerkbar, als zu anderen. Eine Abhängigkeit der Schwankungen von exogenen Faktoren habe ich nicht nachweisen können.

Zur Vervollständigung ist noch hinzuzufügen, dass die G. trotz ihrer Jugend und ihres Reichtums sehr einfach und zurückgezogen lebt, wenig Verkehr hat und mit peinlicher Gewissenhaftigkeit ihren selbstübernommenen Pflichten nachgeht, d. h. sie besucht ihre Vorlesungen, schreibt eifrig mit und arbeitet das Besprochene so gewissenhaft durch, wie ein Schüler die aufgegebene Lektion, obwohl sie lediglich aus wissenschaftlichem Interesse studiert, nicht etwa um später eine Stelle anzunehmen.

Das hervorstechendste Merkmal der Persönlichkeit des Fr. G. ist ihre Skrupulosität. Es kann ihr begegnen, was es sei, immer hat sie ein Gefühl der Unsicherheit. Sie muss nachgrübeln, ob ihr Verhalten richtig war, ängstigt und sorgt sich, hat nach den harmlosesten Freuden ein „Sündengefühl“ und macht sich oft sogar über Dinge Vorwürfe, von denen sie nicht einmal bestimmt weiß, ob sie sie überhaupt ausgeführt hat.

In den ausgesprochensten Fällen, die ich gesehen habe, ging die Störung so weit, dass die Kranken jede Kleinigkeit zu einer Haupt- und Staatsaktion machten. Eine meiner Pat. befragte ihren Mann vor jeder Gesellschaft über das anzuziehende Kleid, die Frisur, ob sie diese oder jene Handschuhe nehmen sollte, welcher Schmuck in Betracht käme und äbnl. mehr. Sie begnügte sich nicht damit, einmal alles zu überlegen und dann entsprechend zu handeln, sondern kam immer wieder mit den gleichen Fragen, machte selbst Bedenken geltend, die immer von neuem widerlegt werden mussten, brauchte infolgedessen zu ihrer Toilette viel mehr Zeit, als andere Frauen, und brachte auf diese Weise ihre gesamte Umgebung fast zur Verzweiflung.

Dass dieser Typ hierher gehört, ergibt sich aus der Art der Belastung und den endogenen Schwankungen, die bei meinen Fällen nie fehlten. Nicht selten verbinden sich die Skrupeln mit ausgesprochenen melancholischen Verstimmungen, während sie zur Zeit der leichten Exaltationen weniger hervortreten, zum mindesten aber leichter überwunden werden.

Sie entstehen aus einem Gefühl innerer Unsicherheit, der Neigung zum Klebenbleiben an jedem einzelnen Gedanken und aus beträchtlicher Entschlusslosigkeit.

Infolge der Skrupulosität, die sich namentlich in ungewohnten Situationen bemerkbar macht, sagen oder tun diese Kranken nicht selten etwas, was sie in Zeiten, wo sie zu wirklicher, d. h. ungehinderter Ueberlegung fähig sind, nie tun würden. Ihre Entschlüsse und ihr ganzes Handeln ist — wenigstens in den ausgeprägtesten Fällen — mehr Zufallsprodukt. Es entbehrt der Konsequenz. Denn, wenn die Kranken auch gewisse Grundsätze haben, so hindert sie die Skrupulosität

oft daran, diese Prinzipien zur Anwendung zu bringen und sie handeln ihnen entgegen, wenn sie nicht die erforderliche Zeit haben, sich zu ihnen durchzuringen. —

Wenn ich diese Variation besonders schildere, so geschieht es einmal der Skrupeln wegen, dann aber auch, weil wir hier besonders deutlich eine Denkstörung kennen lernen, die charakteristisch für die konstitutionelle Verstimmung ist. Wir werden weiter unten darauf näher einzugehen haben.

Ausserdem stellen diese Fälle den Uebergang zu den reinen Zwangsvorstellungskranken dar, die ja auch eine besondere Gruppe der manisch-depressiven Anlage bilden.

γ) Hemmungszustände.

Schon das Beispiel, welches bei der Skrupulosity gebracht wurde, wies neben den Skrupeln ein anderes Phänomen, wenn auch nicht als dominierend, auf, nämlich gewisse Hemmungerscheinungen.

Es gibt nun Menschen, bei denen dieses Symptom so stark in den Vordergrund treten kann, dass es der Gesamtpersönlichkeit den Stempel aufdrückt und oft zu Fehldiagnosen Anlass gibt.

Die schwersten Fälle dieser Gruppe, die ich gesehen habe, sind als alte Katatoniker, einer auch als ein besonders abgefeimter Simulant angesehen worden, und man muss zugeben, dass bei Betrachtung lediglich des Zustandsbildes, ohne Kenntnis der Entwicklung des Krankheitsbildes, man leicht zu einem Fehlurteil kommen kann. Die folgenden Beispiele werden das zeigen.

Familie Ha. (Tochter 6 Monate in Beobachtung).

Vater tot, psychisch anscheinend o. B.

Mutter nach Angaben der Tochter mit 40 Jahren Depression. Sie wurde ängstlich, schlief sehr schlecht, ass wenig, fürchtete, dass ihr etwas passieren würde. Innere Unruhe, Selbstvorwürfe und sehr ausgesprochene Platzangst. Nach etwa 2 Jahren heilte die Krankheit aus.

Frl. H., jetzt 24 Jahre alt, stud. phil., war als kleines Kind sehr lebhaft, später sehr still. In den ersten Schuljahren gute Leistungen. Seit dem 12. Lebensjahr verändert. Damals wurde sie „bleichsüchtig“, konnte in der Schule nicht aufpassen, hatte Kopfschmerzen. Aufgaben, die sie zu Hause gut gelernt hatte, konnte sie in der Klasse nicht, weil das Gedächtnis versagte. Deshalb schlechte Schulerfolge.

Im 16. Lebensjahr, während eines Winters, besseres Befinden. Das Gedächtnis wurde zuverlässiger, sie bekam grössere Beweglichkeit, fühlte sich innerlich sicherer. Die Schulzeugnisse wurden besser.

Im folgenden Jahr in Pension (Kloster im Ausland). Dort starkes Anlehnungsbedürfnis. Gelegentliche Befürchtungen, dass sie nicht stark genug

sei, dem Leben die Stirn zu bieten, dass sie zur Ehe nicht geeignet sei usw. Wollte deshalb Nonne werden. Ein persönlicher Zwist mit einer Schwester verleidete ihr jedoch das Klosterleben. Deshalb ins Elternhaus zurück. Sie beschloss, Sprachlehrerin zu werden. Während der Vorbereitungen Versagen des Gedächtnisses, Sinken der Energie, Schwächegefühl. Sie musste sich zu allem zwingen, glaubte, dass der Kopf „wie leer“ war, vernachlässigte sich auch etwas im Aeusseren. Trotzdem legte sie nacheinander das französische und englische Sprachexamen ab. Zum Besuch der Handelshochschule konnte sie sich aber auf die Dauer nicht zwingen, weil ihr das ganze Studium zu nüchtern war.

Um diese Zeit litt sie auch noch immer unter der Enttäuschung, die ihr die Klosterschwester bereitet hatte. Sie hatte dieselbe schwärmerisch geliebt.

Vor 3 Jahren Besserung. Infolgedessen Vorbereitung zum Abiturienten-examen. Einige Monate nach Bestehen desselben ernéutes Auftreten der Gedächtnis- und Denkhemmung. Anfangs konnte sie noch Kolleg hören und mitarbeiten, später ging das nur noch selten. Die Augen und der Kopf schmerzten ihr, sie hatte das Gefühl der Leistungsunfähigkeit, das Interesse an der Sache schwand, sie arbeitete auch wenig, wurde traurig und zog sich von den nächsten Angehörigen zurück.

Objektiv: Kleines, scheues, sanftes Mädchen mit traurigem Gesichtsausdruck. Unsicherheit in Blick und Haltung. Langsame Antworten und Bewegungen. Gute Intelligenz. Deutliches Insuffizienzgefühl. Klagen über körperliche Beschwerden. Blasses Aussehen. Tachykardie.

Der Fall bietet, zusammengefasst, folgendes:

Gleichartige Belastung von seiten der Mutter. Bei der Pat. in den ersten Lebensjahren heiteres, später depressives Temperament, das im 16. Jahre nur für kurze Zeit eine Besserung erfuhr.

Vom 12.—16. Jahre Hemmung des Gedächtnisses, Erschwerung des Denkens, schlechtere Schulerfolge.

Vom 17. Lebensjahr bis zur Gegenwart mit kurzer Unterbrechung Gedächtnisschwäche, Energienlosigkeit, körperliches Schwächegefühl, Gefühl der Leistungsunfähigkeit, Abnahme des Interesses für den zukünftigen Beruf, Neigung zum Einsiedlerleben, leichte Verstimmung, Langsamkeit im Denken und Handeln.

Es ist also in diesem Falle die Hemmung der psychischen Funktionen, welche seit Jahren die Gesamtpersönlichkeit kennzeichnet. Dabei wird die Zugehörigkeit zur manisch-depressiven Anlage durch die gleichartige Belastung und die charakteristischen endogenen Schwankungen einwandsfrei bewiesen.

In vieler Beziehung erinnert der Fall an die Beschreibung, die Kraepelin von gewissen schwärmerisch veranlagten, wenig leistungsfähigen und energielosen Menschen gegeben hat, die, wie er hinzufügt, wohl zu dulden, aber nicht zu kämpfen verstehen. —

Bei Familie Ha. hielt sich die Hemmung in mässigen Grenzen, so dass die Pat. zwar in ihrer Leistungsfähigkeit dadurch beeinträchtigt war, aber doch nicht als geistesgestört im engeren Sinne angesehen werden konnte. Es gibt Fälle, bei denen die Hemmungen viel weiter gehen. Welche Grade dabei erreicht werden können, lehrt die folgende Beobachtung. Ich habe die Kranke in einer Eheanfechtungssache begutachtet. Die Mitteilungen über den Verlauf verdanke ich der Dr. Hertz-schen Anstalt in Bonn.

Frau E., geb. 1875.

Vater nervös. Hat als Bauunternehmer viel Geld verdient. Wurde später Trinker.

Frau E. selbst war immer still, ernst veranlagt, freundlich. Gute Schulerfolge, sehr musikalisch.

Der Mann, welcher einige Jahre im Hause verkehrte, ehe er die Pat. heiratete, berichtete, ihm sei schon damals aufgefallen, dass seine spätere Frau „apathisch“ war, sich an der Unterhaltung wenig beteiligte. Sie musste, wenn er zum Besuch kam, oft von der Mutter erst ins Zimmer hereingeholt werden, manchmal erschien sie überhaupt nicht. Er bemerkte auch, dass die Mutter ihre Tochter erst fertig anzog, bevor sie sie dem Bewerber zuführte, weil die E. selbst sich dazu nicht aufraffen konnte.

Nach der Verheiratung überliess die Pat. den Haushalt dem Mädchen, kümmerte sich um nichts, brauchte sehr viel Zeit zum Anziehen, konnte nie fertig werden, zeigte in allem eine enorme Langsamkeit. Zu den offiziellen Besuchen (Mann: Gymnasial-Oberlehrer) war sie nicht zu bewegen. Spaziergänge vermiest sie. Zu Unterhaltungen war sie selten geneigt. Dabei ängstliches Wesen. Fürchtete sich, allein in ein Zimmer zu gehen, konnte kein Messer sehen, ängstigte sich davor, ohne dass sie zu sagen vermochte, warum. Ein inzwischen geborenes Kind versorgte sie nicht.

Anfang 1915 in ein Sanatorium gebracht, wurde sie erregt, versuchte zum Fenster herauszuspringen. Wiederholte von Zeit zu Zeit immer dieselben Fragen: Ob sie noch gerade und ganz sei, ob etwas passiert sei, ob ihr jemand etwas tue.

In der Folgezeit blieb sie ängstlich, wollte nicht allein sein. Sie wusch sich zwar, machte sich das Haar aber nicht, brauchte zum Ankleiden die Zeit vom Morgen bis Mittag. Sie ass nur auf Drängen, und dann auch sehr langsam. Der Schlaf war schlecht. Es bestand ausgesprochenes Krankheitsgefühl.

Am 28. 2. 1917 kam sie in die Hertz'sche Anstalt. Dort stark gehemmt. Anfangs gab sie noch vereinzelt mit leiser Stimme Antwort. Später setzte sie wohl zum Sprechen an, brachte aber kaum ein Wort mehr heraus. Nur ab und zu beantwortet sie Fragen durch Kopfnicken oder Schütteln.

Einmal, an einem etwas freieren Tage, gab sie an, sie müsse so viel an die Fragen, die sie von Zeit zu Zeit wiederhole, denken, dadurch sei sie so gehemmt, dass sie nichts tun könne.

Wenn der Arzt das Zimmer betrat, lächelte sie verbindlich, nahm auch die gebotene Hand. Konnte sie dann auf die Fragen des Arztes nichts herausbringen, dann kamen Tränen.

Besuch der Angehörigen bereitete ihr Freude.

Dass es sich nicht etwa um Zwangsvorstellungen, sondern um wirkliche Hemmung handelt, ging aus einzelnen Beobachtungen hervor. Wenn sie sich die Zähne reinigen sollte, brauchte sie eine gewisse Zeit, ehe sie die Zahnbürste in die Hand nahm. Dann hielt sie dieselbe ratlos in der Hand, tauchte sie erst nach einiger Zeit ins Wasser, brachte sie aber auch da zunächst nicht wieder heraus, sondern brauchte dazu, wie zu den übrigen noch erforderlichen Bewegungen mehrere Minuten.

Man sah ihr häufig an, dass sie energische Anstrengungen machte, die Hemmung zu überwinden. Das gelang ihr aber nur selten und dann auch nur unvollkommen.

In ungefähr dem gleichen Zustande wurde die Pat. im Januar 1917 nach Hause entlassen. Während des Aufenthaltes in der Anstalt hat das Befinden ganz leichte endogene Schwankungen gezeigt, so dass sie manchmal einzelne Worte oder Sätze herauszubringen vermochte, mehr aber nicht.

Nie Katalepsie. Kein Grimassieren, keine Manieren, wie überhaupt nichts Schizophrenes.

Hier haben wir eine progressive, sich ganz langsam entwickelnde Hemmung des Redens und Handelns bis fast an die Grenze des Stupors.

Dass nicht etwa eine Katatonie vorlag, ist meiner Ansicht nach aus dem Fehlen katatoner Symptome, ferner daraus, dass die Patientin unter den Zuständen sehr litt und keine Veränderung der Persönlichkeit im Sinne der Schizoprenie zeigte, zu schliessen. Sie war nichts weniger als gemütsstumpf.

Um Zwangsvorstellungen allein kann es sich nicht gehandelt haben, denn die Hemmung äusserte sich immer und überall, nicht bloss in bestimmten Situationen. Das Vorliegen von Zwangsvorstellungen, die ihr Verhalten hätten erklären können, hat die Patientin auch durch Kopfschütteln verneint.

Für die Diagnose wichtig ist: 1. dass eine depressive Anlage vorhanden war, aus der sich das Ganze entwickelte, 2. haben vorübergehend Phobien bestanden (Furcht vor Messern), 3. finden wir die bekannten endogenen Schwankungen. Dazu kommt 4. der depressive Affekt und die mehrfach geäusserten Selbstmordgedanken.

Ich habe einen ganz ähnlich verlaufenen, wenn auch nicht ganz so schweren Fall im Eheanfechtungsverfahren begutachtet (Frau von 28 Jahren), in dem die Hemmung durch mehrere kurze hypomanische Phasen unterbrochen wurde. In einer derselben liess die Patientin in Abwesenheit des Mannes das Haus umbauen. Sonst pflegte sie einen

wütenden Hausputz zu beginnen, der regelmässig mit einem Wechsel des gesamten Personals endete. Da war die Zugehörigkeit zur manisch-depressiven Anlage noch deutlicher.

Ich habe noch drei Fälle gesehen, die zwar im äusseren Anblick ähnlich waren, wie der eben beschriebene, aber doch wohl anders zu deuten sind. Alle drei waren Landleute, die aus ihrem Dorfe nur zur Erfüllung ihrer militärischen Dienstpflicht herausgekommen waren.

Es waren Menschen, die in der Jugend zwar langsam arbeiteten und langsam dachten, sich in ihrem engen Wirkungskreis aber wohl fühlten und dann auch fröhlich sein konnten. In der Familie des einen waren hysterische Störungen mehrfach vorgekommen. Diejenige des zweiten stand in schlechtem Ruf, namentlich wurde ihr Neigung zu Diebereien vorgeworfen. Von den Angehörigen des Dritten konnte ich nichts Näheres in Erfahrung bringen.

Zwei von ihnen wurden zum Militär eingezogen, der Dritte musste die Heimat aus anderen Gründen verlassen. Bei allen Dreien ging nun die Krankheit folgendermaassen weiter:

Einige Wochen nach dem Verlassen des Heimatdorfes trübe Stimmung. Neigung zum Weinen. Dann plötzlicher Erregungszustand mit nachfolgendem Stupor, der sich in mehreren Monaten löste. Inzwischen war die Entlassung nach Hause erfolgt.

Dort nahmen sie ihre alte Beschäftigung wieder auf. Sie arbeiteten langsam und umständlich, zeigten eine extreme Menschenscheu, so dass sie, sobald ein Fremder auf den Hof kam, alles stehen und liegen liessen und sich im Hause oder in der Scheune versteckten.

Sie verliessen freiwillig den Hof überhaupt nicht, antworteten auf Anreden den Dorfbewohnern nicht. Mit den zum eigenen Hof gehörigen Personen verkehrten sie in vernünftiger Weise, wie auch ihre Arbeitsleistungen denen anderer Landarbeiter im grossen und ganzen entsprachen.

Nur über grosse Reizbarkeit wurde von den Verwandten und Angestellten der Patienten geklagt.

Dieses Bild änderte sich sofort, wenn sie den Hof aus irgendeinem Grunde verlassen mussten. Zunächst mussten sie zum Bahnhof geschoben oder gefahren werden. Sie sprachen unterwegs mit niemandem. Einen der drei Fälle habe ich in Bonn bei der Ankunft zufällig beobachten können, ohne dass ich wusste, dass es sich um eine klinische Aufnahme handelte. Er wurde von seinem Bruder wie ein negativistischer Katatoniker die Strassen entlang bis zur Klinik geschoben, wobei er auch einen gewissen Widerstand leistete. Das Aeussere war durch die Reise schmutzig, der Hut sass schief auf dem Kopf, sein Be-

dürfnis batte der Patient unterwegs in die Hose gemacht (die Reise ging von der Eifel bis Bonn). Im Sprechzimmer antwortete er nicht, befolgte keinerlei Aufforderungen, bewegte sich auch spontan nicht und reagierte auf Nadelstiche gar nicht. Auf der Abteilung ass er nicht, starre vor sich hin, sprach mit niemandem, musste mit Gewalt ins Bett gebracht werden.

Dieser Mann war in seinem Dorfe, da er Militärrente bezog, für einen grossen Simulanten gehalten worden.

Der zweite Fall, aus der Umgegend von Bonn stammend, war ungefähr so, wie der eben beschriebene, nur war er nicht so unsauber. Bei ihm kam Rentensicht oder Furcht vor der Einziehung nicht in Betracht, denn er war bereits definitiv entlassen. Trotzdem das gleiche Bild: Ausserhalb des elterlichen Gehöftes wie ein katatonischer Stupor, in gewohnter Umgebung ein fleissiger Arbeiter, der sich nur wegen Kopfschmerzen von Zeit zu Zeit für halbe Tage ins Bett legeu musste.

Dass die eben kurz geschilderten beiden Fälle — der dritte stimmte mit ihnen überein — ganz ungewöhnlich sind, wird ohne weiteres zugegeben werden.

Es fragt sich zunächst, wie sind sie klinisch zu rubrizieren?

Von Frau E. unterscheiden sie sich dadurch, dass es sich nicht um eine endogene Fortentwicklung einer angeborenen Anlage handelt.

Die Erkrankung ist vielmehr im direkten Anschluss an das erstmalige Verlassen der väterlichen Scholle entstanden. Die ersten Symptome wie überhaupt der Verlauf in den ersten Monaten, den ich nur aus Akten bzw. Angaben von Verwandten kenne, erinnert am meisten an denjenigen reaktiver Psychosen.

Schliesslich sehen wir dann, dass eine extreme Menschenscheu zurückbleibt und der Patient, wenn er aus der gewohnten Umgebung des elterlichen Hauses herausgeholt wird, völlig ablehnend wird, nicht spricht, nichts isst und sich vernachlässigt, während er zu Hause zwar reizbar ist und allerlei (neurotische?) Beschwerden hat, aber doch selbstständig arbeitet und Brauchbares leistet.

Mit den manisch-depressiven Zuständen ist dieser Krankheitsverlauf um so weniger zu identifizieren, als bei allen drei Patienten weder charakteristische, manische noch depressive Zustandsbilder nachzuweisen waren.

Als Fälle von Katatonie kann man sie wohl auch nicht ansprechen, denn bei dem Manne aus der Nähe von Bonn würden dann die Verhältnisse so liegen, dass er an einem Tage, wo er den Arzt besuchte, von morgens 5—10 Uhr fleissig arbeitete, von 10—2 Uhr das Bild eines katatonen Stupors bot und dann, nach Hause zurückgekehrt, wieder arbeitete.

Zu Hause war er ein gereizter Mensch, hatte viel Kopfschmerzen, tat aber seine Arbeit, ohne Negativismus oder irgendwelche groben Hemmungserscheinungen. Auch impulsive Handlungen, Halluzinationen, Katalepsie usw. fehlten.

Ich glaube, dass man diese Fälle doch wohl zu den reaktiven wird rechnen müssen. Bei ihrer Entstehung spielt wahrscheinlich der Heimwehkomplex eine grosse Rolle.

Auch das Vorkommen subjektiver Beschwerden, wie wir sie von Neurotikern klagen hören, spricht in gleichem Sinne. Schliesslich ist auf die weitgehende Abhängigkeit des Zustandes von der Umgebung besonders hinzuweisen.

§) Der Kleinmut.

Zu den wichtigeren Symptomen der Melancholie gehört das Gefühl der Insuffizienz, die innere Unsicherheit und der Kleinheitswahn. Alle drei sind psychologisch miteinander nahe verwandt.

Andeutungen dieser Erscheinungen können sich nun innerhalb der depressiven Anlage als Charaktereigentümlichkeiten zeigen und sie verleihen dann der betroffenen Persönlichkeit eine so ausgeprägte Eigenart, dass man von einer besonderen Variation der depressiven Anlage zu sprechen berechtigt ist.

Wn., jetzt 62 Jahre alt. Jurist. (Dem Ref. seit 10 Jahren bekannt.) Ueber Erblichkeit konnte nichts erfragt werden. Eine Tochter des Pat. soll zirkulär sein.

Wn. selbst hat sich aus kleinen Verhältnissen emporgearbeitet. War von Jugend auf ängstlich und aufgereggt. Literarisch ist er mit Erfolg tätig gewesen, hat auch als Jurist ein sicheres Brot, ist aber nicht reich geworden.

Im Jahre 1917 hat er eine Melancholie von etwa 10 monatiger Dauer durchgemacht.

So lange ich den Pat. kenne, bot er mit Ausnahme der Zeit der Melancholie immer dasselbe Bild:

Er war ein kleiner, dürftig und etwas unordentlich gekleideter Mann mit eckigen Bewegungen, dem man die innere Unsicherheit schon vom Gesicht ablesen konnte. Jeden, der sein Amtszimmer betrat, begrüsste er mit tiefen Bücklingen, war peinlichst bemüht, die richtigen Titel bei der Anrede zu brauchen, liess auf der Strasse seine Begleiter stets rechts neben sich gehen und erschien auch dann beglückt, wenn er von Leuten, die weniger waren als er selbst, angeredet wurde.

Er widersprach fast nie, stimmte anderen in der Unterhaltung auch dann meist zu, wenn sie Unsinn redeten, und äusserte nur selten eine eigene Meinung.

Auf andere nahm er über Gebühr Rücksicht, auf sich selbst nie. Es fiel ihm sehr schwer, im Beruf sowohl, wie im Privatleben, fremden Menschen Wünsche abzuschlagen, mochten sie auch noch so unberechtigt sein. Takt-

losigkeiten gegenüber war er wehrlos. Er ist von vielen Menschen ausgenutzt worden, während er für sich selbst schwer bitten oder gar fordern konnte. So hat er viel Gutes getan, aber nur wenig Gutes erfahren.

Es besass ein umfangreiches Wissen, war sicher klüger als die Mehrzahl seiner Amtsgenossen, und urteilte treffend, so lange er unbeeinflusst war. Sobald aber jemand energisch und bestimmt auf ihn einredete, dann wurde er sehr leicht schwankend und es gelang nicht selten, ihn zu einer seiner ursprünglichen Ansicht entgegengesetzten Meinung zu bekehren.

Seine Stimmung war leicht gedrückt. Er suchte dieselbe nach aussen hin meistens zu verbergen. Wer ihn näher kannte, dem entging die Depression aber nicht.

Körperlich hatte er einen Herzfehler.

Nach den Mitteilungen von Studien- und Amtsgenossen hat Wn. von Jugend auf das gleiche Verhalten gezeigt.

Der Nachweis der Zugehörigkeit des Falles zur manisch-depressiven Anlage ist durch die von mir selbst beobachtete Melancholie erbracht. Der Umstand, dass eine Tochter des Pat. zirkulär sein soll, kann diese Annahme nur wahrscheinlicher machen.

Das Wesentliche an der Persönlichkeit des Wn. besteht in einer Unterschätzung des eigenen Wertes, innerer Unsicherheit und einem deutlichen Insuffizienzgefühl. Diese Erscheinungen bewirken, dass er den unbedeutendsten Menschen gegenüber sehr devot ist, im Urteile leicht beeinflusst werden kann und im Leben nicht die Erfolge zu verzeichnen hat, die seinen Kenntnissen entsprechen.

Dass diese Erscheinungen mildere Formen einiger Symptome der Melancholie sind, habe ich schon oben gesagt. In unserem Falle trat diese Tatsache besonders deutlich hervor, als die Anlage sich zu einer ausgesprochenen melancholischen Krankheitsphase steigerte. Da waren es wieder die gleichen Krankheitszeichen, die dem klinischen Bilde seine besondere Färbung gaben.

Ich möchte das Kapitel der depressiven Anlage nicht schliessen, ohne nochmals kurz auf die Denkstörungen einzugehen, die ihr eigen sind.

Waren wir bei der Ideenflucht und ihren Vorstadien im Zweifel, ob eine Beschleunigung des Vorstellungsablaufes anzunehmen ist, so sind die Bedenken dagegen, dass bei der Depression eine Verlangsamung des Denkens eintritt, geringer. Bei den schweren Melancholien können wir uns davon ohne Zeitmessung überzeugen und die depressiv Veranlagten klagen uns oft, dass das Denken langsamer gehe und ihnen schwer falle.

Der Ablenkbarkeit bei den manischen Zuständen steht ein Kleben-bleiben an einzelnen Vorstellungen und Gedanken bei der depressiven

Anlage gegenüber. Und während schon der leicht Manische durch äussere Eindrücke und die reichlich ihm zufließenden Gedanken vom Hauptwege in Seitenpfade hineingeführt wird, kann beim Depressiven auch durch sehr aufdringliche Eindrücke die Aufmerksamkeit nicht gefesselt werden, ihn beherrscht zu stark der Gedanke an die eigene Person und an seinen krankhaften Zustand.

Der Depressive bildet zwar Obervorstellungen, aber nur spärlich¹⁾), weil die Verwertung des Erfahrungsschatzes behindert ist, und er kann sich von der einzelnen Vorstellung viel schwerer ablösen, wie der Gesunde und der Manische. Es fehlt ihm auch — von den bekannten Ausnahmen abgesehen — das Plus an Gedanken²⁾), von dem uns der Maniakus berichtet. Zum Teil aus diesem Grunde gewinnt die einzelne Vorstellung bei ihm eine erhöhte Wertigkeit.

Bei der Auswahl der Obervorstellungen werden vom Depressiven solche bevorzugt, die den eigenen Zustand betreffen. Pathologische Einfälle werden kaum jemals beobachtet, sein Ideenkreis ist ein viel engerer, wie bei seinem beweglicheren Gegenstück.

Alles in allem ist also das Denken des Depressiven in derselben Weise gestört wie sein Handeln. Es stellt das Negativ zu dem Positiv dar, das uns der Hyperthyme bietet.

Ich habe diese an sich bekannten Tatsachen hier absichtlich noch einmal zusammengestellt, weil ich den Eindruck habe, dass bei den differentialdiagnostischen Erwägungen mancher Autoren gerade diese Denkstörung zu wenig berücksichtigt wird.

Manisch oder melancholisch veranlagt ist nicht ein Mensch, der konstitutionell heiter bzw. traurig ist, sondern wir müssen bei ihm zum mindesten andeutungsweise die Denkstörungen finden, von denen soeben die Rede war. Nicht die affektive Störung allein ist das Wesentliche, neben ihr und mit ihr völlig gleichberechtigt steht vielmehr die Denkstörung und das motorische Verhalten.

Diese Denkstörungen spielen meiner Ansicht nach für das Verständnis der Beziehungen zwischen manisch-depressiver Anlage und den Zwangsvorstellungen eine ganz hervorragende Rolle. Wir werden darauf in einem besonderen Abschnitt noch zurückzukommen haben.

Sie geben uns auch die Möglichkeit, eine Abgrenzung des manisch-depressiven Irreseins von der chronischen Paranoia vorzunehmen, wie gleichfalls in dem zweiten Teil dieser Arbeit erörtert werden soll.

1) Einer unserer Kranken sagte: „Man findet die Zusammenhänge nicht mehr so.“

2) Derselbe Kranke äusserte: „Es fällt einem nichts mehr ein.“

Schliesslich werden wir sie auch bei der Unterscheidung der zirkulären Psychosen von den reaktiven Zuständen und der Dementia praecox als wichtiges Hilfsmittel kennen lernen.

c) **Mischzustände.**

Bei der Darstellung der Grundzustände bringt Kraepelin als vierte Form die zyklothyme Veranlagung und er beschreibt als solche jene Persönlichkeiten, die durch ein mehr oder minder regelmässiges Hin- und Herschwanken zwischen den beiden Polen Erregung und Depression gekennzeichnet sind.

Wilmanns betont in seiner Beschreibung besonders, dass Vermischungen von manischen und depressiven Störungen häufig vorkommen und dem Anfall vorübergehend oder längere Zeit hindurch eine besondere Färbung geben können.

Ausführlicher hat sich mit den zirkulären Erkrankungen Reiss beschäftigt. Er beschrieb vorwiegend die zyklothymischen Verlaufsformen. Unter seinen Beispielen finden sich aber manche, die Mischformen im Sinne Kraepelin's und Weygandt's darstellen.

Wie bei den ausgeprägten Krankheitsbildern die Mischzustände sehr komplizierte Verbindungen von manischen und depressiven Symptomen darstellen, so dass bisher nur die Abgrenzung vereinzelter, häufiger vorkommender Zustandsbilder gelungen ist — ich verweise auf die Arbeiten von Weygandt und Stransky —, so gelingt es bei der zyklothymen Veranlagung dem Einzelnen auch nicht, alle wichtigeren Typen zur Darstellung zu bringen. Ich beschränke mich deshalb auf die Beschreibung derjenigen, die in einer gewissen Beziehung zu den früher angeführten Fällen stehen, bin mir dabei aber der Unvollständigkeit dieses Abschnittes besonders bewusst.

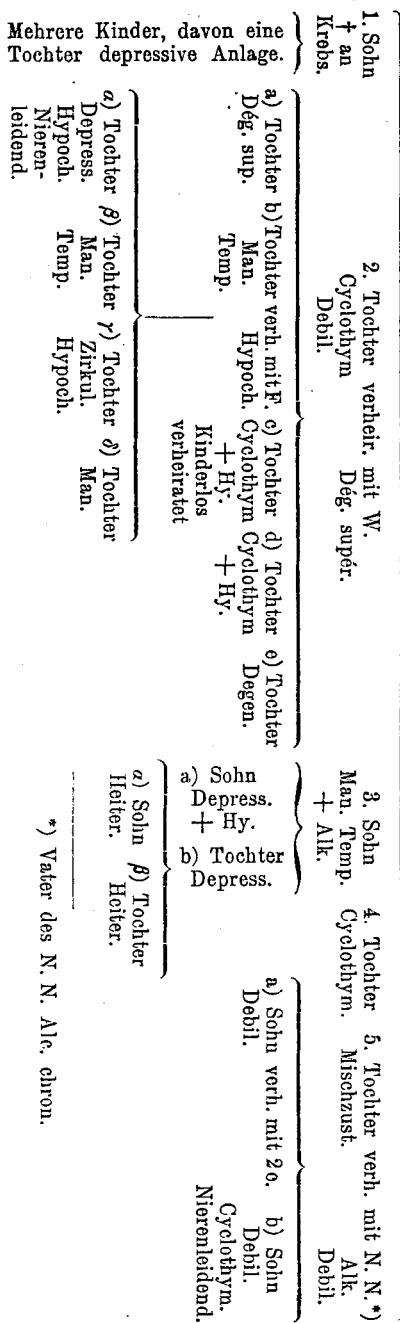
Ich möchte folgende vier Typen bringen:

1. solche Personen, die nacheinander manische und melancholische Symptomenkomplexe als Persönlichkeitsinhalt darbieten. Ich nenne sie die Alternierenden;
2. solche, die mehr manische als depressive Symptome im Zustandsbild aufweisen;
3. diejenigen, bei denen die depressiven Symptome überwiegen und
4. periodisch Paranoide.

Dass diese Gruppierung eine künstliche ist, weiss jeder, der solche krankhaften Persönlichkeiten gesehen hat. Sie erhält eine gewisse Berechtigung nur dadurch, dass sie uns gestattet, einen tieferen Einblick in die Vererbungsverhältnisse zu gewinnen.

Stammbaum der Familie M. R.

Frau N. R. — Herr N. R.
(nichts Näheres bekannt).



1. Die alternierenden Formen.

In Analogie zu der ausgeprägten periodischen Manie und Melancholie sowie dem zirkulären Irresein gibt es bei einzelnen Personen Schwankungen des Charakters, die milder sind, nie den Eindruck einer wirklichen Geistesstörung erwecken und sich dabei doch nur graduell von den schweren Formen unterscheiden. Einen solchen Typus bildet die Familie M. R., deren Stammbaum ich nebenstehend wiedergebe.

Zur Erläuterung des Stammbaumes habe ich folgendes hinzuzufügen:

Die als cyclothym bezeichneten Personen sind — von kleinen Schattierungen abgesehen — dadurch gekennzeichnet, dass depressive und ganz leichte manische Zustände bei ihnen wechseln. Während der depressiven objektiv geringe körperliche Leistungsfähigkeit, ständiges Müdigkeits- und Schwächegefühl, schlechter Schlaf, grosse Empfindlichkeit anderen gegenüber, Lebensmüdigkeit, manchmal Denkerschwerung, Gefühl innerer Unsicherheit, Skrupeln, Menschenscheu.

In den hyperthymen Zeiten leichte motorische Unruhe, sehr rege gesellschaftliche Betätigung. Sie geben dann eine Reihe Gesellschaften hintereinander und besuchen solche gern. Im Hause wird grosses Reinemachen inszeniert, wobei sie selbst sich mit ungewohnten Kräften beteiligen. Es besteht Neigung zu kleinen Intrigen und Hetzereien, die zu Auseinandersetzungen mit dem Personal führen. Gelegentlich werden unzweckmässige und unnötige Einkäufe gemacht. Manches, was ihnen in den depressiven Zeiten gleichgültig ist, wird jetzt als begehrswert angesehen. Eine der in Betracht kommenden Personen drängt sich dann auch gern an Höherstehende heran. Es besteht Neigung zum Flirten, Unternehmungslust, Freude am Reisen.

Bei einigen weiblichen Mitgliedern sind daneben auch hysterische Symptome, wie vereinzelte Anfälle, psychogene Darmspasmen (bei Tante und Nichte), beobachtet worden, bei 2 d auch Uterusblutungen mit gleichzeitigen Anfällen, die beide sofort sistierten, als die Pat. aus einer unangenehmen Situation, in der sie sich befand, befreit wurde.

Bemerkenswert ist, dass im Frühjahr und Herbst, manchmal allerdings auch ausserhalb dieser Zeiten, bei zwei von den Frauen sich deutlichere Depressionen, einzustellen pflegen.

Bei einer von diesen beiden treten in den Depressionen, aber auch ausserhalb derselben, Gedanken an den Tod von Jahr zu Jahr stärker hervor. Es ist bei diesen beiden auch eine gewisse Progression, oder richtiger ausgedrückt, eine mit den Jahren zunehmende Verstärkung der pathologischen Charaktereigenschaften zu bemerken, ebenso bei 2 d, die eimnal eine schwere Melancholie gehabt hat. (Pat. ist jetzt 31 J. alt).

Besonders interessant war es, an Hand direkter Beobachtung und der vorhandenen Familienbilder der Frage nachzugehen, wie weit Körperbau und Gesichtszüge einerseits, psychische Eigenschaften andererseits von jedem der Eltern vererbt waren.

Es zeigte sich z. B., dass 2 a das Temperament vom Vater, die Neigung zur Adipositas, das breite Becken und einzelne charakteristische Bewegungen von der Mutter hatte. 2 c entsprach in psychischer Beziehung fast ganz der Mutter, der Knochenbau gleichfalls. Es fehlte die Adipositas. In den Gesichtszügen waren deutliche Uebereinstimmungen mit denen des Vaters zu erkennen.

2 e hatte das Temperament vom Vater, den Knochenbau und die Neigung zur Adipositas von der Mutter, die Gesichtszüge teilweise vom Vater.

2 a und e hatten musikalische Neigungen und die Befähigung dazu vom Vater ererbt.

In dem Zweig 5 ist die Debilität aus der Aszendenz des Vaters in die Familie gekommen. Beide Söhne haben Körperbau und eine ganz charakteristische Besonderheit der Körperhaltung von ihm geerbt. Dazu finden sich bei 5 b zyklothyme Phasen durch Vererbung von der Mutter.

Interessant ist ferner, wie sich die verschiedenen psychischen Anlagen der Eltern bei 2 weiter vererben. Zwei Töchter entsprechen dem Vater, zwei der Mutter, die fünfte hat ein manisches Temperament. Die Töchter dieser letzteren zeigen gleichfalls zur Hälfte ein manisches Temperament.

Schliesslich ist auch noch auf eine körperliche Erscheinung hinzuweisen, nämlich auf das regelmässige Auftreten einer Albuminurie nach körperlichen Anstrengungen bei 2 b und 5 b. —

Zu den alternierenden Formen gehören auch Fälle, in denen während der Depression eine Reihe körperlicher Beschwerden im Vordergrunde stehen, dass sie die psychischen Symptome fast ganz verdecken. Die endogene Entstehung, das Rezidivieren, das Auftreten hyperthymer Phasen und auch die gleichartige Belastung führen die Diagnose auf den richtigen Weg.

Besonders erwähnen muss ich weiter noch zwei Frauen (25 und 62 Jahre alt), bei denen sich in den Depressionen ausserordentlich starke, die Kranken sehr belästigende Sensationen in den Genitalien einstellten, die zu häufigem Orgasmus führten, die die Pat. auch zu onanistischen Manipulationen veranlassten und gleichzeitig Befürchtungen bei ihnen erweckten, dass ihnen die letzteren schaden könnten.

Eines zeichnet die Vertreter dieser Gruppe von Mischformen ganz

besonders aus, sie kommen im praktischen Leben schlecht zurecht. Ihre Ungleichmässigkeit bewirkt, dass sie minderwertige, unzuverlässige Arbeiter sind. Die während der hyperthymen Phasen bestehende Neigung, sich über erlassene Vorschriften hinwegzusetzen und einmal getroffene Anordnungen grundlos umzustossen, macht sie zu unangenehmen Vorgesetzten und schwierigen Untergebenen, letzteres besonders dann, wenn während der Hyperthymie starke Selbstüberschätzung sich mit Neigung zum Querulieren und Intriguieren verbindet.

In manchen Stellungen, z. B. als Richter sind diese Kranken geradezu unmöglich, weil sie, wie oben ausgeführt wurde, kein selbstständiges Urteil haben, leicht beeinflussbar sind, heute die Parteien unverdient schlecht behandeln und wenige Wochen später ein Spielball in den Händen der Parteivertreter sind.

2. Fälle mit überwiegend manischen Symptomen.

In der ersten Gruppe hatten wir Formen besprochen, die dadurch ausgezeichnet waren, dass nacheinander dys- und hyperthyme Zustände — wenn auch nicht in regelmässigem Wechsel — sich ablösten. Wir haben nur diejenigen Fälle zu besprechen, in denen die hyperthymen Symptome im Zustandsbilde überwiegen.

Auch dabei werden wir Gelegenheit haben, auf das Erblichkeitsproblem einzugehen.

P., jetzt 35 J. alt, Bruder von C. (s. Man. Anlage). Körperlich schwächlich. Zunächst in der geistigen Entwicklung nicht beeinträchtigt. Galt in der Schule als liebenswürdiger und durchschnittsbegabter Schüler von guter Erziehung.

1898 schwere Lungenentzündung. Einige Zeit später stellten sich Anzeichen psychischer Erschöpfung ein. Er begann nachlässig zu werden, seine Leistungen liessen nach. Oft trat ein eigentümliches Lächeln auf. Sein Wesen wurde angeblich zerfahren. Alle Versuche, ihn über das Einjährige hinauszubringen, misslangen. P. schließt „unnatürlich“ viel und hatte für den Unterricht keine Interesse.

Allmählich erregt. Lief zu Hause nackt herum, ohne Rücksicht auf das Personal zu nehmen. Schlug die Mutter. Deshalb 1908 vorübergehend Anstalt. Hier wechselnd. Machte viele Pläne, die er alle wieder fallen liess. Wollte sich für einen Beruf vorbereiten. Seine Arbeit machte aber den Eindruck des Spielens. Starke Selbstüberschätzung. Hielt sich für einen bedeutenden Mann mit grosser Zukunft. Wollte grosser Schauspieler werden, aber nur in Stücken auftreten, die er selbst geschrieben hatte. Die Religion erklärte er „ohne Weiteres für Unsinn“. Goethe's Faust war „nichts wie Blödsinn“. „Der Kerl simpelt nur über Dinge, die jeder vernünftige Mensch in seinem Katechismus lesen kann.“

In seinem Aeusseren übertrieben elegant, badete 4 mal täglich, kleidete sich auffällig, kaufte die teuerste Kosmetika in Massen, verschleuderte grosse Summen. Wollte sein ganzes Vermögen möglichst rasch ausgeben, um sich dann aus eigenen Kräften eine Existenz zu schaffen.

Dabei ausgesprochene Schmutzfurcht. Beriecht alles, ob es stinkig ist, will in bestimmten Wannen nicht baden. Fürchtet sich aus Angst vor Schmutz, anderen Menschen die Hand zu geben. Hat er das getan, dann wäscht er sich oft die Hände. Schimpft auf Lehrer, Eltern, Erzieher in sehr despektierlichen Ausdrücken. Treibt sich mit Halbweltdamen öffentlich umher.

Nach Abflauen der Erregung bleibt folgender Zustand zurück, in dem er sich seit Jahren befindet.

P. zieht ruhelos von Ort zu Ort. Dabei bevorzugt er einsam gelegene Gebirgsorte besonders, geht aber gelegentlich auch in erstklassige Hotels, meidet allerdings stets die Gesellschaft, welche er dort findet. Mit Vorliebe freundet er sich mit Holzknechten, Bauern und ähnlichen Persönlichkeiten an, denen er gelegentlich auch bei der Arbeit hilft. Bekleidet geht er, ohne Rücksicht auf die Umgebung mit ganz kurzen Hosen und einem Hemd, wozu im Winter ein grüner Hut, Strümpfe, ein Stock und Nagelschuhe kommen.

Hohe Selbsteinschätzung, grosse Empfindlichkeit. Gegen Bediente fast stets hochfahrend. Politisch ultra-radikal. Gegen Behörden sehr erbittert. Alles, was ihm nicht passt, belegt er mit den grössten Ausdrücken.

Nimmt Luft-, Wasser- und Sonnenbäder, wo es ihm gefällt. Stossen sich Passanten an seinem unbekleideten Zustand, dann schimpft er in grober Weise. Vor 1 1/2 Jahren lief er einem Gendarm der in deswegen aufgeschrieben hatte, durch das ganze Dorf nach, ihm das blanke Gesäss hinhaltend.

Abspringend im Denken. Wechselnd im Urteil.

Keine Stereotypien, keine Katalepsie, keine Zerfahrenheit im Denken. Grimassen und Manieren fehlen.

Hypochondrisch veranlagt. Die besondere Kleidung trägt er aus gesundheitlichen Gründen, hat in verschiedenen Gegenden Süddeutschlands Blockhütten, in denen er wohnt, wenn er dorthin kommt. Trainiert sich systematisch. Lebt sehr mässig. Meidet Alkohol und Frauen ganz.

Dabei skrupulos. Denkt viel über religiöse Fragen nach. Steht mit mehreren Geistlichen in Korrespondenz, denen er seine Gewissensskrupel auseinander setzt. Geht sehr oft beichten. In pekuniärer Beziehung sehr sparsam.

Die Mutter ignoriert er seit Jahren, weil sie ihm einige Male den Willen nicht getan hat. Die Berater der Mutter erklärt er für „finstere Genossen“, weil sie ihm nicht bedingungslos zustimmen.

Es ist interessant, den P. mit seinem Bruder C. zu vergleichen. Während letzterer sein Leben lang ausgesprochen hyperthym war, finden wir in der ersten Jugend bei P. nichts Besonderes. Mit 14 Jahren setzt dann ein Zustand ein, gekennzeichnet durch zunehmende Selbstüber schätzung, Unruhe, Plänemachen, Hang zu Aeusserlichkeiten und Ablenkbarkeit, der sich vorübergehend zu einer richtigen Manie auswächst,

um dann einem Nebeneinander von manischen, depressiven und hypochondrischen Erscheinungen Platz zu machen, der sich als Dauerzustand etabliert.

Wir haben motorische Unruhe, die sich durch ein fortwährendes Umherwandern mit häufigem Wechsel des Wohnsitzes zu erkennen gibt, hohe Selbstüberschätzung, heitere Stimmung verbunden mit grosser Reizbarkeit, Neigung zu masslosem Schimpfen, abspringendes Denken einerseits, Skrupulosität, lächerliche Sparsamkeit, Menschenscheu andererseits. Dazu kommt noch die hypochondrische Komponente seines Wesens, die den Patienten veranlasst, tatsächlich die verschiedensten Liegekuren zu machen und Luft-, Sonnen- und Wasserbäder zu nehmen, zu deren Ausführung er meilenweit läuft.

Es liegt also jetzt ein Nebeneinander von manischen, depressiven und hypochondrischen Symptomen vor.

Eine Schizophrenie kommt deshalb nicht in Betracht, weil die Persönlichkeit des P. im Sinne einer Dementia praecox nicht verändert ist, katatonie Erscheinungen ganz fehlen, der Pat. ausserdem jede seiner Handlungen zu motivieren vermag, wenn auch in seiner etwas verschrobenen Weise.

Im Sinne unserer oben angegebenen Diagnose spricht auch die gleichartige Belastung und der Umstand, dass die Persönlichkeit des Bruders in vieler Beziehung derjenigen des P. gleicht.

Es handelt sich also wirklich um eine Persönlichkeit, deren wichtigste Eigenschaften aus nebeneinander bestehenden manischen und depressiven Symptomen zusammengesetzt ist.

Im Gegensatz zu dem Bruder C. hat P. im Laufe seines Lebens erhebliche Wandlungen durchgemacht. Er hat aber mit C. und dem Vater dauernd verschiedene Züge, z. B. die Reizbarkeit und hohe Selbsteinschätzung gemeinsam.

Von der Mutter haben P. und C. psychisch nichts Hervorstechendes. Dagegen gleicht die Statur und Gesichtsbildung beider der Mutter auffallend, während eine bisher nicht erwähnte Tochter körperlich vorwiegend dem Vater, psychisch der Mutter gleicht. —

Erheblich wechselvoller und verwickelter, als in dem Falle P. gestaltet sich das Charakterbild bei einem Zweige der nun zu besprechenden Familie Ho.

A. Ha., Prof. der Medizin an einer Universität (1771—1832). Heitere, lebensfrohe Natur, beliebter Arzt. Den eigenen Angehörigen gegenüber streng bis zur Grausamkeit. Bei seinen Strafen ging er geradezu raffiniert vor. Eine Tochter, die spätere verehelichte Ho., tat er nach einem häuslichen Streit zu einem armen Schuster.

Ha. war zweimal verheiratet. Aus der ersten Ehe stammt Wilhelmine Ho. Ueber deren Deszendenz ist Folgendes bekannt:

5 Kinder starben in früher Jugend, darunter litt eins an Hydrocephalus. Der sechste Sohn starb als Soldat. Ueber die übrigen Kinder gibt der nachstehende Stammbaum Auskunft.

Wilhelmine Ho.

7. Mädchen. Nervös, weinerlich, übelnehmerisch.	8. Mädchen. Konnte im Leben nicht fertig werd. Misstrauisch.	9. Mädchen. Nervös, empfindlich, heiter.	10. Sohn. Nervös, webleidig.	11. Sohn. Zirkulär In der Anstalt gestorben.
a) Sohn (Gym.-Prof.). Cyclothyme.	b) Sohn. Vagant. Ethisch	c) Sohn. Examensangst. Jähzornig, nervös. minderwertig.		
a) Sohn. Zwangsvorstellung. Cycloth.	β) Tochter. Begabt, unliebens- würdig, nervös.	γ) Sohn. Leicht schwachsinnig. Zwangsvorstellung.		

(Von dieser Gruppe habe ich a, α, γ persönlich untersucht, von 11 die Krankenakten eingesehen.)

Ueber Wilhelmine Ho. selbst wird berichtet, dass sie stets weinerlich gewesen ist, und in einen Depressionszustand, in dem sie „Busse tun wollte“, verfiel, als ihr jüngster Sohn in die Irrenanstalt gebracht wurde.

Die Deszendenten des A. Ha. aus zweiter Ehe boten folgendes Bild:

A. Ha.

1. Sohn. † an Herzschlag. Näheres unbekannt.	2. Sohn. Ueberbegabt. Erreicht trotzdem im Leben nichts.		
1. Sohn. Musikalisch, unstet. Endet in Australien.	2. Sohn. Viel gereist, nichts erreicht, † durch Selbstmord.	3. Sohn. Nichts Näheres be- kannt.	4. Sohn. Wunderliche Ehe. kannt.
5. Sohn. Nervös.	6. Sohn. Wunderlich. Deserteur in Süd- amerika †.	7. Sohn. Nervös. † durch Selbstmord.	8. Sohn. Näheres unbekannt.

Wenn ich die Familie Ha. hier erwähne, so geschieht es, weil der Zweig a, mit den Deszendenten α—γ auch in dies Kapitel gehört.

Der Vater leidet seit Jahren an Zwangsvorstellungen und Depressionen. Von Zeit zu Zeit werden diese letzteren durch hypomanische Zustände unterbrochen. Als ich ihn zuletzt sah, war er hyperthym und hatte daneben Zwangsvorstellungen.

Der älteste Sohn (d) ist Student der Kunstgeschichte will Maler werden. 22 Jahre alt.

Er zeigt deutlich gesteigertes Selbstgefühl, posiert etwas, hat andere Menschen, auch höherstehenden gegenüber etwas wohlwollend Herablassendes. Namentlich den Frauen fühlt er sich sehr überlegen.

Er beschreibt selbst, dass er meist — aber nicht ständig — einen grossen Ideenreichtum besitzt und dass in seinem Denken ein Gedanke den anderen jage. Er habe auch beobachtet, dass, wenn er zu einem Bilde mehrere Skizzen entwerfe, die erste der zweiten, diese der dritten, die dritte der vierten in vieler Beziehung gleiche. Wenn man aber die erste und vierte nebeneinander halte, dann finde man wenig oder gar nichts Uebereinstimmendes.

Neben diesen eindeutig manischen Zügen klagt er andererseits darüber, dass er an allem zweifeln müsse, was er beginne. Er müsse jede Sache mehrere Male anfangen.

Ständig verspüre er eine so grosse Müdigkeit und müsse so viel schlafen, dass er erst um 12 Uhr aufstehe. Das Entsetzlichste seien überhaupt die Morgenstunden.

Gesellschaft sei ihm im allgemeinen entsetzlich. Manchmal habe er geradezu einen Menschenhass. Wenn er sich mit einem Menschen angefreundet habe, dann verkehre er anfangs mit ihm ziemlich viel. Bald stellten sich aber negative Gefühle ein, und dann sei es vorbei.

Alle die bisher geschilderten Erscheinungen beständen nebeneinander. Bald träte die eine, bald die andere mehr hervor. Daneben habe er Zeiten, in denen eine „Hausse in der Produktivität“ bestände, umgekehrt beherrsche ihn manchmal das Gefühl absoluter Sterilität. Er könne dann überhaupt nichts tun.

Der jüngste Sohn hat spät sprechen gelernt und ist debil. Die Vererbung der Debilität stammt (wie der Vater spontan berichtet) aus der Familie der Mutter. Körperlich bietet er einige Tics im Gesicht.

Psychisch finden sich neben der Debilität Zwangsvorstellungen. Pat. muss alle Papierschnitzel, Zwiggsäden usw., die er liegen sieht, aufheben.

Wenn er telefonieren soll, wird er so aufgeregt, dass er nicht ordentlich sprechen kann und auch nicht versteht, was der andere Teilnehmer sagt. Für die Schule arbeitet er sehr fleissig, trotzdem kommt es vor, dass er gut vorbereitete Aufgaben am nächsten Tage nicht vortragen kann, weil er seine „Gedanken nicht zu ordnen“ vermag. Er wird dann unsicher, dass er zittert und bebt. Auf experimentell-psychologischem Wege hat einer seiner Lehrer bei ihm auch eine erhöhte Ablenkbarkeit festgestellt.

Es gibt ferner Zeiten, wo er das Gefühl hat, dass er nicht zurecht kommen kann.

Diesen Angaben, welche der Vater bestätigt, entspricht auch das scheue Wesen des Kranken. Er tritt unsicher auf und macht einen ängstlichen und traurigen Eindruck.

Was zunächst das rein Klinische angeht, so ist am interessantesten der älteste Sohn des a, weil er ganz verwickelte Verhältnisse darbietet.

Wir haben neben- und durcheinander: Gesteigertes Selbstgefühl, Neigung zum Posieren, Ueberproduktion an Gedanken und Andeutungen von Ideenflucht, Zweifelsucht, Erschwerung des Arbeitens, Müdigkeitsgefühl, Menschenscheu, Zwangsvorstellungen.

Diese Symptome treten in dem Charakterbilde des Patienten so verschiedenartig und wechselnd hervor, dass der Kranke sich dem Beobachter alle Augenblicke anders präsentiert und völlig unberechenbar in seinen Entschlüssen ist, der Familie auch nicht geringe Schwierigkeiten bereitet.

Es handelt sich also auch hier um ein Nebeneinanderbestehen von manischen und dysthymischen Symptomen, also um einen Mischzustand, der, wie wir weiter gesehen haben, periodenweise durch mehrwöchige Phasen rein depressiver oder hyperthymischer Art ersetzt werden kann, so dass wir als Charakteranlage bei demselben Individuum alle drei Gruppen von manisch-depressiven Komplexen finden, die man gewöhnlich unterscheidet.

Bei diesen Fällen ist also das, was wir Charakter nennen, nichts Stabiles, Dauerndes, sondern es wechselt, z. T. sogar kaleidoskopartig und zwar nach Gesetzen, die wir nicht kennen, von denen wir nur eins wissen, nämlich, dass äussere Erlebnisse keinen Einfluss auf diesen Wechsel haben.

Ich habe diese Mischformen unter Künstlern, Schauspielern und Dichtern, sowohl den ernst zu nehmenden, wie denen, die sich unberechtigter Weise so nennen, öfters gefunden. Es sind die typischen Bohèmeaturen. —

Bezüglich des anderen Sohnes ist nur eines an dieser Stelle zu sagen, nämlich, dass die Debilität aus Vererbung von einer Seitenlinie herrühren soll. Dass er im übrigen sichere manisch-depressive Symptome hat, bedarf angesichts des subjektiven Insuffizienzgefühles, der zeitweiligen Ablenkbarkeit, der Aengstlichkeit, der öfteren Erschwerung seiner Denktätigkeit und der Zwangsvorstellungen keiner weiteren Begründung.

Wir wissen von der anderen Linie zwar nicht viel positive Tatsachen und doch ist das, was wir ermitteln konnten, wenn wir die ganze Familie betrachten, nichts weniger als belanglos.

Von 8 Geschwistern enden 2 durch Selbstmord, zwei weitere sind durch die Unstetigkeit ihrer Lebensführung, die sie bis in überseeische Länder führte, aufgefallen. Auch der Umstand, dass trotz guter Begabung die meisten Mitglieder dieses Zweiges im Leben nichts erreicht haben, ist erwähnenswert. Die sechs Kinder jenes Zweiges, von denen wir überhaupt Nachrichten haben, bieten demnach irgendwelche Be-

sonderheiten, von denen die Selbstmordneigung und das unruhige Herumzichen besonders wichtig sind.

3. Fälle mit mehr depressiven als manischen Erscheinungen.

Schon in der Familie Ho. waren depressive Beimischungen deutlicher als in dem Falle P. Es gibt nun ganze Familien, in denen die dysthymen Erscheinungen dominieren. Von ihnen soll in diesem Abschnitt die Rede sein.

Familie Ko.
Vater Ko. Typus des Kleinküttigen. Mutter o. B.

1. Tochter.	2. Tochter.	3. Tochter.	4. Tochter.
Stottert, depressiv, unsicher, hypochondrisch.	Hat drei schwere Attacken halluzinatorischer Verwirrtheit gehabt. Aeussere Anlässe fehlten.	Mischzustand mit Skrupeln u. hypochondrischen Er-scheinungen.	Depressiv, stottert. Anfallsweise auftretende psychasthetische Komplexe.
5. Sohn.	6. Tochter.	7. u. 8.	
Hyperthym.	Hyperthym.	Leicht hyperthym.	

In dieser Familie ist zunächst bemerkenswert, dass die jüngsten Mitglieder alle eine heitere Stimmungslage aufweisen. Bei den beiden jüngsten (jetzt 10 und 12 Jahre alt) kann man diese Affektlage noch nicht deutlich als zu unserer Veranlagung gehörig erkennen.

Bei der unter 6 verzeichneten Tochter habe ich die charakteristische Weiterentwicklung selbst beobachten können. Ich habe sie noch als heiteres Kind gesehen, das nichts weiter, als eine harmlose Fröhlichkeit bot. Mit etwa 15 Jahren begann, rasch fortschreitend, die körperliche Entwicklung, insbesondere das Einsetzen der ersten Menses, die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale (Becken, Mammae). Gleichzeitig zunehmende Lebhaftigkeit. Pat. war zu Hause nicht zu halten, lief viel umher, besuchte Freundinnen, putzte sich, war zur Hausarbeit nicht zu bewegen, log, intriguierte unter den Geschwistern, verleumdet die Familie, gab unnötig Geld aus. Dabei allerlei körperliche Beschwerden.

Ein äusserer Anlass für diese Aenderung der Persönlichkeit war nicht zu ermitteln.

Etwa 2 Jahre später zunehmende Unsicherheit. Skrupulös, ängstlich, allerlei körperliche Beschwerden wie Hautjucken, Schwitzen, Kopfdruck. In diesem Zustande befindet sie sich jetzt seit 4 Jahren.

Die unter 4 erwähnte Tochter ist, solange ich sie kenne, depressiv, im Arbeiten nicht behindert, mitunter aber skrupulös. Sie hat vor dem Kriege eine Zeit von etwa 8 Monaten durchgemacht, in der sie traurig ängstlich war, an Gewicht stark abnahm, schlecht schlief, sich zum Essen nicht zwingen konnte; dasselbe widerstand ihr geradezu. Dazu schwitzte sie auffallend viel und klagte über Hautjucken, ohne einen Ausschlag zu haben. Nach Abklingen dieser Phase nahm sie an Körpergewicht wesentlich zu, das Becken wurde

breiter, es trat eine gewisse Adipositas ein. Seit dieser Zeit ist sie meiner Meinung nach auch etwas beweglicher. Das zeigt sich besonders daran, dass sie in der letzten Stellung nicht mehr so viel innere und äussere Schwierigkeiten zu überwinden hatte, wie in den früheren.

Nr. 3 ist der interessanteste Fall der ganzen Familie.

Körperlich hat sie Zeichen von Rachitis. Im Alter von 18 Jahren bekam sie nach einem Schreck einen Anfall, der sich später noch in Abständen von 2 Jahren wiederholte. Daneben gelegentlich Schwindel- und Globusgefühl. Viel Wachträumereien z. T. erotischen Inhalts. Seit dem 17. Lebensjahr hat sie Hautjucken, das durch keines der bisher angewandten Mittel zu bekämpfen war, in seiner Stärke im übrigen erheblich wechselte.

Psychisch war die Pat. immer ein Sorgenkind. Sie lernte schwer, war ungewöhnlich unselbstständig. Im Haushalt war sie — was bei der schlechten wirtschaftlichen Lage der Eltern doppelt ins Gewicht fiel — eine mindere Arbeitskraft, musste meist beaufsichtigt werden. Selbstständig konnte man ihr nicht viel überlassen, einmal deshalb nicht, weil sie sehr umständlich war, bei jeder kleinen Verrichtung zehnmal und mehr fragte und sich Anweisungen geben liess, ehe sie sie ausführte, zum anderen aber deshalb, weil sie plötzlich umschlug, nichts tat, rubelos umherlief, Freundinnen besuchte, erotische Bücher las, für nichts dauernd zu interessieren war, einmal in einer kurzen Phase dieser Art auch eine — platonische — Liebschaft mit einem notorisch Geisteskranken begann. Auch in diesen Zuständen der Erregung war sie skrupulös.

1914 Depression mit Selbstmordversuch. Sei doch zu nichts nütze. Die Familie habe nur Nachteile durch sie, könne sie auch gar nicht gut leiden. Gehemmt.

Nach 3 Monaten Mischzustand. Einige Tage heiter, unruhig, kümmert sich um alles, beobachtet alles. Intriguert und hetzt. Dann Umschlagen in Depression mit Hemmung. Viel Skrupeln. Fragt beim Anziehen, wie sie es machen soll, kommt dem Arzt und dem Pflegepersonal zwanzigmal hintereinander mit denselben Fragen. Appetit- und Schlaflosigkeit, Schmerzen im Leib.

Diese Phasen lösen sich gegenseitig in 2—8 tägigen Abständen ab. Da zwischen kurz dauernde Zeiten, wo sie motorisch unruhig, aber deprimiert war und sich Selbstvorwürfe machte oder mit einer geradezu zwangsmässigen Unruhe alles, was ihr begegnete, immer wieder besprach und das gesamte Personal mit den lächerlichsten Fragen quälte. Dabei bestand ausgesprochene Neigung zu hypochondrischen Befürchtungen.

Ihre Verwendbarkeit war infolgedessen nur eine relativ geringe. Sie ist einige Male als Wärterin kleiner Kinder beschäftigt worden, musste die Stellen aber aufgeben, wenn länger dauernde Dysthymien einsetzten.

Auch hier haben wir wieder eine Familie mit manisch-depressiver Anlage, die sich in den verschiedensten Formen zeigt.

Dasjenige Familienglied, welches ich am besten und längsten beobachten konnte, zeigt nun diejenigen Erscheinungen, die wir gerade in diesem Abschnitt besonders besprechen wollen.

Die Grundstimmung ist eine depressive. Neben ihr bestehen meist Skrupeln, innere Unsicherheit, Umständlichkeit und Langsamkeit bei der Ausführung einfachster Verrichtungen.

Daneben finden wir Zeiten, wo manische und depressive Zustände alternieren und zwar in ganz kurzen, nur Tage währenden Abständen und schliesslich haben wir ein Nebeneinandervorkommen von depressiven Symptomen und motorischer Unruhe, verbunden mit Rededrang.

Auf die neben und unabhängig von diesen manisch-depressiven Symptomen bestehenden hysterischen Erscheinungen sei hier nebenbei hingewiesen. Ich betrachte sie als zufällige Beimischungen, die auf ein affektbetontes Geschehen im 18. Lebensjahr zurückzuführen sind.

Die hypochondrischen Klagen sind dagegen mit den eben erwähnten psychogenen Erscheinungen nicht zu identifizieren, gehören vielmehr in diesem Falle, ebenso wie bei der 4. Tochter, zum manisch-depressiven Symptomenkomplex.

Bei der eben genannten 4. Tochter stellen die hypochondrisch-asthenischen Beschwerden, die mit eigentümlichen körperlichen Symptomen vergesellschaftet waren (z. B. die periodische abnorme Schweißsekretion), geradezu somatische Aequivalente der Melancholie dar, die in ihrer Bedeutung einer dys- oder hyperthymen Phase gleichzusetzen sind. Dubois u. a. haben ähnliche Beobachtungen beschrieben.

Was nun die Erblichkeitsfrage anlangt, so zeigt die Familie Ko., dass fast alle vorkommenden Schattierungen des Manisch-Depressiven bei ihr vertreten sind. Besonders hinweisen muss ich dabei auf die zweite Tochter, die nach den Krankengeschichten (selbst habe ich sie nicht untersucht) drei Phasen „halluzinatorischer Verwirrtheit“ durchgemacht hat, bei denen exogene Schädlichkeiten nicht in Betracht kamen.

Nicht weniger interessant ist die Feststellung, dass je älter die einzelnen Mitglieder der Familie wurden, desto mehr sich die Charakterveranlagung dem Depressiven zuwandte.

Das Vorkommen hypochondrisch-asthenischer Symptomenkomplexe, die Skrupeln, die Art der körperlichen Entwicklung, alles das deutet darauf hin, dass hier auch wieder nicht nur die Krankheitsform im allgemeinen, sondern einzelne besondere Symptome oder Symptomengruppen sich fortgeerbt haben.

Die mehr somatischen Erscheinungen, denen wir nicht allein bei der Familie Ko. begegnet sind, sondern auch sonst im Verlaufe unserer Betrachtungen, legen uns immer wieder den Gedanken nahe, nach den Ursachen, die sie hervorrufen, zu suchen. Ich möchte mich hier damit begnügen, darauf hinzuweisen, dass wir bei den Erkrankungen gewisser Drüsen ähnliche Erscheinungen beobachten (die abnorme Schweiß-

sekretion z. B. bei Erkrankungen der Schilddrüse). Es wird notwendig sein, diesen körperlichen Abweichungen in Zukunft mehr Aufmerksamkeit zu schenken und ihre Beziehungen zur inneren Sekretion zu prüfen. Vielleicht gelingt es auf diesem Wege, dem manisch-depressiven Irresein eine ähnliche präzise Umgrenzung zu geben, wie wir sie für die Paralyse durch die pathologische Anatomie und die ätiologischen Untersuchungen gefunden haben.

4. Die Paranoiden.

In dem Kapitel manische Anlage habe ich einen manischen Querulantengeschildert. Bei Besprechung seiner Vorgeschichte ist bereits erwähnt, dass zwei seiner Brüder gleichfalls zirkulär seien und Neigung zu zeitweiliger paranoider Verarbeitung ihrer Erlebnisse zeigten. Da diese beiden Fälle Mischzustände darstellen, möchte ich sie an dieser Stelle beschreiben.

Z. Y., Geistlicher, 29 Jahre ($1\frac{1}{2}$ Jahr beobachtet). War angeblich bis zum Jahre 1905 gesund. Damals begann eine Veränderung mit ihm. Es setzte ein Druck im Kopf ein, er musste viel grübeln, wurde reizbar und fühlte sich nicht verstanden. „Deshalb“ wochen- und monatelang verstimmt. Er ging dann zu seinen Vorgesetzten, quälte dieselben mit allen möglichen Fragen: Ob er bei seiner schwachen Konstitution überhaupt in der Lage sei, bestimmte Wissenschaften zu betreiben, ob er über dies oder jenes religiöse Problem richtig denke, ob er sich bei seiner seelsorgerischen Tätigkeit richtig verhalten habe und ähnliches. Mit solchen Fragen suchte er die Oberen dann häufig auf, gab sich mit einer Antwort nicht zufrieden, sondern fing von derselben Sache ohne Rücksicht auf Zeit und Ort immer wieder an.

Seine Leistungsfähigkeit nahm ab, er hatte subjektiv das Gefühl grosser Sterilität, musste viel ruhen, schlief schlecht und machte sich wegen seiner Gesundheit viel Sorgen. Keine Selbstvorwürfe. Dagegen Gefühl der Abnahme des Gedächtnisses, Appetitlosigkeit, innere Leere, Verlangsamung des Denkens, Entschlusslosigkeit.

Zu Zeiten änderte sich das Verhalten des Pat. nun. Er wurde dann, wie er es selbst ausdrückte, „wie sein Bruder“, d. h. er fühlte sich von seiner Umgebung „nicht verstanden“, wurde misstrauisch, glaubte, die Brüder und Vorgesetzten spotteten über ihn. Er beobachtete seine Umgebung scharf, zog aus bestimmten Vorkommnissen den Schluss, dass über ihn gesprochen würde, dass man ihn für krank hielte und ihm Schwierigkeiten in den Weg legen wollte, wurde unruhig. Er ging dann zu seinen Vorgesetzten, verlangte, dass Abhilfe geschaffen wurde, beschwerte sich über bestimmte Personen und brachte so Unfrieden in das Haus.

Nach einigen Wochen bekam er Krankheitseinsicht. Immer wieder stellte sich aber der alte Zustand ein, ohne dass ein äusserer Anlass vorhanden gewesen wäre.

In dem Falle Z. sehen wir zwei Zustandsbilder auf endogener Grundlage immer wiederkehren:

1. Depressionen mit Hemmung, Entschlusslosigkeit, objektiver und subjektiver Insuffizienz, schlechtem Schlaf, Appetitlosigkeit.

2. Vermehrte innere Unruhe, Misstrauen, Neigung, die Vorgänge der Umgebung im Sinne seines Misstrauens umzudeuten, Neigung zum Querulieren und zu aggressivem Vorgehen gegen seinen vermeintlichen Widersacher.

In beiden Zuständen wurde der Patient von seiner Umgebung nicht direkt für geisteskrank gehalten, man nahm vielmehr an, dass es sich um Schwankungen des Charakters handelte. Diese Ansicht ist auch zutreffend.

Für unsere Zwecke ergibt sich nun, dass die unter 1 genannten Erscheinungen den depressiven Zuständen gleichen, während die unter 2 erwähnten mit der Hyperthymie das Vorhandensein einer, wenn auch nicht sehr ausgeprägten, motorischen Unruhe, vielleicht auch eine gewisse Reizbarkeit, vor allem die Neigung zu periodischem Auftreten gemeinsam haben.

In der zweiten Gruppe nun finden wir neben dem bisher erwähnten manischen Komplex paranoide Symptome, d. h. der Patient beobachtet seine Umgebung misstrauisch, entdeckt allerlei in ihr, was er auf sich bezieht, fühlt sich geradezu verfolgt und zieht aus diesen Vorstellungen die Konsequenz der Abwehr.

Derartige Fälle sind als periodische Paranoia wiederholt beschrieben worden. Ich erinnere aus den letzten Jahren an die Arbeiten von Kleist, Thomsen, Birnbaum, P. Schroeder.

Ihre Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein ist von verschiedenen Autoren bereits anerkannt. Auch in unserem Falle treten die engen Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein in Gestalt der gleichartigen Belastung einerseits, der endogenen Schwankungen sowie des Auftretens manischer und depressiver Phasen andererseits deutlich hervor.

Interessant ist nun vom Standpunkt der Vererbungslehre aus, dass ein dritter Bruder bis fast in die kleinsten Einzelheiten hinein die gleiche Krankheitsgeschichte hat, wie die eben beschriebene.

Es bestehen also bei drei Brüdern die gleichen paranoiden Komplexe, anscheinend vererbt vom Vater aus, und machen sich bei zweien periodisch, beim dritten dauernd bemerkbar.

Leider ist unser Stammbaum nicht weiter zurückzuverfolgen. Es wäre sehr interessant festzustellen, wie diese paranoische Beigabe in die Familie hineingekommen ist, ob sie von jeher mit den manisch-

depressiven Symptomen eng verbunden war, oder diese nur begleitet, ohne ätiologisch mit ihnen zusammenzugehören.

Nach dieser Richtung hin verdienten alle solche Fälle genauer durchforscht zu werden. Es bedarf dazu aber eines umfangreichen Materials an Stammbäumen, das uns heute noch ganz fehlt, dabei auch nur sehr schwer zu beschaffen ist.

Schluss.

Der Zweck dieses ersten Teiles meiner Ausführungen war einmal der, zu zeigen, dass das, was wir manisch-depressive Anlage nennen, sehr vielgestaltig ist und dass infolgedessen die Menschen, welche diese Anlage besitzen, sehr verschieden aussehen. —

In zweiter Linie wollte ich auf die Notwendigkeit einer ausgiebigeren Familienforschung hinweisen.

Schon das wenige Material, welches in dieser Arbeit gebracht worden ist, legt den Gedanken nahe, dass beim manisch-depressiven Irresein nicht nur die Anlage zur Krankheit im allgemeinen vererbt wird, sondern dass man bei einem Teil der Deszendenten auch spezielle Einzelheiten findet, die dem klinischen Bilde des Aszendenten sein besonderes Gepräge verliehen hatten.

Ich habe Stammbäume ermittelt, in denen bei einzelnen Generationen die Art der Vererbung sehr an das Mendel'sche Gesetz erinnerte. Leider war das nur in einzelnen Generationen der Fall und mir fehlten zuverlässige Mitteilungen über die Voreltern, die das abweichende Verhalten der übrigen Familienmitglieder bezüglich der Vererbung hätten erklären können, so dass diese Stammbäume, die grossenteils auf jahrelanger Beobachtung oder auf guten Anstaltskrankengeschichten beruhen, noch viele Fragen ungelöst lassen, weil sie nicht weit genug in die Vergangenheit zurückreichen.

Diese Tatsache sollte die Familienforschung gerade in solchen Aerztfamilien, in denen die manisch depressive Anlage heimisch ist, anregen. Es sollten vor allen Dingen aber auch die Chroniken und Familienpapiere alter Geschlechter nach dieser Richtung hin genauer durchforscht werden. Ich glaube, dass dabei manches Wertvolle herauskommen würde. —

So hat denn mein Versuch einer Schilderung der häufiger vorkommenden Typen in erster Linie gezeigt, wie wenig wir von allen diesen Problemen wissen, und wie überall nur neue Zweifel und Fragen auftauchen, zu deren Lösung es uns an Material fehlt.

Ein positives Ergebnis haben diese Untersuchungen aber doch wohl gehabt, nämlich das, dass alle die hier geschilderten Anlage-

variationen und die ausgesprochenen Phasen des manisch-depressiven Irreseins ätiologisch durchaus zusammen gehören. Jeder Versuch einer Trennung muss gerade bei Kenntnis der engen Beziehungen zwischen Anlage und ausgesprochener Psychose, namentlich bei Berücksichtigung der zahlreichen Uebergänge als künstlich, als eine Vergewaltigung der klinischen Tatsachen angesehen werden.

Notwendig ist dabei nur, dass wir das Manisch-Depressive nicht als eine Stimmungsanomalie allein ansehen, sondern als einen Komplex von Krankheitszeichen, in dem die Störungen des Denkens und Handelns eine ebenso grosse Rolle spielen als die Verstimmung.

Literaturverzeichnis.

- Albrecht, Psychische Ursachen der Melancholie. Monatsschr. Bd. 20. S. 95.
Aschaffenburg, Kraepelin's psychologische Arbeiten. Bd. 4. Ideenflucht.—
Verhandl. d. Ges. Deutscher Naturforsch. in Cöln 1908. — Allgemeine
Symptomatologie im Handb. d. Psych. Leipzig und Wien 1915.
Bumke, Störungen des Denkens in: Die Diagnose der Geisteskrankheiten.
Wiesbaden 1918. J. Bergmann. — Umgrenzung des manisch-depressiven
Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk. Bd. 20. S. 381. — Nervöse Ent-
artung. Berlin 1912. J. Springer.
Bonhoeffer, Erfahrungen über die Aetiologie der Psychosen. Allg. Zeitschr.
f. Psych. 1916. — Pathologischer Einfall. Deutsche med. Wochenschr.
1904. — Zwangsvorstellungen. Monatsschr. Bd. 33.
Boege, Periodische Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 43.
Berze, Die manisch-depressive Familie H. Monatsschr. f. Psych. Bd. 26. S. 270.
Bornstein, Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-
depressivem Irresein. 1. Kongr. poln. Psych. u. Neurol.
Birnbaum, Manisch-depressives Irresein und seine Wahnbildung. Allgem.
Zeitschr. f. Psych. Bd. 72. S. 439. — Psychopathische Verbrecher.
Berlin 1914. Langenscheidt.
Benon et Denès, Epilepsie infantile et astheno-manie. Gaz. des hôp. 1914.
p. 183.
Bourneville et Katz, Manie de l'adolescence avec nymphomanie. Le progr.
méd. 1899.
v. Bechterew, Periodische Paranoia. Monatsschr. Bd. 5.
Benon et Denès, Manie chronique. Nouv. icon. de la Salpetr. 1913. p. 122.
Benon, Manie et idiotie. Nouv. icon. de la Salpetr. 1913. p. 358. — La
cyclophrénie.
Bleuler, Periodischer Wahnsinn. Psych. Wochenschr. 1902. S. 121. —
Lehrbuch der Psychiatrie. 1916. Berlin 1916. J. Springer. — Dementia
praecox im Handbuch der Psychiatrie. Leipzig und Wien 1911.
v. Brero, Zirkuläres Irresein mit choreiformen Bewegungen. Allgem. Zeitschr.
f. Psych. Bd. 58. S. 1160.

- Chotzen, Epileptische Psychosen. Psych. Wochenschr. Bd. 5. S. 413.
- Deny et Charpentier, Obsessions et psychose manio-dépressive. Rev. neurol. 1909.
- Dormanns, Manisch-depressives Irresein mit langen Phasen. Inaug.-Diss. Bonn 1910.
- Esposito, Unità delle psic. affettive. Arch. de psichiatr. Vol. 23. Nr. 2.
- Ennen, Neurol. Zentralbl. 1902.
- Eicken, Periodische Paranoia.
- Friedmann, Grundlagen der Zwangsvorstellungen. Psych. Wochenschr. 1902. S. 395. — Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Monatsschr. 1905.
- Fauser, Melancholie. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1906. S. 880. — Zwangsvorstellungen. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1905.
- Gijerlich, Periodische Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 40. S. 19.
- Garnier et Sautenoise, Une observ. de man. aigue chez une acromégalie. Arch. de neurol. T. 4. p. 486.
- Gianelli, Sulla così detta paran. acuta period. Riv. speriment. di freniatr. Vol. 24.
- Gaupp, Frage der kombinierten Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. Bd. 13. S. 766. — Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. med. Wochenschr. 1902.
- Gurewitsch, Kritische Bemerkungen zu Urstein's Buch. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Bd. 13.
- Hoche, Einfache Seelenstörung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1911. S. 573. — Leichtere Formen des manisch-depressiven Irreseins. Alt'sche Samml.
- Heilbronner, Progressive Zwangsvorstellungen. Monatsschr. f. Psych. 1899. Bd. 5. — Psychopath der Melancholie. Monatsschr. f. Psych. Bd. 22. S. 1. — Epileptische Manie. Monatsschr. f. Psych. 1903. Bd. 13.
- Holmes, The persistant thymus and sudden death among epileptics with grandmal and periodical mania of lifelong duration. New York 1898.
- v. Hösslin, Chronische Manie. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1909.
- Hajos, Fall von Folie circulaire auf wahrscheinlich epileptischer Grundlage. Pester med. chir. Presse. 1898. Nr. 24.
- Halberstadt, Manie dépressive suivi de man. improductive. L'encéphale. 1909. p. 452.
- Hecker, Milde Verlaufsarten des zirkulären Irreseins. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1897. 7. Jahrg. H. 1.
- Hartenberg, Les timides et la timidé. Paris 1902. Alcan.
- Hamburger, Manisch-depressives Irresein. 1906—1910. Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. 1909.
- Haikovec, Contrib. à la connaissance des idées obsédants. XIII. Congr. de Paris. Rev. neurol. Nr. 7.
- Juliusburger, Pseudomelancholie. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1906. Bd. 17. — Pseudomelancholie. Monatsschr. f. Psych. Bd. 17. S. 72.
- Imboden, Beitrag zur Frage der Kombination des manisch-depressiven Irreseins mit der Hysterie. Allgem. Zeitschr. 1908. Bd. 65. S. 73.

- Isserlin, Psychologische Untersuchungen an Manisch-Depressiven. Monats-
schrift. Bd. 22.
- Jaspers, Psychopathologie. Berlin 1913. J. Springer.
- Kirby, The catatonic syndrom and its relation to manic-depressive insanity.
The journ. of mental disease. 1913. Vol. 40. p. 694.
- Koch, J. A. L., Leitfaden der Psychiatrie. 2. Aufl. Abnorme Charaktere.
Wiesbaden. Bergmann.
- Krasser, Manisch-depressive Sekretionsneurose. Wiener klin. Rundsch.
1912. S. 481/500.
- Lackmann, Manisch-depressives Irresein im Kindesalter. Inaug.-Diss. Erlangen 1907.
- Liepmann, Ideenflucht. Alt'sche Samml. 1904.
- Luther, Klinischer Beitrag zur Frage des depressiven Irreseins. Allgem. Zeitschrift f. Psych. 1909. Bd. 66. S. 949.
- Mugdan, Zirkuläres und alternierendes Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neurol.
Bd. 2.
- Magalhaes et Lemos, Perte de la vis. mentale des objets (formes et couleur).
Ann. méd.-psych. 1906. T. 4. p. 5.
- Mönkemöller, Periodische Paranoia. Allgem. Zeitschr. Bd. 62. S. 538.
- Nadal, Excitat. motrice à forme poriomaniac chez un circulaire. Ann. méd.-
psych. 1912. p. 216.
- Nitsche, Chronische Manie. Neurol. Zentralbl. 1907. S. 532 u. Allgem. Zeitschrift. 1909. Bd. 67. — Chronisch-manische Zustände. Allgem. Zeitschr. 1909. Bd. 67.
- Neisser, Fall von Motilit. psych. Allgem. Zeitschr. 1902. Bd. 57. S. 744.
- Nolan, Study of a case of melancholic fol. Raisonnante. Journ. of ment. science. 1907. Bd. 59. p. 615.
- Pappenheim, Period. Melancholie, kombin. mit Hysterie und Tabes dorsalis.
Arbeiten aus der psych. Klinik Prag. 1908. S. 118.
- Raecke, Hysterische und katatonische Situationspsychosen. Arch. f. Psych.
Bd. 55.
- Parhon, Cas de mél. avec hypertrophie thyroïdienne. Rev. neur. 1906. p. 646.
- Rybakoff, La cyclophrenia. Moskau 1914.
- Rehm, Die Ergebnisse von Kindern manisch-depressiver Kranker. Zeitschr.
für die Erforsch. des jugendl. Schwachsinn. 1909. Bd. 3. S. 1. —
Depressiver Wahnsinn. Zeitschr. f. Neurol. Bd. 21. S. 41. — Psycho-
logische Versuche an Manisch-depressiven. Allg. Zeitschr. Bd. 63. S. 905.
- Ruoff, Paranoischer Symptomenkomplex im Verlaufe des Manisch-depressiven.
Journ. f. Psych. 1915.
- Reich, F., Neurol. Zentralbl. 1908. S. 545. (Ideenfl.)
- Rodier u. Masselon, Quelques considérat. sur l'étiol. de la mél. L'Encéphale.
1911. Nr. 12. p. 532.
- Rittershaus, Differentialdiagnose. Mitteil. aus d. Hamb. Staatsanstalten. 1911.
- Roemheld, Leichte Formen der periodischen Störungen. Klinik für psych.
u. nerv. Krankh. 1907. Bd. 2. S. 449—462.

- Schroeder, J., Monatsschr. 1918. (Atyp. Fälle.)
Schroeder, Gedankenflucht bei Denkhemmung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Bd. 2.
Skliar, Grübelsucht. Jahrb. f. Psych. 1907. Bd. 30. H. 1. S. 125.
Storch, Ideenflucht. Monatsschr. Bd. 17.
Soukhanoff, De la combination de la psychasthénie et de la cyclothymie. Rev. neurol. 1909. p. 558.
Stranski, Streifzüge durch die Klinik des' Manisch-depressiven. S. 1843. Wiener klin. Wochenschr. 1911. S.126. — Sprachverwirrtheit. Alt'sche Sammlung. Halle 1905. — Manisch-depressives Irresein. Handb. d. Psych. Leipzig u. Wien. 1911.
Smits, E. J., Cyclothymia. Americ. Journ. of Insan. 1911. p. 661.
Schenk, Periodische Melancholie. Deutsche med. Ztg. 1899. Nr. 18.
Soukhanoff u. Gannouchkine, Étude sur la folie circulaire. Journ. de Neurol. 1903. p. 163.
Stranski, Lehre von der periodischen Manie. Monatsschr. 1902. Bd. 11. — Komb. Psych. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1906. Bd. 63. S. 73.
Siefert, Chronische Manie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1902. Bd.59. S. 261.
Serbski, Formes mixtes. Annales méd.-psych. 1906. Bd. 3. p. 370.
Specht, Chronische Manie. Zentralbl. f. Nervenk. 1905. Bd. 16. S. 590.
Schott, Chronische Manie. Zentralbl. f. Nervenk. 1904. Bd. 15. S. 519.
Thomsen, Praktische Bedeutung des manisch-depressiven Irreseins. Med. Klin. 1909. S. 1767 u. 1808.
Tomaschny, Myxödematöse Hautveränderungen. Neurol. Zentralbl. 1909. S.187.
Urstein, Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. F. W. Kl. V. 1912. S. 1254.
Vinchon, La périodicité et les obsessions. Rev. de psych. 1912. p. 327.
Vogt, R., Om Arvelighet vad manisk-medan Kolisk söndsygdom. Tidsskrift for den norske laegefor. Jahrg. 30. S. 417 u. 457.
Vogt, Apperzeptive Sehschwäche. Zeitschr.f. Psychotherap. 1909. Bd.1. S.14.
Vorkastner, Pseudomelancholie. Monatsschr. Bd. 17.
Warda, Zwangsvorstellungen. Psych. Monatsschr. 1902. Bd. 12. S. 1.
Weygandt, Ueber manisch-depressives Irresein. Berliner klin. Wochenschr. 1902. Nr. 3.
Walton, The classification of Psycho-neurotics. Journ. of ment. dis. 1907. Vol. 34. p. 489.
Willmanns, Abschnitt Psychopathien in Lewandowski's Handbuch der Neurologie. Berlin. — Differentialdiagnose der funktionellen Psychosen. Zentralblatt f. Nervenk. 1907. Bd.18. S.569. — Leichte Formen des manisch-depressiven Irreseins. Sammlung klin. Vortr. 1906.
Ziehen, Periodische Paranoia. Monatsschr. Bd. 3.
Zimmermann, Beitrag zur Aetiologie der periodischen Seelenstörungen. Mitteilungen d. Hamb. Staatskrankenanst. Juli 1914.
-