

Degenerationspsychosen und Dementia praecox.

Von
Prof. P. Schröder.

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Greifswald.)

(Eingegangen am 3. Dezember 1921.)

Bereits eine längere Reihe von Jahren lassen sich in der Psychiatrie Bestrebungen zurückverfolgen, welche dahin gehen, der Dementia praecox nicht das manisch-depressive Irresein als solches, sondern einen größeren Formenkreis gegenüberzustellen, der u. a. auch das manisch-depressive Irresein Kraepelins enthält, und für den man den Namen degeneratives Irresein verwenden kann [Schröder²²⁾ ²³⁾]. Ihm würden außerdem zugehören die hysterischen und psychogenen Psychosen, das Irresein der Entarteten oder Degenerierten im Sinne der älteren Autoren und außerdem als „Degenerationspsychosen“ eine allem Anschein nach nicht kleine Gruppe von sehr verschieden gestalteten akuten Psychosen, die einerseits wegen ihrer vielfach katatonen und paranoiden Züge zu Unrecht der Dementia praecox zugezählt worden sind, die andererseits aber auch nicht ohne Vergewaltigung der bisherigen Begriffe sich bei den manisch-depressiven und den hysterischen Psychosen unterbringen lassen. Es entspricht dieses degenerative Irresein dem größten Teil dessen, was Kraepelin¹⁵⁾ jetzt unter den Überschriften „psychogene Erkrankungen“, „konstitutionelle Geistesstörungen“ und „angeborene Krankheitszustände“ zusammenfaßt.

Als den ersten Versuch in der genannten Richtung kann man bereits die Arbeiten von C. Wilmanns²⁷⁾, Specht und Dreyfuß ansehen, die in den Krankheitsbegriff des Manisch-depressiven symptomatisch zum Teil sehr stark abweichende Formen einbezogen. Dagegen erhob sich lebhafter Widerspruch, aber ein Widerspruch, der weniger die engere Zusammenziehung der verschiedenartigen Krankheitsbilder, als ihre Unterstellung gerade unter das manisch-depressive Irresein und damit dessen gewaltsame, ihm jede durch den Inhalt des Wortes gedeckte charakteristische Färbung nehmende Dehnung zum Gegenstande hatte*). Ausgehend von solcher Kritik gegen Wilmanns

*) Neuerdings nähert sich Ewald⁹⁾ wieder mehr dem Standpunkt von Wilmanns.

hat z. B. Bumke^{6) 7)} die nahe Zusammengehörigkeit von manisch-depressivem Irresein, Paranoia, Querulantenwahn, Hysterie und „Entartungsirresein im engeren Sinne“ mit oder ohne die Einzelercheinungen der Zwangsvorstellungen, Phobien, hysterischer Stigmata u. ähnl. wiederholt betont und sie als endogene oder funktionelle Geistesstörungen zusammengefaßt. Dann hat vor allem Kleist^{11) 12)}, unabhängig davon und anscheinend auf ganz anderen Wegen, in einigen wenig bekannt gewordenen Arbeiten die Frage wesentlich gefördert.

Was hier an diesem großen, gewiß der Durcharbeitung und Gliederung bedürftigen Gebiet des degenerativen Irreseins interessiert, sind weder seine vielfach beschriebenen, gut bekannten akuten manischen, depressiven, paranoischen, hysterischen Formen noch die mannigfachen ihm zugehörigen Psychopathien, degenerativen Dauerzustände und Neurosen mit ihren symptomatisch bunten Komplexen, sondern gewisse, nicht so seltene akute Psychosen, deren Unterbringung in dem heute allgemein üblichen psychiatrischen System anscheinend vielfach an falscher Stelle (vor allem bei der *Dementia praecox*) geschieht. Von ihnen, für welche in erster Linie der zunächst behelfsmäßige zusammenfassende Name Degenerationspsychosen gewählt worden ist, eine Reihe Beispiele zu bringen und zu erörtern, ist die wesentliche Aufgabe für das Folgende, das damit nach keiner Richtung den Anspruch erhebt, etwa eine neue Krankheit oder Krankheitsgruppe zu beschreiben.

An dem Namen degenerativ, Degeneration, degeneriert, oder deutsch entartet, Entartung läßt sich unschwer Kritik üben. Solche Kritik ist bereits unter bezug auf andere Verwendungen der gleichen Worte reichlich geübt worden. Bumke⁸⁾ hat ihre Verschwommenheit und Vieldeutigkeit ausführlich erörtert. Bleuler zieht an verschiedenen Stellen [1) S. 140, 2) S. 56] gegen sie zu Felde und zählt die 5 oder 6 verschiedenen Bedeutungen auf, in denen sie gebraucht werden. Besonders verwirrend ist, daß Magnan die Möglichkeit der raschen (z. B. schizophrenen) Verblödung jugendlicher „Degenerierter“ zugibt, und daß nach Schüle und v. Krafft-Ebing das Defektwerden, Verblöden für die „Degenerativen“ geradezu charakteristisch ist; ähnlich spricht beispielsweise Gruhle (1910) von degenerativen Epilepsien als solchen, die zur Demenz führen, im Gegensatz zu den nicht verblödenden, und Ähnliches denken wir uns wohl, wenn wir von degenerativen Muskelerkrankungen oder auch wenn wir von elektrischer Entartungsreaktion reden. Diese Note soll der Begriff degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen in dem hier gebrauchten Sinne ausdrücklich nicht haben. Wäre uns das Wort nicht so unbequem, so könnte die Bezeichnung *Déséquilibrés*, welche Magnan synonym für *Dégénérés supérieurs* braucht, mehr empfohlen werden. Ein guter

Name ist stets eine Empfehlung für einen vorgeschlagenen Begriff; aber andererseits ist es der Fluch jeder Namengebung, vor allem für ein Provisorium, daß sie angreifbar ist oder bald wird, indem der Begriff sich modelt, aber der Name starr und dann zutreffend höchstens noch für den ursprünglichen Kern des Begriffes bleibt. Auch von der Dementia praecox wissen wir lange, daß beide Bestandteile ihres Namens unzulänglich sind; mit der Schizophrenie (= „Schwäche der Assoziationsspannung“) ist es nicht viel anders. Es bliebe nichts übrig, als Namen aus sinnlosen Silben zusammenzusetzen.

Auch sachlich läßt sich vieles gegen das „degenerative“ Irresein einwenden, weil wir ja vorläufig nicht wissen, was letzten Endes den Krankheitserscheinungen und -abläufen, welche darunter verstanden werden sollen, gemeinsam zugrunde liegt. Die Bezeichnung will zunächst nichts als ein Name sein für die Abgrenzung einer nicht kleinen Reihe von Erscheinungsformen des Irreseins, welche um einen bereits gut bekannten Kern herum liegen, und die vielfach unberechtigt anderen Krankheitsgruppen zugerechnet worden sind. Auch daß bei dieser Sachlage gegebenenfalls das Gebiet der Degenerationspsychosen zu einem Sammeltopf mit trübem Inhalt werden kann, muß mit in Kauf genommen werden. Was trotzdem zunächst ihre Anerkennung, sei es auch späterhin unter einem ganz andern Namen, berechtigt erscheinen läßt, ist die Notwendigkeit der Zusammenfassung gewisser akuter Psychosen einerseits im Gegensatz zur Dementia praecox, andererseits unter Vermeidung ihrer einfachen Subsumierung unter die manisch-depressiven Krankheitsformen.

Es ist gerade jetzt eine Reihe von Arbeiten erschienen, welche, bis zu einem gewissen Grade im Gegensatz zu der hier vertretenen Notwendigkeit der Ausdehnung des Begriffes Degenerationspsychosen, letzten Endes eine gewaltige Ausdehnung des Krankheitsbegriffes Dementia praecox lehren, und zwar großen Teils gerade auf Kosten der „degenerativen“ Erkrankungen.

Diese Arbeiten gehen anscheinend in ihrem Kern auf Bleuler zurück, der bereits in seiner Monographie über die Schizophrenien in dem Aschaffenburgschen Handbuch der Psychiatrie 1912 seine weite Fassung des Dementia praecox-Begriffes erkennen läßt. Die Arbeiten von Berze und einigen anderen haben daneben weniger Beachtung gefunden.

Die Schwierigkeit, gewisse schwer Degenerierte von Hebephrenen zu unterscheiden, ist lange bekannt. Bonhoeffer⁴⁾ z. B. hat darauf hingewiesen, daß bei vielen Degenerierten von Jugend auf Gefühlsstumpfheit und eine eigentümliche Affekttorpidität als Dauereigenschaft vorkommt, die leicht mit hebephrener Gefühlsabstumpfung verwechselt werden kann. Birnbaum spricht in demselben Sinne von Pseudoheboidezuständen. Neuerdings hat Popper^{17a)} dasselbe Thema mit Bezug auf akutere psychotische Zustände zum Gegenstand einer Besprechung gemacht. Er kennt eine spezielle Form psychopathischer bzw. degenerativer Reaktionsbereitschaft (= schizophrene Reaktion), die vom schizophrenen Krankheitsvorgang und überhaupt vom Krankheitsbegriff der Schizophrenien strikte zu sondern ist. „Viele Individuen weisen, ohne etwa latent schizophren sein zu müssen, ohne jemals eine Weiterentwicklung in schizophrener Richtung erkennen

zu lassen ... unter entsprechenden Verhältnissen ... Zustände auf, deren Symptomatologie den Verlaufsbildern echter Schizophrenien weitgehend und vorläufig oft kaum oder gar nicht unterscheidbar ähneln.“ Er stellt diesen Reaktionstyp andern endogenen Reaktionstypen, dem hysterischen, manischen, depressiven, epileptoiden und den mannigfachen übrigen Degenerationsformen gleichwertig zur Seite. Das läßt sich gut vereinigen mit dem, was Kraepelin¹⁶⁾ erst kürzlich ausgeführt hat, daß schizophrene Äußerungsformen keineswegs auf die Dementia praecox beschränkt sind, daß vielmehr möglicherweise auch andere, heilbare Erkrankungen unter Umständen schizophrene Erscheinungsformen annehmen können.

Die erwähnten neueren Arbeiten (Kretschmer, Kahn, Kurt Binswanger, Hoffmann, Storch) vertreten einen andern Standpunkt. Die Schizophrenie ist ihnen weitgehend erbkonstitutionell bedingt (Kahn), es gibt schizoide Psychopathen, schizoide Dégénérés; schizoid sind die zwischen krank und gesund fluktuierenden abnormen Persönlichkeiten, die die psychologischen Grundsymptome der schizophrenen Psychosen in dem leichteren Grade einer Persönlichkeitsspielart widerspiegeln (Kretschmer). Solcher Menschen gibt es aber nicht etwa nur wenige, sondern sehr viele; nach Kretschmers Ausführungen könnte es scheinen, als bestände nahezu die ganze Menschheit zu einem Teile aus solchen Schizoiden, die andere aus Cycloiden (d. h. dem manisch-depressiven Formenkreis zugehörig). Der Schizoide ist gegebenenfalls genial oder ein Genie; Kretschmer zählt als solche u. a. auf: Hölderlin, Strindberg, Tolstoi, Uhland, Robespierre, Moltke, Plato, Feuerbach, Tasso, Michelangelo, Schiller (= ein gesunder Schizothymiker), Savanarola, Calvin, Thoma, Franz Hals, Grünwald; „in der kaltblütig heroischen Zähigkeit Friedrich des Großen feiert die schizothyme Charakterstärke wohl ihre größten Triumphe“.

Was diesen Lehren vorerst fehlt, was sie also zunächst auch nur als Theorien erscheinen läßt, ist der Nachweis der Berechtigung, das tatsächliche Vorkommen bestimmter prämorbidier Charakterzüge bei Schizophrenen als mehr oder weniger generell anzusehen, ferner der Nachweis, daß diese Züge wesensgleich (wenn auch äußerlich verschieden) sind, daß die späteren Erkrankungen der Persönlichkeiten mit den als schizoid angesprochenen Zügen tatsächlich Schizophrenien gewesen sind*), schließlich der Nachweis der Berechtigung, bestimmte psychische Besonderheiten, weil sie bei der Schizophrenie häufig sind, umgekehrt nun auch an sich als beweisend für Schizophrenie oder schizoide Veranlagung anzusprechen. Erst

*) Die verdienstvolle Monographie z. B. von Storch²⁵⁾ über Strindberg scheint mir nur zu beweisen, daß Strindberg in der Mitte seiner vierziger Jahre an einer schweren, eigenartigen, vorwiegend paranoiden Psychose erkrankt ist, nicht aber, daß diese Psychose eine Dementia praecox gewesen sein muß. Storch selber hat für das Ungewöhnliche des Falles als Schizophrenie das richtige Gefühl (Erhaltenbleiben der psychologischen Verständlichkeit der Erscheinungen auch auf dem Höhepunkt der Erkrankung, Ausbleiben des charakteristischen Defektes). Vielleicht sind solche schizophrenieähnlichen Fälle bei Degenerierten (nach der anderen Auffassung „Schizoiden“) wie Strindberg doch etwas von der Schizophrenie zu Trennendes, das an die Degenerationspsychosen in dem hier gebrauchten Sinne heranrückt. Storch kommt am Schluß seiner Betrachtungen auch schon zu dem Kompromiß, daß der Fall Strindberg den Typus einer besonderen Form darstelle, welche aus einer Verflechtung prozeßhafter, die Persönlichkeit bloß in der Richtung der ursprünglichen Struktur verwandelnder Krankheitsvorgänge mit reaktiven Momenten und mit einer pathologischen Persönlichkeitsentwicklung zu erklären sei. Zur Einreihung des Falles in die Schizophrenie ist denn auch nach Storch eine Revision unserer bisherigen Vorstellungen und Theorien über die Schizophrenie erforderlich. Ähnliches läßt sich zu der inzwischen erschienenen Monographie von Jaspers (Leipzig 1921) über Strindberg und van Gogh sagen.

nach Erbringung dieser Nachweise würde man davon überzeugt sein können, daß all das Charakterologische, leichter und schwerer Pathologische, das namentlich in den lebendigen Schilderungen Kretschmers gezeichnet wird, in dieser sehr weiten Verbreitung irgendwie in engen Beziehungen zur Krankheit Dementia praecox steht, und damit samt den sich darauf aufbauenden akuten Psychosen aus dem gewiß noch einen Sammelbegriff darstellenden „Degenerativen“ in dem hier gebrauchten Sinne ausscheidet.

Kleist^{11) 12)} rückt in den Mittelpunkt seiner hierhergehörigen Erörterungen den Begriff der angeborenen psychischen Labilität. Er stellt dem reaktiven Charakter dieser Labilität bei Erkrankungen, welche zu den hysterischen und psychogenen gehören, den autochthonen (i. e. „aus inneren Ursachen“ erfolgenden), z. B. beim manisch-depressiven Irresein, gegenüber und unterscheidet demnach reaktiv labile und autochthon labile Konstitutionen. Die Symptombilder können bei beiden die gleichen sein; beide Veranlagungen können auch bei demselben Menschen zusammen vorkommen.

Kleist rechnet zu den autochthon labilen Konstitutionen nicht nur die unter manischen und depressiven Schwankungen sich äußernden, sondern auch viele der unter dem Bilde der Wernickeschen Motilitätspsychosen verlaufende, ferner rein hypochondrische, halluzinatorische, akut paranoische und noch einige andere Erkrankungsformen, wie z. B. Wernickes expansive Autopsychose.

Später^{13) 14)} führt Kleist als weitere Formen der autochthonen, jetzt von ihm auch Degenerationspsychosen genannten Erkrankungen gewisse „ratlose Erregungen“, bisweilen periodisch auftretende Zwangspychosen, Wernickes depressive Autopsychose, eine „phantastische Erregung“ und eine „akute Psychose mit Erregung und verbreiteten unsinnigen Beziehungsideen“ an. Er beschreibt sie als symptomatisch abgegrenzte Unterformen einer großen Gruppe von Erkrankungen, denen gemeinsam die konstitutionelle Grundlage, das autochthone Auftreten, die Neigung zur Wiederkehr gleichartiger Krankheitsanfälle und die Gutartigkeit ist, soweit es sich nicht um von Kindheit an bestehende dauernde Gleichgewichtsverschiebungen oder auch um im späteren Leben einsetzende, dann sich nicht mehr ausgleichende, jedoch nicht zur Verblödung führende Verschiebungen handelt. Auf diesem Wege wird sich symptomatisch noch mancherlei anderes beschreiben und abgrenzen lassen. Kleist denkt aber anscheinend gleichzeitig daran, daß die verschiedenen Zustandsbilder auch verschiedene körperliche Grundlagen haben (Beteiligung verschiedener endokriner Drüsen, verschiedene Arten feiner Anlagefehler des Gehirns). Folgerichtig löst er schließlich das manisch-depressive Irresein auf, d. h. er trennt es in zwei „Krankheiten, die so verschieden sind, die sich so gegensätzlich verhalten wie Manie und Melancholie“. Wir sehen Kleist hier mit der Behandlung des Begriffes Krankheit in den Fußtapfen Wernickes gehen, für den „Krankheit“ etwas wesentlich anderes bedeutete als für Kahlbaum und Kraepelin.

Reaktiv heißt für Kleist „psychisch“ reaktiv (auf eine seelische Erschütterung hin u. dgl. m.). Ins Gebiet seiner reaktiven Labilität würden also gehören alle hysterischen Zustände und Psychosen, ferner allerlei psychogene Krankheitszustände, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind (Bonhoeffer), obenan die mannigfachen haftpseudopsychotischen Komplexe (Pseudodemenz, Stuporen, halluzinatorische, delirante, katatone Bilder, die paranoisch-halluzinatorischen Psychosen Bonhoeffers, reaktive Depressionen usw.). Autochthon in Kleists Sinne ist demgegenüber = nicht psychisch-reaktiv und dazu vermutlich = aus inneren, noch unbekannten,

somatogenen Ursachen, welche ausreichen, die jeweiligen labilen Komplexe seelischer Funktion in Schwankungen zu bringen, mobil zu machen. Als solche inneren Ursachen nennt Kleist u. a. die Menstruation, Gravidität, das Puerperium, die Lactation, endokrine Störungen überhaupt, gelegentlich aber auch krankhafte Gehirnvorgänge wie Traumen, Lues, Apoplexien, Paralyse usw.

Ob diese Grenzen zwischen autochthon und reaktiv bei den Degenerationspsychosen überall so scharf sind, wie sie Kleist anscheinend zu ziehen wünscht, muß wohl noch fraglich bleiben. Für die Kerne beider Gruppen ist die Unterscheidung bekannt und offensichtlich, für die Grenzgebiete ist sie gewiß vielfach fließend. Alsdann gegebenenfalls zwei über- oder nebeneinander gelagerte Konstitutionen, eine reaktive und eine autochthone, anzunehmen, ist auch wieder nur eine Hypothese. Die in dieser Hinsicht sich gelegentlich ergebenden Schwierigkeiten werden an der Hand einiger der folgenden Krankengeschichten (4 und 6) zu erörtern sein. —

Einer der gangbaren Wege für das Eindringen in das Gebiet der Degenerationspsychosen ist der über gewisse atypische manisch-depressive Erkrankungen, d. h. über solche, in deren Verlauf neben sonst typischen manischen und depressiven Phasen vereinzelt oder wiederholt ganz andersartige Zustandsbilder auftreten, die weder Manien, noch Melancholien, noch als Mischzustände zu erklären sind [Schröder²²⁾]; von ihnen führt der Weg zu Degenerationspsychosen, welche periodisch, aber auch isoliert ebensolche symptomatisch ungewöhnlichen Erscheinungsformen aufweisen, ohne daß zu andern Zeiten Manien oder Melancholien auftreten. Die atypischen Verlaufsabschnitte bei manisch-depressivem Irresein können nach verschiedener Richtung hin differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen. Wiederholt erörtert ist das in der letzten Zeit für Fälle paranoischen Gepräges mannigfacher Art. Nach Zahl und nach Lage der Dinge in der heutigen Systematik der Psychiatrie erscheinen jedoch am wichtigsten diejenigen, bei welchen in erster Linie die Unterscheidung gegenüber der *Dementia praecox* in Betracht kommt. Das Material ergibt sich für den, der danach sucht, oft erst bei der Weiterverfolgung von Katatonien, welche als geheilt oder mit guter Remission entlassen worden sind; es scheint fast, als wenn gerade die ersten groben Attacken bei später Manisch-Depressiven besonders gern unter atypischen Bildern in die Erscheinung treten. Das sind teils schwere Stuporen, teils Hyperkinesen, teils akute Halluzinosen oder atypische Verworrenheitszustände. Die darüber in der Literatur bereits vorhandenen Beispiele*) lassen sich leicht vermehren. Der folgende Fall z. B. zeigt eine sehr schwere, 9—10 Monate dauernde „katatone“ Phase gewissermaßen als Höhestadium einer an- und absteigenden Melancholie; aber auch die sich daran anschließende Manie weist so viel Ungewöhnliches auf, daß die Kranke in der Anstalt, in

*) Siehe Schröder²¹⁾ (Fall 3), ²²⁾ (Fall 1—6), Wilmanns²⁷⁾, Kill¹⁰⁾, Schmid¹⁹⁾. Eine dahin gehörige Beobachtung teilt auch Kraepelin in seiner „Einführung“¹⁵⁾ Band III, S. 263 (Fall 62) mit.

welche sie übergeführt worden war, als Dementia praecox bezeichnet wurde. Im späteren Leben sind bei ihr seither noch zwei Manien gefolgt.

Fall 1. Elvire Fechter, geb. 1887.

Schwester des Vaters hatte mehrere Depressionszustände. Die Geschwister sind alle sehr lebhaft Naturen, zum Teil künstlerisch tätig.

Seit $\frac{1}{4}$ Jahr Lehrschwester im Krankenhaus. Seit 4 Wochen unfähig zur Arbeit, brachte sich Verletzung am Handgelenk bei. Seit 14 Tagen zu Hause, dauernd gedrückt, sprach wenig, alles sei tot und öde in ihr, sie hätte alles anders anfangen müssen, habe ihre Leistungsfähigkeit überschätzt, möchte sterben, man solle sie totschiessen, habe zu wenig im Leben geleistet.

10. III. 1911 bis 1. X. 1912 in der Klinik. Tiefes Unglücksgefühl, Selbstvorwürfe, sei eine schlechte, unwürdige Person. Sei nicht krank, der Kopf sei ganz öde und leer, es sei ein scheußlicher Zustand. Schreibt einen Krankheitsbericht, in dem es u. a. heißt: sie habe von jeher ein Doppelleben geführt, ein äußeres Scheinleben, frisch und fidel, aber innerlich leer und gleichgültig, kam innerlich nicht vorwärts. Als Krankenschwester habe sie plötzlich versagt, grübele, fühlte sich totunglücklich, hatte allen Lebensmut verloren, sah eine große Kluft zwischen sich und den Ihrigen. „Wenn ein vollkommen geschwundener Wille krankhaft ist, dann muß ich sehr krank sein.“ Sie empfinde einen Ekel vor sich. Sie könne gar nicht traurig sein, sei so verstockt, eigensinnig, sei kein Mensch, bloß ein ungewisses Etwas, habe keinen Glauben, keine Hoffnung mehr.

In den ersten 3 Wochen nach der Aufnahme nimmt die Depression stetig etwas ab, die Kranke wird munterer, quält sich weniger durch Vorwürfe und Grübeleien.

8. IV. Zunehmend schwere hypochondrische Wahnvorstellungen, die auf Familienangehörige und Bekannte ausgedehnt werden. Sie verbreite durch ihren Verkehr mit andern ihr Leiden weiter und richte damit großes Unheil an. Sie habe ein schweres, ganz unheilbares krebstartiges Unterleibsleiden (Ausbleiben der Menses), sei allmählich auch im Kopf krank, blödsinnig geworden. Zu Hause seien alle ebenso geworden, ihre Schwestern sähen unnatürlich, unproportioniert, gar nicht wie junge Mädchen aus, seien ganz dumm, keine normalen Menschen. Nach und nach sei ihr das eingefallen. Schreibt vieles davon auf, ganz flott, ohne Hemmung. Liegt oft mit geschlossenen Augen da. Stundenweise regsamer, spricht freier. Völlige Hoffnungslosigkeit, ernste Selbstmordabsichten. Strangulationsversuche.

18. IV. Seit einigen Tagen optische und akustische Halluzinationen, höre Stimmen, Gewissensstimmen, die ihr Vorwürfe machen; sehe schreckliche Sachen, Zeitweis regungslos im Bett.

19. IV. Sieht, auch bei geschlossenen Augen, Gestalten, Menschen, Tiere, alles wechselt sehr schnell. Alle Menschen seien Märtyrer, alle Tiere gemordet, durch ihr Tun habe sie alle Krankheiten verursacht, die es überhaupt gibt, alle Geschlechtskrankheiten. Es gebe bloß noch ein paar einzelne lebende Menschen, in der Klinik seien alle tot, obwohl sie sich bewegen. Alles Lebendige ist bloß gemacht, es sind Menschen aus Kohle oder Petroleum. Sie komme sich vor wie ein vorsintflutliches Ungeheuer.

22. IV. Weitere Ausdehnung der nihilistischen Vorstellungen und Befürchtungen. Sie habe die ganze Welt verseucht, es sei schrecklich, ganz entsetzlich. Es wird nicht wieder hell, es bleibt finster, die Menschen sind alle verkohlt in der Sonne, sie haben alle ganz kleine Köpfe. Spricht laut, deutlich, fließend, geht mit festen Schritten im Saal umher. Kein depressiver Ausdruck, mehr ratlos-ängstlich.

27. IV. Bleibt im Bett. Spricht nur einzelne Worte; motorisch gehemmt, zum Schreiben nicht mehr zu veranlassen.

7. V. Sitzt im Bett, ängstliches Widerstreben, lebhafter Blick. Ist nicht selber, ablehnend und abwehrend, schließt fest die Kiefer, schluckt langsam, spuckt manchmal aus. Setzt öfter zum Sprechen an, bringt aber nur einen unverständlichen Laut heraus, meist erst, wenn man sich abwendet. Einmal: Schere nehmen, Ohren abschneiden.

24. V. Auch bei Besuch der Mutter stark gehemmt, nur einige ratlose Äußerungen, auf der Abteilung sei der liebe Heiland. In den nächsten Tagen etwas aktiver, steht und geht stumm umher, ängstlich-ratloses Gesicht.

27. VI. Seit Wochen das gleiche Bild mit geringen Schwankungen. Gehemmt im Bett liegend oder sitzend, manchmal mehr ratlos umherstehend. Fast völlig mutacistisch. Bei passiven Bewegungen starres Steifhalten der Glieder und des Kopfes. Schlaffes Gesicht, hängende Mundwinkel, leicht vorgestülpte Lippen. Nur lebhaft Augenbewegungen. Folgt neugierig dem eintretenden Arzt, blickt aber an ihm vorbei bei Anrede. Ruckt an mit dem Sprechen im Moment, wo man sich abwendet, bringt es aber höchstens zu einem unverständlichen Laut. Geht sonst viel herum, kneift und betastet andere Kranke, hält jeden beim Herausgehen zurück. Bleibt lange auf dem Abort, hindert andere dahin zu gehen, reißt sie zurück: Lassen Sie das sein! Sucht andere am Waschen zu hindern. Sehr ungeniert. Oft unsauber mit Urin.

Juli. Stets ablehnend, widerstrebend, mürrisch; liegt im Bett mit Decke über dem Gesicht.

August—September. Öfter unrein. Kneift andere Pat. Beständig in der gleichen zusammengekauerten Haltung, die Decke halb über dem Kopf. Keinerlei Initiative. Mutacistisch. Folgt Arzt mit den Augen. Setzt allem starren Widerstand entgegen. Sträubt sich, wenn sie auf die Wage gesetzt wird, ebenso, wenn sie herunter soll. Will sich im Bade ertränken.

Oktober. Fängt an, den Pflegerinnen aus ihrem Leben zu erzählen. Alle Menschen seien hier so gut, nur sie sei sündig und schlecht. Man solle sie doch erwürgen oder ins Wasser gehen lassen. Singt ein Kirchenlied. Kennt alle Personen bei Namen.

November. Zugänglicher. Versteckt sich weniger, liest, wenn sie sich unbeobachtet glaubt, ißt auch gelegentlich, verbirgt sich aber dabei. Schließt sofort die Augen, wenn man sie ansieht. Alsdann wechselnd. Gelegentlich weniger widerstrebend, besorgt sich dann auch selber, macht mitunter ironische Bemerkungen.

Dezember. Fragt die besuchende Schwester nach den Angehörigen. Man solle sie quälen und schinden, soviel man wolle, sie verdiene es. Glaube noch immer, andere mit ihren Krankheiten anzustecken. Auch Stimmen und Vorwürfe höre sie. Andere Male wieder ganz unzugänglich, Bettdecke übers Gesicht. Spricht mit den Pflegerinnen oft freundlich und laut. Die Ärzte und Schwestern seien Teufel, eine Kranke sei der liebe Gott, sie könne es sehen, die Ärzte nicht. Bittet um Messer und Schere; wolle ins Wasser gehen. Sang zu Weihnachten die Lieder leise mit, wies alle Geschenke zurück: nee, was soll denn das, ich mag nicht! Nachher, allein gelassen, besieht sie alles genau, ißt unter der Bettdecke hastig den Pfefferkuchen, zeichnet auf den Deckel ihres Skizzenbuches den Kopf einer Pflegerin, radiert ihn aber rasch wieder fort.

14. I. 1912. Wieder unruhiger, sträubt sich energischer, kommt viel aus dem Bett. Versteckt sich hinter die Gardine. Wieder Menses.

28. I. Spielt auf der Ruhigen Abteilung Dame und Mühle, unterhält sich, will nicht zurück. Will sich am folgenden Tage voll bekleidet in die Wanne stürzen.

Nachher bei Besuch lebhafter und freier als sonst, spricht ziemlich lebhaft. Es sei hier ein schreckliches Treiben und Morden. Die eine Pat. mit den schönen Augen sei der liebe Gott, eine andere ein Engel.

17. II. In den letzten Wochen geringe Zunahme der Regsamkeit und Teilnahme. Weniger verdrossen und ablehnend wie bisher, mehr unzufrieden mit aktiver Stellungnahme; macht Bemerkungen, stets abfällig. Zeichnet, liest. Habe lange nicht gesprochen, weil sie so verlost gewesen sei. Könne sich an alles erinnern. Läßt sich zum erstenmal wieder überreden, ihre Gedanken aufzuschreiben. Daraus geht hervor, daß sie tiefes Schuldgefühl hat, ihre Person im Sinne des Kleinheitswahnnes beurteilt, im Gegensatz dazu ihre Umgebung hoch erhoben sieht, aber in phantastischer Überschätzung.

2. III. Grundstimmung Traurigkeit und Unzufriedenheit. Mitunter scherzhafte Einfälle und Bemerkungen. Fühlt sich unbehaglich, klagt über Langeweile. Sie möchte den Arzt mit ihren Pantoffeln mal ordentlich verhaufen. Alles gehe durcheinander im Kopf, habe immer viel Gedanken, müsse manchmal selbst über ihre komischen Einfälle lachen. Habe früher hier „feste“ Stimmen gehört; immer Stimmen, wie sie Gedanken hatte. Sei jetzt auch krank, habe den ganzen Kopf voll Gedanken.

3. IV. Weiter depressiv, aber zeitweis etwas freier. Macht dann ab und zu einen Scherz, lacht auch einmal. Daneben unzufrieden und gereizt. Allerlei Negativistisches: bleibt an der Tür stehen, muß erst gedrängt werden. Zeichnet, liest.

12. IV. Keine rechte Stellungnahme zu ihrer Krankheit. Habe eine recht sonderbare Zeit hinter sich, könne sich keinen rechten Reim auf alles machen. Alle seien nett, aber sie fühle sich noch recht unglücklich. Sie hätte als Kind mehr Prügel bekommen sollen. Sie sei eine Art verkommenes Genie, das in dieses große seltsame Zauberschloß geraten sei. Die Klinik sei ein kunstvolles und eigentümliches Gebäude. Sie sei wie der ewige Jude, finde keinen inneren Frieden.

16. IV. Bekümmert, gedrückt, ratlos. Vorübergehend an einzelnen Tagen heiterer, hat dann allerlei witzige Einfälle, macht treffende Bemerkungen. Macht sich Vorwürfe über Masturbation, sei davon krank, habe die Syphilis. Durch sie sei viel Unglück in die Welt gekommen.

18. IV. Einsilbiger, gebundene Haltung, depressive Züge, geschlossene Augen. Singt seit heute früh monoton Choräle, gibt keine Antwort, ißt wenig. Läßt sich nicht unterbrechen. Im Lauf des Tages furibunde Erregung, sehr laut, aggressiv, wirft sich auf die Erde, bleibt dann starr liegen, die Arme ausgestreckt, die Augen geschlossen, reißt das Hemd herunter.

20. IV. Ruhiger. In gebundener Haltung im Bett, ganz mutacistisch, abstinent, unsauber mit Urin. In den folgenden Tagen ebenso.

26. IV. Seit gestern erregt. Singt, spricht viel, rutscht das Bett. Inhaltlich ziemlich verworren, viel ideenflüchtige Momente. Mürrischer Ausdruck. Öfter lautes Schimpfen und Zuschlagen. Ißt wieder.

Mai. Mehr euphorisch, belästigt, schlägt andere. Rededrang mit viel Ideenflüchtigem, zeitweis ganz verworren, aber immer orientiert. Anknüpfen an alles Gesehene, schweift ab, Klanganknüpfungen. Schimpft gemein und unflätig.

Juni—Juli. In ständiger Unruhe, kaum im Bett zu halten. Redet dauernd, zerreißt, drapiert sich mit den Fetzen. Unsauber mit Urin. Gewichtsabnahme. Während einer fieberhaften Zellgewebsentzündung ruhiger, geordneter, habe hier fürchterliche Seelenqualen durchgemacht. Dann wieder lebhaft wie vorher.

August—September 1912. Singt, tanzt, schreit, schlägt, zerreißt und zertrümmert viel. Ißt, was sie erreichen kann, bettelt dauernd um Essen, verschlingt die Speisen. Dauernd unsauber, schmiert mit Urin und Kot, bekritzelt alles.

Sprachlich vielfach ganz unzusammenhängend; zeitweis ruhiger, dann euphorisch, lacht unbändig. Wird schließlich mit Rücksicht auf andere und, da Narkotica wenig helfen, isoliert. So geht es am besten. Dapiert sich mit den „geschlachteten“ Betten. Inkohärentes monotones Reden, sitzt in grotesker Haltung in einer Ecke. Gelegentlich ruhigere Tage: sie kenne sich selbst nicht mehr aus, alle Leute hätten Doppelgänger, im Nebenzimmer sei ihre Schwester, sie unterhalte sich ständig mit ihr; in der Heizung sei ein Schalltrichter, durch den spreche sie auch mit ihrer Mutter zu Hause, das seien ganz feine Stimmchen; sie müsse so Schreckliches leiden, hier würden Tausende ermordet und hingeschlachtet. Dauernd starke Gewichtszunahme.

1. X. 1912 bis 14. VI. 1913 in Provinzialheilanstalt.

Schreit viel, unterschreibt sich Georg Fechter. Verworren. Sehr erregt. Halluziniert viel, schimpft nach der Zimmerdecke hin. Bei der Weihnachtsbescherung Freude.

Januar—Februar 1913. Schmiert mit Kot in der Wanne. Sehr laut und ungebärdig, zerreißt, häufig unrein. Völlig ungeordnet, glaubt Gift im Essen. Schlägt Türfüllungen ein.

März. Erfreut über Besuch der Mutter. Feiert Geburtstag durch einen Kaffee mit anderen Pat., heiter und zufrieden. Dann wieder ungeordnet, erregt. Häufige Personenverkennungen. Sei ein Mann. Schneidet Grimassen. Zerfahren. Bald heiter, bald zornig. In freieren Zeiten humoristisch, sarkastisch-spitz. Manchmal unsauber mit Kot.

Mai. Im Garten mit Handarbeit. Gedankengang sprunghaft. Habe nachts gräßliche Dinge durchgemacht. Ganz fremde Herren hätten ihr Einspritzungen gegeben. Hört mit Freude bei Musik zu. Bei einer Spazierfahrt geordnet. Teilweise Krankheitseinsicht für früher. Freier, einsichtig. Grimassenschneiden. Jätet im Garten. Große Sehnsucht nach Hause.

Juni. Zwar äußerlich völlig geordnet, doch gewisse Sonderbarkeiten, sieht den Arzt nicht an, dreht ihm den Rücken. Krankheitseinsicht für vieles Frühere. Gleichmäßig ruhig, leicht unzufrieden.

14. VI. 1913 als gebessert nach Hause entlassen.

Nach der Entlassung gesund. Im Kriege als Krankenpflegerin tätig. Erkrankte 1914 von neuem. Vom 28. X. bis 9. XII. 1914 in einer Privatanstalt: schlaflos, motorisch erregt. Rede- und Bewegungsdrang, Euphorie, Singen, Pfeifen, Tanzen. Ideenflucht, zeitweis unsauber. Schon nach 14 Tagen auf die offene Abteilung.

Dann zu Hause $4\frac{1}{2}$ Jahre gesund. Anfang April 1919 stark erregt, gewalttätig, Ideenflucht, gehobenes Selbstbewußtsein. Singen, Pfeifen, ununterbrochenes Sprechen, Zerreißen, krampfhaftes Lachen, obszöne Reden, entblößt sich, unsauber. Flüchtige Vergiftungsvorstellungen. Größenideen, besudelt sich mit Kot. Ende September 1919 Beruhigung. 14. X. 1919 aus der Anstalt entlassen.

Seitdem wieder gesund. In Gesellschaft unauffällig, fröhlich (eigene Beobachtung). Vor 1 Jahr geheiratet.

Wir sehen hier eine 24jährige Kranke eine 26 monatige schwere Psychose durchmachen, welche mit einer sehr typischen Melancholie beginnt. Die gute Bildung und die Fähigkeit der Kranken, sich auszusprechen, läßt die Kardinalsymptome der Melancholie besonders charakteristisch hervortreten. Nach etwa 8 Wochen (April 1911) bekommt der Depressionszustand eine andere Färbung durch eigenartig phantastische, hypochondrisch-nihilistische Vorstellungen, die in den Rahmen des Kleinheitswahnes eingefügt werden, dazu gesellen sich

vage optische und akustische Sinnestäuschungen. Drei Wochen später (Mai 1911) setzt dann eine rasch zunehmende starke Hemmung ein, die bis zum Stupor geht, mit Nahrungsverweigerung, Mutacismus, starrem negativistischem Verhalten, schnauzkrampfähnlicher Stellung des Mundes, Verkriechen unter die Decke, später mit heimlichem Essen und Lesen, nur wenn sie sich unbeachtet glaubte (VIII.—IX. 1911), überhaupt mit einem eigenartigen negativistischem Verhalten, ganz wie man es bei Katatonikern zu sehen gewohnt ist; hervorgehoben wird immer nur wieder während dieser Zeit der neugierig-lebhaft Blick der Kranken. Die Affektlage ist vorwiegend ängstlich-widerstrebend, dazu ratlos. Vorübergehend überwiegt die Angst über die Hemmung, auch kommt es zu Selbstmordversuchen. Als Ausdruck der Ratlosigkeit und von ängstlichen Verkennungen sind wahrscheinlich aufzufassen das vielfache Betasten und Kneifen von anderen Kranken, das Zurückdrängen der Kranken vom Abort, vom Waschtisch und ähnliches. Unsauberkeit wird öfter erwähnt. Von den 9—10 Monaten dieses stuporösen Zustandes sind die ersten 5—6 die schwersten; die folgenden lassen ein allmähliches Abklingen erkennen. Was dann zurückbleibt, ist wieder ein vorwiegend depressives Bild oder genauer vielleicht ein Mischzustand vorwiegend depressiver Färbung mit allerlei manischen Zügen (Stimmung mehr verdrossen, mürrisch, unzufrieden, jedoch auch zeitweise ausgesprochen melancholisch, dazu allerlei Neckisches und Gedankenflucht), zugleich verworrene phantastische Vorstellungen über die Umgebung. Dann folgt (Ende April 1912) ziemlich plötzlich eine Steigerung der manischen Komponente des Bildes in eine schwere verworrene Manie mit Ideenflucht, viel Affekt, Gereiztheit, Euphorie, dauerndem Rededrang, starker motorischer Erregung, Zertrümmern, Zerreißen, unbändigem Essen, Schmieren mit Kot und Urin, dazwischen verworrene Angstvorstellungen; in der Anstalt auch Halluzinationen. Diese Manie klang schließlich ruckweise ab im Verlauf von 12—13 Monaten und führte zur Heilung. Anderthalb Jahre später kam eine neue, nur wenige Wochen dauernde typische Manie, nach $4\frac{1}{2}$ Jahren voller Gesundheit abermals eine Manie von 5—6 Monaten erheblich schwereren Gepräges. Seitdem ist die Kranke $2\frac{1}{2}$ Jahre gesund und hat geheiratet.

Der Fall zeigt in mancher Hinsicht große Ähnlichkeit mit dem ersten der Wilmannschen Fälle [²⁷], S. 582].

Bei einem weiteren Fall war die nach dem Zustandsbild berechnete Diagnose Dementia praecox (Katatonie) von anderer fachärztlicher Seite gestellt worden, und erst der weitere Verlauf zusammen mit der uns besser bekannten Vorgeschichte taten bei einer Nachuntersuchung dar, daß es sich um eine „Degenerationspsychose“ oder, wenn wir anders wollen, um eine erste ganz atypische Phase eines manisch-depres-

siven Irreseins mit sehr stark im Vordergrund stehenden Motilitäts-symptomen gehandelt hat.

Fall 2. Dr. jur. W. Ec., geb. 1891.

Mutter manisch-depressiv (s. u.). Schwester der Mutter litt an Melancholie. Drei Schwestern gesund, davon eine dauernd sehr lebhaft und redselig, ein Bruder tot.

Stets gesund. Etwas Muttersöhnchen. Guter Schüler. 1910—11 gedient. Während des Krieges dauernd an der Front. Einmal wegen Darmkatarrhes im Lazarett. Winter 1916 Magenstörungen, wurde „darüber“ schwermütig und hatte Selbstmordgedanken. Frühjahr 1917 Besserung, dann Verschlimmerung.

30. V. bis 18. VI. 1917 im Militärlazarett. Dort am 15. VI. plötzlich Zustand heftiger Desorientierung (?), Depression, Apathie, verwirrte Antworten. Liegt „in katatonen Stellung“ im Bett. Man merkt, wie er sich das Lachen verbeißt. Auf Befragen: Sie sind mir widerlich, gehen Sie weg! Grimassiert, nimmt keine Nahrung, singt laut. In den folgenden Tagen ruhig, grimassiert, katatone Haltungen, stellt sich auf den Kopf im Bett, antwortet in burschikosem Ton vorbei.

18. VI. 1917 bis 12. III. 1918 in Heilanstalt P. (Diagnose: Dementia praecox [Katatonie]).

Vollkommen apathisch, unzugänglich, keine Antworten, fest geschlossene Augen, grimassiert, schläft schlecht. Unrein. In den nächsten Wochen sehr erregt, plötzlich aggressiv; dann wieder ruhig, starr mit fest geschlossenen Augen, grimassiert fast ständig, Zähneknirschen, gelegentlich katatone Bewegungen. Auf Anrufen reißt er die Augen auf, stiert gerade aus, gibt keine Antwort. Schlingt das Essen mit Gier herunter.

August—September 1917. Wechselndes Bild. Zeitweis stark erregt, dauernd unrein, spuckt nach allen Richtungen, lacht plötzlich, verstummt ebenso schnell. Andere Male negativistisch, mutacistisch. Gelegentlich einige unverständliche Worte. Weiter Zähneknirschen, Grimassieren, Spucken.

Oktober—November. Ruhiger. Fast ganz stumm, dauernd unrein. Langsam geordneter, auch Antworten nach längerem Besinnen. Öfter unrein. Lacht oft blöde ohne ersichtlichen Grund. Kümmert sich gar nicht um Umgebung, leerer Gesichtsausdruck, starke Gewichtszunahme.

Dezember 1917. Steht auf, hält sich sauber; weicht bei Anrede meist mit ängstlicher Zurückhaltung aus. Liegt beschäftigungslos den ganzen Tag auf dem Sofa. Beim Weihnachtsfest gänzlich unberührt. Ebenso unempfindlich gegen die Eindrücke der Unruhigen Abteilung. Nur einmal traurig verstimmt und mit Tränen.

Januar—Februar 1918. Stets ängstlich-zurückhaltend. Äußerlich sorgfältig, in Gesellschaft unauffällig. Heiterer, lebhafter Ausdruck. Hie und da Zwangslachen. Wird sichtlich freier, beteiligt sich schüchtern an der Unterhaltung, scheu. Teilweise Krankheitseinsicht. Mangelhafte Erinnerung für die Zeit der Erregung und Hemmung. Allmählich Teilnahme für die Tagesereignisse.

März. Ruhig, gleichmäßig schweigsam, etwas schüchtern, sonst unauffällig; spricht nie von seiner Krankheit, ist durch Fragen danach sichtlich unangenehm berührt. Erinnerung daran nur ganz summarisch. Freier Ausgang. 13. III. 1918 in Heimatlazarett verlegt.

13. III. bis 6. V. 1918 Heilanstalt S.

Habe in P. eigentümliche Zustände gehabt, eigenartige Lustgefühle, als ob sich der Geist vom Körper losgelöst hätte, als ob er in höheren Regionen schwebte, als ob er im Himmel angekommen sei. Habe Schießen und Rufen gehört, zeitweise Geschwister und Mutter gesehen, üble und angenehme Gerüche gehabt, auch das Gefühl, als ob er mit Nadeln gepiekt werde, als ob an seinem Geschlechtsteil gespielt

werde, als ob ein Mädchen bei ihm im Bett liege; fühlte sich verfolgt von Stimmen und Geistern.

In der Anstalt vollkommen geordnet, gute Auffassung, prompte Antworten, ruhig. Bald beurlaubt. D. U.-Zeugnis.

27. VII. 1921. Fachärztliche Nachuntersuchung in Greifswald.

Gibt an: Hat Studium im Herbst 1918 wieder aufgenommen. Anfangs fiel es ihm noch schwer, hatte wenig Selbstvertrauen, war unzufrieden mit sich selbst und der Welt, glaubte, er werde es zu nichts mehr bringen. Später litt er sehr unter Stimmungsschwankungen, zuweilen war er traurig, gedrückt, mutlos, unfähig zur Konzentration, dann wieder übermäßig fröhlich, suchte die Geselligkeit. Im Juni 1919 Referendarexamen, Oktober 1920 juristischer Doktor. November bis Dezember 1920 eine stärkere seelische Depression: kein Selbstvertrauen, den Anforderungen nicht gewachsen, gedrückt, schlechter Schlaf, Selbstmordideen. Seitdem wieder viel wohler, im Amt.

Im Benehmen nichts Auffälliges. Gibt gut Auskunft *).

Mutter des Kranken: Geb. 1858. 1893 Depressionszustand. 5 Monate in einer Anstalt. Nachher völlig gesund. 1908 wieder depressiv, leichter, 10 Wochen. Seit November 1912 wieder verändert. 12. VII. 1913 bis 13. V. 1914 in der Klinik. Ganz einfacher Depressionszustand, ohne Besonderheiten. Deutliche Schwankungen in der Intensität, vorübergehend sogar ins leicht Heitere. Nicht ganz gesund abgeholt, zu Hause weiter gedrückt. Herbst 1915 Selbstmord durch Ertränken.

Bei dem Kranken, der mütterlicherseits aus einer manisch-depressiven Familie stammt, sind seiner akuten Psychose anscheinend einige kleine depressive Schwankungen unmittelbar vorhergegangen. Der Beginn geschah dann ziemlich unvermittelt mit einem kurzen Verwirrheitszustand, der alsbald als katatonisch bezeichnete Züge (Haltungstereotypien, Negativismus, Grimassieren, Zähneknirschen, Unreinlichkeit, plötzliche Erregungen, ständiges Spucken), aber gleichzeitig auch manische Züge enthielt. Später wird Interesselosigkeit, leerer Gesichtsausdruck und Gemütsstumpfheit hervorgehoben. Nach

*) Anmerkung bei der Korrektur. Der Kranke ist ganz kürzlich von neuem erkrankt und am 17. XII. 1921 in die Klinik aufgenommen worden. Vor 7 Wochen Grippe, einige Wochen Urlaub, dann wieder im Dienst, ganz unauffällig, tüchtig. Am 13. XII. kam er nachts spät nach Hause, blieb den folgenden Tag im Bett, antwortete nicht, Kopf nach der Wand, Decke über das Gesicht gezogen; ebenso in den nächsten Tagen, lief nur gelegentlich mit hängendem Kopf auf und ab, einmal ganz monoton 2 Stunden lang vom Fenster zur Tür, wusch sich nicht. Keine Zeichen von heiterer oder trauriger Verstimmung.

Bei der Aufnahme reagiert der Kranke nicht auf Fragen, läuft mit gesenktem Kopf eilig auf und ab, liegt dann ziemlich bewegungslos im Bett, ohne Interesse für die Umgebung zu zeigen, gibt nachher höflich Auskunft, versinkt aber rasch wieder, streicht sich stereotyp langsam über den Kopf. Gibt an, er habe seit 14 Tagen überall das Gefühl, beobachtet zu werden, man rede über ihn, es seien verschiedene unbekannte Stimmen, von oben, er sehe niemand; teils beschimpfen sie ihn, teils suchen sie ihn zu trösten, teils reden sie untereinander, teils zu ihm mit „Du“. Die Stimmen kennen seine Gedanken oft eher als er selbst, sprechen sie schon vorher aus. Ist am Schluß der Untersuchung wieder ganz versunken, versteckt sein Gesicht, antwortet nicht weiter. Vermeidet überhaupt dauernd, den Fragenden anzusehen.

reichlich einem halben Jahr traten deutlicher hervor: erst Ängstlichkeit, Traurigkeit, dann zunehmende Anteilnahme bei Schüchternheit, schließlich größere Zuversicht, Krankheitseinsicht und Heilung. Der Kranke studierte weiter, machte seine Examina, leidet aber an ausgesprochenen cyclothymen Schwankungen. Jetzt ist er von neuem akut erkrankt mit einem Bilde, das auf den ersten Blick sehr viel „Katatonisches“ hat, und mit gleichzeitigem massenhaften Stimmenhören nach Art einer akuten Halluzinose.

In Fällen wie dem vorstehenden, ebenso deutlich in anderen früher mitgeteilten (l. c.), ergibt sich die Korrektur der Diagnose aus dem weiteren Verlauf bzw. aus einer besseren Vorgeschichte. Schwieriger kann die Erkennung sein, wenn es sich um jedesmal atypische Zustandsbilder oder überhaupt nur um eine vereinzelte solche Erkrankung, zunächst ohne periodische Wiederholung handelt. Sind solche Fälle nicht beim manisch-depressiven Irresein, auch bei weiter Fassung des Krankheitsbegriffes, unterzubringen, sind sie keine symptomatischen, keine organischen Erkrankungen, keine epileptischen, keine psychogenen Zustände, so steht, wie die Dinge heute liegen, in erster Linie meist die Einreihung bei der *Dementia praecox* zur Erörterung. Die vielfache Überschätzung gewisser bei dieser Erkrankung häufigen Symptomkomplexe unterstützt das gewöhnlich.

Wir sind weit entfernt, bestimmt zu wissen, was das Wesen der *Dementia praecox* ausmacht, sie etwa ätiologisch oder anatomisch oder sonstwie „heterologisch“ umschreiben zu können; und autologisch, wie man heute gern sagt, sind wir nicht besser daran, eher schlechter, als man bis vor kurzem meist geglaubt hatte. Daß das, was man mit Bleuler akzessorische Symptome nennt (das ist so ziemlich alles „Katatonische“ im engeren Sinne), eine *Dementia praecox* nicht beweist, wird allgemein anerkannt, wenn auch von dieser Anerkennung in praxi oft nicht voller Gebrauch gemacht wird. Was andererseits die psychischen Grundsymptome letzten Endes sind, ist strittig, so charakteristisch die Erscheinungen in ausgebildeten Fällen sind. Ihr Nachweis ist schwierig, wenn sie weniger grob entwickelt sind und wenn sie dazu von groben akzessorischen Symptomen überlagert werden, also besonders bei allen frischen akuten Erkrankungen. Wie ein anscheinender Intelligenzdefekt nur mit großer Vorsicht während einer akuten Psychose zu verwerten ist, soll man auch vorsichtig sein mit der Bewertung gemüthlicher Stumpfheit, Indolenz, Zerfahrenheit usw. als Stütze für das Vorliegen einer frischen akuten *Dementia praecox*.

Zum Krankheitsbegriff der Kraepelinschen *Dementia praecox* gehört implicite die Entwicklung eines Defektzustandes, allerdings recht verschiedener Schwere; ob dauernde Genesung bei sicheren Fällen vorkommt, erklärt Kraepelin für ungewiß, er will es im Hinblick

auf zuverlässig beobachtete, mehr als ein Jahrzehnt standhaltende, der Heilung gleichende Besserungen nicht bestreiten. Sehen wir deshalb trotz sehr schwerer und gegebenenfalls wiederholter akuter psychotischer Schübe katatonen oder paranoiden Gepräges solchen Defekt auch nach Jahren ausbleiben, so haben wir allen Grund, unserer anfänglichen Diagnose Dementia praecox zu mißtrauen, zum mindesten solche Fälle gesondert zu betrachten und für sie eine besondere Krankheitsgruppe offen zu lassen.

Ich habe unter diesem Gesichtspunkt bei drei Jahrgängen von klinischen Aufnahmen, die jetzt 8—10 Jahre zurückliegen, allen Fällen nachgeforscht, die mit der Schlußdiagnose Dementia praecox entlassen worden waren, nach Möglichkeit durch persönliche Untersuchung, z. T. auf Grund der Krankengeschichten anderer Anstalten, z. T. nur auf Grund brieflicher Auskünfte; alle Spätformen mit einem Beginn nach dem 45. Lebensjahre sind außer Betracht gelassen worden. Das Resultat hat mich nicht angenehm überrascht. Es waren etwa 90 Fälle, von denen ausreichende Nachprüfungsergebnisse zu erhalten waren. Von diesen konnte bei erheblich mehr als einem Drittel die gestellte Diagnose Dementia praecox nicht aufrechterhalten werden. Nicht wenige erwiesen sich nachträglich als zum manisch-depressiven Irresein gehörig; ganz besonders waren es Manien, erst in zweiter Linie auch Melancholien, welche verkannt worden waren. Naturgemäß war die Häufigkeit des Irrtums um so größer, je kürzer die Beobachtungszeit gewesen war. Recht oft haben wir uns in der Richtung Dementia praecox geirrt bei den hier verhältnismäßig zahlreichen polnischen Schnittern und bei russischen Gefangenen. Daß unter den Fehldiagnosen auch symptomatische Psychosen vertreten sind, sei nur erwähnt. Das sind ganz persönliche Ergebnisse, und andere werden sie nicht haben*); ein gut Teil, keineswegs alles, ist gewiß dadurch bedingt, daß wir seitdem uns gewöhnt haben, die grob „katatonen“ Symptomkomplexe (ein sehr dehnbarer Begriff) weniger einseitig wie früher als beweisend für Dementia praecox anzusehen, und daß wir ihre relative Häufigkeit gerade beim degenerativen Irresein besser kennengelernt haben**).

Kraepelin betont seit langem, daß die Dementia praecox wahrscheinlich nicht eine einheitliche Krankheit, sondern eine Gruppe von Krankheiten ist. Man findet das überall wiederholt, in Lehrbüchern und Einzelarbeiten; es wird gesprochen von einer vorläufigen Schizo-

*) Z. B. Bleuler³⁾ (1917) ist es in Burghölzli noch nie begegnet, ein manisch-depressives Irresein als Dementia praecox zu verkennen, dagegen mußte er umgekehrt immer wieder lernen, eine Schizophrenie nicht erkannt zu haben.

**) Raecke hat 1908 aus der Kieler Klinik¹⁸⁾ eine Reihe von sehr interessanten Fällen geheilter Katatonie aus den Jahren 1902—1904 mitgeteilt. Es würde im Zusammenhang mit dem oben Gesagten lehrreich sein zu erfahren, ob der weitere Verlauf bei allen diesen Fällen die Diagnose Dementia praecox stützt.

phreniegruppe, einem Sammelbegriff, oder von den Schizophrenien. Die Schizophreniegruppe wird von Bleuler sogar ausdrücklich in Analogie gestellt zur Gruppe der organischen Hirnerkrankungen (bestehend aus Paralyse, seniler Demenz usw.). Aber dieses Zugeständnis wird offensichtlich vielfach nur wie eine Art Reservatio mentalis behandelt; die Ursachenlehre, der Verlauf, die ganze allgemeine Pathologie der Dementia praecox wird alsdann gemeinsam und einheitlich besprochen, besondere Untersuchungen haben zum Gegenstand die Erblichkeitsverhältnisse*), die Abderhaldensche Reaktion, die obere Altersgrenze für den Beginn usw. bei der Dementia praecox. Was würden wir über gleiche Untersuchungsreihen sagen, welche bei der Gruppe der verschiedenartigen organischen Psychosen (Paralyse, senile Demenz usw.) die Abderhaldensche Reaktion, die Erblichkeitsverhältnisse, die obere Altersgrenze gemeinsam behandeln wollten? Daß das, was jetzt Dementia praecox oder Schizophreniegruppe genannt wird, nicht einheitlich ist auch nach Ausscheidung der Paraphrenien von Kraepelin, wird gewiß richtig sein, ob so verschiedenartig wie Paralyse, senile Demenz und andere Krankheitsvorgänge bei organischen Hirnkrankheiten untereinander, mag zunächst eine offene Frage bleiben; nicht zweifelhaft erscheint es jedoch zum mindesten, daß, was hier als Degenerationspsychosen zusammengefaßt wird, sonst an vielen Orten zu einem guten Teil in der Dementia praecox verschwindet. Wer trotzdem hier eine völlige Trennung und Gegenüberstellung nicht anerkennen will, dem kann zum mindesten die klinische Eigenart der Fälle Veranlassung geben, sie als eine der vermuteten besonderen Schizophreniegruppen anzusehen und weiter zu verfolgen**).

In der Zeit unmittelbar vor Kraepelin ist viel die Rede gewesen von akuter Paranoia, teils mit starkem Hervortreten von akustischen Sinnestäuschungen, teils ohne solche, teils mit einmaligem, teils mit periodischem Auftreten. Diese akute Paranoia ist aus der Literatur fast ganz verschwunden, nachdem Kraepelin dargetan hatte, daß solchen Fällen eine Bedeutung als selbständige Erkrankung nur ausnahmsweise (akuter Alkoholwahnsinn, Cocainwahnsinn) zukommt, daß sie sich vielmehr größtenteils im Sinne einer Dementia praecox weiter entwickeln. Die Folge war auch hier zunächst vielfach eine allzu summarische Einreihung in die Dementia praecox. Aber schon Wil-

*) Rüdin ist in der Auswahl seines Materials, trotz der Einwendungen von anderer Seite, sehr vorsichtig.

**) Sie gegebenen Falles als Mischungen, als „Depressionen mit schizophrener Keimfärbung“, als „Schizophrenien mit besonderem Gepräge durch eine cyclothyme Konstitutionskomponente“ deuten, ist nur ein möglicherweise an sich eleganter Erklärungsversuch, der sich jedoch ganz in dem Rahmen der bisher üblichen klinischen Systematik bewegt und bewußt gerade vermeidet, was hier angestrebt wird.

manns²⁷⁾ hat darauf hingewiesen, daß eine oder die andere Phase eines manisch-depressiven Irreseins sehr stark „paranoisch“ gefärbt sein kann, und der Ausgangspunkt einer der Arbeiten von Kleist¹¹⁾ ist die kritische Besprechung eines Aufsatzes von Thomsen²⁶⁾, dessen 24 Fälle von akuter Paranoia er mit Ausnahme von zweien den autochthon-labilen Konstitutionen (s. o.) zugerechnet wissen will, d. h. denjenigen Erkrankungen, für die auch er später die Bezeichnung Degenerationspsychosen vorgezogen hat. Die Krankengeschichten einiger den Degenerationspsychosen zugehöriger Fälle mit dem besonderen Bilde der akuten Halluzinose im Sinne Wernickes sind von mir kürzlich mitgeteilt worden (24 Nr. I—III), ein weiterer ist in einer früheren Arbeit (20, Nr. III) kurz verwertet worden, er mag hier als Beispiel etwas ausführlicher wiedergegeben werden. Von akut paranoisch (genauer von halluzinoseartig) mag man in solchen Fällen sprechen, nicht um der alten Paranoia acuta in einem neuen Gewande zu einem Wiederaufleben zu verhelfen, sondern nur, um innerhalb des Rahmens der symptomatisch vielgestaltigen Degenerationspsychosen eine Gruppe grob und summarisch abzugrenzen. Der Fall ist der folgende:

Fall 3. Wilhelm R., Maurer; geb. 1878.

Von erblicher Belastung nichts bekannt. Soll früher viel Schnaps getrunken haben, in den letzten Jahren nach Angabe der Frau nicht mehr, starker Raucher. 2 Jahre Soldat. Nie ernstlich krank. Immer etwas leichtgläubig.

Kam vor 3 Wochen von der Arbeit nach Hause. Der Graf Sch. sei sein Vater. Arbeitete 8 Tage fleißig weiter, fiel nicht weiter auf. Am 2. XII. 1913 setzte er die Arbeit aus, mehrere Herren hätten ihn mit Röntgenstrahlen bearbeitet und massiert. Das Gut E. gehöre ihm. Der Major v. B. sei sein Vater, der habe es ihm selber gesagt, seine Mutter sei an allem schuld. Redete „viel Unsinn“, lachte still vor sich hin. Stimmen hätten ihm gesagt, er solle ein Gut bekommen mit Wald und Wiese.

8. XII. 1913 bis 1. IV. 1914 in der Klinik. Ruhig, geordnet, orientiert. Fühle sich ganz wohl, wie von neuem geboren. In der Nacht vom 3. zum 4. XII. habe er zum ersten Male Stimmen gehört. Menschen, die er nicht sah, sprachen deutlich mit ihm, nur Männerstimmen, beinahe so deutlich wie jetzt der Arzt, zum Teil ganz dicht zu beiden Seiten neben ihm. Sie erzählten ihm, er solle ein Gut bekommen, solle Hauptmann im Kriegerverein werden, er solle die Arbeit einstellen. Am andern Tage habe er die Stimme eines Oberleutnants gehört. Seit 6. XII. habe er ein großes Unruhegefühl, müsse immer hin und her laufen. Er konnte jeden Menschen anrufen, jeder antwortete ihm, auch wenn er gar nicht in der Nähe war. Später war es mehr so, als wären es seine Gedanken, die laut wurden, als ob man seine Gedanken fühle. Heute früh haben ihn die Juden gefragt: Bist du der Sohn Gottes? Sie wollten, daß er zum König gekrönt werde. Er bekomme auch fremde Gedanken. Bei all diesen Angaben ist die Stimmung mehr euphorisch, er schwatzt fortwährend.

10. XII. Halluziniert reichlich, nachts unruhig, wenig Schlaf. Läuft plötzlich zum Waschtisch und zurück: er sei an den Apparat gerufen worden. Gibt dem Pfleger Befehle, welche der Herr Oberarzt durch ihn anordnen lasse. Redet leise vor sich hin, springt plötzlich aus dem Bett, er bleibe nicht länger darin, im Bett seien die Juden mit einem Apparat und mit Messern, man wolle ihn morden. Ist

ängstlich-erregt. Will sich nicht waschen, er verliere dadurch die Augen. — Der Oberarzt habe ihm herübergesagt: R., Sie werden heute noch entlassen, um 6 Uhr, daß Sie mit dem Zug noch mitkommen, . . . ich denke mir, es gibt Apparate, durch einen Apparat hat er mir das gesagt. (Wie klingt das?) Klingen tut das gar nicht . . . ganz dumpfig, wie aus weiter Ferne . . . hochdeutsch . . . richtiges Sprechen ist es nicht mehr heute nachmittag, vormittags klang es mir viel heller in den Ohren. (Etwa nur Gedanken?) Ja, ich glaube Gedanken, ja aber Unterschied kann man da nicht herauskriegen. (Wie hat das angefangen?) Ich habe so einen Strahl gehabt, . . . am 4. XII. in der Nacht . . . das merkt man am ganzen Körper . . . ich denke, das machen so Apparate, und daß der Herr Oberarzt auch einen hat . . . Das Sprechen ist anders, oder diese Gedanken wollen wir mal sagen, das hört sich ganz dumpf an . . . einer muß eine Schere haben und die gegen eine Nähmaschine halten, anders kann das gar nicht sein, und davon habe ich eine Unruhe bekommen . . . der hat das zu Hause gemacht, und ich habe das hier gespürt, so nehme ich an. Heute nachmittag habe ich mit Herrn v. B. durch den Apparat gesprochen. (Gesprochen?) Nein, ich habe es in Gedanken gesagt . . . er meinte, er sei auch öfters hier . . . der hat das auch zu mir in Gedanken gesagt. (Nicht laut?) Nein, nicht laut, ich habe es empfunden, ich habe es gehört wie in den Ohren . . . eine ganz genaue Behauptung ist das überhaupt nicht, viel früher reden läßt sich da nicht. (Gehört oder in Gedanken gehabt?) Na, wir wollen mal sagen in Gedanken gehabt, nicht? . . . oder wir können ja auch sagen gehört . . . Herr Arzt, wer weiß da richtig mit Bescheid . . . so die Gedanken habe ich im Kopf.

12. XII. Er sei draußen mit Röntgenstrahlen bearbeitet worden, er habe den Kaiserschnitt, das sei ein Geburtsfehler. Mißtrauisch und gereizt, man wolle ihn nur ausforschen. Die Stimmen kommen an ihn heran, fassen könne er sie nicht. „Da vorn ist alles voller Elektrizität, da höre ich massenhaft Stimmen.“

16. XII. Verlangt in einen anderen Saal, könne es hier vor Elektrizität nicht aushalten. Er unterhält sich „durch den Apparat“, der oben in der Zimmerdecke angebracht ist; es ist gar nicht langweilig für ihn.

4. I. 1914. Das Bett sei ein Judenbett, darin sei eine elektrische Leitung versteckt. Beobachtet ängstlich-mißtrauisch, was um ihn vorgeht, antwortet zögernd und einsilbig.

20. I. Aus einer Niederschrift: Da ich der Besitzer von K. bin, trete ich das Gut mit dem heutigen Tage an . . . Der Oberleutnant von B. hat sich mir durch das Telephon vorgestellt. Schreibt weiter auf „Diktat der Stimmen“: Ich werde dir einen Schimmel kaufen und keinen Fuchs, denn der Fuchs ist jünger . . . ich habe geglaubt, du bist verrückt, aber das ist ja nicht wahr, du bist ganz gesund usw. Fügt hinzu: Die Sprache hat mir doch diktiert, und ich habe nachschreiben müssen.

16. II. Er höre keine Stimmen mehr, das sei eine Krankheit gewesen, ebenso das mit dem elektrischen Strom. Es war, als wenn man in den Ohren Schmerzen hatte, wenn es so sprach. Aber auf weiteres Befragen: eine Stimme sei noch in der Klinik, eine Männerstimme, die die andern wohl auch hören, aber auch die höre er nur noch undeutlich.

5. III. Die Stimme habe ihm heute gesagt, er bekomme die Kehlkopfschwindsucht, nicht sehr laut, aber deutlich hörbar, sie befähle ihm auch, sich im Tagesraum aufzuhalten.

17. III. Eine Stimme sei immer noch da, die gehöre hier ins Haus. Dauernd ganz geordnet im Benehmen.

28. III. Völlig beschwerdefrei. Bittet um Entlassung. Heute habe er wieder eine Stimme gehört, die vergehe auch nicht, die müsse wohl hier im Hause sein.

1. IV. 1914. Von der Frau abgeholt.

9. V. 1917. Nachricht der Frau: Seit März 1915 im Heeresdienst, zurzeit an der Front in Frankreich.

15. XI. 1920. Antwortet selber auf Anfrage: Habe noch immer Anfälle von Stimmenhören, er werde es wohl nicht los, aber es gehe im allgemeinen. Verrichte seine Arbeit und sein Handwerk, sei aber oft mit seinen Gedanken dabei anderweitig. Die Anfälle kommen und gehen. Nicht wieder in ärztlicher Behandlung. Bis 1918 im Felde, auch im Schützengraben. Fügt bei nach dem Muster einer alten bekannten Mecklenburgischen Grabinschrift: „Die Hauptsache ist gut warm halten, gut essen und nicht ausschweifend leben, gut schlafen, immer gut Stuhlgang haben und immer Luft von hinten und von vorn.“

In dem wenige Monate anhaltenden, ziemlich akut einsetzenden, dann langsam abklingenden Krankheitsbild steht im Vordergrund massenhaftes Stimmenhören vom Charakter des Gedankenlautwerdens mit den bezeichnenden verschwommenen fließenden Angaben, welche Denken, Sprechenhören, Empfinden und Wahrnehmen des angeblich Gehörten gleichsetzen [s. Schröder²⁴]. Ob auch Sensationen mitspielen, oder ob die in dieser Richtung deutbaren Angaben des Kranken lediglich Erklärungswahnvorstellungen sind, ist, wie immer in solchen Fällen, schwer zu entscheiden. Die Stimmungslage ist anfangs mehr euphorisch, und der Inhalt der Halluzinationen entspricht dem; auf dem Höhepunkt der Krankheit steht eine mehr ängstlich-mißtrauische Erregtheit mit halluzinierten Befürchtungen und Bedrohungen im Vordergrund. Das Benehmen ist dauernd geordnet und frei von Auffälligkeiten. Die Krankheitseinsicht wird rasch gut, und der Kranke wird sozial gesund, aber das Stimmenhören hört nicht ganz auf, steigert sich vielmehr, wie der Kranke selber 7 Jahre später berichtet, von Zeit zu Zeit anfallsweise, ohne daß dadurch die Felddienst- und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt werden. Krankhaft gesteigerte Eigenbeziehung spielt im Bilde keine Rolle, vor allem kommt dieselbe nicht für die Erklärung des Stimmenhörens in Betracht.

Gerade in letzterer Hinsicht verhält sich der nächste Fall wesentlich anders, der einen zweiten „akut-paranoischen“ Typus darstellt.

Fall 4. Karl Z., Gärtner; geb. 1874.

Mutter im Alter von 55 Jahren 5 Monate lang in der Klinik wegen schwerer Angstzustände sehr rasch wechselnder Art, schwacher Puls, Schwächeanwandlungen, zu Hause bald ganz gesund, leistungsfähig, lebte 1915 noch, 75 Jahre alt. Vater soll versucht haben sich zu erschießen, als er in einer Zivilklagesache vor Gericht erscheinen mußte.

Pat. stets fleißig, verträglich, gesund. In der letzten Zeit öfter heftiger Streit mit dem Oberschweizer des Gutes. Auf Anraten des Herrn verklagte er den Schweizer. Am 24. VI. Gerichtstermin; darüber stark erregt. Am 28. VI. begann er plötzlich wirres, unzusammenhängendes Zeug zu reden, benahm sich aber geordnet, blieb im Bett. Am 30. VI. stand er nachts auf, weckte alle Leute im Dorf, sie sollten kommen, der Teufel sei in ihm. War sehr aufgeregt und „predigte“ aus der Bibel. Alle sollten knien und mit ihm beten, der Teufel wolle ihn mitnehmen. Das dauerte bis zum Morgen. Tagsüber sprach er still vor sich hin. Gestern nachmittag wieder ebenso erregt. Der Teufel sei in ihm.

2. VII. bis 10. XII. 1915 in der Greifswalder Klinik. Bei der Aufnahme ruhig, hat eine gewisse Einsicht.

3. VII. Er habe jetzt den Frieden gefunden. Alle sagten, er hätte einen Meineid geschworen. Dabei sei die Unruhe losgegangen. In der Kirche predigte der Pastor so eindringlich; er hatte den Eindruck, er sei gemeint, alles sei auf ihn gemünzt. Seit 6 Tagen schlechter Schlaf. Über die Gerichtsvorladung (s. o.) habe er sich nicht so aufgeregt, erst bei der Verhandlung sei die Aufregung gekommen. Gleich danach furchtbare Unruhe. Er habe den Teufel vor sich gesehen. Er habe Gott versucht und müsse jetzt die Folgen tragen. (Einige Tage später erklärt er, die Krankheit habe erst 3 Tage nach der Gerichtsverhandlung begonnen.)

8. VII. Dauernd ruhig, still, spricht manchmal leise vor sich hin. Sei sehr unglücklich. Die Sache mit dem Meineid sei für ihn erledigt. Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht vorhanden. Jetzt müsse er direkt über die Visionen lachen. Gute angemessene Auskunft.

12. VII. Ruhig, geordnet. Liest. Unterhält sich wenig. Gleich nach der Gerichtssitzung fühlte er, als ob das Herz in den Rücken ging. Der Richter sagte: Wenn Sie das beschwören, begehen Sie einen Meineid. Das sei ihm aber erst 2 oder 3 Tage später eingekommen, am Sonntag oder Montag. Da war ihm, als wenn die Welt unterging. Es kam ihm so ein. Keine Stimmen.

Hat in den ersten Tagen hier eine Reihe von Zetteln und Bogen beschrieben. Schildert darin etwas poetisch-schwülstig seine krankhaften Erlebnisse, z. B. am 3. VII.: „Ein Ruck im Genick, und die Vorstellung vom Teufel, der mich ins Genick stieß, war fertig . . . Ein Wecker stellte das böse Gewissen vor, ich suchte ihn durch Umlegen, Klopfen usw. zum Schweigen zu bringen, es gelang mir nicht . . . ich mußte auf meine Knie und je nach Frage und Antwort mit dem Kopf nicken . . . Ich betete so inbrünstig, als wenn ich wirklich mit dem Teufel rang . . . Von der Heiligkeit des Eides überzeugt, brachte die Gerichtsverhandlung eine solche starke Erregung hervor, daß ich glaubte, mein Herz sei zerrissen . . . Die Zuschiebung des Eides rief in meinem Gemüt die Meinung hervor, ich hätte einen fahrlässigen Meineid begangen.“ Auf einem anderen Zettel vom selben Tage stehen bibelmäßige Sprüche und Beteuerungen. Er sagt am 13. VII. davon auf Vorhalt: „Ich mußte das schreiben, es war, als ob es mir von jemand in die Feder diktiert wurde. Ich mußte auf die Knie und mußte mit dem Kopfe nicken, als wenn jemand mich beim Kopf hatte, als wenn ich das gar nicht selber wäre.“

15. VII. Gute Krankheitseinsicht. Sein Lebensmut sei auf dem Nullpunkt gewesen, jetzt sei ihm wieder gut.

3. VIII. 1915. Hat sich völlig erholt, geordnet, lebhaft, verständig. Guter Schlaf, 5 kg Gewichtszunahme. Nichts von Eigenarten oder Stumpfheit. Selbständig unermüdlich fleißig im Garten tätig. Ruhige verständige Beurteilung seiner Krankheit, volle Einsicht, gute Erinnerung. Verständnisvoll, dankbar. Es komme ihm ganz eigenartig vor, wie einem Menschen so etwas passieren könne.

3. VIII. 1915 entlassen. — 21. VIII. 1915. Wieder aufgenommen. Gibt gut Auskunft. Habe gar keine Ruhe gehabt, sah alle Dinge ganz anders, es war ihm, als hätte er irgend etwas begangen. Stockt; ihm fehlen die Worte, seinen Zustand richtig zu schildern. Er mache sich fortwährend Vorwürfe wegen belangloser früherer kleiner Fehler und Vergehen, „ich bin doch auch nicht schlechter als andere Menschen“. Er hatte nachts keine Ruhe mehr, mußte aufstehen, die Bibel holen und darin lesen. „Da kroch dann ein kleiner Wurm über das Papier . . . das hat doch nichts zu bedeuten, nicht wahr? . . . und am nächsten Tage kroch derselbe schwarze Wurm meinem kleinen Sohn über den Rockkragen, als wenn es etwas zu bedeuten hätte.“

25. VIII. Fühle sich körperlich wohl, habe aber so viele Zweifel, „ich zweifle

an mir selber . . . ich höre allerhand Sachen, als wenn irgend etwas im Bett säße und mit den Zähnen klapperte“. Höre nachts die Stimmen seiner Kinder.

1. IX. Gute Einsicht. Er lege ganz nichtige Ereignisse und Erscheinungen stets so aus, als ob ihm oder seiner Familie daraus Schaden erwachsen sollte; er wisse, daß das krankhaft sei, aber er könne sich der Gedanken nicht erwehren.

4. IX. Unruhiger als sonst, schwer zu beruhigen, viele Besorgnisse und Versündigungsideen.

9. IX. „Es kommt mir so vor, als wenn die Kranken alle sagten, was ich getan habe . . . sie sprechen von Dingen, die ich früher getan habe . . . so direkt reden sie nicht, ich höre es aber so heraus.“ 16. IX. Beschuldigt sich des kriminellen Abortes. Sehr viele Beziehungsvorstellungen. „Es leuchtet einem ja ein, daß es Unsinn ist, aber mir kommt es immer so vor, als wenn sich auch in der Zeitung alles um mich drehte.“ Er verstoße fortwährend gegen die Hausordnung, er müsse eigentlich dauernd um Verzeihung bitten. 21. IX. „Ich schreibe oft Dinge, die mir ganz verkehrt vorkommen, es ist so, als ob zwei Willen in mir wären.“

23. IX. Heute freier. Er sei aber heute ganz fest entschlossen, sich anzuzeigen. Schreibt sehr viel, zerreißt das meiste wieder; er wisse manchmal nicht, wie er darauf komme, etwas Bestimmtes zu schreiben, z. B.: Fischer — Kriegskassen — Galizien — Aal, er wisse selber nicht, was das heißen solle. Er habe das Gefühl, als ob die Briefe seiner Frau doppelsinnig seien; es sei ihm immerzu, als ob ihm jemand sage, er müsse schreiben. „Es ist mir, als ob meine Gedanken mit denen des Pat. J. korrespondieren, als wenn wir uns das gegenseitig beantworten, was wir denken . . . wenn ich etwas denke, so antwortet er . . . nein, er spricht nicht . . . es ist als ob . . . ich fühle das an seinem Blick und seinem Hantieren . . . es ist, als wenn ich da gleich die Antwort hätte.“

30. IX. Großes Aussprechbedürfnis, ruft den Arzt stets heran. Zwei Kranke hätten mit Streichhölzern und mit einem Spiegel hantiert, um ihn zu versuchen; dann habe jemand gesagt: Lunge und Leber sind weg, nun kommen die Kaldaunen! Er habe das auf sich bezogen und sich aufgeregt. Schreibt viel auf Zettel, was er mitteilen möchte. „Die Gedanken gehen zu weit, vom Hundertsten ins Tausendste, den einen Augenblick bin ich bei Schillers Bürgschaft, den nächsten bei Ein feste Burg . . . es ist, als ob mir die Gedanken alle eingegeben würden . . . nachts ist mir, als ob jemand in mir spricht, als wenn mir jemand sagt, du mußt jetzt aufstehen.“

6. X. „Es kommt mir die Frage und gleich die Antwort . . . es ist keine persönliche Stimme, so doll vernehmbar ist es nicht, als wenn jemand spricht, es ist nur so in Gedanken.“

13. X. Weiter viel Selbstvorwürfe; sei schlecht zu den Seinen gewesen. Er merke an dem ganzen Hantieren der andern, daß er nicht gern gesehen sei.

16. X. Stimmung sei seit einigen Tagen bedeutend besser. „Es war mir, als ob ich fortwährend Fragen hätte, und die würden mir beantwortet, . . . gehört habe ich sie nicht, ich habe sie bloß im Kopf wahrgenommen, als wenn sie gestellt und im selben Augenblick beantwortet würden. Das geht Schlag auf Schlag . . . ich glaube, daß alles von einer höheren Kraft ausging . . . zur Strafe, weil mein Lebenswandel doch nicht so war.“ Der überstandene Zustand sei nicht schön gewesen, vor allem war die Angst sehr groß, zeitweise war es geradezu Lebensüberdruß. Das Denken sei jetzt klar, nur ein bißchen benommen fühle er sich noch.

14. XI. Ganz langsam fortschreitende Besserung. Freier, frischer, zufriedener, beschäftigt sich im Garten.

26. XI. Arbeitet fleißig. Unauffällig, Schlaf gut. 6 kg Gewichtszunahme nach anfänglicher Abnahme von 2½ kg.

10. XII. 1915. Nach Hause entlassen.

1. VIII. 1920. Schreibt auf Anfrage: Keine ähnlichen Störungen mehr wie 1915. Sei sehr froh und erfreut darüber. Es sei sehr merkwürdig gewesen. Erinnert an das Beispiel seiner Mutter (s. o.). Frühjahr 1918 zu den Kraftfahrtruppen, nicht mehr ins Feld. Es gehe ihm sehr gut. Bedankt sich, sendet Grüße.

Die Krankheit beginnt hier mit einem ängstlich-verworrenen Erregungszustand. Beziehungsideen spielen eine sehr große Rolle. Das Ganze klingt zunächst nach einigen Tagen vollkommen wieder ab, es kommt zu voller Krankheitseinsicht. Dann aber entwickelt sich nach einer mehrwöchigen Pause die zwei Monate anhaltende Psychose mit lebhaften Beziehungsideen, viel Depressivem (oft als zwangsmäßig empfunden) und allerhand Sinnestäuschungen, aber diesmal nicht vom Charakter des Gedankenlautwerdens wie bei Fall 3. Der Kranke „hört“ nicht Stimmen, sondern es ist ihm, „als ob“ er heraushöre, herauslese, fühle, empfinde, daß die andern über ihn (Schlechtes) sprechen. Neben der deutlich melancholischen Note stehen Züge, zum mindesten zeitweise, welche auf Gedankenflucht (Eintrag vom 30. IX.) und damit vielleicht auf einen manischen Einschlag hinweisen. Der Kranke ist seit mehr als 5 Jahren gesund geblieben. Bemerkenswert ist das an Katatoniker erinnernde Gefühl des Fremdartigen, Zwangsmäßigen seiner schriftlichen Aufzeichnungen (er muß schreiben, als wenn jemand diktiert, es wird ihm eingegeben), sowie seiner Bewegungen (er mußte auf die Knie, mit dem Kopf nicken usw.), ebenso der manchmal unsinnige Inhalt (Fischer — Kriegskassen — Galizien — Aal).

Der Fall gibt noch auf etwas anderes hinzuweisen Gelegenheit. Das ist die in der Praxis sich nicht so selten ergebende Schwierigkeit der Entscheidung, ob es sich um einen „reaktiven“ oder um einen „autochthonen“ Zustand handelt. Die recht bestimmten Angaben über das Anknüpfen der ersten Beziehungsideen und der anfänglichen Erregung an eine Gerichtsverhandlung müssen sehr wohl an das erstere denken lassen. Der zweite Abschnitt der Krankheit nimmt inhaltlich gar keinen Bezug mehr auf das aufregende Erlebnis. Die kurze Angabe, daß der Kranke schon vorher öfters heftigen Streit mit dem Ober-schweizer gehabt habe, könnte anderseits die Vermutung nahelegen, daß er damals bereits sich im Beginn einer autochthonen Degenerations-psychose befunden hat. Bei jedweder anscheinend psychogenen geistigen Störung läßt sich ja leicht die Gegenfrage stellen, warum hat das Erlebnis in der fraglichen Zeit (und ein gleiches Erlebnis zu vielen anderen Zeiten früher oder später nicht) die Reaktion hervorgerufen, hat nicht doch bereits, in der Entwicklung begriffen, eine autochthone seelische Veränderung vorgelegen? Reaktiv und autochthon sind Endglieder einer langen Kette, und sind wahrscheinlich nicht durch so scharfe Grenzen zu trennen, wie es Kleist anscheinend geschehen wissen möchte.

Die Halluzinose (Fall 3) erinnert in ihrer Symptomatologie stark an eine akute Alkoholhalluzinose; es wird dazu von dem Kranken berichtet, daß er früher stark getrunken habe. Das Krankheitsbild des akuten Alkoholwahnsinns (Alkoholhalluzinose) wird symptomatologisch im wesentlichen erschöpft durch den Komplex der akuten Halluzinose; eine charakteristische Färbung erhält es gewöhnlich noch durch mehr oder weniger deutliche alkohol-delirante Beimengungen. Es ist von verschiedenen Seiten, vor allem von Bonhoeffer, versucht worden, Erklärungen dafür zu geben, daß die Mehrzahl der Gewohnheitstrinker reine Delirien, eine kleine Gruppe dagegen, jedesmal oder häufig, Halluzinosen bzw. stark halluzinoseartig gefärbte Delirien bekommt. Daß wahrscheinlich individuelle Momente dabei die Hauptrolle spielen, wird ziemlich allgemein angenommen. Die verhältnismäßige Häufigkeit des Bildes der Halluzinose im Rahmen der degenerativen psychischen Erkrankungen legt es nahe, daran zu denken, daß die an akutem Alkoholwahnsinn erkrankenden Gewohnheitstrinker Individuen mit dieser besonderen Anlage sind, und daß die durch den chronischen Alkoholismus gesetzte Schädigung ihren Komplex nur labil macht. Damit wäre gut vereinbar die bekannte Tatsache, daß Alkoholhalluzinosen oft schon nach sehr viel kürzerem Trinken beobachtet werden als Delirien, und daß, gleichfalls im Gegensatz zum Delirium tremens, vorübergehende starke Exzesse offensichtlich eine Rolle als auslösendes Moment spielen. Durchaus verständlich bliebe dann auch, daß gewissermaßen einen psychischen Index für das Vorhandensein der individuellen Anlage zur Erkrankung unter dem Bilde des Halluzinosekomplexes bereits in gesunden Zeiten die von Bonhoeffer bei Alkoholhalluzinanten nachgewiesene besondere Leichtigkeit des sprachlichen Ausdrucks und die auffallende formale stilistische Gewandheit darstellt. Auch einer meiner nicht-alkoholischen Halluzinosekranken [24], Fall 3] fiel durch diese Eigentümlichkeit in besonderem Maße auf. Sprachliches Geschick in der Darstellung der Trugwahrnehmungen gehört geradezu zum Krankheitsbilde der typischen Halluzinose, sobald sie nicht etwa durch die Symptomkomplexe der Grundkrankheit verdeckt wird, wie besonders häufig bei der Dementia praecox.

Das Heranrücken des akuten Alkoholwahnsinns an die Degenerationspsychosen zeigt auch, wie manches andere Beispiel sonst, daß die ätiologische Betrachtungsweise eine durchaus scharfe Grenze zwischen exogenen und endogenen Erkrankungen nicht zu ziehen erlaubt. Ganz grobe Schädigungen haben die charakteristischen exogenen Reaktionstypen Bonhoeffers zur Folge, geringere brauchen nur die durch die Anlage bedingten Typen auszulösen [vgl. Krisch¹⁷⁾]. Für die Infektionspsychosen nimmt Kleist¹⁴⁾ eine spezifische Veranlagung an, und zwar wieder getrennt für jede einzelne Erkrankungsform; er kennt neben der autochthonen und reaktiven Labilität noch eine symptomatisch-labile Konstitution.

Die akute Halluzinose und der ängstliche Beziehungswahn (Fall 4) sind Symptomgruppen beim degenerativen Irresein, welche sich bei genauerem Zusehen leicht voneinander abgrenzen lassen. Doch ist ihre Kombination nicht selten. Auf dem Höhepunkt der Halluzinosen tritt mit der zunehmenden Angst meist auch der Beziehungswahn deutlich hervor, wie ja gesteigerte Eigenbeziehung auch beim Gesunden Begleiterscheinung lebhaften Affektes ist. So kann man gar nicht selten bei protrahiert verlaufenden Halluzinosen, nachdem alles Stimmenhören auf Grund von Gedankenlautwerden abgeklungen ist, noch lange Zeit die Kranken Angaben machen hören, daß über sie gesprochen, über sie Bemerkungen gemacht würden, und es stellt sich heraus, daß es sich lediglich um Beziehungsvorstellungen handelt. —

Neben diesen symptomatisch einfachen Bildern, zu denen außer den manischen und depressiven noch ängstliche, hypochondrische, sowie die akinetischen und hyperkinetischen (s. später) gehören, gibt es bei den Degenerationspsychosen allerlei komplizierte, weniger leicht beschreibbare, weniger leicht symptomatisch übersehbare und dazu oft mannigfach wechselnde Bilder. Die folgenden zwei Krankengeschichten sollen Beispiele dafür bringen.

Fall 5. Frieda Sch., ledig, geb. 1874.

Ein Bruder und eine Schwester leichtsinnig (nichts Näheres). Ihr selber fiel das Lernen etwas schwer. 1895 uneheliches Kind. War nach ihrer eigenen Angabe immer leicht erregt, viel allein, eigenartig, kurz von Gedanken, launenhaft, mehr ernst.

I. Aufnahme in die Greifswalder Klinik 7. VII. bis 10. IX. 1904.

Seit 3—4 Monaten schlaff, Magenschmerzen, Verstopfung. Am 30. VI. zugleich mit den Menses Anfälle: schlug mit Armen und Beinen um sich, schrie, aufsteigende Angst aus dem Magen, sah eine Hand mit Blumen oder verschwindende Gestalten; dazwischen stundenlang ganz frei. Am 3. VII. wieder Schreikrämpfe, $\frac{1}{4}$ Stunde, am nächsten Tage ebenso. Wollte immer vom Bruder geküßt sein.

Einen Tag in der Medizinischen Klinik.

Bei Aufnahme ruhig. Antwortet gut, orientiert, geordnet, „manchmal etwas albern“. Schreit bei Druck auf Ovarialgegend, andere Male nicht. Nachmittags sehr ängstlich, weint: Retten Sie mich! Es komme ihr alles so komisch vor, als ob sie den Teufel sehe, sie sei verwünscht und verhext. Jammert fortwährend.

In den folgenden Tagen nachts gewöhnlich unruhig, schreit, lacht, weint; bei Tage fortwährender Stimmungswechsel, lacht bald, bald weint sie, drängt sich erotisch an den Arzt, habe Angst; sieht am Fußende des Bettes einen Hecht, am Rücken kriecht ein Käfer.

14. VII. Liegt mit geschlossenen Augen da, gestikuliert, summt Melodien, braucht nachts noch immer Scopolamin.

18. VII. Ruhiger geworden. 26. VII. Versteckt sich unter der Decke, antwortet wenig oder gar nicht.

8. VIII. Beim Besuch des Bruders gesprächig, solle hier getötet werden, lacht dann darüber. 12. VIII. Immer mutacistisch, ohne Affekt, abweisend. 23. VIII. Albern, lacht viel, mutacistisch. 29. VIII. Spricht wieder, benimmt sich aber albern, lacht viel, hat Visionen, sieht Blumen. 8. IX. Noch recht gehemmt, steht überall umher, zur Arbeit nicht zu brauchen.

10. IX. 1904 gebessert entlassen.

Zu Hause in den ersten Wochen noch manchmal verwirrte Gedanken, in der Klinik seien im Kuchen so dicke schwarze Raupen gewesen. Besserte sich dann rasch, war sehr fleißig. Lachte oft komisch, wie schon von jeher. Konnte tüchtig arbeiten im Feld und im Hause.

II. Aufnahme 27. V. bis 7. VII. 1915.

In den letzten Jahren viel Reißen, häufig Stuhlverstopfung. Im Herbst vorigen Jahres starb der Bruder, dem sie die Wirtschaft führte. Nahm sich seinen Tod sehr zu Herzen. Leitete den Winter über die Gastwirtschaft allein. Wollte nicht aus dem Hause, als die Wirtschaft verkauft wurde. Seit einer Woche arbeitsunlustig, schlief schlecht. Forderte, der tote Bruder und Vater müßten ausgegraben werden, sprach viel verwirrt, lachte, weinte, befürchtete geisteskrank zu werden. Seit gestern viel Gesichterschneiden, auch Gehörstäuschungen.

Bei Aufnahme ruhig und willig. Habe solch Wühlen und Ziehen in der linken Seite. Horcht plötzlich und ruft: Alfred! Glaubt ihren Vetter im Nebenzimmer. Sie sei hier im Himmel, sei krank in der linken Seite, möchte gern befreit sein, sei wohl sehr krank. Ratloses Verhalten, springt plötzlich auf, rüttelt an den Türen, murmelt abgerissene Sätze.

29. V. Sehr unruhig, spricht und lacht viel vor sich hin, weint dazwischen. Versteckt den Kopf, rüttelt plötzlich an den Türen, eilt wieder ins Bett mit einem Knix. Daß sie so plötzlich aufstehe, liege wohl so im Wahn, im Befehl. Lacht plötzlich: Ach so! Kommt viel aus dem Bett, schreit: Ihr verfluchten Hunde, wollt ihr mich wohl heraus lassen! Schlägt auf die Wärterin ein, stößt sie mit den Füßen, reißt sie an den Haaren.

1. VI. Verläßt häufig das Bett, singt und spricht vor sich hin; sucht mit den Augen an der Zimmerdecke: „Hier geht wohl alles elektrisch zu? Das kommt von dem Bett, das ist elektrisch.“

10. VI. Weiter sehr unruhig, besonders nachts, läuft singend und schimpfend umher, lacht, schimpft, fährt oft erschreckt aus dem Schlaf.

18. VI. Bedeutend ruhiger geworden. 25. VI. Gibt gut Auskunft, geordnet. Klagt wieder über Ziehen in der linken Seite. Ihr Zustand sei wohl Wahnsinn gewesen, sie habe nachts so ein Rufen bekommen, habe vorher drei Nächte mit offenen Augen geschlafen. Habe kurz vor der Aufnahme Stimmen gehört von Leuten, die damals im Kriege waren. Das müsse wohl Wahnsinn gewesen sein, auch das mit der Elektrizität sei wohl Wahnsinn gewesen, sie glaubte elektrisiert zu werden.

7. VII. 1915. Nach Hause entlassen.

Nachher $5\frac{1}{2}$ Jahre beim Bruder und dessen Frau in der Wirtschaft, mitunter ein paar Tage wegen Steifigkeit und Rheumatismus im Bett. Sonst ganz vergnügt, aber Schlaf schlecht. Sei ein bißchen empfindlich, „ich ziehe mir immer alles gleich zu“. Das Lachen habe sie oft, manchmal könne sie sich gar nicht halten vor Lachen.

7. III. 1921. Stellt sich vor: sei hier krank gewesen, ganz dämlich im Kopf, hörte Stimmen, z. B.: Die Bande! Habe Wahnvorstellungen gehabt „vom Kaiser“. Weiß sehr vieles nicht mehr aus der ersten Zeit. Gibt verständig, geordnet Auskunft, nichts Auffälliges im Benehmen.

Bruder berichtet: Gutmütig, lebhaft, anhänglich, keinerlei Auffälligkeiten oder Sonderbarkeiten, nur daß sie manchmal lacht, wo es nicht angebracht ist. Sorgfältig in der Kleidung und im Hause, ganz normal. An manchen Tagen wolle sie mehr arbeiten, als ein Mensch leisten könne, andere Male ein paar Tage im Bett.

III. Aufnahme 17. III. bis 13. IV. 1921. Neigte zuletzt zum Grübeln, leicht erregbar. Nach Rückkehr vom Besuch in der Klinik am 7. III. (s. o.) verändert. Die letzte Nacht rannte sie plötzlich durch die Wohnung und schrie.

Unruhig, stark erregt, spricht schnell durcheinander, teilweise ganz unverständlich, lacht häufig unmotiviert, gerät danach unmittelbar ohne ersichtlichen Grund in Tränen. Geht nicht auf Fragen ein, schweift immer wieder ab. Seit 3—4 Wochen wisse sie nicht, was um sie vorgehe, es sei ihr, als wenn ein Schimmer durch ihre Augen gehe, sei weder traurig noch ängstlich noch heiter, sie sei so verwirrt, habe das Reißen in der Seite, schlafe sehr schlecht. Verläßt viel das Bett, große Unruhe.

18. III. Lacht und schreit viel, will die Wahrheit wissen, was hier vorgefallen sei, es müsse eben ein großes Unglück passiert sein. Schwer im Bett zu halten, schimpft viel, lacht und weint ganz unmotiviert, schlägt plötzlich auf andere Kranke ein.

23. III. Sehr lebhaft, redet und lacht viel, ablenkbar, knüpft an gehörte Worte an, gestikuliert lebhaft. Hat selber ein gutes Empfinden für ihren raschen Stimmungswechsel; wenn sie traurig sei, mache sie sich viel Selbstvorwürfe. Ihre Krankheit bestehe darin, daß sie zu viel Gedanken habe, die ihr ganz rasch und wirr durch den Kopf laufen. Ständig ansprechbar, lebhaft Augen. Wird während der Untersuchung plötzlich traurig, weint, möchte gleich sterben, um den Menschen aus dem Wege zu sein, lacht plötzlich wieder und schwatzt heiter.

1. IV. Ruhiger geworden. Liegt fast den ganzen Tag im Bett, die Decke über den Kopf gezogen; sie müsse sich schämen, weil sie so viel Lärm gemacht habe. Sie könne nicht sagen, was in ihr vorgegangen sei und noch vorgehe. Lächelt matt dazu. Sei jetzt gesund und könne nach Hause.

9. IV. Versteckt sich gern unter der Decke. Lacht heute wieder viel; die Gedanken jagen sich ihr durch den Kopf, die Gedanken spielen von selber hin und her, springt rasch von einem Thema zum andern. Heiter gestimmt, ablenkbar, gut interessiert. Schlaf noch schlecht.

13. IV. 1921. Von den Angehörigen abgeholt.

Aus der Familiengeschichte der Kranken ist nur bekannt, daß zwei Geschwister leichtsinnig sind; sie selber soll immer leicht erregbar und launenhaft gewesen sein und von jeher die Erscheinung des zwangsmäßigen Lachens haben; sonst war sie stets tüchtig und brauchbar. Mit 30 Jahren bekam sie nach einem längeren allgemein-nervösen Vorläuferstadium ohne bekannte Ursache Anfälle, die nach der Schilderung hysterisch gewesen sein werden. Dann folgte ein zweiwöchiger Erregungszustand mit schwer knapp zu beschreibendem, fortwährendem Wechsel zwischen Depression, Angst, Lachen, Erotik, auch mit einigen vagen, auf Sinnestäuschungen hinweisenden Angaben. Diese Erregung klang langsam ab, zunächst trat aber noch ein Hemmungszustand mit Stummheit, Verstecken unter der Decke und abweisendem Verhalten hervor. Erst zu Hause heilte der Zustand nach einer Dauer von insgesamt etwa 3 Monaten vollständig ab. Die Kranke blieb 10 Jahre gesund und leistungsfähig. Alsdann erkrankte sie von neuem. Diesmal wird als Ursache der $\frac{3}{4}$ Jahre zurückliegende Tod des Bruders und der damit im Zusammenhang stehende Verkauf der Wirtschaft angegeben. Auch diesmal fing es an mit allgemeiner Mattigkeit, Schlaflosigkeit und Arbeitsunlust. In der Klinik bot die Kranke wiederum 3 Wochen lang das komplizierte Bild einer verworrenen Erregung, die rasch abklang und zu guter Einsicht führte. Allerlei manische Züge

sind unverkennbar. Abermals war die Kranke $5\frac{1}{2}$ Jahre gesund, tüchtig und frei von Auffälligkeiten, abgesehen von ihrem zwangsmäßigen Lachen. Das neue Krankheitsbild begann mit einem ratlos-verworrenen Zustand, auf den bald ein deutlich manisch gefärbtes Zustandsbild folgte, und an das sich zum Schluß ein Gemisch von manischen und depressiven Zügen anschloß. Nach 4—5 Wochen Entlassung.

Ein hebephrener (schizophrener) Defekt hat sich bei der Kranken nicht entwickelt, obwohl die erste akute Phase 17 Jahre zurückliegt. Die damals gestellte Diagnose, hysterisches Irresein, war, wenn vielleicht auch weniger modern, so doch gewiß zutreffender als die anfängliche Diagnose Dementia praecox bei der zweiten Aufnahme. Die Zustandsbilder waren alle dreimal recht verschieden, zusammengesetzt aus hysterischen Anfällen, visionär-halluzinatorischen Episoden, verworren-ratlosen Erregungen, motorischen Hemmungszuständen katonischen Gepräges und deutlichen manischen sowie depressiven Bildern. Es sind das Fälle, welche es nicht leicht erscheinen lassen, die akuten Attacken derartiger periodisch wiederkehrender Degenerationspsychosen als Schwankungen je einer besonderen angeborenen labilen Konstitution zu erklären. Auch für jeden einzelnen Anfall als grundlegend und formgebend jeweils besondere, durch den krankhaft gesteigerten Biotonus geweckte und vergrößerte Charaktereigenarten anzunehmen, wie es neuerdings Ewald⁹⁾ tut („soviel Charaktereigentümlichkeiten, soviel Nuancierungen in den manisch-melancholischen Psychosen“), ist angesichts solcher Fälle schwer. Derart polymorphe wechselnde Krankheitsbilder sind aber nach meinen Erfahrungen bei dem degenerativen Irresein recht häufig, sie bilden nicht bloß die Ausnahme. Beim manisch-depressivem Irresein wechseln zum mindesten manische und depressive Phasen; jedoch kann man hier noch ohne weiteres Kleist verstehen, wenn er die manischen und die depressiven Abschnitte als besondere Krankheitsformen auffasst und die zirkulären Fälle aus dem Nebeneinanderhergehen von zwei, ein gegensätzliches Paar bildenden Schwankungen deutet. Dann verlangen jedoch folgerichtig bereits die atypischen Verlaufsabschnitte bei nicht wenigen Manisch-Depressiven die Annahme einer dritten, vierten usw. Art labiler Konstitution desselben Individuums. In Wirklichkeit scheint fast die alleinige Wiederkehr photographisch treuer Wiederholungen desselben Bildes einigermaßen häufig nur bei gewissen Depressionszuständen und bei einem Teil der hyperkinetischen Motilitätspsychosen (siehe später) zu sein. Eine der wichtigsten Aufgaben im Zusammenhang damit wird die sein, festzustellen, ob überhaupt die Fälle mit immer oder ganz vorwiegend gleichen Bildern zahlenmäßig sehr stark überwiegen, oder ob sie etwa wegen ihrer Gleichheit nur besonders auf-

fallen und deshalb mehr beachtet und verwertet werden als die andern mit wechselnden Bildern in den einzelnen Attacken. In jedem Falle, bei welchem diese Regelmäßigkeit in der Wiederkehr des Bildes nicht besteht, die Labilität zweier, mehrerer oder gar einer Reihe von Konstitutionen anzunehmen, dürfte nicht ohne weiteres leicht sein annehmbar zu machen.

Fall 6. Otto W., Kaufmann, 44 Jahre.

Keine Belastung zu erfahren. Mittelmäßiger Schüler. Lernte als Destillateur, hielt nicht lange aus in Stellungen, galt aber als sehr tüchtig. Auf seinen Reisen viel Kognak getrunken, zuletzt weniger. Immer nervös, leicht aufgeregt, so daß man manchmal gar nicht mit ihm reden konnte. Besonders nach dem Trinken sehr jähzornig. Sonst lustig, lebhaft.

Erste Heirat um 1900, zwei gesunde Söhne. Frau lange schwer lungenkrank, er pflegte sie sorgfältig; zuletzt sehr angestrenzte Nachtwachen. Hatte seine Stellung aufgegeben, um die Frau besser pflegen zu können. War in keiner Weise verändert. Die Frau starb am 2. V. 1908. Am 5. V., dem Tage vor dem Begräbnis, erkrankte er plötzlich seelisch. Er lief nachts ohne Bekleidung auf die Straße. Noch wenige Stunden vorher war er dem Schwager normal vorgekommen. Während der Leichenrede lachte er immerzu. In der Nacht darauf riß er die Fenster auf, weckte die Kinder, alle mußten beten, er sei Christus, der Heiland. Stellte sich am nächsten Morgen auf eine Kirchentreppe, predigte: Tut Buße. Sagte dem Arzt, in zwei Monaten gehe die Welt unter, er könne Morphium und Cyankali trinken, ohne zu sterben.

7. V. bis 16. VI. 1908 in einer Berliner Anstalt. Anfangsdiagnose: Dämmerzustand; später: Katatonie mit Wahnvorstellungen.

Bei der Aufnahme sehr unruhig, er sei der Heiland, er könne ruhig Cyankali nehmen, 37,3. Geht gehobenen Hauptes auf und nieder, spricht fortwährend vor sich hin, er sei der Heiland, die ganze Welt hoffe auf ihn; murmelt Gebete, ruft zu Gott, singt geistliche Lieder. Nachts gewalttätig, reißt den Pflegern die Kleider vom Leibe. Muß isoliert werden, schreit, rennt mit dem Kopf gegen die Wand.

In den nächsten drei Tagen zuerst vorübergehend klar und ruhig, habe unter einem Zwang gestanden, habe sich so benehmen und so reden müssen; dann wieder sehr unruhig und verwirrt, er wolle nicht auf das Schaffott. Steht in ekstatischer Erregung da, ruft dann laut lachend: Ihr seid doch alle Ochsen.

12. V. Nicht mehr erregt, aber eigentümlich gehemmt, dämmriger Gesichtsausdruck, spricht nur auf energisches Anrufen und sehr einsilbig. Sieht sich ratlos um; wie bin ich denn hierher gekommen? Wisse nicht, was mit ihm sei, wie lange er hier sei, es gehe ihm wie ein Mühlrad im Kopf herum. Macht schwer besinnlichen Eindruck. Ausgesprochen ratlos. Versagt bei den einfachsten Aufgaben. Neurologisch o. B. Reagiert bald gar nicht mehr, blickt sich verwirrt um.

15. V. Gibt keine Antwort, befolgt keine Aufträge, ist abweisend. 17. V. Dauernd schwer gehemmt, starrt ins Leere, ißt schlecht, verweigert die Nahrung, unwirsch, gehemmt, leicht dämmrig.

22. V. Auf Fragen gleichgültige Redensarten. Mittags plötzlich erregt, lacht: Seid ihr dumm! In den nächsten Tagen reagiert er gar nicht mehr auf Fragen, lacht nur dauernd krampfhaft und laut auf.

26. V. Beginnt sich zu orientieren, aber höhnische Antworten: Das müssen Sie doch besser wissen usw.

29. V. Ruhig, präzise Antworten. Er erinnert sich genau an alle Vorgänge der letzten Zeit, weiß alle Einzelheiten, weiß, daß er nicht gegessen, und wann er

nicht gegessen hat, daß er nicht geantwortet hat; ebenso entsinnt er sich an die Vorgänge bei der Beerdigung seiner Frau. Fängt an zu weinen.

2. VI. Ganz verändertes Wesen, schreibt einzelne Sätze auf Papierfetzen, steckt in ein Stück Papier 3 Holzkreuzchen, das eine ist er, das andere die Ärzte, die er angenagelt hat.

11. VI. Unverändert. Klagt über Leberschmerzen, angeblich von dem Schläge eines Wärters. Erbrechen. Gibt verständig und geordnet Auskunft. Erinuert sich ganz genau an alle Vorgänge seit dem Tode der Frau. Habe alles mit Bewußtsein getan, habe nicht sprechen, nicht essen wollen, weil er sich geärgert habe über die Verbringung in die Anstalt; die Schreibereien habe er gemacht, um zu beweisen, daß er gesund sei. Drängt verständig auf Entlassung.

16. VI. 1908 dauernd ruhig und geordnet. Zum Schwager entlassen.

Im März 1916 zweite Heirat. Übernahme des Kolonialwarengeschäfts der Frau. Sehr tüchtig, sehr gewissenhaft, kein Alkoholmißbrauch. Nachträglich gibt die Frau an, daß er vor der zweiten Ehe noch einen kurzen Krankheitsanfall gehabt habe, über den sie nichts Näheres weiß.

Seit 12. XI. 1918 fühlt er sich nicht mehr wohl, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Mattigkeit. Am 15. XI. zu Bett mit Fieber (angeblich Grippe). Am 17. XI. auffällig durch vieles Gegenreden, schlechten Schlaf, aber noch geordnet. Am 18. XI. allerlei Befürchtungen; nachmittags fing er an zu singen, war übermäßig heiter, ausgelassen, lief halb bekleidet ins Geschäft, irrte planlos in den Straßen umher, sang fortwährend von Kaiser und Reich, beschimpfte die Kunden und bedrohte sie.

18. XI. bis 4. XII. 1918 Aufnahme in die Greifswalder Klinik.

Ruhig, willig, spricht immer vom Kaiser. Nachts sehr unruhig, läuft umher, drängt heraus, schreit, schimpft.

19. XI. Ruhig. Müder, schläfriger Ausdruck. Leidlich orientiert, sei wohl etwas aufgeregt gewesen, der Kopf tue ihm weh, sei müde. Bei Fragen nach der Vorgeschichte allerlei Widersprüche, wiederholt die Sätze fünf- bis sechsmal. Bejaht die meisten Fragen. Spricht immer wieder vom Kaiser in zusammenhangloser Weise, wiederholt alles mehrmals.

20. XI. Nachts sehr unruhig; planloses Umherlaufen, Schreien, Toben. Sei im kaiserlichen Zuge unter Bewachung nach Greifswald gekommen, bringt ein Hoch auf den Kaiser aus, singt geistliche Lieder. Steht des Morgens etwa 40 Minuten lang völlig regungslos auf ein und derselben Stelle, den Kopf hoch erhoben, die Hände gefaltet, die Augen nach oben. Läßt sich nicht aus der Stellung bringen, spricht kein Wort. Liegt dann einige Stunden ruhig im Bett, ißt. Nachmittags weint er vor sich hin, neckt und schlägt dann andere Kranke, sie sollten nicht so faul daliegen, macht allerlei Dummheiten, bietet ihnen Papier als Priemtabak an. Nachher motorisch stark gehemmt, stiert vor sich hin, spricht nicht, beißt die Kiefer aufeinander („katonisches Zustandsbild“).

21. XI. Nachts sehr unruhig, singt, pfeift, schreit, läßt sich nicht auf Fragen ein, zählt laut bis 100, sagt das Alphabet her, singt Soldatenlieder, spricht polnisch.

24. XI. Meist unruhig, stundenlang ruhiger, liest dann und bittet um Entlassung. Sei ganz gesund. Unterhält sich angemessen mit der Frau. Bald danach wieder motorische Unruhe.

26. XI. Sehr erregt, schimpft über die Klinik, will Anzeige machen. Er selbst habe alle wieder gesund gemacht, sie sollten aufstehen. Nachher: Er mache sich allerlei traurige Gedanken über die Zukunft, er sei etwas konfus im Kopf. Bei Intelligenzprüfung gute Angaben. Weiß, wie lange er hier ist. Örtlich und zeitlich genau orientiert. Redet über Fragen nach seiner Krankheit flach hinweg.

30. XI. War ruhig. Jetzt euphorisch, lacht, flache Einsicht. 2. XII. Ruhig, geordnet, guter Stimmung, macht Witze.

4. XII. 1918 von der Frau abgeholt.

12. V. 1921. Stellt sich auf Aufforderung vor. Ist sehr dick geworden, wiegt 243 Pfund. Sei nach der Entlassung sofort wieder im Geschäft tätig gewesen, sei leistungsfähig, habe den Betrieb noch vergrößert, keine Stimmungsschwankungen, keine Schwermut. Benimmt sich geordnet, etwas flott, macht leicht hypomanischen Eindruck. Erinnert sich an Krankheit, Klinik und Personen, gute Einsicht, sei verdreht gewesen, lacht darüber.

28. IX. 1921. Die Frau berichtet, ihr Mann sei in der Stimmung manchmal sehr vergnügt, manchmal gar nicht. Der Wechsel erfolgt tageweise. Manchmal trinkt er auch etwas mehr und ist dann unausstehlich. Sonst tüchtig¹⁾.

Bei dem Kranken entwickelte sich zum ersten Male mit 34 Jahren, im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Begräbnis der Frau, welchem eine lange anstrengende Pflege der Kranken vorausgegangen war, ein krankhafter Zustand, der sich zuerst durch Umherlaufen und durch haltloses Lachen bei der Beerdigung bemerkbar machte. Im Anschluß daran kam es zu einer mehrtägigen verworrenen gewalttätigen, vorübergehend auch ekstatischen Erregung mit groben, teils ganz unsinnigen Größenideen; ihr folgte unmittelbar ein zunehmender schwerer Hemmungszustand mit ratlos-ängstlicher Färbung und mit den leichten Zeichen der Unbesinnlichkeit, welcher 2 Wochen später sich langsam löste und einem auffälligen, als albern bezeichneten Verhalten Platz machte.

Einige Jahre später soll eine kurze Attacke gefolgt sein, über welche nichts Näheres zu erfahren war. Sonst ist der Kranke angeblich vollkommen gesund und leistungsfähig gewesen.

Zehn Jahre nach der ersten Erkrankung trat eine neue akute Psychose auf, diesmal im Anschluß an eine nicht näher diagnostizierte kurze fieberhafte Erkrankung: Nach einigen Tagen Unbehagen und schlechtem Schlaf vorübergehend eine manisch gefärbte Erregung, dann etwa 10 Tage lang ein Erregungszustand wechselnder Stärke mit ausgesprochener Neigung zu Iteration, wechselnd mit Haltungstereotypien und Hemmung, zum Schluß wiederum ein mehr manisches Verhalten. Danach abermals volle Genesung und bei einer Nachuntersuchung 21½ Jahre später ein Benehmen, welches den Verdacht einer leichten Hypomanie nahelegt; die Frau berichtet dazu von einem auffälligen Wechsel der Stimmung. Bald darnach eine kurze Manie.

Die erste Attacke kam nach ihrer Entwicklung als eine reaktive Psychose im Sinne von Kleist in Betracht (Tod der Frau). Das Ganze als einen hysteriformen Dämmerzustand anzusprechen, liegt jedenfalls nahe. Ungewöhnlich dafür ist allerdings die lange Dauer, das Fehlen echter hysterischer Symptome sowie aller inhaltlichen Beziehungen

¹⁾ *Anm. bei Korrektur.* Pat. ist inzwischen im II.—III. 1922 wieder mit einem manischen Zustand in der Klinik gewesen und geheilt entlassen worden.

auf die seelische Erschütterung. Noch mehr wie in Fall 4 wird es hier schwer sein, sicher zwischen reaktiver und autochthoner Psychose zu unterscheiden. Die zweite Erkrankung andererseits kommt entweder in Betracht als eine atypische symptomatische Psychose, oder aber nach dem oben Gesagten als eine Degenerationspsychose, ausgelöst durch eine Infektionskrankheit. Symptomatisch bieten beide Anfälle komplizierte Bilder. Eine manische Grundnote klingt an verschiedenen Stellen durch, ohne daß jedoch ausreichender Grund zu der Annahme vorliegt, daß der Kranke als Manisch-Depressiver zu betrachten sei.

Lehrbücher und Abhandlungen pflegen darauf hinzuweisen, daß die „motorischen“, d. h. diejenigen Erscheinungen, von welchen Kahlbaum bei seinem Spannungsirresein ausgegangen ist, und welche Wernicke psychomotorisch (teils akinetisch, teils parakinetisch, teils hyperkinetisch) genannt hat, nicht spezifisch seien für die Katatonie und die Dementia praecox überhaupt, sondern daß sie auch bei mannigfachen anderen Erkrankungen vorkommen. Mit besonderem Nachdruck wird das betont von Bonhoeffer und in einigen Arbeiten, welche unter seinem Einfluß entstanden sind (Kutner, Loewenstein, Stertz), ferner in der wiederholt genannten wichtigen Arbeit von Wilmanns²⁷⁾. Daß speziell unter den Degenerationspsychosen zahlenmäßig die Motilitätspsychosen eine nicht geringe Rolle spielen, hat vor allem Kleist schon lange gelehrt, ohne daß allerdings seine Ausführungen in weiteren Kreisen beachtet worden wären*). Die Neigung, beim Vorhandensein und gar beim Vorherrschen von ausgesprochen motorischen Symptomen eine Katatonie anzunehmen, ist trotzdem allem Anschein nach noch recht verbreitet.

Kahlbaum hat seine grundlegende Arbeit (Die Katatonie oder das Spannungsirresein, 1874) einen Versuch genannt, ein Krankheitsbild zu zeichnen, bei welchem bestimmte somatische, und zwar ebenfalls (scil. wie bei der Paralyse) muskuläre Symptome . . . die Begleiter bestimmter psychischer Erscheinungen sind und . . . eine wesentliche Bedeutung für die Gestaltung des ganzen Krankheitsprozesses gewinnen. Die Spannungserscheinungen standen ihm, neben dem klinischen Verlauf, im Vordergrund. Ihre hohe Bewertung ist in Kraepelins Dementia praecox übernommen worden. Auch Wernicke hat mit seinen Motilitätspsychosen an Kahlbaum angeknüpft; aber was er ihm entnahm, hat er ganz anders weiter entwickelt wie Kraepelin. Wernicke hat meisterhaft, wie kaum je ein anderer, psychotische Zustandsbilder zergliedert und gezeichnet, es lag ihm fern, nosologisch einheitliche Formenkreise zu umschreiben, im Gegenteil, wo er auf solche

*) Auch ich muß mich, wie Kleist betont¹³⁾, dieser Nichtbeachtung für schuldig erklären.

traf, hatte er eher die Neigung, sie nach seinen Gesichtspunkten zu zerlegen. Er setzte bereits an Kahlbaum aus, daß dessen Arbeit dem Schicksal aller Monographien verfallen sei, die Krankheitsbilder zu weit zu fassen.

Sehen wir uns heute Kahlbaums, allerdings z. T. nur knapp mitgeteilten Krankengeschichten an, so werden wir schwerlich alle seine Fälle als zur *Dementia praecox* gehörig anerkennen können. Sein Fall 10 z. B. ist ein 25jähriger Gefangener, der einen Erhängungsversuch macht, am folgenden Tage still, wortkarg wird, am dritten verstummt, rollende Augen, „Krämpfe“ der Schläfe- und Kaumuskeln und der Augen sowie ein starres lebloses Gesicht „wie eine Bildsäule“ bekommt; nach 5—6 Wochen „erwacht“ er, hat vollkommene Amnesie für die ganzen Wochen, aber gute Erinnerung an die Seelenkämpfe vor dem Selbstmordversuch und angeblich auch an diesen selbst. — Fall 16 ist eine ganz akute Psychose bei einer 44jährigen Frau nach langem schwerem Durchfall; sie bekommt Tobsucht, Wutanfälle, wird stumpfsinnig, teilnahmslos, ist meist in tiefem, scheinbar durch Träume unterbrochenem Halbschlummer befangen; häufiger Wechsel zwischen Agitation und relativ freiem Bewußtseinszustand; in den übrigen Zeiten bald starr, regungslos, bald in gleichmäßig maschinenmäßiger Bewegung; freie Zeiten mit Krankheitsbewußtsein; unter häufigen Durchfällen nach einigen Monaten Tod an Marasmus. Die Vermutung, daß es sich hier um eine symptomatische Psychose gehandelt hat, liegt nahe. — Auffallend ist sodann, wie oft in den Krankengeschichten Kahlbaums die Angabe wiedergekehrt, daß Manien oder Melancholien vorausgegangen seien: Fall 4, 29jährig, hatte 6 Jahre zuvor einen maniakalischen Anfall von 8 Tagen ohne weitere Folgen gehabt, ein Jahr zuvor nach kurzem Stadium von Unbehaglichkeit einen 8 Tage dauernden Tobsuchtsanfall mit enormer Sprech- und Redesucht; Fall 5 (20 Jahre) war mit 15 Jahren 14 Tage lang maniakalisch gewesen, hatte mit 18 Jahren kurze leichte Alienationsanfälle, sodann mit 20 Jahren eine hochgradige Tobsucht mit Remissionen, darauf folgend Starrsucht ohne Mutacismus und abermals Tobsuchtsanfälle, er wurde nach einem Jahr genesen entlassen; Fall 8: vor 2 Jahren Manie von 5 Monaten, genesen, dann Melancholie, Atonität mittleren Grades, fast ganz mutacistisch, nach einigen Monaten wesentlich gebessert entlassen. — Dieser weiten Fassung entsprechend ist überhaupt für Kahlbaum auch die Prognose seiner Katatonie in allen ihren Formen nicht schlecht, sind Genesungen verhältnismäßig häufig.

Wernicke unterscheidet akinetische und hyperkinetische Motilitätspsychosen. Beide können sich kombinieren, sie können sich ablösen (cyclische Mot.-Psychosen), oder sie mischen sich mit allerhand anderen „Psychosen“ zu sehr komplizierten Bildern. Bezüglich ihrer klinischen Stellung in unserm jetzigen Sinne wird des öfteren die Ver-

wandtschaft mit Manie und Melancholie erwähnt; angeführt wird auch, daß sie im Verlauf einer Hebephrenie auftreten können, ebenso aber einer Paralyse, und vermutet wird wiederholt als Grundlage eine Epilepsie; ihr Ausgang ist Heilung, Tod oder tiefe Demenz. Besonders ausgiebig behandelt wird von Wernicke die hyperkinetische Motilitätspsychose. Er betont ihre Neigung zu periodischer Wiederkehr und zu jedesmaliger Heilung, ihre kurze Dauer, gewöhnlich unter Monatsfrist, ihre häufigen Beziehungen zu Menstruation und Wochenbett, aber auch ihr Vorkommen bei Hebephrenen. Er führt Beispiele an (Krankenvorstellungen II, 6 und III, 5), in denen bei demselben Menschen im Lauf des Lebens Manien und Melancholien mit hyperkinetischen Motilitätspsychosen abwechselten, und er kennt letztere schließlich als langdauerndes Höhestadium von Psychosen, welche mit kurzen Manien anfangen und aufhören. Noch nach einer ganz anderen Richtung hin läßt er sie übrigens enge Beziehungen haben, das ist nach der Chorea. Wir sehen also, was Wernicke Motilitätspsychosen nennt, deckt sich keineswegs mit der Katatonie Kahlbaums und Kraepelins, ebensowenig gehören sie aber in Bausch und Bogen zur Schizophrenie Bleulers.

Kleist hat diese Anschauungen seines Lehrers Wernicke über die Motilitätspsychosen festgehalten und weiter verfolgt. Motilitätspsychosen sind ihm wie Wernicke Zustandsbilder, Symptomkomplexe, bei deren Konstatierung nicht das mindeste über die zugrunde liegende Krankheit ausgesagt wird. Hatte schon Wernicke rein symptomatisch die nahe Verwandtschaft gewisser Motilitätspsychosen mit der Manie und der Melancholie betont, so hat Kleist klinisch die Beziehungen eines beträchtlichen Teiles von ihnen zum manisch-depressiven Irresein hervorgehoben, indem er betonte, daß sie gerade wie die Phasen des manisch-depressiven Irreseins endogener Natur und Erscheinungen einer abnormen, in autochthonen Schwankungen sich äußernden Konstitution auf einem Teilgebiet der psychischen Funktionen seien; sie gehören als solche deshalb nach ihm zu den Degenerationspsychosen und bilden, wenn man die der Dementia praecox, der Paralyse, Epilepsie, Hysterie, den toxischen und infektiösen Erkrankungen angehörigen „Motilitätspsychosen“ abzieht, einen beträchtlichen Rest mit besonders charakteristischen Erscheinungen. Daß Kleist ihre Zahl auffällig hoch schätzt, mag daran liegen, daß er bei Depressionszuständen und Manien die „motorische“ Komponente des Bildes für die Nomenklatur höher bewertet als Andere und deshalb schon geneigt ist, von Motilitätspsychosen zu sprechen, wo Andere noch den Namen Melancholie und Manie beibehalten*). Ihrem Gepräge nach teilt er sie ein

*) Sein Vortrag 1911¹²⁾ ist nur im Autoreferat erschienen, ohne Krankengeschichten. Ein Bild läßt sich gewinnen aus seiner Besprechung¹¹⁾ über Thomsen; s. auch seine Monographien über die psychomot. Bewegungsstörungen 1908 u. 1909.

in rekurrende Mot.-Psychosen (fast die Hälfte), protrahierte psychomotorische Erregungen, cyclische Mot.-Psychosen (s. Wernicke) und akinetische Mot.-Psychosen mit langdauernden psychomotorischen Stuporzuständen.

Das am meisten charakteristische mir bekannt gewordene Beispiel einer reinen periodischen hyperkinetischen Motilitätspsychose im Sinne von Wernicke und Kleist ist der in einer früheren Arbeit (21), Fall 9, S. 277) mitgeteilte Fall der inzwischen 33 Jahre alt gewordenen Frau Frida Tor., welche bis 1917 12—14 mal akute, jedesmal abheilende psychotische Zustände durchgemacht hatte mit einer Dauer von anfangs 1—2 Tagen, später 1—2 Wochen.

Die Kranke hat seitdem im Juni 1920 zum zweitenmal geheiratet; nach 1917 hat sie zu Hause einen kurzen Anfall im Februar 1920 gehabt, er begann abends ganz plötzlich mit vielem Reden und Singen und dauerte ein paar Tage, dann noch einmal im April 1921, ebenfalls durch vieles Schwatzen gekennzeichnet und eine Woche anhaltend; grobe Erscheinungen sollen beide Male nicht dagewesen sein. Der Mann schildert die Kranke jetzt als sehr tüchtig, gleichmäßig, zuverlässig, fleißig und anhänglich. Bei der Nachuntersuchung im Mai 1921 benahm sie sich vollkommen geordnet, hatte gute Krankheitseinsicht, wünschte Aufklärung und Beruhigung über ihre Krankheit und wies keinerlei Zeichen von Defekt auf. Sie gab jetzt spontan an, sie habe seit 1910 immer hin und wieder Zeiten von Schwermut gehabt, durchschnittlich etwa viermal im Jahre, von etwa 4 Wochen Dauer, sei dann gedrückt, mutlos und still gewesen. In den letzten Jahren sei das nicht mehr gekommen, früher als Mädchen habe sie es auch nicht gehabt und von ihren sieben Geschwistern wisse sie nichts Gleiches.

Die letzten Angaben der Kranken über periodische melancholische Verstimmungen ergänzen die bereits erwähnten Feststellungen (l. c.), daß die Stimmungslage in den Anfällen jedesmal einen etwas fröhlichen, das Benehmen einen koketten Anstrich hatten, daß ferner gelegentlich von einem Beginn des Anfalles mit schwermütiger Stimmung sowie von zeitweiser Neigung zu traurigen Gedanken und Selbstvorwürfen die Rede ist. Es lassen sich daraus leicht manisch-depressive Züge herauslesen, und es ist das wahrscheinlich nicht unwesentlich für das Krankheitsbild solcher hyperkinetischen Motilitätspsychosen. Wir verstehen dann auch Wernicke, wenn er schreibt, die Manie sei die einzige Krankheit, welche wirkliche Übergänge zur hyperkinetischen Motilitätspsychose und dadurch eine innere Verwandtschaft mit ihr aufweise, derart, daß eine Differentialdiagnose zwischen beiden Krankheiten oft nicht möglich ist, ferner: Dem hyperkinetischen Stadium der cyclischen Motilitätspsychosen sei oft ein maniakalischer, dem akinetischen ein melancholischer Zustand beigesellt. Die Identifizierung der Wernickeschen Motilitätspsychosen mit Kraepelins Dementia praecox würde diese Sätze absurd erscheinen lassen.

Was hier von manischen Beimengungen zur hyperkinetischen Motilitätspsychose gesagt wird, gilt in gleicher Weise auch von

hyperkinetischen Zügen in der Manie. Überwiegen erstere sehr stark in einem manischen Krankheitsabschnitt bei manisch-depressivem Irresein, so ergibt sich statt einer Manie ein mehr oder weniger katatonisches Bild; dasselbe gilt natürlich wieder mut. mut. für die Melancholie und die Akinese. Manie und Melancholie einerseits, hyperkinetische und akinetische Motilitätspsychosen andererseits sind Untergruppen desselben degenerativen Irreseins, welche sich, je nach dem man es auffaßt, substituieren oder überlagern können. Geht man vom manisch-depressiven Irresein aus, wie es früher Wilmanns u. A. getan haben, so bekommt man ganz ungewöhnliche, katatoniforme Manien bzw. Melancholien, vermeidet man aber als zu weit gefaßt für solche Fälle den Namen manisch-depressives Irresein, so muß man einen Oberbegriff, wie hier den des degenerativen Irreseins anerkennen und beide Gruppen als gleichwertige Unterformen (neben einer Reihe noch ganz anderer) auffassen. Praktisch ist jedenfalls die Folge, daß man sich gegebenenfalls durch eine recht gehörige Dosis „katatoner“ (hyperkinetischer und akinetischer) Symptome nicht vor der Diagnose Manie oder Melancholie stutzig machen lassen, zum mindesten, daß man diese Symptome nicht ohne weiteres als beweisend für die Zugehörigkeit der Fälle zu dem „anderen“ Formkreis, der Dementia praecox, ansehen darf. Das ist auch der Sinn des Wilmannschen Satzes, daß den manischen und depressiven Symptomkomplexen eine weit größere differentialdiagnostische Bedeutung beizumessen sei als den katatonischen.

Von den rein hyperkinetisch-motorischen Zuständen, wie sie Wernicke herausgehoben hat, ist in den heutigen Lehrbüchern wenig zu finden. Kahlbaum ist bei der Aufstellung seiner Krankheit anscheinend von den akinetischen Erscheinungen (er nannte sie gern „Krämpfe“) ausgegangen; dafür spricht schon sein Name Spannungsirresein. Aber er kennt auch, was Wernicke allgemein hyperkinetisch genannt hat; aus seinen Krankengeschichten gehören dahin: choreaartige Muskelbewegungen im Gesicht, Zuckungen, Verdrehungen der Extremitäten, abenteuerliches Gestikulieren der Arme, ferner: das Pathetische, Schauspielerhafte, die tragisch-religiöse Ekstase, fortwährendes Deklamieren, Rezitieren, wildes wahnsinniges Schlagen, Verbigerieren usw.; aber alle diese Dinge spielen bei Kahlbaum mehr episodisch, den akinetischen Symptomen nur beigemengt, eine Rolle im Krankheitsbilde der Katatonie. Was Wernicke reine hyperkinetische Motilitätspsychosen genannt hat, gehört wahrscheinlich ganz vorwiegend zu unsern Degenerationspsychosen, ist zum mindesten stets in hohem Maße verdächtig darauf, besonders wenn deutliche manische Züge dem Bilde beigemengt sind.

Beachtet man das, und bewertet man ebenso gewisse andere beim degenerativen Irresein häufige Zustandsbilder (s. o.), so wird man

der Manie mit ihren Symptomen eine erhebliche Spielweite zugestehen, wobei es dann allerdings wieder willkürlich bleibt, an welcher Stelle man die Grenze gegen andere Formen von Degenerationspsychosen ziehen will. Ganz reine Manien, wie sie z. B. Wernicke sehr scharf umschrieben hat, sind gar nicht so häufig; hat man nur ihr Bild im Kopf, so sind anfängliche oder auch dauernde Fehldiagnosen, wie mich meine eigenen Erfahrungen gelehrt haben, nicht selten.

Bei den akinetischen Motilitätspsychosen sind naturgemäß die Schwierigkeiten für die Beurteilung allein auf Grund des Augenblicksbildes weit größer als bei den symptomatisch viel reicheren und deshalb leichter zu differenzierenden Hyperkinesen. Schon Kahlbaum hat gewußt und beschrieben, wie schwer es sein kann, z. B. eine „Melancholie mit bloßer Steigerung zu fast völligem Mutacismus“ von einer beginnenden Katatonie zu unterscheiden. Das Problem ist seitdem dasselbe geblieben.

Im Verlauf sonst typischer manisch-depressiver Erkrankungen kommen gelegentlich an Stelle einer Melancholie schwere Hemmungszustände von ganz an Katatonie erinnerndem Gepräge vor (vgl. ²²), Fall 3). Die Einreihung der Fälle in das degenerative Irresein macht dann keine Schwierigkeiten. Anders kann das sein, wenn solche Zustände isoliert oder wenigstens vorläufig als einzige auftreten, wie im folgenden Fall.

Fall 7. Valeska Z., Lehrerin, geb. 1892.

Mutter Migräne. Zwei Geschwister, davon eines vor 15 Jahren wegen einer Depression in einem Sanatorium (Krankenblatt nicht mehr zu erhalten), ist später gesund geblieben, hat den Krieg mitgemacht, dann studiert, kann sich aber nicht recht zum Examen aufrufen (1920).

Pat. ist gut begabt, freundlich, nie etwas Auffälliges. Erhielt Ende Januar 1916 ihre Anstellung als Lehrerin; wurde verstimmt, niedergeschlagen. In den ersten Tagen des Dienstes ganz unmutig, könne die Arbeit nicht schaffen. Die Schüler täten sich zusammen gegen sie. Am 4. II. wurde sie den Eltern nach Hause gebracht. War interesselos, gedrückt, Selbstbeschuldigungen über das Verlassen ihrer Stelle, habe einen Meineid geleistet, den Dienst gedrohen, saß stumpf in einem Winkel, kümmerte sich um nichts. Besonders schlimm seit Ende Februar: manchmal erregt, sprang aus dem Bett, lief umher, sehe allerlei, sagte aber nicht was, wiederholte immer wieder den Satz: Das läßt sich nicht mehr gut machen. Tat stets das Gegenteil von dem, was man von ihr wollte.

6. III. bis 25. VIII. 1916 in der Nervenlinik Greifswald.

Stark gehemmt, leerer Gesichtsausdruck, ratlos, unbeweglich. Spricht spontan nicht, Fragen werden höchstens durch müde Kopfbewegungen oder ein geflüstertes Wort beantwortet. Sieht ins Leere, fixiert den Fragenden nicht. Aufforderungen werden langsam und nach langer Pause richtig ausgeführt. Keine Katalepsie, keine Versprobenheiten.

In den nächsten Tagen: Sitzt viel auf dem Bettrand, große Bewegungsarmut, Gesichtsausdruck ratlos und leer, reicht von der Hand nur zwei Finger, löst die Frisur wieder auf, antwortet höchstens ganz leise und abgerissen.

20. III. Stumpf im Bett in stereotyper Haltung, große Bewegungsarmut.

25. III. Keine Äußerungen zu erhalten, unordentlich im Äußern, läßt sich Hautfalten ohne Abwehr durchstechen, kataleptische Haltung, Grimassieren.

27. III. Sehr still, seltener Lidschlag, sieht mit starrem Blick ins Weite, keine sprachlichen Äußerungen, unrein.

13. IV. Meist ruhig im Bett, dreht an ihrem Haar herum. Fast dauernd unrein mit Urin, reagiert nicht auf Fragen, wendet sich ab.

1. V. Etwas freier, gibt auf einige Fragen Antwort, verstummt dann aber wieder ganz, sitzt in gezwungener Haltung im Bett, blickt ratlos um sich, fast jede Nacht unrein. Über der rechten Lungenspitze leichte Schallverkürzung, feinblasiges Rasseln und Knistern, kein Auswurf, Abendtemperaturen bis 38,5.

10. V. Etwas zugänglicher, gibt Personalien mit leiser Stimme an. Fast jede Nacht unrein, spricht mit niemand, ratloses Gesicht, flieht immer wieder ihr Haar auf, kratzt sich ständig am Rücken.

24. V. Hat sich über den Besuch des Vaters sehr gefreut und sich spontan mit ihm unterhalten. Seltener unrein mit Urin.

3. VI. In unbequemer Haltung auf den Arm gestützt, blickt von einem zum andern. Alle Bewegungen sehr langsam, Füße eigentümlich eingekrampft. Gähmt, nur Kopf und Augen gehen lebhaft umher. Wenig Mimik.

10. VI. Läßt sich hin und wieder ein Wort abringen, mit leiser Stimme. Noch vorherrschend der ratlose Ausdruck. Jetzt sauber. Keine Temperaturen mehr.

6. VII. Redet mit den andern Kranken, schreibt an den Vater. Habe an dem Stempel eines Buches gesehen, daß hier Greifswald sei, wisse aber nicht welches Haus. Sei nicht krank, möchte nach Hause; kenne den Arzt nicht, nur ihre Nachbarinnen. Antwortet alles das mit leiser scheuer Stimme.

8. VII. Langer Brief nach Hause, in welchem sie sich interessiert nach allem möglichen erkundigt.

10. VII. Kein Krankheitsverständnis, habe sich überarbeitet. Für den ganzen Beginn der Erkrankung einschließlich des Antritts ihres Lehramtes volle Amnesie. Streitet die einzelnen Tatsachen direkt ab. Ebenso nur an ganz wenige Begebenheiten während des Aufenthaltes in der Klinik Erinnerung.

12. VII. Schreibt Lebenslauf, schildert ihre Jugend, Schule, Reisen, springt dann sofort über auf ihr Hiersein in der Klinik, nichts von ihrer Anstellung, ihren Sorgen darüber, Transport hierher usw., fährt dann fort: An den Anfang und die Dauer ihres Hierseins könne sie sich nicht entsinnen, ihr Gedächtnis sei schon zu Hause in letzter Zeit sehr schlecht gewesen. Auf näheres Vorhalten gibt sie dann an, sich doch an die Lehrerinstelle erinnern zu können, aber nicht an die erste Zeit hier.

19. VII. Vorübergehend wieder mehr ratlos-ängstlich, Kopfschmerzen, hat eingenäßt, flüstert, sie habe so viel gelogen und die Menschen hier seien alle so komisch.

21. VII. Wieder frischer. Lacht selber darüber, daß sie sich so viele unnötige Sorgen gemacht habe, sie habe nicht mehr gelogen als andere auch.

25. VII. 1916. Vom Vater abgeholt.

10. I. 1917. Stellt sich vor. Habe in den ersten 14 Tagen noch Scheu vor den Menschen gehabt, wohl auch einzelne Beziehungsideen, dann ganz gesund. Benimmt sich ganz natürlich, frisch, munter, lebhaft; nichts Verschrobenes oder Stumpfes. Weiter volle Amnesie für den Klinikaufenthalt mit Ausnahme der allerletzten Zeit. Will wieder Lehrerin werden. Die begleitende Mutter berichtet, sie sei wieder genau so frisch wie früher.

5. VIII. 1920. Stellt sich bei Durchreise vor. Ist wieder als Lehrerin angestellt. Leben und Beruf machen ihr Freude, ist lebensfroh. „Die andern sind stiller als ich, Scherz, Lachen, Musik mag ich gern.“ Keine melancholischen

Anwandlungen. Weiter volle Amnesie für die Zeit hier und die Vorgänge vorher. Hört überrascht zu bei Vorhalt der Einzelheiten aus der Krankengeschichte. Benimmt sich lebhaft, natürlich, interessiert.

23. XI. 1920. Briefliche Nachricht des Vaters: Keine Auffälligkeiten, ist heiter und fröhlich, keine Stimmungsschwankungen. Nimmt regen Anteil. Seit Herbst 1917 dauernd als Lehrerin tätig, wieder angestellt an einer öffentlichen Schule. Gute Ausdauer. Findet volle Zufriedenheit ihrer Vorgesetzten. In ihrem Wesen genau wie früher.

Die 24 Jahre alte Patientin erkrankte im Anschluß an Übernahme einer Lehrerstelle mit Insuffizienzgefühl, Selbstvorwürfen und ängstlicher Unruhe. Bald entwickelte sich ein Bild starker Hemmung, großer Bewegungsarmut mit Mutacismus, Haltungsstereotypien und dauernder Unreinheit; auch die Stumpfheit der Kranken, der leere Blick, und ihr Gesichterschneiden wird betont. Nach 2—3 Monaten wird sie ganz langsam und allmählich immer freier bis zur Entlassung nach 5 Monaten. Aber noch lange ist sie in der Klinik still, wortkarg, widerstrebend und hält sich in unbequemen Stellungen. Ein depressiver Affekt oder sonstige Erscheinungen einer Melancholie treten während des Hemmungszustandes und während seines ganzen Abklingens nicht hervor; hervorgehoben wird immer nur die ängstliche Ratlosigkeit in den Zügen. Die Kranke ist seit mindestens 5 Jahren vollkommen gesund und leistungsfähig als Volksschullehrerin, hat angeblich keine Stimmungsschwankungen und will auch früher keine gehabt haben; bemerkenswert in dieser Hinsicht ist nur der vorübergehende Depressionszustand eines Bruders. Beachtenswert ist ferner die sehr umfangreich gebliebene Amnesie für die ganzen ersten Monate ihrer Krankheit einschließlich des allmählichen melancholischen Beginnes.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der folgenden Geschwisterserie.

Fall 8. 1. Anna H., Dienstmädchen, geb. 1898. Vom 15. VI. bis 1. XI. 1914 in der Greifswalder Klinik.

Mutter hat früher viel an Kopfschmerzen gelitten, auf beiden Seiten und im Nacken, periodisch ein paar Tage lang. Mutter der Mutter 74 Jahre, gesund, sehr lebhafte Frau, etwas heftig. Schwester der Mutter der Mutter 1905 und folgende Jahre mehrmals vorübergehend in einer Klinik, jetzt ganz gesund.

Pat. hat gut gelernt. Bettnässen bis zum 10. Jahr, seit 2 Jahren menstruiert. Gutmütig. Bis 10. VI. in Stellung. Stand dann nachts plötzlich auf, wurde unruhig, verlangte nach Haus. Mutter hielt sie im Bett, sie wollte aber ständig heraus. Seit 2 Tagen noch unruhiger, sang, lachte, klatschte in die Hände, sprach sehr viel. Behauptete, es kämen Leute, die sie greifen, erhängen, verbrennen wollten. War sehr ängstlich, weinte, hatte Angst, als ob alles in ihrem Leibe entzwei sei. Hoher steiler Gaumen, exzentrische Pupillen.

Bei der Aufnahme langsame Bewegungen, steht ratlos umher, ängstlicher Gesichtsausdruck, möchte lieber zu Hause sterben. Heute sei der Auferstehungstag. Habe aus weiter Ferne Stimmen gehört, die sie immer verfolgten. Spärliche Auskunft, starke Hemmung, stöhnt, sieht sich unruhig um. Nachts leises Jammern, Bettnässen; dann ständiges Sprechen mit leiser Stimme: ach Gott, ach Gott, ich will doch nicht totgemacht werden, ich will mich hinlegen und mich aufschneiden lassen, meine Zähne sind ausgebrochen usw.

16. VI. Dauernd ängstlich, sieht sich viel um, spricht vor sich hin mit leiser Stimme. Stark gehemmt. Dabei ideenflüchtiger Inhalt des Gesprochenen. Die Frau Pastor habe für sie heute den Totenschein bestellt. Arme verharren nach dem Aufheben längere Zeit in der gegebenen Stellung.

17. VI. Steht dauernd in steifer Haltung vor ihrem Bett, ohne die Stellung im geringsten zu verändern, sieht sich dabei ratlos und ängstlich um, kommt Aufforderungen nur ganz langsam nach. Von Zeit zu Zeit spricht sie vor sich hin: Was habe ich an der Zunge . . . es fehlt etwas . . . es ist wohl abgeschnitten.

19. VI. Ihre Haare seien alle so kurz, weil sie krank seien; ihr sei immer, als ob sie verfolgt werde, wenn sie aber genau hinsehe, sei es nicht wahr; es sei, als wenn Leute auf sie schössen.

22. VI. Lang ausgestreckt im Bett, blickt nach der Decke. Nur hin und wieder ganz leise unverständliche Sätze oder Antworten, blickt ängstlich rings um sich.

25. VI. Im Bett aufrecht, sieht sich rings um; auf Begrüßung sagt sie mit leiser Stimme, ich will gern arbeiten.

30. VI. Stark gehemmt. 2. VII. Tritt langsam ins Untersuchungszimmer, nimmt zögernd Platz, große Bewegungsarmut, kein Minenspiel, aber lebhaft Augen, sitzt still da, rührt sich nicht, ihre Augen wandern hin und her. Auf die erste Frage nach dem Namen erfolgt eine Antwort, dann keine mehr. Aufforderungen kommt sie zögernd, aber richtig nach.

5. VII. Dauernd ruhig zu Bett, ausdrucksloses Gesicht, wechselt ihre Lage im Bett nicht, keine Antwort, nur hin und wieder leise unverständliche Sätze.

20. VII. Sitzt im Garten auf einem Stuhl, rührt sich nicht, vollkommen mutacistisch, teilweise widerstrebend.

13. VIII. Antwortet spärlich, erst nach längerer Pause. Ist nicht mehr unrein. Beschäftigte sich gestern zum ersten Male mit einem Bilderbuch.

18. VIII. Unverändert still, aber freundlich, spricht spontan nicht; weinte, gab aber keinen Grund an.

26. VIII. Hilft beim Wollewickeln, bietet sich zur Hilfe an. Bewegungen ein wenig lebhafter, antwortet etwas schneller, aber nur mit Ja und Nein.

15. IX. Immer gleichmäßig ruhig, gehemmt in Bewegung und Sprache. 30. IX. Allmählich etwas lebhafter, bittet um Beschäftigung in der Küche.

7. X. Strickt sehr fleißig, spricht etwas mehr, lacht gelegentlich mit den andern.

15. X. Hilft auf der Station, unterhält sich manchmal, läßt sich von der Pflegerin neue Haarfrisuren machen. Auf die Frage nach Stimmen nickt sie mit traurigem Gesicht.

30. X. Wünscht nach Hause zu dürfen, es gehe ihr doch jetzt ganz gut. Habe immer solch Herzklopfen gehabt. Bei Krankheitseinsichtsprüfung noch sehr schweigsam. Erinnert sich angeblich an viele Einzelheiten nicht. Alle Antworten müssen mühsam aus ihr herausgeholt werden, dabei reichlich Tränen. Gibt zu, krank, nervenschwach gewesen zu sein.

1. XI. 1914 entlassen.

2. VII. 1921. Jetzt bei der Mutter, vollkommen gesund. Ordentliches Mädchen. Mehrere Jahre auf einem Gut gedient, dort, wie die Auskunft besagt, brauchbar und nett. Immer still, singt nie wie ihre Schwester. Nicht wieder krank gewesen.

2. Hermann H., Kutscherjunge, geb. 1895. Vom 21. VII. bis 18. VIII. 1910 in der Klinik.

Gut gelernt, niemals krank. Seit 14 Tagen klagt er über Vergeßlichkeit, sonst keine Beschwerden.

Gut entwickelt, zusammengewachsene Augenbrauen. Liegt ziemlich gleich-

gütig und unbekümmert im Bett. Bei Fragen versagt er rasch, senkt die Augen, apathischer Gesichtsausdruck. Bisweilen huscht ein Lächeln über sein Gesicht, hin und wieder auch ein leises Grimassieren. Keine brauchbaren Angaben, sei nicht krank, gutes Schulwissen.

2. VIII. Fühlt sich krank, habe Kopfschmerzen in der linken Schläfe, vor acht Tagen habe ihn ein Pferd geschlagen. Erzählt zögernd, er habe alles verkehrt gemacht, was man von ihm wollte.

4. VIII. Schläft gut. Er könne seine Gedanken nicht zusammennehmen, bestreitet Sinnestäuschungen.

8. VIII. Liegt ziemlich stuporös da. Er wolle jetzt alles richtig machen, absichtlich habe er es nicht getan.

16. VIII. 1910. Frei von Beschwerden, fühlt sich wohl, beschäftigt sich mit Gartenarbeit. 18. VIII. Freut sich auf Entlassung. Frei, lebhafter, schnelle und sichere Antworten. Sei hier anfangs etwas dösig im Kopf gewesen, konnte seine Gedanken nicht zusammenhalten, will wieder arbeiten. Sei nicht ordentlich im Kopf gewesen. Entlassen.

1. VII. 1914. Stellt sich vor. Dient als Kutscher. Vor 4 Jahren in der Klinik sei ihm der Verstand weg gewesen, er wußte nicht, was er machte, fühlte sich immer so schlapp, aber nicht richtig traurig. Hatte wenig Gedanken, das Denken fiel ihm schwer. Weiß nichts von Stimmungsschwankungen.

2. VII. 1921. Mutter gibt an: Vollkommen gesund. In Stellung. War 2 Jahre im Krieg mit. Wird demnächst heiraten.

3. Minna H., Dienstmädchen, geb. 1897. Vom 24. X. bis 5. XII. 1912 in der Klinik.

Normale Entwicklung, munter, gut gelernt, kein Bettnässen. Seit 4 Wochen krank, wurde still, sprach nichts, tat aber noch ihre Arbeit. Zuletzt lag sie immerfort im Bett, fühlte sich elend, Magenschmerzen.

Bei der Aufnahme ruhig. Kommt allen Aufforderungen langsam, willenlos nach. Gesicht starr, traurig, Zucken um die Mundwinkel, antwortet mit leiser Stimme, verstummt bald, reagiert nur noch durch Kopfschütteln.

25. X. Sitzt den ganzen Tag regungslos mit traurigem Gesicht im Bett, spricht spontan nicht, gibt auch nur sehr spärlich Auskunft.

30. X. Unverändert, spricht spontan nicht. Traurig-nachdenklicher Ausdruck. Hin und wieder erscheint ein Lächeln auf ihrem Gesicht bei Fragen. 5. XI. Keine Änderung; zunächst einige Antworten, dann verstummt sie. 13. XI. Bittet um Entlassung. Gesichtsausdruck vorwiegend depressiv.

19. XI. Im ganzen etwas freier. Steht auf, sitzt stumm am Tisch. Gut orientiert.

26. XI. Ganz geordnet, aber noch gedrückt. Spricht spontan so gut wie nichts. Gibt an, Stimmen gehört zu haben, nichts Näheres.

5. XII. 1912. Auf Wunsch der Mutter entlassen.

1. VII. 1914. Nachuntersuchung. Nach $\frac{1}{2}$ Jahr wieder in Stellung. Sei damals in die Klinik gekommen, weil sie keinen Stuhlgang hatte und ihr das zu Kopf stieg, war immer schwindlig und vergeblich, wohl auch etwas geistesgestört, sie habe sprechen können, aber die Antwort nicht gewußt, fühlte sich matt und müde, Denkerschwerung, will auch Stimmen gehört haben, die schimpften und häßliche Worte sagten. Es sei ihr seitdem stets gut gegangen.

2. VII. 1921. Mutter gibt an: Dauernd in Stellung, nur Sommer 1920 immer still, viel Weinen, ohne Grund, bald nachdem sie ein kleines Mädchen bekommen hatte, Dauer ein paar Wochen. Sonst stets lustig, singt gern. Seit April 1920 verheiratet; vor kurzem das zweite Kind.

Alle drei Geschwister sind in ihrem 15.—16. Lebensjahr erkrankt und seitdem 7, 9 bzw. 11 Jahre leistungsfähig und gesund geblieben; ein noch vorhandener Bruder, der jetzt 18 Jahre alt ist, ist nicht erkrankt.

Bei Anna beginnt die Psychose plötzlich mit einem einige Tage dauernden Lachen, Singen, Klatschen, ununterbrochenem Schwatzen und schlechtem Schlaf; dazwischen schieben sich offenbar ängstliche hypochondrische Vorstellungen. Bei der Aufnahme, wenige Tage später, besteht ein Gemisch von starker motorischer Hemmung mit ratloser Ängstlichkeit; wieder einige Tage später tritt die Ängstlichkeit zurück und Akinese mit steifer Haltung, zögernden Bewegungen, Mutacismus, Widerstreben, leerem Gesicht und Unsauberkeit herrschen vor, bis das Ganze nach $3\frac{1}{2}$ Monaten abklingt, ohne daß wieder deutliche Zeichen von Depression oder Manie, wie im Beginn, hervortraten. Gute Krankheitseinsicht.

Hermann hat nur einen kurzen, etwa 4 Wochen dauernden Zustand durchgemacht, der mit Vergeßlichkeit und verkehrtem Arbeiten angefangen haben soll; während der Beobachtung fiel anfangs seine Unbekümmertheit, seine Apathie, sein rasches Versagen bei Anforderungen, sein zögerndes Sprechen und das Klagen über Erschwerung des Denkens auf; sein Verhalten wird „stuporös“ genannt. Der Zustand bildete sich rasch wieder zurück.

Bei Minna hat es sich um einen auch nur wenige Wochen dauernden krankhaften Zustand gehandelt. Sie wurde stiller, lag viel zu Bett, war in der Klinik stark gehemmt, aber zugleich deutlich depressiv, wortkarg und will auch Stimmen gehört haben. Sie hat 8 Jahre später zu Hause einen mehrwöchigen Zustand gehabt, der vermutlich als eine Depression anzusprechen ist, und von dem sie wiederum vollkommen genesen ist.

Das akinetische Bild ist am größten und längstdauernden bei Anna H., sehr viel leichter und kürzer bei Hermann. Bei Minna ist am deutlichsten die depressive Komponente, sie ist auch bisher die einzige, die noch einmal einen zweiten, anscheinend einfachen Depressionszustand durchgemacht hat und dadurch das Hinübergleiten ihres und ihrer Geschwister Zustände nach dem Manisch-Depressiven hin demonstriert; was von der Familie mütterlicherseits bekannt geworden ist, ist nur lückenhaft (s. o.), spricht aber auch am ehesten in demselben Sinne.

Fall 9. Anna Tafelstein, Dienstmädchen, geb. 1899.

Von Belastung nichts bekannt. Rachitis. Laufen mit 4 Jahren, Sprechen mit $1\frac{1}{2}$ Jahren, in der Schule schwer gelernt, machte von drei Klassen nur zwei durch, konnte nur schlecht begreifen. Immer schwächlich und vergeßlich. 1914 zu einem Bauern in Stellung, konnte aber auch dort „nicht so behalten und be-

greifen“. Die Schwester mußte ihr bis zuletzt die Kleider nähen und die Strümpfe stricken.

Am 26. IX. 1915 Kopfschmerzen, aber noch unauffällig. Am 2. X. tat sie alle Arbeit nur halb und unordentlich, weinte, aß kaum, ging nach Hause, setzte sich in die Küche, erkannte die Schwester nicht, erzählte allerlei durcheinander: man habe sie geschlagen, wolle sie in einen Sarg legen und begraben. Nachts ängstlich, kam fortwährend aus dem Bett, schrie, verkannte, kratzte die Großmutter, führte wirre Reden, rief plötzlich, sie wolle sich erhängen. Auch die letzte Nacht vollkommen schlaflos, antwortete aber nicht, saß regungslos da.

11. X. 1915 bis 22. IV. 1916 in der Greifswalder Klinik.

Stark gehemmt, ruhig, zieht plötzlich das Hemd aus, antwortet sehr langsam und leise. Nennt Namen und Herkunft. Starre Haltung, ratlos-leeres Gesicht, weint plötzlich: ich will auch ganz artig sein.

In den nächsten Tagen: kommt oft aus dem Bett, ängstlich-ratlos, antwortet nicht, kataleptisch, vollständige Nahrungsverweigerung, sträubt sich beim Füttern, sitzt still da, lacht mitunter vor sich hin.

22. X. Kommt willig allen Aufforderungen nach, antwortet mit leiser Stimme, zögernd; nur bei Fragen nach Befinden und Verhalten schweigt sie stets. Saß die ganze Nacht über schlaflos aufrecht im Bett. Sieht mitunter ängstlich um sich. Hält das Frühstück unberührt lange in der Hand; ruft ängstlich: Ich will nicht geschlachtet werden, ich will ja ganz artig sein.

4. XI. Steht ratlos mit verstörtem Gesichtsausdruck neben dem Bett. Geht auf Begehrt ins Bett, sitzt aufrecht. Blickt sich oft ängstlich um, zieht Leibwäsche aus, schreit plötzlich laut auf, fürchtet sich vor den großen Augen einer Kranken.

25. XI. Stets gehemmt, steht oft ratlos neben dem Bett, weint viel, lacht aber auch manchmal vor sich hin.

11. XII. Starr aufrecht sitzend im Bett; reicht die Hand, ist aber zu keiner Antwort zu bewegen, blickt zur Seite.

18. XII. Immer noch den ganzen Tag regungslos aufrecht im Bett. Nichts von Katalepsie. Antwortet erst auf wiederholtes Fragen mit leiser Stimme.

10. I. 1916. In den letzten Tagen unruhiger geworden, geht viel aus dem Bett, läuft umher, recht laut, sitzt auf dem Fensterbrett, baumelt mit den Beinen, spricht unverständlich vor sich hin, gibt aber auf Fragen keine Antwort. Zieht sich nackt aus, wickelt sich in die Decke, wälzt sich auf dem Boden, reißt fortwährend andere Kranke aus dem Bett.

13. I. Klettert über alle Betten, sucht mit ratlosem Gesichtsausdruck in allen Ecken herum, sitzt zeitweise auf dem Fensterbrett und weint. Keine Antworten.

19. I. Lacht viel, springt und tanzt, sträubt sich sehr, wenn man sie ins Bett bringen will, schießt nackend Purzelbaum, nachts stets sehr unruhig, manchmal unrein mit Urin.

26. I. Weiter viel außer Bett, lacht, singt Gassenhauer, schimpft, gibt freche Antworten, wälzt sich nackend auf dem Fußboden. Dauerbad.

12. II. Unverändert, lacht und singt viel, meist im Dauerbad. Blättert hin und wieder in Zeitschriften, benennt die Figuren mit Namen aus ihrem Bekanntenkreis, sehr kindliches Benehmen.

13. II. Weint heute laut, verlangt Kleider, will nach Hause.

18. II. Fordert in kindlich-zutraulicher Weise Briefpapier, malt das Papier voller Schnörkel, dazu ein Haus mit Hof, Brunnen, ganz kindlich, schreibt Grüße dazu an alle Bekannte einzeln.

25. II. Läuft in der Nacht singend umher, lacht laut, legt sich zu andern ins Bett, zankt sich mit ihnen.

29. II. Nimmt andern das Essen weg, zeitweis sehr laut und erregt, öfter Scopolamin nötig. 8. III. Läuft viel umher, guckt durch das Schlüsselloch, stets sehr neugierig, lacht über andere, singt laut, sehr kindlich, spricht zum Arzt teils dreist, teils zutraulich.

20. III. Meist unruhig und laut, viel im Dauerbad.

28. III. Heute bessere Auskunft; weiß von der ersten Zeit ihres Hierseins. Da lag ein großer schwarzer Hund vor meinem Bett. Orientiert. Sie habe Angst gehabt und da habe man ihr Gift gegeben (Injektionen?). Antworten schwer zu bekommen, sobald man auf den Krankheitskomplex kommt. Gute Orientierung. Viel Gesichterschneiden. Sah hier anfangs einen Mann oben aus der Luke schauen, einen Hund, es flog allerlei herum.

9. IV. Beschäftigt sich fleißig auf der Abteilung. Ruhig und geordnet. Schreibt nach Hause, sie sei gesund, erkundigt sich nach allen Verwandten, bittet um Besuch, sei so traurig, daß sie noch nicht nach Hause dürfe, verbrämt mit Bibelsprüchen.

22. IV. 1916. Geordnet, fleißig und unauffällig; zur Großmutter entlassen.

2. II. 1921. Stellt sich vor mit Großmutter; letztere gibt an: anfangs sei es noch nicht so ganz gut gegangen, aber nach 14 Tagen in Stellung, an verschiedenen Orten $\frac{1}{2}$ —1 Jahr; man sei im allgemeinen mit ihr zufrieden gewesen. Sei ganz vergnügt, nicht anders wie früher, bekomme aber Kopfschmerzen bei Aufregung. Einmal bald nach der Entlassung sei sie ohnmächtig geworden und umgefallen. Sei sehr anhänglich an die Großmutter, nicht gleichgültig, sei sauber in der Kleidung, keine Eigentümlichkeiten. — Bei der Untersuchung benimmt sie sich natürlich, erzählt nett, etwas schüchtern, nichts Verschrobene oder Stumpfes im Wesen. Imbezill. Hat an die erste Zeit der Krankheit nur verschwommene Erinnerung, an die letzte Zeit besser.

Die damals 16 Jahre alte Kranke ist mäßig imbezill. Ihre Krankheit begann mit einer ängstlichen Verworrenheit, auf welche rasch ein Zustand von Hemmung folgte. In der Klinik war sie 3 Monate lang starr, gehemmt und zugleich ratlos-ängstlich-verstört. Sie bot im einzelnen die Zeichen der Katalepsie, der Nahrungsverweigerung und des Mutacismus. Dann erfolgte Umschlag in eine Manie ohne Beimengung hyperkinetischer Züge, gleichfalls 3 Monate dauernd; anfangs waren dem manischen Bild aus dem vorangehenden Stadium noch deutliche Zeichen der Ratlosigkeit beigemischt. Es erfolgte Heilung, welche nach 5 Jahren noch anhält. Das kindlich-naive Verhalten wird der Imbezillität auf Rechnung zu setzen sein. Die Erinnerung an die ganze erste Krankheitszeit ist verschwommen geblieben. Der erste dreimonatige Krankheitsabschnitt mußte durchaus an eine Katatonie denken lassen, die Diagnose lautete damals dementsprechend. Die darauffolgende Manie jedoch zusammen mit dem Ausbleiben jedes charakteristischen Defektes ist mit der Annahme einer Dementia praecox schwer vereinbar. —

Wir sehen bei den vorstehend geschilderten Kranken (7—9) durch viele Wochen und Monate ein akinetisches Verhalten und ein Gesamtbild, das an sich von dem vieler Katatoniker schwer sicher zu unterscheiden sein dürfte. Überblickt man eine größere Reihe solcher

Hemmungszustände (die Beispiele sind leicht zu vermehren), so lassen sich doch gewisse gemeinsame, die alsbaldige richtige Diagnose erleichternde Merkmale erkennen. Am geringsten sind die Schwierigkeiten stets da, wo die Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein deutlich sind, sei es, daß vorher schon einwandfreie manische oder melancholische Phasen da waren, sei es, daß die in Frage kommende Krankheit mit einer ausgesprochenen depressiven Phase beginnt bzw. in sie ausläuft, sei es, daß, wie bei Fall 9, der Umschlag in eine Manie erfolgt, oder schließlich, daß der ganze Hemmungszustand deutlich melancholisch gefärbt ist. Unsauberkeit mit Urin, auch langdauernde, tägliche, ist gerade bei den nicht-katatonicen Fällen so häufig, daß sie nicht gegen eine Degenerationspsychose verwertet werden darf; dasselbe gilt für allerlei unbestimmte Gesichts- und Gehörtausungen sowie für oft recht phantastische hypochondrische Vorstellungen.

Ein verhältnismäßig häufig die Akinese einleitender Zustand bei den akinetischen Degenerationspsychosen ist der der ängstlich-ratlosen Verworrenheit; wir sind ihm auch in den Fällen 5 und 6 begegnet; er deckt sich vermutlich zu einem guten Teil mit dem, was Wernicke verworrene Manie oder agitierte Verwirrtheit genannt hat, und es erscheint berechtigt, in ihm, wo er mehr selbständig auftritt, eines der häufigeren Bilder beim degenerativen Irresein zu erblicken.

Akinetische Krankheitsfälle, welche als Analoga der hyperkinetischen Motilitätspsychosen Wernickes mit ihrer ausgesprochenen Neigung zu sehr vielen und sehr kurzfristigen Anfällen anzusprechen wären, sind mir nicht sicher bekannt geworden. Unter den Akinesen überwiegen anscheinend die längerdauernden und zugleich seltener rezidivierenden.

Für das Vorkommen erheblich komplizierterer Motilitätspsychosen als der bisher mitgeteilten, mit mannigfachen ganz grob „katatonen“ Symptomen sei zum Schluß der folgende Fall als ein lehrreiches Beispiel angeführt.

Fall 10. Frau G. Schüler, geb. 1887.

Aus einer Familie, in der viele Psychopathen, Manisch-depressive und Geisteskranke anderer Art vorgekommen sind.

Mutter sehr schwere Migräne; Vater trank angeblich stark, ein Sohn von ihm aus erster Ehe soll gleichfalls getrunken haben. Ein Bruder gesund, ein anderer Psychopath. Vater der Mutter Hypochonder. Ein Vetter 1916 wegen manisch-depressiven Irreseins in der Klinik.

Gut gelernt. Mit 10 Jahren schwerer Gelenkrheumatismus mit hohem Fieber, im Anschluß daran angeblich Meningitis, in der Rekonvaleszenz konnte sie nicht sprechen wie früher, redete wie ein kleines Kind, war auch psychisch verändert. Dauer $\frac{1}{2}$ Jahr.

In der letzten Zeit eine Liebelei; einen anderen Antrag lehnte sie ab. Wurde ins Ausland geschickt. In den letzten 2 Wochen verstimmt. In den letzten Tagen

des Mai 1912 Erregungszustand, schrie, schlug um sich, sprach nicht; bald Beruhigung, äußerte, sie sei herzlos.

8. VI. bis 24. XII. 1912 erste Aufnahme in die Klinik.

Angewachsene Ohr läppchen, sonst körperlich o. B. Ruhig, geordnet, aber zögernd, nachdenklich, gedrückt. Es habe mit Schwermut angefangen, habe sich Vorwürfe gemacht wegen des Briefwechsels. Unklare Erinnerung an den kurzen Aufenthalt in dem ausländischen Krankenhaus; hatte keine rechte Vorstellung von Tag und Nacht, sei elektrisiert worden, der Strom ging von den Wänden aus, kam aus allen Ecken. Sie werde auch hier elektrisiert von einem unsichtbaren Apparat im Zimmer, sie höre fast ständig die Stimmen aller Freunde und Bekannten: sie solle aufstehen, sich niederlegen, sich still verhalten usw. Sie sei ein Teufel, mache alle krank; vielleicht sei es auch nur Einbildung.

9. VI. Weint und schluchzt, die Mutter sei tot, das hätten die Stimmen ihr gesagt. Wälzt sich umher, schüttelt hysteriform den ganzen Körper, streckt plötzlich die eine Hand aus, blickt starr gerade aus. Werde vom Oberarzt durch die Augen elektrisiert.

10. VI. Halluziniert ständig, sitzt aufrecht im Bett, streckt abwehrend die Hände aus, verharrt längere Zeit in solchen Stellungen. Ablehnend, ängstlich-ratloser Ausdruck; sehe ein Licht, Zukunft und Vergangenheit.

13. VI. Ständig das gleiche Bild. Oft in recht unbequemen Stellungen, regungslos, die Augen geschlossen, die Arme mit gespreizten Fingern weit nach rückwärts oder starr geradeaus blickend, Hände im Nacken. Wehrt Untersuchungen ängstlich ab, Unterhaltung unmöglich, Nahrung nur löffelweise beizubringen.

18. VI. Verläßt oft das Bett, legt sich an die Erde, zieht Hemd aus.

26. VI. Unverändert, ablehnend. 30. VI. Verläßt oft das Bett, dreht das Licht aus. Es spreche jemand zu ihr, ruft: Herr Doktor, Feuer, Wasser, Luft, Erde! Kniet am Fußboden. Manchmal sehr erregt, schlägt gegen die Scheiben, versucht Hals zuzuschnüren. Tagsüber ständig das gleiche Bild, starrt in einer Richtung, Hände vor den Augen, streckt dann wie abwehrend die Arme aus, legt sich nackend auf den Fußboden.

8. VII. Keine Änderung, gibt keine Antwort, spricht aber sofort hinter dem Arzt her, wenn er das Bett verläßt, und verstummt, wenn er sich zurückwendet. Würgt sich an der Kehle, manchmal unrein mit Urin.

15. VII. Liegt oder sitzt regungslos im Bett. Ratlos-depressives Gesicht, es ist unmöglich, mit ihr in Rapport zu treten; unrein.

28. VII. Weiter ausgesprochene Hemmung. Nimmt im Bett die eigentümlichsten Stellungen ein, reagiert nicht auf Fragen.

14. VIII. Völlig unverändert, bisweilen unrein mit Urin, ißt nicht selber.

25. VIII. Ständig mit geschlossenen Augen im Bett, spricht nicht. Fast täglich unrein mit Urin.

Anfang September fieberhafter Magendarmkatarrh, psychisch nicht verändert.

21. IX. Ißt seit einer Woche allein, antwortet nicht.

29. IX. Nicht mehr unrein, meldet sich durch unruhiges Bewegen im Bett, geht aber nicht selber auf das Klosett. Beantwortet hier und da eine Frage.

8. X. Keine Änderung ihres „stuporösen“ Zustandes. Gesichtszüge sind starr mit einem melancholischen Anstrich. Sitzt gewöhnlich aufrecht im Bett, die Augen wandern im Saal umher. Antwortet nicht.

15. X. Bedeutend freier, gibt spontan die Hand, antwortet einsilbig, aber deutlich.

23. X. Die Antworten beschränken sich auf Ja und Nein. Liegt regungslos im Bett, scheint aber Anteil zu nehmen, lächelt gelegentlich.

25. X. Bedeutend freier, leicht gehobene Stimmung, begrüßt den Arzt freund-

lich, antwortet in scherzendem Ton, weiß nicht, wie lange sie hier ist, und ob sie krank sei.

30. X. Vollkommen orientiert, sitzt auf der Abteilung, liest, spricht aber wenig, Stimmung wechselnd, meist leicht gehoben.

6. XI. Unterhält sich hin und wieder, begnügt sich meist mit einigen scherzhaften Antworten.

13. XI. Leicht gehobener Stimmung, spielt und unterhält sich, vollkommen geordnet, wünscht Handarbeit zur Ablenkung.

18. XI. Ruhig und geordnet. Neigung zu Scherzen, während sie nach Angabe der Mutter sonst von jeher ernst war.

14. XII. Gleichmäßig ruhig, geordnet. Wechselnde Stimmung. Im allgemeinen zuversichtlich. Macht Handarbeiten. Bezüglich ihrer überstandenen Krankheit dem Arzt gegenüber stets etwas zurückhaltend. Läßt aber gute Einsicht erkennen, wisse, daß sie sehr viel halluziniert habe, könne sich jedoch im Zusammenhang nicht mehr recht daran erinnern, es kam ihr oft übersinnlich vor.

20. XII. Nichts Krankhaftes mehr. Körpergewichtszunahme 30 Pfund.

24. XII. 1912. Von der Mutter nach Hause geholt.

14. IX. bis 20. X. 1916. Zweiter Aufenthalt in der Klinik.

War zu Hause rasch gesund geworden. Immer still, aber für vieles interessiert, anhänglich, keine manischen Züge. In der letzten Zeit Gedanken, ob sie wirklich heiraten dürfe. Hat zuletzt stark an Gewicht abgenommen, vorübergehend schlechter Schlaf. Schrieb am 15. V. 1915 an die Angehörigen einen Brief, damit sie über sie Bescheid wüßten, falls sie wieder krank werde. Aus demselben geht ein sehr feines Taktgefühl gegenüber ihrem Verlobten hervor, den sie scharf beurteilt und anderen Männern gegenüber stellt. Sie sei das vorige Mal krank gewesen aus Mangel an Energie, Selbstvertrauen und Selbstachtung. Sie kämpfe zwischen dem Gefühl ihres Herzens und ihrer Pflicht. Am 4. IX. 1915 Heirat. Benahm sich gut und liebenswürdig. Am 3. Tage danach verändert, stiller, schlechter Schlaf, dazwischen traumhafte Erregungen, lachte auffallend und unbegründet.

1. IX. 1915. Ärztliche Untersuchung: Verlangsam in allen Bewegungen, eigenartig versonnen, läßt sich jede Frage wiederholen, starre Haltung, Neigung, Gliederstellungen innezuhalten, zwischendurch schnelle scherzhaft-schnippische Antworten, gibt über ihren Zustand nur sehr schlecht Auskunft. In den folgenden Tagen zunehmende Erregung.

Bei der Aufnahme in die Klinik starrer Gesichtsausdruck, beantwortet Fragen durch Gegenfragen, sie sei gesund wie jeder Mensch, aber es sei ihr, als ob die Menschen doppelte Gesichter hätten.

17. IX. Läuft nackt im Zimmer umher. Jetzt denke sie, sie sei wieder 3 Jahre alt, lacht, mischt sich in die Gespräche, sagt zum Arzt: Wenn du mein Vater bist, mußt du mich auf den Arm nehmen . . . wenn man so klein ist, lacht man doch viel . . . jetzt spiele ich noch 3 Jahre, und dann komme ich in die Schule . . . ich bin noch nicht verheiratet, meine Hochzeit kommt erst wieder . . . was geht mich Herr Schüler an . . .

Ist viel außer Bett, geht nackt umher, weint und lacht abwechselnd. Spricht viel vor sich hin. Spärlich und langsam in allen Bewegungen und in den sprachlichen Äußerungen. Lächelndes Gesicht mit wenig Mimik, lebhaftes Augen, behält erteilte Stellungen bei und verändert sie nur langsam.

20. IX. Mit lächelnder Miene im Bett, steht plötzlich auf, geht im Tanzschritt auf den Zehenspitzen mit gespreizten Bewegungen einher, alle Bewegungen gemessen langsam, vielfach rhythmisch: dann plötzlich erregt, streckt Zunge heraus, spuckt umher, zieht eine lange Nase, schreit auf den Arzt los. Dann wieder starre Bewegungen, klatscht taktmäßig in die Hände, macht langsame gezielte Drehungen der

der Hände, dabei nicht zu beeinflussen oder abzulenken. Legt sich viel zu anderen ins Bett.

22. IX. Spricht alles im singenden, rezitativen Tonfall, geht mit Tanzschritten umher, viele Posen, theatralische Stellungen, schüttelt die Hände bei wagerecht gestreckten Armen, wirft den Kopf zurück und sieht den Arzt bohrend an. Beginnt mit langsam schleichenden Handbewegungen sich auszuziehen, immer auf den Zehenspitzen stehend. Balletartige Tanzschritte und Drehungen des Körpers mit wagerecht gehaltenen Armen, etwa wie die mimische Darstellung eines Schmetterlings, schreitet mit kurzen Schritten vor und zurück. Dabei reiht sie fortwährend sinnlose Sätze aneinander unter einförmiger Wiederholung nach einer einfachen, leise modulierenden Melodie. Singt im $\frac{4}{4}$ -Takt, alles genau abgemessen.

27. IX. Spuckt viel, umarmt andere Kranke. Reicht geziert die Hand, geht auf den äußersten Zehenspitzen, springt dann plötzlich kräftig auf beide Füße, ruft plötzlich: Wollen Sie mir meine Zähne ausziehen?

4. X. Hockt mit gehobener Hand im Bett: Guten Morgen, lieber Vater, oder, wenn ich sagen darf, Herr Professor! Allerlei merkwürdige Bewegungen, schlägt sich plötzlich auf den Mund, erhebt beide Arme ein wenig, schüttelt die Hände, immer schneller und heftiger. (Warum?) „Ich kann sie gar nicht stille halten.“ Hat meist etwas Überlegenes und Spöttisches im Ton: So geht doch, da ist die Tür! Ruft bei Begrüßung: Deutschland oder Japan.

7. X. Ist seit 2 Tagen nicht, spuckt viel, reißt sich Haare aus, greift die Pflegerinnen an, tänzelt im Saal umher, zieht sich nackend aus, reicht verschoben die Hand, antwortet nicht, lacht, schlägt sich auf den Kopf, sitzt mit tief gesenktem Kopf und ausgebreiteten Armen.

9. X. Starr in Haltung und Bewegung, spricht mit gedämpfter Stimme, langsam, einförmig: Sie sind der Dr. Schüler . . . Soll ich dir den Biceps herausziehen, ich muß aber auch noch Kraft behalten für ein Kind, Sie können es mir sofort machen, sie wissen ja, was japanisch heißt . . . Jetzt schreibst du meine Krankengeschichte und studierst Medizin. Knüpft oft an etwas Auffallendes aus der Umgebung an. Alle Bewegungen getragen, feierlich, starrer Blick, sitzt minutenlang mit gesenktem Kopf da, lacht plötzlich mit starrem Gesicht. (Welcher Monat?) „September, nee, nee, ja, né heißt geboren, aber weißt du, Vater, du bist auch nicht besser als andere Leute.“

24. X. Unverändert, einförmig, viele Personenverkennungen. Die Pflegerin sei ihr Mann.

10. XI. Liegt mit geschlossenen Augen da, feierliche Redeweise, zeitweise sehr erregt, tanzt und stampft im Saal umher, spricht zusammenhanglos, zerreißt, singt, zieht sich aus, muß gefüttert werden.

30. XI. Legt sich zu anderen ins Bett. Spricht heute jedes Wort nach, das im Saale gesprochen wird.

8. XII. Macht heute lange Zeit Schwimmbewegungen. Antwortet nur langsam und feierlich, meist ganz sinnlos, liegt lang ausgestreckt auf dem Fußboden.

17. XII. Springt öfter plötzlich aus dem Bett, kniet nieder, bleibt so regungslos, zerreißt viel, muß gefüttert werden.

29. XII. Ruhig, liegt viel mit abgehobenem Kopf, behält Stellungen bei, sitzt regungslos, die Augen geschlossen, antwortet selten, dann gemessen.

5. I. 1916. Viel außer Bett, muß gefüttert werden, meist keine Antwort, zieht sich öfter nackend aus, ließ heute den Urin in die Eßschüssel. Steht auf einem Fuß mit hoch erhobenen Arm neben dem Bett. Nimmt anderen das Essen weg.

19. I. Im Dauerbad ziemlich ruhig. Muß täglich gefüttert werden. 26. I. Jetzt meist starr im Bett, antwortet, ohne sich zu rühren und ohne die Augen zu öffnen mit maskenartigem Gesicht, es gehe ihr gut.

1. II. Hat Freude über grüne Zweige und Blumentöpfe. Sitzt starr im Bett.

18. II. Hält ein Bündel ihrer Haare in der hocherhobenen Hand, blickt mit rückwärts geneigtem Kopf starr aufwärts, steht viel regungslos umher in absonderlichen Stellungen.

29. II. Ahmt plötzlich, als die Ärzte kommen, leise das Krähen eines Hahnes nach. Bleibt starr neben dem Tisch stehen oder hüpfte und tanzt durch den Saal, macht längere Zeit Schwimmbewegungen und singt leise dazu, schlägt der Pflegerin ins Gesicht, als sie sie waschen will.

29. III. Verharrt 3 Stunden lang in hockender Stellung, mit gespitztem Munde, den Arm seitlich erhoben. Reagiert nicht auf Anrede. Steht nachher 2 Stunden lang im Bett, das Bettzeug über den Kopf gestülpt, die Arme zur Seite gestreckt, das linke Bein erhoben.

15. IV. Knielt auf der Erde, kriecht unter die Betten, antwortet nicht, hustet, wenn andere husten.

22. V. Schreibt an ihren Mann: Über die Blumen habe ich mich sehr gefreut und danke Dir schön dafür. Ich möchte wohl wissen, wann wir uns wieder sehen. Mir ist heute ganz komisch zumute, ich glaube, wir sehen uns bald, ich bin müde, besten Gruß. Und an die Mutter: Nun sind wir glücklich hier angelangt, unsere Hochzeit war doch sehr schön. Nun möchte ich Dir noch danken für all Deine Liebe, die Du mir gezeigt hast. Hoffentlich sehen wir uns bald wieder. Herzliche Grüße Deine G.

3. VI. Seit Monaten ganz gleich, das Bild einer Katatonischen. Sitzt oder liegt im Bett, mit wenig Bewegungen, oft unter der Bettdecke. Seit Monaten fast ganz mutacistisch, aber wenig Widerstreben. Keine depressiven Andeutungen, auch keine manischen Züge. Keine Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen oder Angstvorstellungen.

15. VI. Sehr netter Brief an den Mann, bedankt sich für Blumen, fragt nach allerlei kleinen häuslichen Dingen, nach einer Reise der Familie usw.

25. VI. Bei Besuch der Angehörigen immer sehr nett, hat dann immer etwas Neckisches, Fröhliches, nachher auf der Abteilung wie sonst, gibt keine Antwort oder antwortet durch Gegenfragen, die oft recht schlagfertig sind. Nimmt verschrobene Haltungen ein, die stundenlang innegehalten werden, zieht sich nackt aus.

20. VII. In den letzten Tagen unruhiger, löst das Haar auf, rutscht unter den Betten umher, näßt oft ein, sei nicht Frau Sch., sondern Frl. B.

27. VIII. Schreibt einen Brief an ihren tatsächlich im Felde befindlichen Bruder, aber an die Adresse der Klinik und identifiziert ihren Bruder mit einem an der Klinik befindlichen Unterarzt. Der Brief ist verfaßt aus der Situation der Familie vom Mai 1914, als die Mutter schwer krank war, die Wohnung eingerichtet und der Garten angelegt wurde. Der Brief macht den Anschein, als habe die Kranke eine Erinnerungslücke von 2 Jahren; sie berichtet über eine Menge Einzelheiten, klagt über den Gesundheitszustand der Mutter, sie wisse noch nicht, wann ihre Hochzeit sein werde, schildert die damalige Wohnung als neu und dem Bruder unbekannt, schreibt, sie halte Wache bei der kranken Mutter und werde gleich von einer Pflegerin abgelöst werden.

Zu den besuchenden Angehörigen nett und natürlich, wenn auch langsam, auf der Abteilung stark gehemmt, ohne Initiative, mutacistisch oder abweisend.

14. VIII. Sitzt oder liegt im Bett mit wenig Bewegungen.

2. IX. Sitzt im Bett mit angezogenen Beinen, den Mund leicht gespitzt, meist mit schmunzelndem Gesicht, beantwortet Fragen nicht, gibt dem Arzt nur zwei Finger mit abgewandtem Gesicht, hält ein Stück Brot längere Zeit an die Nasenwurzel, dann unter das Kinn, fährt damit um den Hals usw.

11. IX. Verharrt lange Zeit in derselben Stellung mit angezogenen Beinen, zerreißt, schleudert den Kaffee in den Saal, stolziert umher.

19. X. Singt verschmitzt lächelnd leise und unverständlich vor sich hin.

10. X. Viel Echolalisches und Echopraktisches. Eine Unterredung kommt nie zustande. Steht zeitweise stundenlang am Fenster oder neben ihrem Bett.

18. X. Geht viel mit aufgelöstem Haar umher, steht so lange am offenen Fenster, daß sie ins Bett zurückgebracht werden muß, weil Gesicht und Glieder cyanotisch werden. Die Mitteilung, daß der Mann sie abholen wolle, berührt sie anscheinend nicht.

20. X. 1916. abgeholt.

8. XI. 1916. Bedankt sich sehr herzlich in einem Brief. Sie sei sehr über- rascht gewesen, als sie abgeholt wurde, konnte es noch gar nicht so schnell glauben. Sie habe sich ganz nett zu Hause eingelebt, habe in 2 Wochen 5 Pfund zugenommen, fühle sich wohl.

In den folgenden Jahren bis Herbst 1921 wiederholtes Zusammentreffen mit Frau Schüler. Sie ist allmählich zu Hause leistungsfähig geworden und ist dauernd gesund geblieben. Hat 2 Kinder und freut sich sehr darüber. Die Schwangerschaften seien ihre schönsten Zeiten. Still wie stets früher, freundlich, nichts Auffälliges im Wesen.

Die jetzt im 35. Jahr stehende Kranke hat mit 25 Jahren einen reichlich $1\frac{1}{2}$ Jahr dauernden, mit 28 Jahren einen mehr als ein volles Jahr anhaltenden schweren psychotischen Zustand durchgemacht. Sie war vorher und dazwischen gesund und ist es auch nachher, jetzt 5 Jahre, geblieben. In ihrer nächsten und näheren Verwandtschaft sind Psychopathie, schwere Migräne, Potatorium, Hypochondrie und ein Fall von typischem manisch-depressivem Irresein vorgekommen. Die erste Erkrankung im Anschluß an eine Liebelei mit depressiver Erregung, Selbstvorwürfen und Schwermut. In den ersten Wochen der Beobachtung war die Stimmung gedrückt, das Verhalten zögernd, dazwischen kamen zahlreiche Angaben über Beeinflussung durch elektrische Ströme und Apparate sowie über Stimmenhören. Das Ganze steigerte sich rasch zu einem ängstlich-ratlos-verworrenen Bilde, in welches dann zugleich „katatone“ Stellungen, Regungslosigkeit, Festhalten unbequemer Lagen, häufige Unsauberkeit mit Urin und Neigung zu völliger Entblößung eingingen. Nach etwa 3 Wochen begann die motorische Hemmung sehr stark zu überwiegen mit grobem Negativismus, ungenügender Nahrungsaufnahme, akinetischem Verhalten, aber doch stets mit einem gewissen leicht depressiven oder auch mehr ängstlichen Anstrich. Das hielt etwa 4 Monate an, dann wurde die Kranke rasch freier, blieb aber noch längere Zeit gehemmt in Bewegungen und Äußerungen. Wiederholt wird aus dieser Zeit die Neigung der Kranken zu Scherz und Humor, wenn auch verdeckt unter der Hemmung, erwähnt. Die Entlassung erfolgte mit sehr guter Krank- heitseinsicht und einer Körpergewichtszunahme von 30 Pfund.

In den darauffolgenden 3 Jahren war die Kranke gesund. Ihr Wesen sowohl wie ihre Briefe verrieten ein feines Taktgefühl, ein differenziertes Innenleben und eine gute Selbstkritik.

Wenige Tage nach der Hochzeit Wiedererkrankung. Zuerst fielen auf: Verlangsamung, Versonnenheit, starre Haltung, unterbrochen von Erregungszuständen. Möglicherweise war die Kranke auch schon einige Monate zuvor ganz leicht depressiv. In der Klinik während der ersten 1—2 Wochen eine eigenartige Mischung von matter Heiterkeit mit langsamen Bewegungen und geringer Mimik; einige Tage lang spielte sie die Rolle eines Baby. Dann setzte eine viele Monate dauernde schwere Krankheitsphase ein, bei welcher symptomatisch im Vordergrund ein Gemisch von hyperkinetischen und akinetischen Symptomen stand: auf der einen Seite dauernde motorische Unruhe, rhythmische, tänzelnde Bewegungen, Posen, theatralische Stellungen, Gehen auf den Zehenspitzen, einförmige Schwimmbewegungen, pantomimische Gebärden mit häufigen, unsinnigen, kurzen Erregungen, Umherwälzen und allerlei echolalische und echopraktische Einschlüsse; auf der anderen Seite starre Haltung, gemessene, getragene, feierliche Bewegungen, regungsloses Herumstehen, stundenlanges Hocken in auffälligen Stellungen und lange Zeit Nahrungsverweigerung, dazu viele Monate nahezu vollständiger Mutacismus, Liegen mit abgehobenem Kopf, Katalepsie. Die Symptome sind so geordnet, daß in den ersten 2 Wochen das Hyperkinetische stark überwiegt, daß alsdann etwa 3 Monate lang mehr Akinetisches sich hineinzuschieben beginnt, und daß schließlich über $\frac{1}{2}$ Jahr lang das Akinetische stärker hervortritt, jedoch immer wieder von eigenartigen hyperkinetischen Erscheinungen unterbrochen. Während dieses letzten Abschnitts tritt den Angehörigen gegenüber bereits Anteilnahme und Interesse hervor, während die Kranke auf der Abteilung noch monatelang unzugänglich, stark gehemmt und mutacistisch bleibt. Da, wo, namentlich in den letzten Monaten, Affekt erkennbar wird, ist es meist eine gewisse spöttische oder humoristische Überlegenheit. An Besonderheiten seien auch hier hervorgehoben: die sehr lange Unsauberkeit mit Urin, die vielen Personenverkennungen, die große Neigung, sich nackt auszuziehen, schließlich wiederum die eigenartige Amnesie (Eintrag vom 27. VIII. 1916). —

Wir haben also unter den seelischen Störungen einen großen Formenkreis von heilbaren akuten Erkrankungen mit starker Neigung zu Wiederkehr abzugrenzen, die zusammen mit meist gut bekannten, mehr oder weniger dauernden psychischen Abweichungen von der Norm ein Ganzes bilden, für welches vorläufig der Name Degeneratives Irresein vorgeschlagen werden kann. Die manisch-depressiven Erkrankungen sind die bisher bestbekannten Sonderfälle dieses Formenkreises, ohne überall scharfe Abgrenzbarkeit gegen andere Typen. Auch die hysterisch-psychotischen Zustände gehören dahin, soweit darunter überhaupt Gleichartiges verstanden wird. Der Rest, von sehr

polymorphem Symptomgepräge, läßt sich als Degenerationspsychosen zusammenfassen, bis auch er irgendwie aufgeteilt ist. Unter ihnen haben zur Zeit ein besonderes Interesse die mit vielen „katatonischen“ Erscheinungen (Motilitätspsychosen im Sinne von Wernicke und Kleist), sowie die mannigfachen paranoischen Formen; von beiden werden vermutlich viele Fälle oft noch zu Unrecht in die Dementia praecox eingereiht. Eine weniger zusammenfassende, als auf die sorgfältige symptomatische Zergliederung gerichtete Betrachtung desselben Beobachtungsmaterials ermöglicht die Abgrenzung vieler Typen (Kleist), die aber alle miteinander zusammenhängen, wenngleich sich wahrscheinlich enger zusammengehörige Untergruppen mit gleichen wesentlichen Merkmalen herausstellen werden.

Literatur.

- ¹⁾ Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie 1916. — ²⁾ Bleuler, Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin usw. 2. Aufl. 1921. — ³⁾ Bleuler, Mendelismus bei Psychosen usw. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psychiatr. 1917. — ⁴⁾ Bonhoeffer, Klin. Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Sammlung Hoche-Alt 1907. — ⁵⁾ Bonhoeffer, Zur Differentialdiagnose der Hysterie usw. Med. Klinik 1915, Nr. 32. — ⁶⁾ Bumke, Über die Umgrenzung des manisch-depr. Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1909, S. 381. — ⁷⁾ Bumke, Zur Frage der funktionellen Psychosen. Fortschritte der naturwissensch. Forschung (Aberhalden), 6. 1912. — ⁸⁾ Bumke, Über nervöse Entartung. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 68. — ⁹⁾ Ewald, Charakter, Konstitution und Aufbau der manisch-depr. Psychosen. Zeitschr. f. d. ges. Psychiatr. u. Neurol. 71, 1. 1921. — ¹⁰⁾ Kill, Beiträge zur Verlaufsart beim man.-depr. Irresein. Arch. f. Psychiatr. 63. 1921. — ¹¹⁾ Kleist, Die Streitfrage der akuten Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Psychiatr. u. Neurol. 5, 365. 1911. — ¹²⁾ Kleist, Die klin. Stellung der Motilitätspsychosen. Autorreferat. Zeitschr. f. d. ges. Psychiatr. Ref. III. 1911, S. 914. — ¹³⁾ Kleist, Autochthone Degenerationspsychosen. Neurol. Zentralbl. 1920, S. 743 und Zeitschr. f. d. ges. Psychiatr. u. Neurol. 69, 1. 1921. — ¹⁴⁾ Kleist, Die Influenzapsychosen usw. Berlin, Springer 1920. — ¹⁵⁾ Kraepelin, Einführung in die psychiatr. Klinik. IV. Aufl. Leipzig 1921. — ¹⁶⁾ Kraepelin, Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Psychiatr. 62. 1920. — ¹⁷⁾ Krisch, Die symptomat. Psychosen usw. Karger, Berlin 1920. — ^{17a)} Popper, Der schizophrene Reaktionstyp. Zeitschr. f. d. ges. Psychiatr. u. Neurol. 62. 1920. — ¹⁸⁾ Raecke, Zur Prognose der Katatonie. Arch. f. Psychiatr. 47. 1908. — ¹⁹⁾ H. Schmid-Lausanne, Ergebnisse persönlich erhobener Katamnesen usw. Zeitschr. f. d. ges. Psychiatr. u. Neurol. 6, 125. 1911. — ²⁰⁾ P. Schröder, Von den Halluzinationen. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 37. 1915. — ²¹⁾ P. Schröder, Ungewöhnliche periodische Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 44, 261. 1918. — ²²⁾ P. Schröder, Die Spielbreite der Symptome beim man.-depr. Irresein u. bei den Degenerationspsychosen. Beihefte zur Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol., Nr. 8. S. Karger, Berlin 1920. — ²³⁾ P. Schröder, Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Psychiatr. u. Neurol. 60, 119. 1920. — ²⁴⁾ P. Schröder, Über die Halluzinose und vom Halluzinieren. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 49, 189. 1921. — ²⁵⁾ Storch, Aug. Strindberg im Lichte seiner Selbstbiographie. München u. Wiesbaden, Bergmann 1921. — ²⁶⁾ Thomsen, Die akute Paranoia. Arch. f. Psychiatr. 45. — ²⁷⁾ C. Wilmanns, Zur Differentialdiagnostik der „funktionellen“ Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1907, S. 569.