

Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose. (Erstarrende Rückbildungsdepression.)

Von
Dr. W. Medow.

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Rostock-Gehlsheim
[Direktor: Prof. Dr. Rosenfeld].)

(Eingegangen am 5. Oktober 1921.)

Der Versuch von Dreyfus, durch seine im Jahre 1907 veröffentlichte Arbeit, „Die Melancholie ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins“, die bis dahin umfängliche Krankheitsgruppe der Melancholie des Rückbildungsalters in die Gruppe des manisch-depressiven Irreseins überzuführen, hat die Schwierigkeiten auf dem Gebiet der depressiven Psychosen des Rückbildungsalters nicht beseitigt. Der Schwerpunkt seiner Beweisführung liegt in dem damals überraschenden Resultat, daß alle in dem Zeitraum von 1892—1906 an der Heidelberger Klinik als Melancholie diagnostizierten Krankheitsfälle, soweit sie nicht auf arteriosklerotischer Grundlage beruhten, nach mehr oder minder langem, oft erstaunlich verschlepptem Verlauf doch in Heilung übergegangen sind. Weniger glücklich und überzeugend sind seine Versuche, die Symptome der Melancholie restlos in die Erscheinungen des manisch-depressiven Irreseins aufzulösen. Es mag ihm dies in einer größeren Anzahl seiner Fälle gelungen sein, wenn es auch mißlich erscheint, den sonst nur selten auftretenden manisch-depressiven Mischzustand hier aus der Ausnahme zur Regel zu erheben und diesen Zustand, der infolge seiner vielgestaltigen Deutungsmöglichkeit (Kraepelin unterscheidet 8 Formen) sonst immer seine Genese erst aus anderen einwandfreien manisch-depressiven Elementen erweisen muß, hier zum Angelpunkt der symptomatologischen Beweisführung zu erheben. Dreyfus sagt: „Das Zustandsbild der Melancholie weicht von dem der klassischen Depression insofern ab, als dieselbe eine gut charakterisierte zirkuläre Mischform mit nur partieller oder gar keiner Hemmung und einer ziemlichen Anzahl manischer Symptome erkennen läßt.“ Aber schon Forster bezeichnet die von Dreyfus oft nur recht fragmentarisch

gefundenen manisch-depressiven Symptome vieler seiner Fälle als unzulänglich.

Er setzt sich ferner an keiner Stelle seiner Arbeit in entscheidender Weise mit dem Affekt der Angst auseinander, der bei einem großen Teil auch seiner Fälle eine überragende Stellung einnimmt. Stellt sie doch kein gewöhnliches oder spezifisches Attribut der eindeutigen manisch-depressiven Mischzustände dar. Wenn Dreyfus an einer Stelle sagt: die Angst bilde den Grundzug der melancholischen Verstimmung, so ist dies nur in bezug auf die Rückbildungsmelancholie gemeint. Die Mehrzahl der Autoren vermißt die Angst bei den reinen zirkulären Depressionen, wenigstens des jüngeren Lebensalters. Abgesehen von Klassifikation und Abstufungen der Angstvorstellungen, wie sie Wernicke und Forster gegeben haben äußerten sich die Autoren wenig über die Stellung der Angst. Vereinzelte Autoren sehen in der Angst eine Steigerung der Verstimmung. Die Mehrzahl setzt jedoch zwischen die Angst und die Verstimmung (Schwermut, Niedergeschlagenheit, Trauer) einen stärkeren Trennungsstrich. Die vorwiegende Verknüpfung der Angst mit Affektionen der Stätten des Körperlichkeitsgefühls, ihre häufige Verkuppelung mit Halluzinationen oder Körpersensationen, weisen ihr doch wohl einen Platz an primitiveren Stätten des psychischen Aufbaues an. Andererseits scheint die Verstimmung der Melancholie in Gestalt der Unlust über assoziative Afunktion, in ihrer prädisponierenden Verbindung mit hochwertigen Persönlichkeitsvorstellungen ihren Sitz an höheren Stätten der Psyche zu haben. Es ist anzunehmen, daß die Angst und die melancholische Verstimmung etwas wesentlich Verschiedenes ist, daß die letztere ein spezifisches Symptom der Melancholie darstellt, während die Angst nur als Nebensymptom bei besonderer Lokalisation oder Ausbreitung des Krankheitsprozesses auftritt. So bezeichnet Schüle die Angst als schwerste Komplikation der Melancholie. Tritt in einem Zustandsbilde die Angst prädominierend auf, oder ersetzt sie die melancholische Verstimmung vollständig, so kann diese Feststellung meines Ermessens nur gegen, aber nicht für die Zugehörigkeit zum manisch-melancholischen Irresein differentialdiagnostisch ins Feld geführt werden. Neben einer größeren Gruppe mit überwiegenden Angstsymptomen findet sich bei Dreyfus auch eine kleinere mit ängstlich-hypochondrischer Verstimmung und Monotonie, Fälle, die sowohl Hemmung als auch manische Symptome, die er doch für das vermeintliche Mischbild der Rückbildungsmelancholie fordert, vermissen lassen. Ich kann mich jedoch auch des weiteren bei genauer Durchsicht seiner Krankengeschichten in ihrem ganzen Verlauf bei einem erheblichen Teil der Fälle der Diagnosenstellung von Dreyfus nicht anschließen. Wenn Dreyfus in seiner Schlußbetrachtung behauptet, daß die von ihm analysierten Zustandsbilder denen

des manisch-depressiven Irreseins völlig entsprächen, daß „alle Symptome dafür, absolut nicht dagegen“ sprächen, so scheint mir das der Eigenart der Wirklichkeit nicht gerecht zu werden. Von 31 seiner genauer geschilderten Krankheitsfälle wäre ich geneigt, 5 Fälle als psychogene Depressionen und 11 Fälle als Psychosen zu bezeichnen, bei denen Angst und einfache motorische Erregtheit das Bild beherrscht, gemäß dem Bilde der Wernickeschen Angstpsychose. Wenn ich mir auch der Unsicherheit meiner Beurteilung, die sich nicht auf das lebende Krankheitsbild stützen kann, bewußt bin, so dürfte jedoch so viel mit Sicherheit daraus folgen, daß es schon bei den von Dreyfus bearbeiteten Fällen nur mit größter Schwierigkeit und nicht ohne Zwang möglich wäre, sie dem Symptomenbild des manisch-depressiven Irreseins einzureihen. Es erscheint mir als fraglich, ob Fälle meiner Art durchweg oder nur in einzelnen Fällen von Dreyfus mitbearbeitet sind, und ob sie damals nicht zum Teil anderswo rubriziert waren. Von den bei Dreyfus als geheilt angeführten Fällen finden sich bei Fall 6, 9, 20 und bei Fall 26, 28, der Ungeheilten Anklänge an die für meine Fälle charakteristischen Züge. Von den ungeheilten Fällen dürfte Fall 31 meinen Fällen voll entsprechen. Derselbe weist ein typisches Endstadium auf mit starrer Ablehnung gegen alles Neue, voller absurder Angewohnheiten und Teildefekte affektiver Art mit Mangel an Regsamkeit. Arteriosklerose bestand in diesem Fall nicht.

Hauptsächlich veranlaßt durch die Resultate von Dreyfus hat Kraepelin seine Rückbildungsmelancholie fallen gelassen und alle diese Fälle bis auf einige Restgruppen dem manisch-depressiven Irresein eingereiht. Dieser Ansicht haben sich im wesentlichen Specht, Hübner und Stransky angeschlossen. Dagegen haben eine bemerkenswerte Anzahl anderer Autoren wie Rehm, Bleuler, Bumke, Seelert, Albrecht der Involutionmelancholie eine gewisse Selbstständigkeit belassen. Bemerkenswerterweise gingen von 82 Fällen von einfacher Melancholie des Rückbildungsalters nach Albrecht ein Drittel in Chronizität und ein Achtel in Demenz über, ohne daß Erscheinungen von Arteriosklerose nachweisbar waren. Am prägnantesten hat Bumke jene Merkmale zusammengefaßt, die ihn bestimmten, an einer Rückbildungsmelancholie festzuhalten. Es sind dies: Anschluß an seelische Ursachen, hysterische Züge, Überwiegen hypochondrischer und paranoider über die melancholischen Züge, häufiges Vorkommen von Sinnestäuschungen, Vorwiegen ängstlicher Erregung, sich zu deliröser Verwirrtheit steigernd, Hinzutreten katatonischer Symptome, protrahierter Verlauf, Ausgang in Heilung oder depressive Schwächestände mit Verzagtheit oder ängstlich-hypochondrischer Stimmung. Die Deutung dieser schwerer verlaufenden Bilder von Affektpsychosen als einer Kombination von endogenen und exogenen Faktoren wurde

zuerst von Rosenfeld unternommen, dann von Bumke stark vertreten, in anderer Hinsicht von Kleist und Kretschmer aufgenommen und von Seelert auf alle Depressiven des höheren Lebensalters, die sich von der Symptomatologie des manisch-depressiven Irreseins entfernen, ausgedehnt. Nach Seelert hängt es von der graduellen Abstufung der endogenen und exogenen Faktoren ab, ob eine Angstpsychose organischer Gehirnerkrankung, eine Rückbildungsmelancholie oder eine Depression des manisch-depressiven Irreseins im höheren Lebensalter entsteht.

Von den 6 kleinen Restgruppen, die Kraepelin aus seiner alten Melancholie beläßt, ist die 2. für die vorliegenden Erörterungen bedeutungsvoll. Es sind dies Krankheitsfälle, in deren Mittelpunkt depressive, hypochondrische und nihilistische Wahnvorstellungen mit Angstaffekt stehen, oft begleitet von Phonemen und motorischen Erscheinungen mit Ausgang in Schwächezustände. Sie finden nach Kraepelin weder beim manisch-depressiven Irresein noch bei der Katatonie Unterkunft.

In seiner 1905 erschienenen Arbeit über die Depressionszustände des höheren Lebensalters gibt Gaupp noch einige bemerkenswerte Charakteristika über die damals von ihm anerkannte Rückbildungsmelancholie, von denen folgende für die gegenwärtigen Erörterungen besonders belangreich erscheinen: „Häufiger als völlige Heilung ist Ausgang in leichte depressive Schwächezustände mit Verzagtheit und ängstlich-hypochondrischer Stimmung. Ausgang keineswegs immer verbunden mit seniler Demenz. Gedächtnis, Merkfähigkeit und Urteilsvermögen können ganz gut bleiben. Die erstarrten Affektausdrucksbewegungen bei ungeheilten Depressionszuständen können den Manieren und Stereotypen bei Dementia praecox sehr ähnlich sein.“

Zweck dieser Arbeit soll nicht sein, die Gesamtheit aller vom manisch-depressiven Bilde abweichenden Rückbildungsdepressionen zu erörtern. Es kommt mir vielmehr darauf an, einen Kern depressiver Rückbildungspsychosen herauszuschälen, der nach Verlauf und Symptomatologie mit Sicherheit eine Sonderstellung gegenüber dem manisch-melancholischen Irresein einnimmt. Ob sich dem eine größere Anzahl weniger prägnant ausgebildeter Fälle, durch fremdartige Beimengungen getrübtter Bilder und durch ungünstige Umstände einer gründlichen Diagnostik unzugänglicher Erkrankungen ankrystallisieren wird, möchte ich vorerst dahingestellt sein lassen. Immerhin möchte ich trotz der Undurchsichtigkeit vieler Erscheinungen den Glauben an das Vorhandensein von Grenzen auch zwischen den ungeklärten Fällen nicht fallen lassen, mag auch der Versuch vorerst an der Unzulänglichkeit unserer diagnostischen Mittel scheitern. Insonderheit bliebe es auch einer besonderen Arbeit vorbehalten zu untersuchen, ob nicht eine

erhebliche Zahl dieser unbefriedigend gelösten Aufgaben einem weiteren Krankheitsbilde zuzuteilen wäre, welches wohl in der Rückbildungszeit anschwellend gleichwohl eine derartige zeitliche Begrenzung nicht in sich schließen würde, und deren Grundzug die psychogene Auslösung durch seelische Ursache einer sich später selbständig machenden depressiven Psychose wäre. Diese entstünde mithin katathym, ginge gleichwohl über den Rahmen einer einheitlichen komplex beherrschten psychogenen Depression hinaus und würde ein mannigfaltiges depressiv-paranoides, heilbares, aber keinesfalls rein melancholisches Krankheitsbild darstellen. Gaupp und Bumke finden gerade viele Rückbildungsdepressionen seelisch ausgelöst, hysterisch gefärbt, und selbst Dreyfus findet bei seinen Fällen von Rückbildungsmelancholie 35—40% durch auslösende Ursachen veranlaßt. Ähnliche Erfahrungen führten Specht zu dem Gedanken der Wiederbelebung der Hysteromelancholie. Die Erfahrung läßt diese Krankheitsbilder nicht auf das Rückbildungsalter beschränken, mögen sie hier auch eine Prädispositionsstelle finden, sie findet dieselben nicht selten auch im jüngeren Lebensalter.

Unter den in der Rostocker Klinik in den letzten Jahren beobachteten depressiven Rückbildungspsychosen erregten einige eigentümliche, eine große Ähnlichkeit verratende Krankheitsfälle das besondere Interesse. Wurde die Aufmerksamkeit durch zwei im Höhenstadium befindliche Erkrankungen geweckt, so konnten sehr bald drei weitere beigelegt werden, welche den Endzustand erreicht hatten.

Es seien im folgenden die alle Fälle verbindenden Grundsymptome zusammengefaßt, denen die differierenden oder singulär auftretenden angefügt werden mögen.

Die Prüfung der Erblichkeitsverhältnisse ergab keine durchaus einheitlichen Verhältnisse. Doch war eine mehr oder minder starke psychopathische Veränderung in den Familien unverkennbar, und zwar in dem Sinne einer einförmig depressiven, vorwiegend ängstlich-hypochondrisch gefärbten, aber auch z. T. reaktiv anmutenden Konstitution. Im allgemeinen war der Vererbungstyp bezüglich des depressiven Merkmales jener der direkten und gleichartigen Vererbung. Manien und Cyclothymien, der in der Heredität des manisch-melancholischen Irreseins übliche Formenreichtum affektiver Besonderheiten, wurde vermißt. In der einen Familie, wo die depressive Färbung besonders stark vertreten war, zeigte sich gleichzeitig auch der indirekte Vererbungstyp der Schizophrenie.

Die prämorbidie Persönlichkeit neigte in allen bis auf einen Fall nach der konstitutionell depressiven Seite hin von einer ängstlich-hypochondrischen Eigenart. Sie haben alle das Leben schwer genommen, waren sorgenvoll, z. T. etwas ängstlich, dabei vorwiegend arbeitsam und fleißig. Nur in einem Fall handelte es sich statt dessen um eine

heitere, das Leben leicht nehmende, nur etwas energieschwache Natur, ohne daß diese jedoch als hypomanisch hätte bezeichnet werden können.

Zwei der Fälle hatten vorauslaufende Erkrankungen durchgemacht, die mit der Hauptkrankheit in Beziehung zu setzen waren. In dem ersten der beiden Fälle handelte es sich um eine zweimalige Erkrankung, die je 20 Jahre und 10 Jahre zuvor einsetzte, je 1 Jahr währte und leichte ängstlich-hypochondrische Depressionen, begleitet von stärkeren hysterischen Erscheinungen darstellte. Im anderen Falle setzte der Vorläufer 13 Jahre vor der Hauptkrankheit ein, währte 2 Jahre und stellte sich als eine Angstpsychose mit hysterischen Begleiterscheinungen dar.

An anderweitigen vorausgehenden psychischen und nervösen Störungen zeigte sich in jenen beiden Fällen, denen stärkere hysterische Begleiterscheinungen beigemischt waren, auch schon früher reaktive Symptome. Reaktive Labilität, Stottern nach Schreck, Magenneurose und nervöses Erbrechen werden erwähnt. In den anderen Fällen, deren Konstitution früher frei von reaktiven Symptomen war, fanden sich auch in der Hauptkrankheit keine hysterischen Nebensymptome.

Sämtliche Kranke waren verheiratet, hatten bis auf einen Fall Kinder. Das Alter, in dem die ersten Zeichen der langsam sich entwickelnden Krankheit offenkundig wurden, lag zwischen dem 44. und 57. Lebensjahr. Von den 4 weiblichen Patienten hatte die eine das Klimakterium schon vor 7 Jahren ohne Störungen überstanden, bei der zweiten hatten die Menses ebenfalls schon vor Ausbruch der Krankheit zessiert, bei der dritten fiel die Krankheit mit dem letzten Ausläufer des Klimakteriums zusammen, und im 4. Fall begann das Klimakterium erst nach Beginn der Krankheit. Es ist hiernach ein wesentlicher Anteil des Klimakteriums am Ausbruch der Krankheit auszuschließen.

Körperliche Krankheiten kamen für die Auslösung des psychischen Leidens nicht in Betracht. Dagegen schienen psychische Momente eine gewisse Rolle zu spielen. In 4 Fällen wurden solche angegeben, es waren dies Sorgen infolge Kriegswirkung, Verlust des einzigen Sohnes im Kriege, unglückliche Ehe, Konkurs, seelische Erschütterungen infolge Revolution und Flucht aus Rußland. Der Beginn war überall schleichend, und die Symptome steigerten sich im Laufe von $\frac{1}{2}$ bis 3 Jahren zu der Höhe, welche Anstaltsaufnahme notwendig machte. Die Initialsymptome waren in allen Fällen Verstimmung, Angst, Unruhe, Gleichgültigkeit, Arbeitsunfähigkeit. In 2 Fällen bestand Schlaflosigkeit, in einem setzten daneben schnell hypochondrische Beschwerden mit z. T. klimakterieller Färbung und Beeinträchtigungsideen ein, in diesem Falle erfolgte ein Suicidversuch.

Der Gesamtverlauf der Krankheit war in allen Fällen ein außerordentlich verschleppter und war als ausgesprochen chronisch zu be-

zeichnen. Auf den meist mehrjährig ansteigenden Beginn folgte das 3—7 Jahre dauernde Höhestadium. Nur in einem Fall ging letzteres schon nach $\frac{1}{4}$ Jahr in den nachfolgenden Defektzustand über. In 2 Fällen, wo das Höhestadium wohl schon die Merkmale des bleibenden Defektes zeigt, aber doch die akuten Erscheinungen noch nicht ganz überwunden sind, währt dasselbe $2\frac{1}{2}$ —4 Jahre. In 3 Fällen, in denen Ausgang in Defekt erfolgte, dauerte der Endzustand 4 Jahre, $4\frac{1}{2}$ Jahre und 6 Jahre. Die Gesamtdauer der Erkrankungen ist $4\frac{1}{2}$ Jahre, 5 Jahre, 6 Jahre, 8 Jahre und 16 Jahre.

Die allen Fällen gemeinsamen Hauptsymptome des Höhestadiums seien in folgendem kurz zusammengefaßt. Es standen überall durchaus im Vordergrund die affektiven Störungen der Angst und Unruhe. Dieselben beherrschten das ganze Krankheitsbild und verliefen anfangs meist in ständigen kurz dauernden Schwankungen, während später ein mehr kontinuierlicher Verlauf beobachtet wurde. Erhebliche Remissionen traten nicht auf. Daneben fanden sich in verschiedener Ausbildung Verstimmung, Lebensüberdruß, Erregtheit, Nörgelei, Heftigkeit, Mißtrauen, Weinerlichkeit, Sorgenhaftigkeit, Furcht vor Gefahren, Zweifelsucht, Verneinungssucht, ängstliches Widerstreben, Vergiftungsfurcht, Verarmungsfurcht, Interesselosigkeit, ablehnendes Verhalten. In den meisten Fällen steigerte sich die Angst zur Ratlosigkeit.

Der Angst hielt fast die Wage die hypochondrische Verstimmung. Nur in einem Fall war sie nur schwach angedeutet, in 2 Fällen stand sie mit im Vordergrund der Krankheitserscheinungen, hielt sich aber der Form nach in den Grenzen des Nachfühlbaren, während dieselben in 2 Fällen zu unsinnigen Wahnideen körperlicher Veränderung führten. Hiervon seien die Vorstellungen des Kleinerwerdens der Gestalt, der Gliedmaßen, des Fehlens von Körperteilen und der Verschiebung der Körperteile zueinander angeführt.

Was das motorische Verhalten anlangt, so war allen Fällen eine gewisse Zunahme der Bewegungsantriebe allerdings vom Charakter der Einförmigkeit eigen. In der Mehrzahl steigerte sich dieselbe für mehr oder minder lange Zeit zu hyperkinetischer Erregtheit mit Bettflucht und außerordentlich unproduktivem Rededrang, um in 2 Fällen mit akinetischen Phasen und Spannungszuständen abzuwechseln. Beschäftigungsdrang fehlte völlig.

Die Willensantriebe lagen in allen Fällen darnieder. Die Kranken erschienen interesselos, stumpf und z. T. bettsüchtig. Der Betätigungsdrang war auf ein Minimum gesunken, meist waren die Kranken ganz untätig oder arbeiteten nur mechanisch auf Geheiß. Die Erscheinungen der Hemmung, d. h. des Versagens des motorischen und gedanklichen Ablaufes bei vorhandenem Wunsch zur Betätigung war in keinem Fall deutlich erkennbar.

Eins der hervorragendsten Merkmale aller Krankheitsfälle, welches die Aufmerksamkeit gerade auf sie hinlenkte, ihnen ein eigentümliches Gepräge der Gleichartigkeit verlieh und geradezu als pathognomisch zu bezeichnen war, war eine hochgradige Einförmigkeit gedanklicher und motorischer Antriebe, die sich bis zum Anschein der Stereotypie, der Iteration und Verbigeration steigerten. Die Haltung der Kranken im Liegen und Sitzen, wahrscheinlich einmal durch Angst und Hypochondrie diktiert, dann unabänderlich gewohnheitsmäßig festgehalten, gab ihnen etwas Statuenhaftes, das fast an die Starre der *Paralysis agitans* erinnerte. Bei genauer Beobachtung erwiesen sich diese Erscheinungen jedoch nicht als rein motorisch oder halluzinär bedingt, sondern als Folge einer Veränderung höherer Komplexe der Persönlichkeit. Und diese waren es, welche anfangs noch im Hintergrund stehend hinter dem lebhaften Bild affektiver Erscheinungen, allmählich mehr und mehr Breite und Raum gewannen, schließlich das ganze Bild beherrschten und im Endstadium, wenn schon Angst und Erregung abgeklungen, dauernd hinterblieben. Schon in den Anfängen der Krankheit fiel bei allen Fällen die Einförmigkeit, die stete Wiederholung und pedantische Wiederkehr in Worten und Bewegungen auf, Interesse und Regsamkeit engten sich im weiteren Verlauf immer mehr ein, bis schließlich ein unveränderlicher Haltungstyp, eine Tag für Tag unveränderlich zu Tode gerittene Wortreihe das Bild vollständiger Erstarrung vervollständigte. Mit dem Abklingen der Angsteffekte trat dann im Endstadium dieser eigentümliche Defekt der Persönlichkeit völlig entschleierte zutage. Eine Einkapselung der ganzen Persönlichkeit in unabänderliche Gewohnheiten, die Ablehnung gegen alles Neue, das Erlöschen der Tatkraft, die zwangsartige Verwendung einzelner sinnloser Worte und die sklavische Kettung an bestimmte Bewegungen und Verrichtungen charakterisierten dieses Schlußbild von extremster Pedanterie und verzerrtem Konservativismus. Daß nicht affektive Hemmungen oder lähmende Vorstellungen der Angst oder des körperlichen Mißempfindens im wesentlichen dieses Bild schufen, sondern daß es ein selbständiges, die höheren Persönlichkeitskomplexe betreffendes Defektsymptom darstellt, bewiesen die Endzustände, in denen das Abklingen pathologischer Affekte das Bild der Einengung nur um so reiner hervortreten ließ.

Der Wichtigkeit halber seien die hierher gehörenden Symptome, soweit sie während des Höhenstadiums hervortraten, in kurzen Stichworten angeführt:

Fall 1. Gleichmäßige Haltung, hält immer die Hand an die Stirn, geht immer auf der gleichen Stelle hin und her, ist immer in Hemdsärmeln. Murmelt tagaus, tagein die gleichen Sätze: „Gebt mir doch den Hut oder die Schuhe, lassen Sie mich doch nach Hause.“ Auch nach 1½ Jahren ist dies alles genau das gleiche.

Fall 2. Flicht immer an den Haaren, ständige kauende Bewegungen und Schmatzen. Sitzt immer auf der gleichen Stelle, empfindet jede Veränderung zunächst als unangenehm. Ruft Tag für Tag mit kurzen Pausen: „Gebt mir doch was zu essen, gebt mir ein Stückchen Brot, gebt mir doch.“ Setzt dies jahrelang fort.

Fall 3. Einförmig, wiederholt die gleichen Reden, sagt alles dreimal. Dieser Fall geht sehr schnell in ein Endstadium eines erstarrten Zwangszeremoniells über.

Fall 4. Einförmig, wiederholt alle Sätze, ängstliche Verbigerationen. Monotone Reden, Stereotypen der Bewegung. Grimassieren.

Fall 5: Erstarrte gleichbleibende Ausdrucksbewegungen, stehende Ausdrücke. Wiederholt Tag für Tag das gleiche.

Manche Nebensymptome, die während des Hauptstadiums der Krankheit eine weitere Einbuße an Persönlichkeitswert zu bedeuten schienen, wie Unsauberkeit, Nachlässigkeit, schlechte Manieren, Eßgier, Mangel an Schamgefühl schienen um so mehr nur scheinbare Wirkungen akuter vorübergehender Bewußtseinstörungen zu sein, als in dem Endstadium hiervon nichts bemerkt wurde. Abgesehen von der Erstarrung und Einengung der Persönlichkeit blieb dieselbe jedoch in allen Fällen erhalten. Ein Zerfall derselben trat nicht ein. Die Kranken waren, soweit Angst, Erstarrung, Pedanterie es zuließen, zugänglich, man konnte ihnen nachfühlend menschlich nahekommen, man konnte mit allen über Dinge des vergangenen Lebens in geordneter Weise sprechen, sie folgten hier durchaus den gewohnten Wegen normalwertiger Sitten- und Gefühlskomplexe ohne irgendwelche Erscheinungen von Absonderlichkeiten und autistischer Erhaltung. Aber auch für die Gegenwart wurden trotz der scheinbaren Verödung Dinge, die im Blickpunkte des Interesses verblieben, oft mit überraschend reicher Nüancierung und Feinheit empfunden. Insbesondere blieb das Gefühl für die Familie intakt, oft zeigt sich eine rührende Liebe für die Kinder und zeigte sich bei deren Besuchen nach jahrelanger Gleichgültigkeit eine überraschende reaktive Ansprechbarkeit. Eine Kranke, bei welcher das Leiden schon 16 Jahre fortbesteht, und die völlig untätig und abgekapselt gegen die Umwelt dahinlebt, steht in einem rührigen, den Zeitverhältnissen voll gerecht werden den, innige Fürsorge verratenden Briefwechsel mit den Kindern.

Bei 2 Fällen, die schon von Hause aus eine reaktive Veranlagung zeigten, spielten auch im Krankheitsbild hysterische Erscheinungen eine größere Rolle, ja in dem einen derselben hatten sie direkt einen wesentlichen Anteil an den äußeren Erscheinungsformen und bewirkten in Vermischung mit den übrigen Krankheitserscheinungen den zeitweiligen Anschein einer katatonischen Erkrankung. Hier wurden reaktive Schreianfälle, psychogen anmutendes Zwangsreden, Suggestiverscheinungen, Erregungen mit Schimpfparoxysmen, funktionelles Erbrechen und Stuhlverhaltung beobachtet, die Kranke verlangte Medi-

kamente, da sie sonst schreien müsse. Der andere Kranke hatte im Beginn der Krankheit Schreikrämpfe, Krampfanfälle, er zeigte Schreckhaftigkeit, funktionellen Tremor und funktionelle Reflexsteigerung. Mit dem Abblassen der pathologischen Affekte traten in beiden Fällen auch die reaktiven Symptome in den Hintergrund.

Die hysterischen Symptome waren als Weckungen der reaktiven Veranlagung durch den psychischen Insult der Psychose und als Nebenerscheinungen aufzufassen, sie dürften für die Kernsymptome der Krankheit nicht in Anrechnung gebracht werden.

Gleichartig verhielten sich alle Fälle im wesentlichen auch bezüglich der Unversehrtheit der Intelligenz. Auffassung, Merkfähigkeit, Gedächtnis waren völlig intakt. Auch das Urteilsvermögen ließ nur in einem Falle eine leichte Minderung erkennen. Die gedanklichen Abläufe vollzogen sich nach den Normen, weder erhebliche Hemmungen noch Sperrungen griffen störend ein. Der sprachliche Ausdruck war überall intakt.

Die Kardinalsymptome des manisch-melancholischen Irreseins fehlten entweder ganz oder waren nur flüchtig angedeutet und von untergeordneter Bedeutung. Insbesondere wurde Hemmung, Produktivität, Ablenkbarkeit vermißt. Nur in einem Fall zeigte sich Insuffizienzgefühl, Gefühl von Versagen des Gedächtnisses, und neben depressiven Wahn- und Verfolgungsvorstellungen traten solche der Versündigung stärker ins Feld, der Kranke beschuldigte sich eines verfehlten Lebens, maß sich Schuld am Unglück der Familie bei, er habe Fehler über Fehler begangen, habe den Tod von Mutter und Kind verschuldet und verlangte deshalb Verurteilung und Gefängnisstrafe. Doch auch hier traten sie nur episodisch auf, tauchten in den übrigen Symptomen unter, ohne daß der Krankheitsprozeß eine Abminderung erfahren hätte.

In den anderen Fällen fanden sich nur ganz flüchtige Selbstvorwürfe, ein Fall ließ solche ganz vermissen.

Wahnbildungen spielten in den Krankheitsbildern, wenn auch keine durchweg allgemeine und entscheidende, so doch eine erhebliche Rolle. Jedenfalls nahmen Angstvorstellungen, hypochondrischer und Verfolgungswahn einen erheblich breiteren Raum ein als die Versündigungsvorstellungen. Nur ein Fall ließ bis auf einige Angstvorstellungen Wahnbildung ganz vermissen. In anderen Fällen erreichten sie z. T. eine hohe Blüte. An die Angstvorstellungen reihten sich der Bedeutung nach zunächst der hypochondrische Wahn an, dann folgten Beeinträchtigungsideen, denen das Gefühl des Mißtrauens zugrunde lag, doch nur in einem Falle richteten sich die letzteren gegen bestimmte Personen der Umgebung. Nur in einem Falle erfuhr die Wahnbildung eine erhebliche Ausbreitung, sie ging jedoch immer mit der Schwere der Angst

und hypochondrischen Verstimmung parallel, gewann keine selbständige Bedeutung, so daß das Gesamtbild keineswegs aus dem Rahmen der übrigen herausfiel. Hier fanedn sich Angst-, Vergiftungs- und Verfolgungsideen. Es traten Fehlvorstellungen auf dem Boden von Personenverkenennung, allo- und somatopsychischer Verfälschungen, Gefühl der persönlichen Veränderung auf mit wahnhaften Verflechtungen und unsinnigen Erklärungen. Der Kleinwahn steigerte sich zum vollständigen Nihilismus. Die Kranke glaubte hypnotisiert zu werden, ihre Sachen wurden gestohlen, die Briefe gefälscht, ihr Bein werde abgeschnitten, alles sei Lüge, sie könne nie sterben, Brot, Kartoffeln, Fleisch seien etwas ganz anderes, als was sie sein sollten, die Butter sei kleine Tiere. Sie sei kleiner geworden, habe andere Hüften bekommen, die Arme wären früher länger und kräftiger, die Hände seien ganz klein geworden. In diesem Falle traten auch vereinzelte Beziehungsideen auf.

Sinnestäuschungen spielten im allgemeinen keine Rolle. In einem Falle bestanden Illusionen des Gehörs. In einem anderen Falle, wo Phoneme angegeben wurden, war es sehr wahrscheinlich, daß es sich um hysterogene Induktionserscheinungen handelte. In einem Falle nahmen die hypochondrischen Gefühle die Form von Sensationen an, erstreckten sich auch auf das sexuelle Gebiet. Sie führten zu physikalischen Erklärungen und Projektionen auf bestimmte Personen der Umgebung. Gleichwohl blieben sie verhältnismäßig isoliert, vermochten die ganze Persönlichkeit nur wenig zu beeinflussen und erschienen doch immer wie direkte Attribute der erheblichen körperlichen Mißempfindungen. Im Gegensatz zu der Involutionssparanoia hatten hier die sexuellen Regungen und Impulse eine ganz untergeordnete Bedeutung.

Der körperliche Habitus entsprach in allen Fällen dem bestehenden Alter und ließ einen vorgeschrittenen senilen Charakter durchaus vermissen. Dem stellte sich das Fehlen der senilen Züge im psychischen Bilde an die Seite. Weder Merkschwäche noch Orientierungsverlust noch Einbuße an optischen und akustischen Engrammen waren in irgendeinem Fall auch nur andeutungsweise vorhanden. Die Erstarrung und Interesseineengung konnte mit jener der senilen Demenz nicht verwechselt werden. Gerade jene Kranke, die die längste Krankheitsdauer aufweist und im 68. Jahre steht, zeigt trotz der eigenartigen Fesselung der Persönlichkeit und Einengung der Regsamkeit eine erstaunliche Auffassungsgabe für die komplizierten Ereignisse der Gegenwart und vermag sie wenigstens brieflich in reichhaltiger Weise zu verarbeiten. Sie bietet keine Spur von dem, was wir unter dem Bilde der senilen Demenz verstehen.

Mögen in den Folgeerscheinungen auch manche Krankheitsvorgänge

eine Ähnlichkeit mit seniler Erstarrung haben, so bleibt sie doch eine äußerliche und sind die Krankheitsvorgänge ohne Zweifel grundverschiedene.

Es bleibt die schwierige Frage der Arteriosklerose zu erörtern. Der Wichtigkeit halber lasse ich den Befund der einzelnen Fälle folgen:

Fall 1. Arterien weich, keine arteriosklerotischen Beschwerden, Blutdruck 130 cm H₂O.

Fall 2. Radialis hart, übrige Arterien weich, keine arteriosklerotischen Beschwerden. Blutdruck 160 cm H₂O.

Fall 3. Radialis hart und gespannt. Puls 114. Systolisches Geräusch über Basis und Pulmonalis, Blutdruck 210 cm H₂O.

Fall 4. Alte, zeitweise dekompensierte Mitralinsuffizienz, Arterien mäßig rigide und etwas geschlängelt. Blutdruck 160 cm H₂O.

Fall 5. Arterien weich. Herztöne rein. Blutdruck 180 cm H₂O. Keine Arteriosklerotischen Beschwerden.

Hiernach besteht wohl in einem Fall eine periphere Arteriosklerose, in einem anderen Fall besteht ein alter Klappenfehler. Aber für die Gesamtheit hat eine Erkrankung des Gefäßapparates keine entscheidende Bedeutung. Trotzdem sich der Zustand der Gefäßrohre so verschieden verhält, zeigen doch die psychischen Bilder alle die gleiche Verwandtschaft, gerade Fall 5 mit ganz normaler Arterienwandung gehört zu den ausgesprochen chronischen Formen. Alle Fälle lassen die Erscheinungen von Gehirnarteriosklerose wie Schwindel-, Ohnmachtsanfälle, Herdsymptome der Aphasie und Apraxie völlig vermissen. Ich kann mich daher nicht entschließen, der Arteriosklerose eine erhebliche Bedeutung für das Krankheitsbild beizumessen.

Ich wende mich einer kurzen Zusammenfassung der Erscheinungen der Endstadien zu, in denen sich 3 der Fälle befinden. Diese Fälle sind keineswegs unbedingt anstaltspflegebedürftig. Ähnliche Fälle werden in der Regel in den Kreis der Familie zurückkehren. Dort werden sie bei katamnästischen Erhebungen in vielen Fällen von den Angehörigen vielleicht als gesund angegeben werden. Wir verdanken es äußeren Umständen, daß die Erkrankten in der Klinik verblieben und einer genauen Beobachtung unterzogen werden konnten. Im allgemeinen konnte von einer Beruhigung der pathologischen Affekte gesprochen werden. Die Angst war im allgemeinen geschwunden, nur in einzelnen Fällen trat sie in weiten Pausen noch gelegentlich leicht hervor. Z. T. blieb die Stimmung dauernd hypochondrisch gefärbt, z. T. fand sich der Affekt einer ganz farblosen Zufriedenheit. Die Mimik war meist starr, wenig moduliert, oft einförmig freundlich, oft mit leicht zaghaftem Ton. In einem waren isolierte Beeinträchtigungsideen mit Projektion auf hypochondrischer Grundlage stationär geblieben. Was allen Fällen ein so eigenartiges Gepräge verlieh, war die Einbuße an Lebendigkeit und Regsamkeit, eine Einengung der Interessen und

Erstarrung der Persönlichkeit. Sie waren alle exquisite Pedanten, bar jeder Anpassungsfähigkeit an Neuerungen mit ganz absonderlichen Angewohnheiten geworden. Alle waren ausgesprochene Nichtstuer. Die eine Kranke liegt immer zu Bett, geht nie in den Garten, sie sitzt immer in typischer Haltung, die eine Hand auf der anderen Schulter und die Beine aus dem Bett hängen lassend. Sie zieht nie Kleider an, selbst nicht zum Besuch der Kinder, denen sie lebhaft anhängt. Wenn sie durch den Saal geht, geschieht es immer barfuß. Eine rechte Erklärung ist von der Kranken hierfür nicht zu erhalten, es sind Angewohnheiten. Die zweite Patientin streicht immer mit der gleichen Bewegung über Stirn und Magen, sie bringt immer die gleichen einförmigen Wünsche und Klagen vor, sie zeigt eine ganz eigenartige sprachliche Angewohnheit, indem sie in der Rede von Zeit zu Zeit und besonders beim Beginn einer Anrede ein stereotypes „darnach“ einfließt. Auch sie kann eine rechte Erklärung hierfür nicht abgeben, sie scheint es selbst nicht zu wissen, vielleicht verbindet sich damit das Gefühl eines Schutzes ähnlich einer Beschwörungsformel und entspringt einem restierenden ängstlichen Grundton. In dem letzten Jahre haben sich bei ihr wirkliche Zwangsvorstellungen eingestellt, sie gibt an, die Fenster, die Fußbodenbrettchen, die Betten zählen zu müssen. Es ist dies um so bemerkenswerter, als diese Kranke am meisten von allen die Abgrenzung gegen die Spätkatatonie notwendig macht. Am reichhaltigsten ist die 3. Kranke mit Angewohnheiten ausgestattet. Sie ist in ihrem ganzen Tun und Lassen in ein Zeremoniell eingekapselt, von dem sie wohl auf Geheiß abläßt, in das sie aber gleich zurückverfällt, wenn sie sich selbst überlassen bleibt. Wenn sie nicht angetrieben wird, braucht sie zum Ankleiden bis Mittag und zum Auskleiden bis Mitternacht, da jedes Kleidungsstück in genau vorgeschriebene Falten und in bestimmte Lage gelegt werden muß, zwischendurch werden bestimmte gleichbleibende Bewegungen ausgeführt. Vor dem Frühstück hat sie ein bestimmtes Zeremoniell zu erledigen, sie bringt die Riegel der Schubladen des Speiseschranks in eine bestimmte immer gleichbleibende Lage, sperrt alle Schubladen einmal auf und zu, richtet alle Stühle genau aus. Ebenso zeremoniös verfährt sie beim Essen. Sie führt mit den Nahrungsmitteln bestimmte Bewegungen aus, z. B. bewegt sie das Brot zwischen den Zähnen lange hin und her, bis sie es abbeißt. Sie verbringt lange Zeit damit, jedes Tröpfchen Kaffee aus Tasse und Kanne zu schütteln. Nach dem Essen baut sie nun schon seit Jahren jedesmal auf dem Tellerrand 8 kleine Häufchen aus Brotkrümchen oder Kartoffelstückchen in einer Anordnung gleich der 8 auf dem Spielkartenblatt. In der Auskunft hierüber ist sie wortkarg, sie bezeichnet es als Angewohnheit, man kann nicht einmal genau erfahren, ob sie das Gefühl eines Zwanges dabei hat, es scheint aber

im allgemeinen nicht der Fall zu sein. Überhaupt zeigt sie ein etwas scheues, zaghaftes, verschlossenes Wesen unter einer einförmig lächelnden Miene. Wenn sie die Türen öffnet, faßt sie den Drücker meist nicht mit der bloßen Hand, sondern mit einem Tuch an, außerdem blickt sie einmal nach oben und macht bestimmte Handbewegungen. Wenn sie die Treppe hinaufgeht, macht sie auf jeder Stufe trippelnde Bewegungen, macht Verbeugungen und scheint etwas zu murmeln, so daß sie sehr lange braucht, bis sie hinauf kommt. Wenn jemand mit ihr geht, unterbleibt jedoch jedes Zeremoniell. Wenn man die Patientin zur Arbeit mahnt, erklärt sie immer, sie müsse sich noch ausruhen und erholen. Sie schreibt, liest nichts, unterhält sich spontan mit niemand, macht alles genau den einen Tag wie den anderen. So verläuft ein Tag gleich dem anderen in photographischer Treue.

Und doch hat die Kranke nichts Katatonisches an sich. Sie zeigt gute Haltung, die Bewegungen sind moduliert, ihr Wesen ist natürlich, sie zeigt keine Spur von Manieriertheit.

Wenn man von diesen Besonderheiten und Einengungen absieht, kann man doch bei allen Kranken sagen, daß die Persönlichkeit nicht zerfallen ist. Sie erscheinen wohl als extreme Sonderlinge, sind aber doch noch immer Menschen, mit denen man fühlen und leben kann. Sie sprechen mit Gefühl von Vergangenheit und Familie. Auch das so eigenartig abgestimmte Verhältnis geistig gesunder Menschen zu den Individualitäten der Umwelt, das den Schizophrenen so bald verloren geht, ist ihnen nicht geschwunden, wenn es auch stark gedämpft ist. Sie haben ein gewisses Zutrauen zum Arzt und Verständnis für soziale Abstufungen. Eine Kranke, die gegenüber einer Umgebung, mit der sie nun schon 14 Jahre zusammenlebt, kalt, fremd und ablehnend ist, schreibt rührende Briefe an ihre Kinder, in denen sie sich doch als treffliche Beobachterin der Zeitereignisse erweist. Melancholische Züge waren in dem Endstadium auch nicht einmal spurweise nachzuweisen. Von einem völligen Erlöschen des Affektes konnte in keinem Fall gesprochen werden, doch hatte sich gewissermaßen das Gesichtsfeld desselben eingeengt und erschien außerhalb gewisser Brennpunkte nur noch von matterem Schein. In 2 Fällen schien die intellektuelle Sphäre absolut intakt geblieben zu sein, insbesondere waren auch Auffassung, Merkfähigkeit und Gedächtnis auf normaler Höhe. Nur in einem Fall schien doch eine leichte Einbuße an intellektuellem Vermögen aufgetreten zu sein. Es erschien hier Auffassung, Merkfähigkeit und Urteilsvermögen leicht vermindert, obgleich gerade in diesem Falle keine arteriosklerotischen Erscheinungen vorlagen, ebensowenig kamen Hemmungserscheinungen in Frage. Bezüglich Senilität und Arteriosklerose ist bereits das Betreffende gesagt.

Überblickt man die im einzelnen geschilderten Symptome, so baut

sich das Gerüst der Erkrankung daraus folgendermaßen auf: Auf dem direkten familiären Boden einförmig ängstlich-hypochondrisch gefärbter depressiver Persönlichkeiten, die jedoch nicht den Charakter der Hypomelancholie oder Cyclotomie erweisen, und auf der Grundlage einer vorwiegend ähnlich depressiv gerichteten prämorbidem Persönlichkeit baut sich im Lebensalter der beginnenden senilen Involution eine schleichend beginnende Psychose auf, die nach jahrelangem Höhestadium in einen dauernden Defektzustand übergeht. Psychische Erschütterungen scheinen den Ausbruch der Krankheit zu befördern, wenn ihnen auch nicht die Hauptursache beizumessen ist. Im Vordergrund der akuten Krankheitssymptome stehen die affektiven Störungen der Angst und der Hypochondrie, die somit auf eine Lokalisation in der somatopsychischen Sphäre hindeuten. Die Erscheinungen affektiver Reaktivität und hysterischer Stigmata finden sich häufig, sie kennzeichnen sich jedoch nur als Vorliebe der Krankheit, eine schon vorher vorhandene reaktive Veranlagung als Nebenprodukt zu wecken. Als Symptom der Erregung findet sich allgemein starke, einförmige, motorische Unruhe, die sich zu hyperkinetischen Bildern steigern kann, seltener sind akinetische und stuporöse Phasen eingeschoben. Sehr bald stellen sich Zeichen eines eigenartigen affektiven Ausfalles ein, die sich zunächst schon in der Erregung unter dem Bilde der Einförmigkeit, in der Neigung zur Wiederholung motorischer und sprachlicher Erscheinungen, zur Iteration und Verbigeration und in der Erstarrung der Mimik und der Ausdrucksbewegungen äußert. Mit dem allmählichen Abklingen der Erregung wird die Einbuße höherer Persönlichkeitswerte immer deutlicher, es stellt sich Einbuße an Interesse, Verlust der Anpassungsfähigkeit und Verarmung an Bestrebungen ein. Im Endstadium zeigt die Persönlichkeit ein überaus eigenartiges Bild von Pedanterie und Erstarrung, verunziert durch mancherlei absurde Angewohnheiten. Dagegen tritt kein Zerfall der Persönlichkeit ein, im Bereich einiger besonders stark gebahnter Gebiete, besonders bezüglich der Familiengefühle bleibt der Affekt aussprechbar und reichhaltig. Im Verlaufe des Prozesses führt die Erkrankung fast ausnahmslos zur Wahnbildung, von denen hypochondrischer Wahn und Verfolgungswahn fast konstant sind, anders gerichtete Wahnformen, Beziehungswahn, Versündigungswahn, Kleinwahn, sexuelle Wahnideen treten seltener in Erscheinung. Erklärungswahn und Projektionen auf die Umgebung sind selten. Sinnestäuschungen spielen nur eine untergeordnete Rolle. Die Intelligenz bleibt erhalten oder zeigt nur geringe Einbußen. Eine Beziehung zum Klimakterium besteht nicht. Nicht selten im früheren Lebensalter vorauslaufende circumscribede psychische Erkrankungen tragen in der Form von hypochondrischen und ängstlich gefärbten Verstimmungen bereits die Kennzeichen der

späteren Krankheit. Die Züge der affektiven Melancholie in Form von Insuffizienzgefühl, Hemmung und Versündigungswahn sind nur vereinzelt und in verschwindender Stärke angedeutet. Sowohl Höhe- wie Endstadium lassen die charakteristischen Defekte der senilen Demenz vermissen. Entscheidende Beziehungen zur Gehirnarteriosklerose lassen sich nicht gewinnen.

Differentialdiagnostisch sind die Beziehungen des geschilderten Krankheitsbildes zum manisch-melancholischen Irresein und zur Spätkatatonie in gleicher Weise zu erörtern. Was zunächst die Abgrenzung zu der ersteren Krankheitsgruppe anlangt, so ist sowohl die symptomatologische Verwandtschaft als auch ein Vergleich des ganzen Krankheitsverlaufes ins Auge zu fassen. Es leuchtet ein, daß nicht ein einzelnes Symptom, sondern die Gesamtheit der wesentlichen Erscheinungen entscheiden muß, wenn auch das Vorhandensein oder Fehlen einzelner, vielleicht nebensächlicher aber pathognomischer Züge nicht vernachlässigt werden darf. So besagt zunächst das Hauptsymptom der Angst, der Unruhe, der hypochondrischen Verstimmung nichts Trennendes, da dieselben Attribute der Melancholie sein können. Aber bei der Angstmelancholie und der *Melancholia agitata* wird die Angst doch nicht so isoliert im Vordergrund stehen, sie tritt mehr episodisch und paroxysmatisch auf, neben ihr wird sich das charakteristische Symptom der Melancholie, die Hemmung oder, falls es sich um einen manisch-melancholischen Mischzustand handelt, ideenflüchtige oder inkohärente Produktivität und Ablenkbarkeit finden, während hier ausgesprochen einförmige Erregtheit und unbeeinflussbares Haften herrscht. Ebenso wird die Hypochondrie einer echten Melancholie nur eine Begleiterscheinung anderer typisch melancholischer Attribute sein, sie wird mit Hemmung gepaart sein oder im Falle eines manischen Einschlages mit Produktivität verbunden sein, hier dagegen wird sie von einer einförmigen unproduktiven Erregtheit getragen. Mögen die Phasen des manisch-melancholischen Irreseins auch noch so vielgestaltig sein, so wird bei einer so tiefgehenden ängstlichen Verstimmung wie der unserer Krankheitsbilder ein stark ausgeprägtes Insuffizienzgefühl, die Leidenschaftlichkeit der Selbstanklage und Selbsterniedrigung nicht vermißt werden dürfen. Hier fehlen diese für die Diagnose der Melancholie so entscheidenden Züge ganz oder sind nur nebenher flüchtig angedeutet. Das Auftreten von Wahnideen in verschiedener Form wird für die Trennung gegenüber der Melancholie kaum ins Feld geführt werden können, doch ist bemerkenswert, daß der Versündigungswahn fehlt oder doch wenig hervortritt. Was aber im Symptomenbilde von entscheidender Bedeutung ist, ist der Umstand, daß Defekte der höheren Affektwerte der Persönlichkeit schon von Anfang an und progressiv in die Erscheinung treten. Sie sind das pathognomische

Kennzeichen der vorliegenden Erkrankung. Schon von Anbeginn an einförmig, untätig, nicht subjektiv insuffizient zur Arbeit, sondern objektiv unlustig und gleichgültig, progressiv verarmend und erstarrend in Absonderlichkeiten, so gehen sie unter Abklingen der Angst in das endgültige Defektstadium über. Die Ausfallserscheinungen derselben sind nicht wie bei verschleppten Melancholien als Folgen von Affekthemmungen zu erklären, es waltet hier vielmehr schließlich ein modulationsloser zufriedener verblaßter Gemütszustand vor. Die Erstarrung und Verarmung ist eine primäre Ausfallserscheinung. Eine Verwandtschaft zum manisch-melancholischen Irresein könnte meines Ermessens nur darin zu erblicken sein, daß es sich im wesentlichen doch um eine affektive Psychose handelt, die nicht grob zerstörend wirkt, die Persönlichkeit nicht auflöst und keine oder nur geringe intellektuelle Einbußen hinterläßt. Die Familiengeschichte scheint nicht die Reichhaltigkeit cyclothymen Bilder des manisch-melancholischen Irreseins aufzuweisen, auch die prämorbidie Persönlichkeit läßt diese vermissen, insbesondere wurden manische Züge ganz vermißt. Die depressiven Konstitutionen weisen weniger das aus der Hypomelancholie her bekannte Hemmungsgefühl, die grüblerische Art der Selbstkritik, als eine unfrohe, sorgenvolle, hypochondrische Art auf. Soweit periodische Erkrankungen vorkamen, erschienen sie mehr als Vorläufer, von einer der Hauptkrankheit ähnlichen, hypochondrisch-ängstlichen Färbung.

Die geschilderten Krankheitsbilder können nicht als manisch-melancholische Mischzustände in der von Dreyfus auf die Rückbildungsmelancholie angewendeten Weise aufgefaßt werden. Die von ihm geforderten Symptome der partiellen Hemmung, die manischen Züge der Beschäftigungsunruhe, der Produktivität, der Ablenkbarkeit werden vermißt. Wenn man sich die einschlägigen Ausführungen von Kraepelin und Bleuler vergegenwärtigt, so zwingt sich der Gedanke auf, daß infolge der Unbegrenztheit der Deutungsmöglichkeiten eine eigentliche Beweiskraft diesen Symptomen nicht mehr innewohnt. Es mag zugegeben werden, daß dieselben bei sonst sicher gestellten Fällen kompliziertere Erscheinungen klarer beleuchten, aber ein Beweis für die Zugehörigkeit oder Nichtzugehörigkeit zum manisch-melancholischen Irresein läßt sich aus ihnen kaum gewinnen. Die Melancholia agitata wird als eine Kombination von depressiver Verstimmung bzw. Angst, Ideenflucht und Betätigungsdrang aufgefaßt. (Depressive oder ängstliche Manie nach Kraepelin.) Wird die Ideenflucht durch Denkhemmung ersetzt, so soll die erregte Depression (nach Kraepelin) entstehen. Dieses Bild (Verstimmung, Denkhemmung, Betätigungsdrang) könnte dann auch auf die von uns geschilderten Krankheitsbilder angewandt werden. Aber auch zugegeben, daß es solche Zustandsbilder des manisch-melancholischen Irreseins geben kann, so setzen sich

in meinen Fällen die Bausteine doch anders zusammen. An Stelle der Verstimmung tritt Angst, die motorischen Erscheinungen tragen einen primitiveren Anstrich als der Betätigungsdrang der Manie und scheinen ganz vom Auftreten und der Stärke der Angst abhängig zu sein, die Unproduktivität und Monotonie erscheint nicht als Hemmung, sondern als Ausfall, was besonders in den Endstadien klar wird. Das Entscheidende scheint mir in meinen Fällen zu sein, daß ich in ihnen nicht den Antagonismus von Ideenregung und Hemmung sehe, sondern einen die agitierte Angst von Anfang an durchscheinenden Ausfall erblicke, der schließlich allein hinterbleibt. Ich glaube, daß meine Krankheitsfälle wesentlich verschieden sind von jenen subakut und chronisch verlaufenden manisch-depressiven Mischzuständen, die Specht in treffender Weise geklärt hat, aus denen durch Angst, Hypochondrie und Verstimmung die spezifischen Erscheinungen der Manie, wie Produktivität, Ideenflucht, Ablenkbarkeit, meist auch Betätigungstrieb gleich einem gedämpften Feuer hervorleuchten und einen anders gerichteten Krankheitsvorgang anzeigen.

Der Ausfall an Spontaneität, die Erstarrung des Affektlebens, die überaus eigenartigen absurden Angewohnheiten, die Iterationen veranlassen im äußeren Bilde der vorliegenden Krankheit eine entfernte Ähnlichkeit mit Defektzuständen der Katatonie. Und doch sprechen gewichtige Gründe gegen die Zuteilung zur Spätkatatonie. Das Erhaltenbleiben des formalen Denkablaufes, die Geschlossenheit der Persönlichkeit, die auf Teilgebieten noch reich entwickelte Affektivität, die Unversehrtheit der Intelligenz spricht dagegen. Die Absurditäten sprachlicher und motorischer Entäußerungen sind nicht halluzinär oder rein motorisch bedingt, sondern nur die Folgen einer besonderen Einengung und Erstarrung höherer affektiver Werte der Persönlichkeit. Sie sind als Angewohnheiten zu bezeichnen. Treffend hebt G a u p p hervor, daß die erstarrten Ausdrucksbewegungen bei ungeheilten Depressionszuständen den Manieren und Stereotypien bei Dementia praecox sehr ähnlich sehen.

Die geschilderten Krankheitsfälle entsprechen durchaus jenen, auf welche B u m k e seine eingangs erwähnte Definition zugeschnitten hat, und die ihn bestimmten, an einer Rückbildungsmelancholie festzuhalten. Auch die Grundsymptome jener Restgruppen von depressiven Psychen des höheren Alters, die nach K r a e p e l i n s Ansicht weder beim manisch-depressiven Irresein noch bei der Katatonie Unterkunft finden, entsprechen den geschilderten Krankheitsfällen. Ebenso wird B l e u l e r durch die besondere Art der Symptomatologie veranlaßt, die anscheinend selbständige Depression des Involutionalters nicht dem manisch-depressiven Irresein anzuschließen.

Eine große Ähnlichkeit weist auch eine Gruppe depressiver Psychosen

des höheren Lebensalters auf, die Gaupp findet. Bei ihr fand sich Entwicklung auf dem Boden einer konstitutionellen Verstimmung oder ängstlichen Verzagtheit, hypochondrische, ängstliche wortreiche Klagen, Anschluß an unangenehme Erlebnisse, Übertreiben hypochondrischer Wahnbildung über melancholische Züge. Häufige Beimischung psychogener Züge. Kein akuter Beginn. Ausgang oft in restlose Heilung, manchmal in dauernd depressive Stimmung und apathische Geistesschwäche.

Es ist ferner zu erörtern, ob die Endzustände Wirkungen primären Krankheitsprozesses oder Kombinationen mit exogenen Faktoren und Übergänge in senile oder arteriosklerotische Schwächezustände darstellen. Der Erstarrung, Pedanterie, dem Konservatismus könnte eine gewisse Ähnlichkeit mit der Anpassungsfähigkeit und Gegenwartsabkehr der Senilen zugesprochen werden. Doch ist dieselbe eine ganz äußerliche. Wesen und Ursache der Erscheinungen sind durchaus verschiedene.

Treffend erklärt Bleuler die Erstarrung der Senilen durch Auffassungs- und Denkschwäche ohne eine primäre Affekteinbuße. In den geschilderten Fällen handelt es sich hingegen um eine primäre Einbuße affektiver Werte der Persönlichkeit, dieselbe tritt auch nicht erst in dem Endstadium hervor, sie scheint bereits im Krankheitsbeginn durch die verdeckende Affekterregung hindurch. Dagegen bleibt Auffassungsvermögen und Denkfähigkeit bis zum Schluß völlig intakt. Es fehlt nicht an der Fähigkeit zur Auffassung, sondern an der affektiven Kraft und Reichhaltigkeit. Derartig auffallende und unsinnige Angewohnheiten und Manieren sind auch selbst in vorgeschrittenen Stadien der senilen Demenz ganz ungewöhnlich, zum mindesten wäre doch zu verlangen, daß sie auch von erheblichen senilen Defektsymptomen getragen würden. Es fehlen aber die Erscheinungen der Großhirnatrophie völlig. Merkfähigkeit, Orientierungsvermögen sind völlig normal, der Besitz an optischen und akustischen Engrammen bleibt erhalten. Es geht also nicht an, den Ausgang in Defekt bei den geschilderten Fällen als Folge der Senilität aufzufassen.

Was die Beziehungen zur Arteriosklerose anlangt, so fanden sich wohl in einzelnen Fällen, wie bei dem höheren Lebensalter zu erwarten, Zeichen peripherer Arteriosklerose, in anderen fehlten sie jedoch ganz, ohne daß dadurch irgendein Unterschied in den psychopathologischen Grundsymptomen hervorgerufen worden wäre. In keinem Falle bestanden die Zeichen der Gehirnarteriosklerose, es fehlten irgendwelche Herdsymptome ebensowohl wie die bekannten nervösen Erscheinungen der Zirkulationsschwäche im Gehirn. Ich kann mich nicht entschließen, der Arteriosklerose eine erhebliche ursächliche Bedeutung weder für den Krankheitsausbruch noch für den Übergang in Defektzustand einzuräumen; wo dieselbe bestand, stellte sie nur ein nebensächliches Begleitsymptom vor.

Ich möchte annehmen, daß für die Genese der Krankheit eine besonders geartete konstitutionelle depressive Familienanlage von Belang ist. Welche Ursachen dann den eigentlichen Anstoß zur Psychose geben, kann zur Zeit nicht beantwortet werden. Psychische Anlässe dürften eine bedeutungsvolle Hilfsursache abgeben, Einflüsse der beginnenden Rückbildung scheinen gleichfalls von Bedeutung zu sein.

Keinesfalls möchte ich die Endzustände meiner Krankheitsfälle mit den Bildern der senilen Demenz identifizieren. Sie lassen alle entscheidenden Merkmale der senilen Demenz vermissen. Ich glaube, daß praktische Gründe dahin drängen, und daß der gegenwärtige Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis bezüglich Verlauf und Symptomatologie der geschilderten Krankheitsgruppe dazu berechtigt, sie vom manisch-melancholischen Irresein abzugrenzen und ihr eine Sonderstellung zu gewähren. Immerhin mögen sie neben dem manisch-melancholischen Irresein und anderen Psychosen in den weiten Rahmen der affektiven oder endogenen Psychosen eingruppiert werden.

Auch unter Berücksichtigung des sehr schleppenden Krankheitsverlaufes traten die charakteristischen Kennzeichen der Krankheit schon im Beginn des Höhestadiums gut erkennbar hervor. Die starren Haltungen, die stereotypen Bewegungen und die Iterationserscheinungen in der Sprache bei der sonst im wesentlichen affektiven Psychose bildeten die Fingerzeige für die Diagnose, die sich jedoch immer erst nach ausgiebiger Beobachtung wird stellen lassen. Ich glaube, daß ferner mit dem Deutlicherwerden dieser Erscheinungen die Prognose bezüglich *Restitutio ad integrum* ungünstig zu stellen ist. Auch jene meiner Fälle, die sich noch im Höhestadium des Verlaufes, wenn auch schon auf dem absteigenden Schenkel befinden, bewegen sich nach den wichtigsten Symptomen so entscheidend in dem gleichen Fahrwasser wie die in Defekt ausgegangenen Fälle, die Erstarrung wird um so deutlicher, je mehr der Affekt verblaßt, daß anzunehmen ist, daß auch sie den geschilderten Weg ferner nehmen werden. Man kann erwarten, daß die Kranken zur Not einmal wieder familienfähig werden, daß der gemütliche Zusammenhang mit den Angehörigen nicht ganz zerstört wird; infolge Einbuße an Persönlichkeitswert und unsozial wirkender Angewohnheiten werden sie aber zu einem selbständigen Haushalt und Berufstätigkeit nicht wieder befähigt werden.

Der durch die wirtschaftliche Not der Gegenwart bedingte Mangel an Raum und Material hat mich leider veranlaßt, mir den Wunsch nach einer ausführlichen Wiedergabe der Krankengeschichten zu versagen. Ich werde nur als Anhang die wesentlichsten Krankheitssymptome in Form einer Tabelle wiedergeben. Die Krankengeschichten stehen Interessenten zur Nachprüfung zur Verfügung.

Vorgeschichte und Beginn.

	Schm. Fall 1. ♂	J. Fall 2. ♀	J. Fall 3. ♀	W. Fall 4. ♀	Schw. Fall 5. ♀
Heredität.	Vatersmutter Suicid bei Krebs. Bruder leicht schwankend hypochondrisch. Dessen Sohn in I.-A. Jugendirressein. Bruder imbezill. Bruder sehr ernst, war im Sanatorium wegen der Nerven. Bruder reaktiv hypochondrisch, vielleicht aus Kriegsfurcht.	Vater auffallender Nörgler.	Sohn merkwürdig, unentschieden, weich.	Mutter nervös, aber nicht krank. Kusine mütterlicherseits Suicid infolge Schwermut.	Vater väterlich ängstlich halluzinäre, paranoide Psychose des Rückbildungsalters mit Übergang in Genesung?
Sexualleben.	Verheiratete Kinder.	Verheiratete Kinder.	Verheiratete Kinder.	Verheiratete Kinder.	Verheiratet. Kinderlos. Mann vor 10 Jahren an Geisteskrankheit gestorben.
Frühere Persönlichkeit.	Hat alles schwer genommen, bei Anlässen aber auch vergulter. Im 1. Jahr der Ehe war er lebenslustiger als später, Konzerte, Theater, Gesangsverein. Sehr arbeitssam und fleißig. Empfindlich und erregbar. Keine hysterischen Stigmata. Gute Willens- und Entscheidungsfähigkeit. Etwas reaktiv labil.	Nahm alles etwas schwer, arbeitsam, bisweilen heiter. Große literarische Belesenheit, vorzügliche kritische Fähigkeit.	Heiterer Mensch, setzte sich über Sorgen hinweg. Energisch, gute Hausfrau.	Sorgenvoll.	Etwas sorgenvoll veranlagt, zurückgezogen, immer etwas ängstlichen Wesens.
Frühere körperliche Krankheiten.		Menses cessiert (Juli 1917 noch einmal gehabt)	Periode Ende 40 verloren, ohne besondere Beschwerden.	Menses cessiert. Mit 8 Jahren Perikarditis. Dysmenorrhoe. Verwachsung und Verlagerung der Gebärmutter, Ringmoorbadekur. 41. Jahr Magenblutung.	Menses anfänglich noch regelmäßig, bald unregelmäßig. Mit 26 Jahren Magengeschwür, seither Neigung zu Verstopfung und Annetiliosität Periode

Periodische Vorläufer.	stimmt. Ließ sich alle Zähne ausziehen. Mit 40 Jahren Depression, 1 Jahr dauernd mit hysterischen Erscheinungen, Weinkrämpfe, Ohnmachtsanfall. $\frac{1}{2}$ Jahr vorher Ohrensausen.	—	—	Mit 89 Jahr 2 Jahre lang wegen Nervosität in Anstalt. Angst, Visionen. Nach Geburt des 8. Kindes Appetitlosigkeit. Unruhe, nervöse Durchfälle. Zwangsideen, die Kinder zu töten. Selbstmordideen. Zwangssprechen und -schreien. Glaube ein toller Hund zu sein.	—
Zeitlicher Beginn der Krankheit.	50 Jahr. (Krieg.)	49 Jahr.	57 Jahr.	52 Jahr.	44 Jahr.
Auslösende Ursachen.		Verlust des Sohnes in Skagerrakschlacht.	Ehe nicht glücklich, Konkurs.	Umzug von Rußland nach Rostock in Revolution. Dadurch vermehrte Sorgen.	
Form des Beginns.	Schleichend seit 2 Jahren.	Schleichend seit zirka 2 Jahren.	Seit $\frac{1}{2}$ Jahr allmählich.	Seit 3 Jahr schleichend.	Seit 1—2 Jahren schleichend.
Initialsymptome.	Gedrückte Stimmung, Gleichgültigkeit.	Gleichgültigkeit, Vernachlässigung des Haushalts, viel Veronal.	Verstimmt, weinerlich, Arbeitsunfähigkeit, Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit.	Zuerst nervös, dann ängstlich verstimmt. Sorgen voll. Schlat- und appetitlos. Krankheitsfurcht.	Verstimmung und verschiedene Behandlung wegen Unisgefühls, Angst, Unruhe. Beeinträchtigungsdeideen gegen Vater. Möchte nicht mehr aufstehen. Suicidversuch. Schwerer Kopf und Kopfschmerzen. Furchtbares Herzklopfen. Unregelmäßige Periode. Hypochondrisch. Brust zusammengezogen, wie Blei im Kopf.
Dauer des Höhenstadiums.	Bisher $2\frac{1}{2}$ Jahre. Im Beginn bessere Tage eingeschoben.	Leichte kurze Schwankungen in der Intensität der Angst.	Akutes Stadium nur 3 Monate.	Verlauf unter ständigen kurzen Schwankungen 8 Jahre.	Wellenförmig schwankend 3 Jahre.

Höhenstadium.

	Schw. Fall 1. ♂	J. Fall 2. ♀	J. Fall 3. ♀	W. Fall 4. ♀	Schw. Fall 5. ♀
2) Akutes Stadium. I. Affekt, einträcher.	Verstärkt. Gefühl von Gedächtnisschwäche. Insuffizienzgefühl. Angst, Unruhe. Suicidideen. Nicht apathisch.	Zuerst Angst, Unruhe, dann nörgelnde Erregtheit, heftig, dann verstärkt, mit traurisch. Angst mit ängstlichen Verkennungen. Ratlosigkeit. Starker Affekt und Einförmigkeit. Auch später nicht apathisch, aber doch Einbuße an Regsamkeit.	Verstimmung, Angst, Unruhe. Zeitweise heiter.	Angst. Verstärkt. Krankheitsfurcht. Weinerlich. Schlafstörung. Unruhe.	Angst, Unruhe. Suicidversuch. Weint. Verstärkt. Starker Wechsel des Affektes.
Hypochondrie.	Fehlt.	Stark vorhanden mit einigen Erklärungs ideen. Sich darauf aufbauende Nahrungsverweigerung. Nach 2 Jahren ganz im Vordergrund, beherrscht sie ganz. Schweres Gefühl körperlicher Veränderung.	Hypochondrische Empfindungen, fürchtet, alles schade ihr, Verdauung nicht in Ordnung.	Hypochondrisch. Stuhlhypochondrie. Alle Flüssigkeiten sammeln sich im Leibe an. Nabel und Teile des Körpers seien abgerissen. 1913-14 vorwiegend stuporös mit Gefühl schwerer körperlicher Veränderung.	Hypochondrisch. Magen geschwollen. Ziehen. Tritt immer stärker hervor.
Komplizierte Affekte.	Schlechte Nahrungsaufnahme, Furcht, daß ihm etwas geschehe, die Kranken ihm etwas tun. Kein Interesse. Sorgen um die Zukunft. Ratlos.	Zweifelsucht. Verneinende Kritik. Widerstrebend. Ratlosigkeit und Zweifelsucht nimmt immer mehr zu. Hyperkritik bis zur Verneinung.	Mangelndes Interesse.	Ratlos. Auch in schlechtesten Zeit reaktiv ansprechbar. Nahrungsverweigerung, widerstrebend.	Vergiftungsfurcht. Verarmungsfurcht. Lebensüberdruß.
Willensantriebe.	Spricht spontan nichts. Mag nicht aufstehen.	Schwere Pedanterie, gesteigertes Beharrungsvermögen.		Vorübergehend negativistisch. Stumpf.	Kein Interesse für die Zeitvorgänge. Geringes Selbstvertrauen, oft ablehnend. Ängstlich widerstrebend. Untätig.
Betätigungsdrang.	Vermindert. Arbeitsversuch scheitert wegen Insuffizienzgefühl.	Anfangs fehlend, später unter Anleitung vorzügliche Handarbeiten. Produktivität und Initiative liegen ganz darnieder.	Mangelnde Regsamkeit.	Holt sich Kot mit Finger aus After.	
Persönlichkeit.	Intakt. Spricht geordnet von seiner Veranzogenheit.	Unsauber, nachlässige Haltung bei Tisch. Schmiert.	Intakt. Einengung.	Im wesentlichen Intakt. <i>Binnenname</i>	—

Motorisches Verhalten.	funktionell gesteigert. Initial. Schreikrämpfe. Krampfanfall.			mit Stumpfpapoxismen. Erbrechen. Bittet um Tropfen, da sie sonst schreien müsse. Abschlittliche Stuhlverhaltung.	
	Bewegungsarm. Spricht leise. Einförmig. Stereotypen.	Zuerst erregt, dann bewegungsarm. Dann wieder erregt, hyperkinetisch, einförmiger Rededrang. Nachts viel bettflüchtig.	Einförmig.	Fließende Auskunit. Später Nahrungsverweigerung.	Erregt, bettflüchtig, spricht viel und laut immer das gleiche, läuft mit hastigen Bewegungen umher.
Unruhe.	Stark. Einförmiges Auf- und Niedergehen. Tripeln.	Stark. Sehr erregt. Bettflüchtig.	Erregt. Geht hin und her.	Erregt. Zu hohem Grade ansteigend. Isoliert. Zeitweise Stupor. Spannungen.	—
Hemmung.	Vorhanden anfangs, später nicht mehr, verbigeriert, pedantisch.	Zeitweise vorhanden. Sehr vorübergehend stuporös, mutazistisch.	—	—	—
Stereotypen und Verbigeration.	Gleichmäßige Haltung, geht immer in Hendsärmeln. Einförmig, steht immer an der Tür, murmelt immer das gleiche: „Gebt mir doch die Schuhe!“ Nach 1 1/2 Jahr ganz in Vordergrund. Hand an die Stirn haltend.	Schnell eintretende Stereotypen der Sprache und Bewegungen. Flicht immer an den Haaren. Kauende Bewegungen. Schmatzen. Verbigeration „Gebt mir was zu essen!“ Beherrscht das Bild dann ganz.	Wiederholt die gleichen Reden, dreimal dasselbe.	Einförmig, wiederholt alle Sätze. Ängstliche Verbigerationen. Monotone Reden. Stereotypen der Bewegungen, Grimassieren.	Manirierte Bewegungen. Stehende Ausdrücke „Fernweite“. Man habe ihr daraus was gegeben. Einförmig. Wiederholt immer das gleiche.
Intelligenz.	Normal.	Anfangs kein Merk- und Intelligenzdefekt.	Normal.	} o. B. Gute Auffassung. — — Normale Urteilsleistungen.	
Auffassung.	Beobachtet genau alle Vorgänge, faßt alles genau auf.	Gut. 7 Ziffern +.	Normal.		
Merkfähigkeit.	Normal.	Gut.	Normal.		
Gedächtnis.	Gut. Intakt.	Intakt.	Normal.		
Urteilsfähigkeit	Anfangs Krankheitseinsicht. Später nicht mehr.	—	Etwas vermindert.		

	Sohn. Fall 1. ♂	J. Fall 2. ♀	J. Fall 3. ♀	W. Fall 4. ♀	Schw. Fall 5. ♀
Verständigungswahn.	Sei Verbrecher, habe Braut umgebracht, den Sohn getötet. Verleitetes Leben, Familie ins Unglück gebracht. Will verurteilt werden, ins Gefängnis. Fehler über Fehler begangen.	Anfangs Selbstvorwürfe. Habe Sohn vernachlässigt. Dann ganz schwindend, zeigte depressive und Verfolgungsideen. Man will sie rauben, blind machen. Kopf werde abgenommen, vergiftet. Es sei ein Komplott, werde des Geldes wegen festgehalten.	—	Flüchtige Selbstvorwürfe, Schwester übervorteilt.	Formal geordnet. Ermüdet. bar. Selbstvorwürfe sehr gering.
Verfolgungswahn.	Komplott geschmiedet, die Leute im Saal seien ihm feindlich gesinnt. Polizei wolle ihm was tun. Beeinträchtigungsegefühl dauernd. Mißtrauisch, oft ablehnend.	—	—	—	—
Beziehungswahn.	Frau und Sohn seien auch hier.	Bezieht auf sich.	—	—	—
Depressiver Wahn.	Frau verhaftet.	Angstideen. Vergiftungsideen. Hypnotisiert. Sachen gestohlen, Briefe gefälscht. Illusion des Gehörs, Reim werde abgeschnitten. Personenverkennungen mit wahnhafter Verflechtung und Beeinträchtigung. Zweifeldelideen. Allopsychische Verfälschung. Mein Sohn lebt noch, alles ist Lüge. Ideen der persönlichen Veränderung. Nihilistische Idee. Gefühl der körperlichen Veränderung mit unsinnigen Erklärungen. Negiert alles, könne nicht sterben, kein richtiges Brot, Butter kleine Tiere.	Angstvorstellungen.	Angstvorstellungen. Hypochondrischer Wahn.	Beeinträchtigungsideen gegen Vater und bestimmte Personen der Umgebung. Depressive Ideen. Müsse sterben, müsse in Sarg.
Sinnestäuschungen.	—	—	—	Phoneme (induziert?).	Sensation mit physikalischen Erklärungsideen. Angstvorstellungen. Erinnerungsfälschungen. Phoneme fraglich, jedenfalls unbedeutend.
Sexuelle Wahnideen.	—	—	—	—	Sexualsensation mit erotischen Wahnideen.

Blutdruck.	180 cm.	P. 114. Systol. Geräusch über Basis, am lautesten in Pulmonalis.	mäßig rigide, etwas geschlängelt. Sehr lautes systol. Geräusch im ganzen Herzen, bes. Spitze. Zur Zeit keine Odeme.	180 cm.	180 cm. H ₂ O.
Lues.					

Endstadium.

H. Fall 3. ♀	W. Fall 4. ♀	Schw. Fall 5. ♀
<p>Dauer 4 Jahr.</p> <p>Still, zaghaft. Verminderte Ansprechbarkeit. Teilnahmslos bei Bankrott des Gatten. Gleichförmig freundlich. Zufrieden, wünscht keine Entlassung. Leerer Gesichtsausdruck. Untätig, zu keiner Arbeit zu bewegen. Antwortet, sie müßte sich noch ausruhen. Verschleßt Briefe von Tag zu Tag. Selten Näharbeit und dann automatisch. Spricht spontan mit niemand. Vermeidet die Visiten. Pedantische Einformigkeit. Gegen jeden Wechsel und Änderung. Trägt Sommer und Winter, auch in größter Hitze, dicke Bluse und Tuch. Benötigt viele Stunden zum An- und Auskleiden, faltet und legt alles nach genau gleich bleibender Ordnung. Stets gleichbleibendes Zeremoniell.</p> <p>Richtet die Stühle aus, bringt die Riegel am Schrank in die gleiche Lage. Manieren beim Essen, beim Türöffnen, beim Treppensteigen. Trippelt auf den Stufen hin und her, murmelt etwas und macht Verbeugungen. Legt auf Tellerand immer acht Krümchen Brot. Keine Wahnbildung, keine Sinnes-täuschungen. Gedächtnis und Merkfähigkeit gut. Auffassung gut.</p> <p>Erweckbarkeit der Vorstellungen vermindert. Leichte Urteilschwäche. Verständige Beurteilung der Lage, gute Haltung. Verständnis für soziale Abstufungen, geordnet, einsichtig. Periphere Arteriosklerose, Blutdruck 210 cm H₂O. Systol. Geräusch über Basis und Pulmonalis.</p>	<p>Dauer 5 Jahr.</p> <p>Affektlage dauernd leicht hypochondrisch. In seltenen Perioden leichte Angstattacken mit hypochondrischen Wahnideen. Interesse hat sich auf bestimmte Gebiete, besonders Familie, eingeengt. Hier inniger Affekt. Trotz Ablehnung gegen die Umgebung und Interesselosigkeit doch über die Zeitergebnisse orientiert. Sehr verschlossen, ohne Spontanität, untätig. Nicht gehemmt.</p> <p>Gemütlich ansprechbar, sehr empfindsam. Brieflich gegenüber den Kindern produktiv, dieselben inhaltlich und stilistisch wertvoll. Pedantisch, jeder Veränderung abhold.</p> <p>Statischenhafte Haltung, steht nicht auf, kleidet sich nie an, verweigert Ausgang.</p> <p>Sitzt in stereotyper Haltung, die Beine aus dem Bett hängend, die eine Hand auf der Schulter der andern Seite. Immer barfuß. Hinter dieser Maske ein erstaunliches hochwertiges Innenleben an dem (gebet der Familie. Intellektuelle Fähigkeiten dauernd gut erhalten.</p> <p>Erklärt frühere hypochondrische Vorstellungen als elektrisch hervorgerufen. Keine volle Einsicht.</p> <p>Hysterische Erscheinungen erloschen. Alte Mitralinsuffizienz, zeitweise dekompensiert. Arterien mäßig rigide, etwas geschlängelt. Blutdruck 160 cm. H₂O.</p>	<p>Dauer 7 Jahr.</p> <p>Einförmiges, maskenlaties Lächeln. Dauernd hypochondrisch. Stets untätig.</p> <p>Subjektiv leichte Ängstlichkeit und Unruhe. Affektverminderung bei einförmiger Lebhaftigkeit. Gelegentlich mißtrauisch. Erstarre Angewohnheiten. Pflicht in ihre einförmigen Reden ein stereotypes „Darnach“ ein. Kann hierfür keinen Grund angeben. Es erweckt den Eindruck einer ängstlichen Abwehr.</p> <p>Streich mit gleicher Bewegung über Stirn und Magen. Zählt zwangsmäßig Fenster, Betten und Fußbodenbreiten. Briefe formal gut, aber inhaltssarm. Wünscht Entlassung, jedoch einfürmig und ohne hinreichender Initiative.</p> <p>Stationärer Beeinträchtigungswahn auf hypochondrischer Grundlage. Hypochondrien erstrecken sich besonders auf Kopf und Unterleib. Z. T. Charakter der Sensation mit Erklärungsideen und Projektion, jedoch circumscrip und stationär. Persönlichkeit im allgemeinen erhalten. Geordneter Bewußtseinsinhalt bezüglich der gewöhnlichen Dinge des täglichen Lebens. Auffassung, Merkfähigkeit und Urteilsvermögen leicht vermindert. Keine Katalepsie, keine Spannungen, kein Negativismus.</p> <p>Keine arteriosklerotischen Erscheinungen.</p>

Literatur.

Dreyfus, G. L., Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena 1907. — Rehm, O., Der depressive Wahnsinn. Zentralbl. f. Neurol. u. Psych. **21**. 1910. — Kraepelin, E., Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Auflage. — Gaupp, Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. med. Wochenschr. 1905, S. 1531. — Seelert, H., Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbilde und der Pathogenese der Psychosen. Berlin 1919. — Specht, G., Über den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein. Zentralbl. f. Neurol. u. Psych. 1907, Nr. 241. — Hoche, Die Melancholiefrage. Leipzig 1910. — Bumke, Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Neurol. u. Psych. 1909, S. 381. — Kehler, Die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1921. Sammelreferat. — Strantzky, Dementia tardiva. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 18. Ergänzungsband. — Kleist, Über chronische wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters, bes. in Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psych. **69**, 705. — Forster, Die kl. Stellung der Angstpsychose. Berlin 1910. — Kölpin, Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Arch. f. Psych. **39**. 1905. — Bleuler, Aktivität, Suggestivität, Paranoia. Halle 1906. — Thalbitzer, Melancholie und Depression. Allg. Zeitschr. f. Psych. **62**. 1905. — Wernicke, Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1906. — Rittershaus, Die Differentialdiagnose zwischen Dem. praecox und man.-depr. Irresein. Allg. Z. f. B. **68**.
