

(Aus der Königlichen Landesirrenanstalt Stenjevec bei Zagreb [Kroatien]
[Direktor Prof. Dr. L. Stanojević].)

Beitrag zur Symptomatologie der Psychosen in den sogenannten Umbildungsjahren.

Von

Dr. Wichart Kryspin-Exner,
Sekundararzt der Anstalt.

(Eingegangen am 8. Juni 1923.)

Das Thema der vorliegenden Arbeit ist, wie ihr Titel besagt, an der Hand einiger konkreter Beispiele Eigentümlichkeiten der Symptomatologie bei den Psychosen der Umbildungsjahre, im speziellen bei derjenigen Gruppe, die man konventionell als die der „depressiven Formen“ zusammenfaßt, zu erörtern und einigermaßen der Analyse zu unterziehen, wobei klassifikatorische und differenzialdiagnostische Erwägungen außer acht gelassen werden sollen.

Damit ist natürlich schon gesagt, daß die Arbeit durchaus nichts prinzipiell Neues bringen will.

Ist doch gerade die abweichende Gestaltung der Symptomverbindungen bei den Psychosen der Umbildungsjahre, abweichend in dem Sinne, daß sich ihre Formen häufig weder in den einen noch in den anderen der großen grundlegenden Krankheitskreise recht einordnen lassen, mit ein Grund dafür, daß eine größere Anzahl von Autoren trotz gegenteiliger Ansichten noch immer den Begriff der Involutionenpsychosen als einer Krankheitsgruppe *sui generis* festhält.

Wenn ich mich daher auch bloß darauf beschränken will, zu bereits bekannten Problemen und Fragestellungen einige Kasuistik zu bringen, so geschieht dies in der unmaßgeblichen Meinung, daß in einem so schwierigen und unsicheren Gebiete, das von *Kraepelin* als das „vielleicht dunkelste der Psychiatrie“ bezeichnet wird, die Veröffentlichung konkreter, einigermaßen genauer geschilderter Fälle vielleicht doch nicht ganz überflüssig sein mag.

Ich will gleich anfangs vorwegnehmen, daß mir die Literatur über das in Rede stehende Gebiet infolge der jetzigen schwierigen Verhältnisse leider nicht in dem Maße zur Verfügung stand, als es vielleicht wünschenswert gewesen wäre. Einige Arbeiten standen mir gar nicht, andere nur in Referaten zur Einsicht.

Es sollen nun einige prinzipielle Fragestellungen, die ja aus der Literatur bekannt sind, kurz zusammengefaßt werden.

Was speziell die Unklarheiten in der Klassifikation der „Psychosen des Um- und Rückbildungsalters“ anlangt, so ist *Kehrer* der Meinung, daß dafür vor allem „Unklarheiten der pathogenetischen Betrachtung“ verantwortlich zu machen sind. Es handelt sich, kurz gesagt, darum, daß in der Bezeichnung „Involution“ zwei Begriffe vermengt erscheinen: der der „Umbildung“ (= isolierte Rückbildung der Geschlechtsorgane und damit Eintritt in eine neue Lebensphase analog der Pubertät) und jener der „Rückbildung“ im engeren Sinne (= Involution des gesamten Soma im Sinne des unaufhaltsam zum Tode fortschreitenden Alterns). Diese Unterscheidung ist vor allem von *Bleuler* auf das deutlichste ausgesprochen worden. In Verfolgung dieser Gedankengänge bezeichnet *Kehrer* den Mischbegriff des präsenilen Irreseins geradezu als ein „Asylum ignorantiae“ und stellt die Forderung auf, bei der Bearbeitung der hierher gehörigen Psychosen diese „Scheidung der biologischen Faktoren streng im Auge zu behalten.“

Daß nun diese „Scheidung der biologischen Faktoren“, so berechtigt sie prinzipiell gefordert wird, in der klinischen Praxis sich infolge der bislang relativ mangelhaften Erkenntnismöglichkeiten auf somatologem und namentlich hirnanatomischem Gebiete nur schwierig durchführen läßt, zeigen wohl am besten die Erörterungen, in denen als Ursachen der in Frage stehenden Psychosen bald ausschließlich die Involution der Geschlechtsorgane, bald wieder die beginnende Gehirninvolution, im speziellen arteriosklerotische Vorgänge verfochten werden.

Soll nun bei der Frage nach der Verursachung oder Auslösung einer im höheren Lebensalter ausbrechenden Psychose der erste der genannten Faktoren, die Geschlechtsinvolution, in Rechnung gezogen werden, so bereitet sein Nachweis beim weiblichen Geschlechte aus ersichtlichen Gründen viel weniger Schwierigkeiten als beim männlichen; abgesehen von dem Fehlen eines objektiven Nachweises, wie er beim Weibe durch das Erlöschen der Ovulation gegeben ist, wird ja die Bedeutung des Climacterium virile (*Mendel*) als eines so einschneidenden Wendepunktes etwa wie im Leben des Weibes, keineswegs allgemein anerkannt und seine Beziehungen zu nervös-psychischen Störungen als durchaus ungeklärt bezeichnet. (*Wenckebach*, nach Ref. *Kehrer*.) Auch herrscht über das Alter, in dem beim Manne diese „Umbildung“ eintreten soll, keineswegs Einstimmigkeit, alles Dinge, die, wenn es sich darum handelt, das Climacterium virile als einen der verursachenden Faktoren in die Ätiologie einer Psychose einzustellen, recht erschwerend wirken mögen. Was nämlich das Alter anlangt, in welches das Climacterium virile zu setzen wäre, so hatte *Mendel* dafür ursprünglich den Spielraum zwischen dem 47. und 57. Lebensjahre angegeben, mit besonderer

Bevorzugung des 50. bis 54. Lebensjahres. *Marcuse* aber setzt den Beginn bereits in den Anfang der Vierziger, und damit in Übereinstimmung spricht *de Fleury* von „Quarante et quelques années“, *Vaerting* setzt die kritische Periode in das Alter von 40 bis 45 Jahren. Nach anderen Autoren spielt sich das Climacterium virile in bedeutend höherem Alter ab. (*Rankin* 55 bis 63 Jahre, *Schaula* 60 Jahre.) *Mendel* erweitert dann die von ihm zuerst gezogenen Grenzen nach unten auf 44, nach oben auf 60 Jahre — gewiß ein recht breiter Spielraum.

Wendet man sich nun den klassifikatorischen Bemühungen im Gebiete der sogenannten Umbildungspsychosen oder Involutionspsychosen im engeren Sinne zu, so ist vor allem auffallend, wie immer wieder auf die diagnostischen Schwierigkeiten speziell in diesem Gebiete hingewiesen wird und wie sehr die Meinungen betreffs der Zuordnung einschlägiger Formen zu diesem oder jenem der großen Krankheitskreise auseinandergehen.

Sieht man von den organischen Störungen im engeren Sinne ab, die von *Kraepelin* bei der Erörterung des präsenilen Irreseins beschrieben werden, so sind es drei Formenkreise, wenn man so sagen darf, die in differentialdiagnostischer Hinsicht für Psychosen der Involutionsjahre immer wieder in Anspruch genommen werden: Involutionspsychosen als Gruppe sui generis, manisch-depressives Irresein und Spätform der Dementia praecox.

Es wäre zunächst der Streit um die *Kraepelinsche* „Rückbildungsmelancholie“ anzuführen. *Dreyfus* hat bekanntlich versucht, die von *Kraepelin* der Schilderung zugrunde gelegten Fälle sämtlich dem manisch-depressiven Irresein zuzuweisen, allerdings ohne allseitige Zustimmung zu finden. Eine Anzahl Autoren hält nach wie vor an dem Bestehen einer selbständigen Involutionsmelancholie fest (*Bleuler*, *Bumke*, *Seelert*, *Albrecht*). Es soll vor allem die Stellungnahme *Bleulers* angeführt werden. Während er vom präsenilen Irresein sagt, daß man darunter „ganz verschiedene, ungenügend abgegrenzte und charakterisierte Bilder beschreibe“ und eine teilweise Aufteilung unter die bekannten Formenkreise vornimmt (speziell *Kraepelins* präsenilen Beeinträchtigungswahn rechnet er zur Dementia praecox), sagt er von der „Umbildungsmelancholie“, daß zwar sehr viele dieser Erkrankungen in den Rahmen des manisch-depressiven Irreseins hineinpassen, daß es aber doch widerstrebe, „die anscheinend selbständigen Depressionen des Involutionsalters alle unter einen Hut zu bringen und dem manisch-depressiven Irresein anzuschließen“. Zur Bekräftigung führt er dann die bekannten in Symptomatologie und Verlauf liegenden Eigentümlichkeiten der Involutionsmelancholie an. An anderer Stelle sagt er in Erwähnung der Melancholie des Rückbildungsalters: „Es mag darauf aufmerksam gemacht werden, daß manche Spätkatatonien mit melancholischen

Symptomen beginnen, denen sich erst später die deutlichen katatonen Zeichen beimischen.“ Man müsse daher in der Anamnese genau nach einem eventuellen früheren schizophrenen Schub oder auf das Bestehen eines schizophrenen Charakters forschen, „denn es ist nicht gerade häufig, daß in der Rückbildung der erste Anfall der Krankheit auftritt.“

Albrecht tritt aus mehreren Gründen für die Selbständigkeit der Involutionmelancholie ein.

In neuester Zeit wurden von *Medow* unter dem Namen der „erstarrenden Rückbildungsdepression“ eine Anzahl von Fällen beschrieben, die nach seiner Ansicht „mit Sicherheit eine Sonderstellung gegenüber dem manisch-depressiven Irresein einnehmen.“ Er findet es auf Grund der ziemlich komplizierten Symptomatologie seiner Fälle, in der depressive, paranoide und kataton aussehende Elemente vertreten sind, für angezeigt, die Differentialdiagnose zum manisch-depressiven Irresein und zur Spätkatatonie eingehend zu erörtern, weist seinen Fällen eine Sonderstellung zu und faßt sie, wenn ich ihn recht verstehe, als Defektpsychosen auf, wobei der Defekt die höheren Affektwerte der Persönlichkeit beträfe, während die Intelligenzfunktionen intakt blieben und auch kein eigentlicher Zerfall der Persönlichkeit eintrete. Unter diesem Gesichtspunkte erläutert er dann die Symptomatologie seiner Fälle.

Das *Kraepelinsche* Lehrbuch hebt in dem Kapitel über das präsenile Irresein die großen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei den Psychosen des Rückbildungsalters hervor. Die Einordnung unter die geläufigen Krankheitsformen sei häufig „sehr schwierig oder gänzlich unmöglich.“ Es wird auf die Kompliziertheit der Zustandsbilder hingewiesen, in denen sich häufig Krankheitszeichen finden, „die an katatonische Bilder erinnern, Unzugänglichkeit, Stereotypien, Rhythmisierung, absonderliche Haltungen und Bewegungen, unsinniges Widerstreben, Triebhandlungen, zerfahrene, beziehungslose Reden.“ Es heißt dann wörtlich: „Ich war daher früher geneigt, viele dieser Fälle als Spätkatatonien aufzufassen Durch vielerlei Erfahrungen ist mir diese Auffassung immer zweifelhafter geworden“ Namentlich der anatomische Befund und auch die „genauere klinische Betrachtung“ sprächen dafür, daß es sich doch um einen „völlig anderen Krankheitsvorgang“ handle, „als wir ihn bei den ähnlichen Formen der Jugendjahre kennen.“

Müller weist in seinem Sammelreferat über „Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox“ auf die unsichere Stellung der Involutionpsychosen hin. Häufig handle es sich um die Frage „Melancholie oder Spätkatatonie?“ „Auch paranoide Bilder stiften Verwirrung.“ „Bei den Psychosen des Rückbildungsalters mischen sich nicht selten die Bilder.“ Er führt dann unter anderen *Grühle* an, der erwähne, daß bei ängstlichen Erregungszuständen Spätkatatonie und Rückbildungs-

melancholie leicht verwechselt werden können. Auch *Bornstein* betone die „enormen Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Involutionsmelancholie und Spätkatatonie.“ Es wird die Arbeit von *Sommer* über die Spätkatatonie erwähnt, der wieder für die differentialdiagnostisch höhere Wertigkeit der katatonen Symptome bei den Psychosen des Rückbildungsalters eintrete. Die gleiche Ansicht vertrete *Urstein* in seiner Monographie „Spätpsychosen katatonen Art“. Ähnliche Schwierigkeiten auf differentialdiagnostischem Gebiete werden auch bei Bearbeitung der paranoiden Psychosen des Rückbildungsalters in der Literatur immer wieder hervorgehoben.

Aus dem Kapitel über die Psychosen des Rückbildungsalters in *Bumkes* „Diagnose der Geisteskrankheiten“ kommen für den Zweck dieser Arbeit vor allem seine Bemerkungen über die Symptomatologie der „klimakterischen Psychosen“ in Betracht. Er schreibt: „Was die Formen angeht, unter denen klimakterische Psychosen aufzutreten pflegen, so beobachtet man am häufigsten Depressionszustände, die aber oft eine gewisse paranoide Färbung annehmen. Außerdem beobachten wir katatonische Zustände“ Er hebt dann hervor, daß die klassifikatorischen Schwierigkeiten vor allem darin liegen, „daß sich die eben erwähnten klimakterischen Formen selbst keineswegs immer scharf gegeneinander abgrenzen, sondern viel häufiger ineinander übergehen und sich mischen“. „Nicht bloß melancholische und paranoide Auffassungen durchflechten sich, sondern auch Depressionszustände bei im übrigen katatonischen Kranken werden beobachtet.“

Aus diesen recht summarischen und, wie ich mir wohl bewußt bin, nur unvollständigen Bemerkungen über die Literatur der Involutionspsychosen möchte ich für den Zweck meiner Arbeit nur dies hervorheben: Wie sehr auch die Ansichten der Autoren über die Klassifikation und systematische Zugehörigkeit dieser Formen geteilt sein mögen, eines wird immer wieder gleicherweise betont, nämlich, daß sich in der Symptomatologie die verschiedensten Elemente in einer Weise durchflechten und mischen, wie wir es bei anderen Formen des Irreseins relativ seltener zu sehen bekommen. Und in der Tat: Wenn für den Anfänger die ersten Schwierigkeiten des elementar Schulmäßigen überwunden sind, dann sind es nicht zuletzt die Psychosen des Rückbildungsalters, bei deren Studium sich für ihn die Worte *Kraepelins* verwirklichen: „Neue ungeahnte Hindernisse türmen sich auf; anscheinend einfache Verhältnisse erweisen sich als unklar und verworren, und an die Stelle der Sicherheit tritt leicht der quälende Zweifel.“

Tritt man an einen Fall aus dieser Gruppe mit dem *Jasperschen* Kriterium: „Einfühlbar — nicht einfühlbar“ heran, so befindet man sich häufig in einer eigetümlichen Lage: Ein und derselbe Zustand ist einfühlbar — und wieder nicht, er enthält neben statisch und genetisch

verständlichen Elementen doch wieder so viele andere, die es einfach nicht sind, die man sonst nur als Elemente des „schizophrenen Seelenlebens“ zu sehen gewohnt ist. Gerade diese eigentümliche Mischung, diese „Verschwommenheit des Bildes“, um mit *Bumke* zu sprechen, schafft beim Beobachter ein Gefühl des Unbefriedigtseins und der Unsicherheit, das wohl nicht zuletzt an den diagnostischen Schwierigkeiten Schuld tragen dürfte.

Die vorliegende Arbeit bringt nun eine Besprechung der Krankengeschichten von vier männlichen Patienten unserer Anstalt, bei denen nach dem vierzigsten Lebensjahre zum ersten Male im Leben eine Psychose depressiver Färbung zur Entwicklung kam. Eine gemeinsame Eigentümlichkeit dieser vier Fälle bestand für uns darin, daß sie in diagnostischer Beziehung nicht unerhebliche Schwierigkeiten bereiteten. Nachdem wir eine Erkrankung groborganischer Art, vor allem also Paralyse oder Arteriosklerose, ausschließen zu können glaubten, wurde dann die Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein und einer Spätform der *Dementia praecox* angestrebt, ohne daß aus dem Symptombilde eine Entscheidung in einem oder anderem Sinne möglich gewesen wäre. Da der eine der Fälle nach relativ kurzer Zeit ungeheilt entlassen wurde und die anderen drei Fälle ebenfalls erst kurze Zeit in Beobachtung stehen, so war es uns bis jetzt natürlich auch nicht möglich, etwa aus dem Verlaufe zu entscheiden, ob unheilbarer *Prozeß* oder heilbare *Phase* vorliegt.

Ich will nun, wie schon eingangs bemerkt, bei der Besprechung der Fälle auf differentialdiagnostische und klassifikatorische Erwägungen vollkommen verzichten und eine Analyse der von uns beobachteten Zustandsbilder nach den bekannten Symptomenkomplexen versuchen. Es soll dabei der Begriff und Umfang der Symptomenkomplexe im Sinne der *Jasperschen* Ausführungen verstanden werden. Die vier besprochenen Fälle zeigen eben die für die Psychosen der Umbildungsjahre beschriebene Eigentümlichkeit, daß bei ihnen Elemente aus dem melancholischen, dem paranoiden und dem katatonen Symptomenkomplex entweder simultan sich durchflechten und mischen oder sukzessive einander ablösen. Die Analyse soll nun die Zugehörigkeit der einzelnen Elemente des Zustandsbildes zu den genannten Symptomenkomplexen untersuchen und aufweisen, in welcher Art sich Anteile aller drei Symptomenkomplexe an der Konstituierung des Gesamtbildes beteiligen. Ich bin mir der Schematisierung, die einem solchen Verfahren bis zu einem gewissen Grade anhaften muß, wohl bewußt; ebenso daß die Zuteilung dieses oder jenes Symptoms zu einem bestimmten Symptomenkomplex häufig recht schwierig und bestreitbar sein mag. Andererseits aber soll die Arbeit ein Versuch im Sinne der *Jasperschen* Forderung sein, ein Zustandsbild an mehreren Symptomenkomplexen zu messen, „um den Fall um so vollständiger erschöpfen zu können“.

Fall I. B. M., 44 Jahre alt, verheiratet, Vater zweier Kinder, lebt getrennt von der Frau, Gesandtschaftssekretär, russischer Flüchtling. Am 18. V. 1921 in die Anstalt aufgenommen. Kommt in Begleitung seiner derzeitigen Gefährtin, die folgende anamnestiche Angaben machte: Die noch lebende (78 jährige) Mutter des Patienten erlitt zweimal Schlaganfall, sonst in der Familie angeblich keine Geistes- und Nervenkrankheiten. Patient soll ein ausschweifendes Leben geführt und einmal Gonorrhoe durchgemacht haben. Sonst angeblich keine Krankheiten. Jetzt zum ersten Male geistig erkrankt. Nachdem er vor drei Monaten viele Unannehmlichkeiten durchzumachen gehabt hatte, setzte die jetzige Erkrankung vor zwei Monaten mit einer durchgreifenden Wesensänderung ein. Während er bis dahin mit seiner jetzigen Frau und deren Kinde das innigste Mitgefühl zeigte, wurde er nun völlig apathisch. Früher fidel und Gesellschaftsmensch, wurde er traurig, niedergeschlagen und mied den Umgang mit Menschen. Schläft schlecht, ißt wenig, spricht wenig. Gab seiner Frau den Auftrag, ihn mit dem Revolver zu töten, wollte sich vor zwei Tagen aus dem Fenster stürzen. Vernachlässigt sein Äußeres, wäscht sich nicht, rasiert sich nicht, die Frau muß ihn an- und ausziehen. Vermeidet jeglichen Ausgang. Während er früher sehr fromm war, will er jetzt nichts mehr von solchen Dingen hören. Wirft dem Herrgott vor, er habe ihn verlassen, flucht auf den Teufel, der an allem schuld sei. Die ganze Welt sei gegen ihn, der Barbier könnte ihm den Hals abschneiden. Schimpft auf die Menschen, äußert dabei das Gefühl einer eigenen Schuld. Er sei gestorben und vor einigen Tagen wieder lebendig geworden. Äußerte, daß die Welt nicht mehr existiere, daß überhaupt nichts existiere, die Frau und das Kind seien nur Produkte seiner Phantasie. Exhibitionierte vor dem 9jährigen Kinde, berührte es an den Genitalien, kniete vor ihm nieder und onanierte so. Geht manchmal mit entblößten Genitalien umher. In der letzten Zeit angeblich abgeschwächte Potenz.

Status praesens: Stark gehemmt, düsterer Gesichtsausdruck, gerunzelte Stirn, herabhängende Unterlippe. Antwortet auf Fragen überhaupt nicht, starrt vor sich hin in die Ferne, reibt sich fortwährend die Hände und das Gesicht, bringt den Mund in Schnauzstellung, gähnt, spielt mit der Uhr, schaut den Arzt von der Seite an, will durchgehen. Aufforderungen werden kaum ausgeführt. Antwortet er einmal, so geschieht dies mit leiser Stimme, nach anscheinend langer Überlegung. Ist anscheinend ungehalten über das Examen. Eingehende Exploration unmöglich. Keinerlei Störungen in Sprache und Schrift. Verabschiedet sich von Frau und Kind völlig apathisch.

Status somaticus: Mittelgroß, gut genährt. Pupillen gleich, nicht ganz rund, Lichtreaktion und Reaktion beim Nahesehen vorhanden. Innere Organe ohne Befund. Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten erhöht.

20. V. Lumbalpunktion. Liquor: Nonne-Apelt: schwache Opalescenz. Pandy —, keine Lymphocytose. Wassermann in Blut und Liquor negativ.

21. V. Ißt mit Widerstreben. Geht herum, zankt sich mit dem Wärter, will in die Schlosserei. Steckt aufgelesene Steinchen in den Mund. Abends etwas gegessen, schläft schlecht, geht aus dem Bette.

23. V. Ißt nur das, was ihm seine Frau bringt.

17. VI. Fängt nachts plötzlich zu lärmern an, will das Fenster öffnen, zerschlägt ein Wasserglas, verschüttet das Nachtgeschirr, schläft nicht, drängt hinaus; tagsüber im Bette, die folgende Nacht guter Schlaf.

Bis Ende Juli: Tagsüber meist gehemmt, wortkarg, nachts schlechter Schlaf, Selbstgespräche, gestikuliert, drängt hinaus.

August: Der Patient bietet weiter das äußere Bild einer hochgradigen Hemmung. Wenn es gelingt, ihn zum Sprechen zu bringen, so äußert er dem Arzte gegenüber Gefühle einer Beeinflussung auf seinen Gedankenablauf: „Ich kann nicht

denken, was ich will, sondern nur, was andere wollen . . . Die ganze Welt hat Einfluß auf meine Gedanken. . . . In meinem Kopfe drängen sich die Gedanken so wie zwangsmäßig. . . . Wenn ich etwas tue, so muß ich immer denken, ich hätte eigentlich das Entgegengesetzte tun sollen . . .“; äußert weiter: „ich bin an allem schuld wenn es regnet, so bin ich daran schuld“ usw. Durch Konzentration seiner Gedanken könne er Einfluß gewinnen auf die ganze Welt.

29. VIII. Ging heute nachmittag auf einen der Anstaltsärzte ohne vorausgegangen Wortwechsel und ohne ersichtlichen Grund mit den Fäusten los, dabei kein Wort sprechend. Wird nachher vom Arzte sichtlich erregt, zu Bette liegend, mit kongestioniertem Gesichte und stierem Ausdruck angetroffen. Über die Motive seiner abrupten Handlung exploriert, erklärt er, ein Mensch werde seiner Familie Unglück bringen und er müsse sich dagegen wehren. Dieser Mensch sei nun nicht gerade der betreffende Anstaltsarzt, aber im Momente, als er diesen auf sich zugehen sah, kam ihm auf einmal der Gedanke, er müsse sich gegen irgendeine Gefahr verteidigen, und so ging er auf ihn los.

In längerer Exploration gibt Patient über sein momentanes Innenleben folgende Auskunft: Er stehe unter dem Einflusse einer Gewalt, die von außen komme. Diese Gewalt übersteige menschliche Kraft, es handle sich jedenfalls um eine übernatürliche Gewalt, die auch sonst alles, was von der Welt noch übriggeblieben sei, beeinflusse. Diese Gewalt zwingt ihn, so zu handeln und zu denken, daß seine Taten gerade das Gegenteil seines eigenen Willens würden. Er könne ferner durch seine Gedanken und Handlungen in irgendeiner Weise Einfluß nehmen auf den Gang der allgemeinen Weltereignisse. Die erwähnte Gewalt zwingt ihn nun, durch seine Gedanken und Handlungen den Gang der äußeren Ereignisse derart zu beeinflussen, daß sie zuletzt zu einem großen Unglück für seine Familie hingeführt würden. Dies sollte in nächster Zeit eintreten. Durch seine heutige abrupte Handlung wollte er diese Auswirkung verhindern, wollte er den Gang der Ereignisse aufhalten, das Unglück auf sich selbst ziehen. Er handelte in dem Gefühle, er müsse jetzt etwas Außerordentliches vollbringen. Gegen die Person des betreffenden Arztes habe er absolut nichts. Nachträglich habe er aber das Gefühl, das drohende Unglück doch nicht aufgehalten zu haben.

4. IX. Des Nachts unruhig, geht aus dem Bette, schlägt ans Fenster, wirft das Nachtgeschirr mit Inhalt an den Kasten. Schläft nicht trotz Brom und Paraldehyd.

Exploration bei der Visite: Er könne durch seine Gedanken auf alles Einfluß nehmen. Alle Geschehnisse seien gewissermaßen abhängig von ihm. Wenn der Arzt mit ihm spreche, so tue er dies nur unter seinem (des Patienten) Einflusse. Er sei berufen, durch eine außerordentliche Tat den Druck der Beeinflussung zu entfernen, der auf der ganzen Welt, auf allen Menschen liege. Er selbst stehe unter dem Einflusse einer bösen Macht, die übrigen Menschen unter dem Einflusse einer guten. Er möchte bewirken, daß die Menschen wieder ihren freien Willen hätten, daß sie gegen ihn vorgehen könnten. Er sei gänzlich unzufrieden mit sich selbst, denn er tue gerade immer das Gegenteil von dem, was er tun sollte. Alle seien seine Feinde. Er höre, wie alle gegen ihn sprächen, auch dann, wenn er allein im Zimmer sei. Der Frau erzählte er, sie würden von nun an alle drei (er, die Frau und das Kind) auf tausend Jahre in der Hölle leben müssen, wo die Frau seine Pflegerin sein werde. Durch sein Handeln richte er Frau und Kind zugrunde. Alle diese Äußerungen werden in gleich müdem Tone erst auf längeres Befragen hin vorgebracht. Der Patient ist nach wie vor in seinem Dauerzustande motorisch gehemmt, ein stärkerer Affekt der Traurigkeit oder der Angst läßt sich aber nicht erkennen, am ehesten könnte man von einer „düsteren Stimmung“ sprechen.

5. IX. Den Tag über aufgeregt, geht nervös auf und ab, lacht häufig vor sich hin, stürmt plötzlich ans Fenster und zerschlägt mit der Faust zwei Scheiben. Verwundet sich dabei an der Hand. Nachts schlechter Schlaf.

7. IX. Springt in der Frühe aus dem Bette und poltert an die Tür.

22. IX. Tagsüber im Bette, wälzt sich unruhig hin und her, onaniert, ohne auf die Anwesenden Rücksicht zu nehmen. Als der Wärter dies zu hindern versucht, wird er grob und aggressiv. Des Abends aufgeregt, sagt, er werde Frau und Kind umbringen, fuchtelt herum und knirscht mit den Zähnen. Meint dann, Frau und Kind schon getötet zu haben, zerreißt seine Leibwäsche, wird stark unruhig, muß isoliert werden. Die ganze Nacht im Einzelzimmer, sehr unruhig.

12. X. Beginnt während des Spazierganges plötzlich auf den Wärter loszugehen. Nachts ruhig.

16. X. Unruhig, wälzt sich im Bette herum, will durchaus am Boden liegen, treibt den Pfleger fort, er sei der Teufel, der unreine Geist, habe ihm Frau und Kind ermordet.

20. X. Unruhige Nacht, schläft schlecht trotz Paraldehyd.¹

26. X. Erzählt der Frau, er habe in der Nacht mit Gott gesprochen.

28. X. Wird bei der Visite für gewöhnlich im Bette liegend angetroffen, unbeweglich, finsterner, starrer Gesichtsausdruck, spricht spontan nichts. Auf die Frage, wie es ihm gehe, antwortet er regelmäßig: „nicht gut“, läßt sich in weitere Besprechungen nicht ein.

8. XII. In letzter Zeit findet ihn die Visite im Zimmer auf und ab gehen, starren Blickes, finster. Reagiert auf das Kommen der Ärzte kaum, antwortet auf Fragen einsilbig mit leiser Stimme, sagt selbst, er habe kein Bedürfnis, sich jemandem mitzuteilen. Geht der Arzt nach vergeblichem Bemühen, ihn zu einem Gespräche zu bewegen, weg, so geschieht es häufig, daß ihn der Patient von der Türe aus zurückruft mit den Worten: „Ich hätte Ihnen noch etwas sagen sollen . . .“ Wendet sich der Arzt zurück, so bleibt Patient wieder stumm. Dieses Spiel kann sich einige Male wiederholen. Verbringt den ganzen Tag ohne irgendeine Beschäftigung. Körperlich stark herabgekommen, ißt wenig.

28. XII. Onaniert viel, näßt hie und da ins Bett. Ißt ungern, schläft schlecht.

[15. I. 1922. Geht gelegentlich der Visite stereotyp und unermüdlich im Zimmer auf und ab, die Zigarette in der Hand (raucht viel und hastig), finsternen Blickes, abweisend, unzugänglich. Gibt auf Fragen mit leiser Stimme einsilbige Antworten, läßt sich in keinerlei Gespräche mit dem Arzte ein. Gewöhnlich antwortet er auf die Frage, wie es ihm gehe: „Nicht gut“. Von seinem Innenleben ist jetzt nichts zu erfahren. Er ist jetzt fortdauernd schweigsam, von unschlüssigem Benehmen, abweisend, hat keinerlei Beschäftigung, zeigt keinerlei Interesse für äußere Dinge. Eine ausgesprochene Affektlage ist nicht zu erkennen. Körperlich hat er sich in der letzten Zeit etwas erholt.

21. I. Zustand unverändert. Schläft gut.

27. II. Geht unaufhörlich, ohne ein Wort zu sprechen, im Zimmer auf und ab, antwortet auf Fragen kurz oder gar nicht. Unveränderlich starrer und finsterner Gesichtsausdruck, zeigt keinerlei Affektbewegung. Äußert gewöhnlich nur: „es ist schlecht.“ Geht mit der Frau oder dem Pfleger 'spazieren, wird hie und da gegen ihn aggressiv. Mit der Frau ist er ganz rücksichtsvoll, zeigt aber keinerlei besondere Freude oder Interesse für sie. Onaniert manchmal. Ißt und schläft gut.

2. III. Geht beim Spazierengehen auf den Pfleger los, spuckt ihn an, bearbeitet ihn mit Füßen und Fäusten, ergreift die Flucht. Wird mit schwerer Mühe wieder eingebracht. Nachher stark erregt, schlägt um sich, knirscht mit den Zähnen, will den Wärter ohrfeigen. Nachts unruhig, Selbstgespräche.

7. III. Geht nach einigen ruhigen Tagen wieder auf den Wärter los, stößt ihn mit den Füßen und bespuckt ihn. Sucht den Abort erst auf, wenn der Harn schon zu tropfeln beginnt, näßt dann in die Hose. Abends stark erregt, schlägt um sich, schreit.

20. III. Geht früh morgens unvermittelt auf den Zimmerofen los und uriniert ihn an. Frägt jeden Tag nach der Frau (die schwer erkrankt ist). Will abends nicht essen, droht dem Wärter, der ihm das Essen anbietet, er werde ihn erdrosseln. Springt plötzlich auf den Wärter los, packt ihn am Halse, würgt ihn, verlangt von ihm Zigaretten.

2. IV. Onaniert häufig, schläft und ißt schlecht; vorwiegend gehemmt, wortkarg.

16. IV. Einförmig fortdauernder Zustand wie oben beschrieben; unzugänglich, einsilbig, geht auf und ab ohne für die Außenwelt irgendwie ein Interesse zu zeigen. Onaniert viel, raucht. In diese Zeit fällt der tragische Tod der Frau und des Kindes, mit denen Pat. schätzungsweise seit Jahresfrist vor Ausbruch der Psychose zusammengelebt hatte. Die äußerlich erkennbare Reaktion des Patienten auf das dauernde Ausbleiben dieser beiden Personen, mit denen er Tag für Tag zusammen gewesen war, bestand zunächst darin, daß er zwar öfters, aber ohne besonderen Nachdruck nach deren Verbleib fragte, ohne daß sonst eine Änderung, besonders affektiver Art in seinem Benehmen zu finden gewesen wäre. Eines Abends, einige Tage nach der Katastrophe, rief er unerwartet die eben an seinem Zimmer vorbeigehende Anstaltsärztin zu sich und teilte ihr in vollkommen natürlicher, freier Aussprache mit, daß er von dem Ableben dieser beiden ihm in der letzten Zeit am nächsten stehenden Personen, sowie von der Art des Todes (die Frau erwürgte im Typhusdelirium das Kind und starb acht Tage später) wohl unterrichtet sei, lehnte aber jede weitere Auskunft über sein Verhältnis zu den beiden entschieden ab. Er zeigte dabei keinerlei Zeichen einer stärkeren Trauer. Er habe schon öfters mit der Ärztin sprechen wollen, sei aber immer daran irgendwie gehindert worden. Zum Schlusse erklärte er, er werde auch weiterhin nicht sprechen.

22. IV. Äußerte einem Mitpatienten gegenüber, daß er sich recht unglücklich fühle, er habe in seiner Familie nur Unglück gehabt. Der Vater sei ihm ermordet worden, das Kind getötet, die Frau sei tot; das Leben sei ihm zuwider geworden, er wolle sich umbringen, aufhängen. Bittet, ihm zu diesem Zwecke eine Schnur zu geben.

In der Folgezeit war indes ein merklicher Einfluß des besprochenen Ereignisses auf den Zustand des Patienten nicht zu erkennen. Er lebt fort so wie früher, finster, schweigsam, unzugänglich, vernachlässigt sein Äußeres, geht einförmig auf und ab mit eigentümlich wiegenden Schritten, in stereotyper Haltung, die Hände in den Hosentaschen. Es ist unmöglich, ihn zu Aufschlüssen über sein Innenleben zu bewegen. Der Zustand macht den Eindruck einer gewissen Stabilisierung. Einmal (3. V.) macht er auf die Frage, wie es ihm gehe, folgende Äußerung: „Nicht gut . . . heute hätte ich gesund werden sollen . . . immer in diesen Krankheiten, wo der Wille fehlt, Paralyse usw., man muß sich zusammennehmen.“

14. V. Gestern besuchte ihn sein Bruder, den er jahrelang nicht gesehen hatte. Der Pat. kehrte sich nicht weiter an ihn, ging ungestört auf und ab, um endlich vor ihm zu onanieren. Auf Fragen des Bruders antwortete er entweder gar nichts oder nur kurz, ohne merkbares Interesse oder irgendeinen Affekt zu zeigen.

Nach Weggehen des Besuches äußerte er einem Mitpatienten gegenüber, er wolle mit dem Bruder fortreisen, er werde mit ihm schon darüber sprechen. Als der Bruder den folgenden Tag wiederkam, sprach Patient wieder nichts mit ihm. Verabschiedete sich dann ohne Affektbewegung, setzte sein bisheriges Dasein ohne Veränderung fort.

2. VI. Bleibt frühmorgens im Bette, onaniert unaufhörlich. Den Wärter, der ihn daran hindern will, beschimpft er und treibt ihn fort.

11. VI. Geht im Garten herum mit entblößtem Genitale, onaniert ohne Rücksicht auf die Umgebung. Vernachlässigt sein Äußeres, läßt sich nicht waschen, kommt mit den Mitpatienten in Konflikt. Liest Zigarettenreste auf. Unzugänglich, ohne deutlichen Affekt, ißt wenig ohne Appetit, schläft ziemlich gut.

25. VI. Aufgeregt, verlangt hinausgelassen zu werden, fällt Patienten und Wärter an. Nachts schlaflos, onaniert, näßt ins Bett.

13. VII. Unverändert. Schläft schlecht, geht nachts im Zimmer auf und ab.

20. VII. Es trifft heute unerwartet seine eheliche Frau ein, um ihn aus der Anstalt zu nehmen. Bei der Begegnung mit ihr zeigt Pat. keine sichtliche Gemütsbewegung, begrüßt sie kaum. Auf die Frage der Ärzte, ob er sich freue, meint er: „Eigentlich nicht sehr.“ Bei der Vorbereitung zur Abreise ist Patient merklich weniger gehemmt als bisher, benimmt sich dabei völlig natürlich und den Umständen angemessen. Äußert auf Befragen Freude darüber, von der Anstalt wegzukommen. Wird ohne Schwierigkeiten und Zwischenfälle von seiner Frau nach W. transportiert.

Der geschilderte Fall ist vielleicht insofern von einigem Werte, als es sich dabei um eine intelligente, differenzierte Persönlichkeit handelt, bei der einigermaßen Einblick in das psychotische Erleben gewonnen werden konnte — leider nur in der ersten Zeit seines Anstaltsaufenthaltes, da sich mit der Zeit eine immer mehr zunehmende Unzugänglichkeit herausbildete.

Das psychomotorische Verhalten des Patienten, überhaupt die ganze Art und Weise seines Reagierens auf die Außenwelt ist recht schwierig zu deuten. Handelt es sich bei ihm um *melancholische Hemmung* oder *katatone Sperrung* oder aber um autistische Abgeschlossenheit und Zurückgezogenheit in eine Welt psychotischer Erlebnisse? Ich glaube, daß sich dies überhaupt nicht sicher entscheiden läßt. Gewiß liegt kein irgendwie „einfühlbarer“ Gemütszustand vor.

Das ganze Zustandsbild ist andererseits ohne Zweifel reichlich durchsetzt von *melancholischen* Elementen. Obwohl ein eigentlicher Affekt der Traurigkeit oder der Angst nie recht zu erkennen war, so kann doch aus den stetigen Äußerungen des Pat.: „Es ist nicht gut, es geht schlecht“ usw. auf eine unlustbetonte Grundstimmung geschlossen werden. Es besteht ein deutliches *Insuffizienzgefühl*, das in Äußerungen zutage tritt wie: „Ich bin gänzlich unzufrieden mit mir selbst, ich tue das Gegenteil von dem, was ich tun sollte“, und besonders markant: „Heute hätte ich gesund werden sollen, immer in diesen Krankheiten, wo der Wille fehlt, Paralyse usw., man muß sich zusammennehmen“. Es besteht ferner eine Fülle von Erscheinungen, die als *Sekundärsymptome* im melancholischen Zustandsbilde bekannt sind: Versündigungsideen, Entfremdungsgefühle bis zum nihilistischen Wahn, Pessimismus, Selbstmordneigung. Er hat das Gefühl einer eigenen Schuld, „wenn ich etwas tue, so muß ich immer denken, ich hätte das Gegenteil tun sollen“, „ich bin an allem schuld,

wenn es regnet, so bin ich schuld;“ er wünscht, für seine Verfehlungen bestraft zu werden, die Leute sollen gegen ihn vorgehen. Auch sein „Pseudokrankheitsbewußtsein“ ist so in typischer Weise von dem Gefühle der eigenen Verschuldung durchsetzt; es „fehlt der Wille“, er „muß sich zusammennehmen“, drückt wohl neben dem so zutage tretenden Insuffizienzgefühl noch das quälende Bewußtsein aus, daß es nur an ihm liege, wenn die „Krankheit“ noch weiter dauere. Durch sein Handeln richte er Frau und Kind zugrunde, und äußert gleichzeitig die Erwartung von Höllenstrafen für sich und die Familie. Mannigfach wird auch die Befürchtung eines drohenden Unglücks geäußert. Depersonalisationserscheinungen verdichten sich zu typischen nihilistischen Wahnideen. Er sei gestorben, Frau und Kind seien nur Produkte seiner Phantasie, es existiere überhaupt nichts mehr, ferner die Äußerung: „alles was von der Welt noch übrig geblieben sei“

In inniger Verflechtung und Mischung mit diesen typischen melancholischen Elementen finden sich nun Züge, die zum *paranoischen* Symptomenkomplex in weiterem Sinne gehören. Ich möchte hier nicht so sehr auf die sporadisch auftretenden eigentlichen Verfolgungsideen Bezug nehmen, deren Stellung ja ihrer Genese nach eine recht verschiedene sein kann, sondern vor allem hinweisen auf die Äußerungen des Patienten, die auf ein Erlebnis der Beeinflussung, der inneren Unfreiheit, der „gemachten Phänomene“ schließen lassen. „Ich kann nicht denken, was ich will, sondern nur, was andere wollen , die ganze Welt hat Einfluß auf meine Gedanken in meinem Kopfe drängen sich die Gedanken so wie zwangsmäßig.“ Dieses „Gedankendrängen“ scheint nicht so sehr etwa das innere Erleben bei einem ideenflüchtigen Gedankenablaufe zu sein, als vielmehr nur das Erlebnis der Gedankenbeeinflussung anzudeuten. Er äußert ja häufig, er stehe unter dem Einflusse einer übernatürlichen Gewalt, die ihn zwingt, gegen sein Wollen zu denken und zu handeln. Eigentümlich ist es nun zu sehen, wie für den Pat. diese Phänomene gewissermaßen in ihrer Umkehrung, wenn ich mich so ausdrücken darf, zu dem werden, was als „Wahn der großen Weltereignisse“, als „kosmisches Erleben“ beschrieben worden ist. Der Pat. *selbst* kann durch Konzentration seiner Gedanken, durch seine Handlungen Einfluß nehmen auf den Gang der allgemeinen Weltereignisse. Alle Geschehnisse seien gewissermaßen von ihm abhängig. Wenn der Arzt mit ihm spreche, geschehe dies nur unter *seinem* Einflusse. Durch eine außerordentliche Tat könne er den Gang der Weltereignisse aufhalten, den Druck, der auf der Welt liege, entfernen. Er fühlt sich so gewissermaßen „im Mittelpunkte des gesamten Geschehens“. Sind solche Phänomene in ihrer reinen Form als paranoide Größenideen phantastischer Art für den paranoischen Symptomenkomplex recht bezeichnend und im Seelenleben Schizophrener häufig zu finden, so sind sie hier, und das ist

charakteristisch für unseren Patienten, durchflochten und verbunden mit *melancholischen* Elementen. Sehr anschaulich tritt dies in der Motivierung zutage, die Pat. für seinen unerwarteten Anfall auf den Anstaltsarzt gab: Die übernatürliche Gewalt zwingt ihn, durch seine Gedanken und Handlungen den Gang der äußeren Ereignisse derart zu beeinflussen, daß sie zuletzt zu einem großen Unglück für seine Familie hingeführt würden. Dies sollte in nächster Zeit eintreten. Durch eine außerordentliche Tat will er den Gang der Ereignisse aufhalten, das Unglück auf sich selbst lenken. Es würde sich also hier, soweit die durch Exploration gewonnenen Äußerungen des Pat. seine psychischen Tatbestände richtig wiedergeben, um eine Verbindung des Erlebnisses der eigenen Beeinflussung einerseits, des grenzenlosen Beeinflussenkönnens andererseits mit der Befürchtung eines drohenden Unglückes, dem typischen melancholischen Pessimismus handeln. Wenn der Pat. ferner äußert, er selbst stehe unter dem Einflusse einer bösen Macht, die übrigen Menschen unter dem Einflusse einer guten; er möchte durch eine außerordentliche Tat den Druck der Beeinflussung entfernen, der auf der ganzen Welt liege, damit die Menschen ihren freien Willen bekämen und so *gegen ihn vorgehen könnten*, so ist auch wohl hier wieder die Verschmelzung des paranoischen Beeinflussungswahnes, in den im transsitivistischen Sinne die ganze Welt einbezogen wird, mit dem Gefühle der eigenen Schlechtigkeit, der eigenen Verworfenheit, wofür er Strafe wünscht und erwartet, recht deutlich. Ich möchte auch darauf hinweisen, wie sehr die Reaktion unseres Pat. auf seine Erlebnisse von dem gewöhnlichen Verhalten Schizophrener abweicht, die über ihre „gemachten Phänomene“ häufig in ganz affektloser, gleichgültiger Weise berichten, und alles einfach über sich ergehen lassen. Unser Pat. empfindet es *schmerzlich*, daß er nicht so kann, wie er will. Er ist gänzlich *unzufrieden* mit sich selbst, wenn er immer das Gegenteil von dem tue, was er eigentlich wolle — unter dem Drucke einer „höheren Gewalt“. Auch hier wieder deutlich der Einfluß einer melancholischen Grundrichtung, des Insuffizienzgefühles.

Was endlich sonst noch im Krankheitsbilde als paranoischer Einschlag anmutet, „alle Welt sei gegen ihn, alle seien seine Feinde, er höre, wie sie gegen ihn sprechen, der Wärter sei der böse Geist, der ihm Frau und Kind ermorde“, so sind das Dinge, die wohl nicht klar genug analysiert sind, um nicht auch als Nebensymptome im rein melancholischen Zustandsbilde gedeutet werden zu können. Vor allem gibt die Krankengeschichte über „primäre Wahnerlebnisse“ keine Auskunft, sie läßt es auch unentschieden, ob die erwähnten spärlichen Verfolgungsideen als „depressiver“ oder „katathymer“ Art aufzufassen seien.

Gehe ich nun daran, das Krankheitsbild nach Elementen aus dem „*katatonen* Symptomenkomplex“ durchzusehen, so bin ich mir der Schwierigkeit der Sache wohl bewußt und will in dieser Hinsicht größt-

möglichste Zurückhaltung üben. Geht man nämlich von dem Standpunkte aus, als katatone Symptome vor allem *die* motorischen Äußerungen aufzufassen, die weder neurologisch erklärbar noch psychologisch verständlich sind (*Jaspers*), so befindet man sich in der eigentümlichen Lage, bei unserem Pat. eine psychologische Motivierung seines stellenweise recht sonderbar anmutenden Benehmens eigentlich nie mit Sicherheit ausschließen zu können. Seine Unzugänglichkeit, seine stereotype Unruhe bei sonst bewegungsarmem Verhalten, seine abrupten Erregungszustände, sie machen unzweifelhaft den Eindruck rein katatonen Symptome; andererseits aber hatte man immer wieder das Gefühl, als ob der Pat. aus der Welt innerer Erlebnisse heraus handelte, über die im Anfange seines Aufenthaltes Bruchstücke zu erfahren waren, die er aber in der Folgezeit unnahbar verschlossen hielt. Ich möchte daher, um nichts vorwegzunehmen, nur von kataton aussehenden, kataton anmutenden Zeichen bei unserem Pat. sprechen. Wollte man nun zunächst das motorische Dauerverhalten des Patienten erörtern, so handelte es sich, wie schon eingangs erwähnt, zunächst um die Frage: liegt hier „Hemmung“ oder „Sperrung“ vor? Gewiß sind ja die melancholischen Elemente im Krankheitsbilde so reich vertreten, daß sich auch die vorherrschende Bewegungsarmut, der Mutazismus, die Reaktionslosigkeit auf die Außenwelt als „melancholische Hemmung“ damit in Einklang bringen ließen. Die abrupt auftretenden Erregungszustände, das triebhafte Masturbieren, das unruhige unermüdliche Hin- und Hergehen, das hastige leidenschaftliche Rauchen, könnten etwa als äußere Symptome einer begleitenden Angst, die Erregungszustände selbst in diesem Sinne als „Raptus melancholici“ gedeutet werden. Dagegen spricht aber, daß wir bei unserem Pat. einen deutlichen Affekt der Trauer oder der Angst nie recht feststellen konnten. Es könnten nun diese Dinge freilich auch als „erstarrte Affektausdrucksbewegungen“, wie sie speziell bei Rückbildungsmelancholien bekannt sind, gedeutet werden. Da wir aber selbst nie in der Lage waren, den Affekt selbst, dessen Ausdrucksbewegungen dann erstarren sollten, deutlich zu beobachten, so erscheint uns eine solche Auffassung nicht berechtigt. Nach der Anamnese wurde ja der Pat. relativ frisch erkrankt eingeliefert. Gegen die Annahme einer rein melancholischen Hemmung spricht meines Erachtens auch die Beobachtung, daß der Zustand der Einsilbigkeit und Reaktionslosigkeit unerwartet schnell und vollständig durchbrochen werden konnte, wie das besonders schön in der Aussprache mit der Anstaltsärztin gelegentlich des Todes seiner Frau zutage trat. Hier hatte man unverkennbar den Eindruck einer durchbrochenen „Sperrung“.

Die Hauptzüge im motorischen Verhalten unseres Patienten einschließlich seines Benehmens zur Umwelt im weiteren Sinne wären, in objektiver Schilderung kurz rekapituliert, etwa folgende:

Ein Zustand vorherrschender Bewegungsarmut, oder besser Bewegungseinförmigkeit, Reaktionslosigkeit auf die Außenwelt, zu Zeiten fast völlig fehlende Ansprechbarkeit, Unzugänglichkeit, die aber weniger den Eindruck eines triebhaften Widerstrebens als vielmehr den einer aktiven Abschließung und eines ärgerlichen Zurückweisens jedes Versuches, sich mit ihm in Beziehung zu setzen, machte. Auf sprachlichem Gebiet damit im Einklange Einsilbigkeit bis zum völligen Mutazismus. Einförmige Bewegungsantriebe: stereotypes Hin- und Hergehen immer am selben Orte, hastiges ununterbrochenes Rauchen. Exzessives, triebhaft zu nennendes Onanieren ohne Rücksicht auf die Umgebung, in schamloser Weise. Zeitweilige Nahrungsverweigerung, schlechter Schlaf. Dazwischen namentlich in der ersten Zeit gehäuft auftretende anscheinend sinnlose und unmotivierte Erregungszustände, abrupte motorische Entladungen, bizarre Handlungen: schlägt sich die Hand am Fensterglas wund, wirft das Nachtgeschirr an den Kasten, uriniert den Ofen an, usw. Plötzliche, unerwartete Angriffe auf die Umgebung, anscheinend sinnloses Fortdrängen. Das sind sicherlich alles Züge, die stark an das Verhalten echter Katatoniker erinnern; es kommt dazu, daß eine deutliche Affektgrundlage aller dieser motorischen Äußerungen nie recht zu erkennen war, wenigstens kein Affekt, der in genügender Weise z. B. die schweren Erregungen erklären würde. Das Verhalten des Pat. machte im Gegenteil mit der Zeit eher den Eindruck einer *Affektstumpfheit*, wie z. B. das triebhafte, schamlose Onanieren an das ähnliche Treiben verblödeter Katatoniker erinnerte. Sporadisch zeigte er Erscheinungen, die einen Verlust des Ekelgefühles zu beweisen schienen; wie, wenn er aufgelesene Steinchen in den Mund steckte oder gar, wenn er, der verwöhnte Aristokrat, aufgelesene Zigarettenreste rauchte. Die Unzugänglichkeit des Patienten schien bald eine ärgerliche Abweisung zu sein, bald wieder bekam man Äußerungen zu hören, wie, er habe gar kein Bedürfnis, sich jemandem mitzuteilen. Wenn der Pat. ferner in Gegenwart des Arztes trotz Zuredens mit diesem kein Wort sprechen will, ihn aber von der Türe aus zurückruft mit den Worten: „Ich hätte ihnen noch etwas sagen sollen“, um dann wieder stumm zu bleiben, wenn er ferner den ihn nach langer Zeit besuchenden Bruder kaum beachtet und nach seinem Fortgehen äußert, er werde mit ihm wegen seiner Abreise sprechen, dann aber bei der richtigen Gelegenheit wieder kein Wort herausbringt: so sind das wieder Dinge, die man bei Katatonikern zu sehen bekommt, ich erinnere nur an das typische „Reagieren im letzten Augenblick“ (*Kleist*). In diesen Rahmen paßt auch sein stumpfes, gleichgültiges Verhalten den Angehörigen gegenüber. Beim Besuche des lange nicht gesehenen Bruders beachtet er ihn kaum, onaniert in seiner Gegenwart weiter. So würde sich ein reiner Katatoniker auch benehmen.

Und doch fehlen hier wieder so viele Elemente, die im Bilde der Katatonie gewöhnlich sind: der Patient zeigt keine Maniertheiten, keine eckigen, absonderlichen Bewegungen oder Haltungen. Es fehlt das vollkommen, was von *Kraepelin* als „Verlust der Grazie“ bezeichnet wird. Die Bewegungen selbst sind im Gegenteil natürlich und tragen als solche keine Zeichen einer elementaren motorischen Störung im Sinne der Katatonie. Es fehlt weiterhin völlig jegliche Zerfahrenheit im Reden, Bizarrerien und Absonderlichkeiten der Äußerungen. Der Gedankengang scheint, soweit darin Einblick gewonnen werden konnte, vollkommen geordnet. War der Pat. einmal zu einer Aussprache zu bewegen oder ließ er sich spontan dazu herbei, so geschah dies in vollkommen natürlicher Weise, in geordneter Rede und Gegenrede, bei gutem Rapport mit dem Partner.

Die Erregungszustände des Patienten, seine plötzlich ausbrechenden und ebenso wieder verschwindenden motorischen Entladungen mitten im bewegungsarmen Dauerzustande haben sicherlich sowohl durch das Fehlen eines deutlichen begleitenden Affektes als auch durch ihre stellenweisen Absonderlichkeiten eine unverkennbare katatone Färbung (zerschlägt plötzlich zwei Fensterscheiben, wobei er sich selbst verwundet, wirft das Nachtgeschirr mit Inhalt an den Kasten, uriniert den Ofen an). Andererseits ist es aber gerade bei diesen abrupten Handlungen recht schwer, eine psychologische Motivierung auszuschließen oder zum mindesten unwahrscheinlich zu machen. Ich erinnere nur an die, aus seinen Wahnideen anscheinend ganz verständlich abgeleitete Motivierung, die er in der Exploration für seinen abrupten, aus stuporösem Zustande heraus erfolgenden Angriff auf den Anstaltsarzt gab. Sieht man freilich diese Motivierung etwas näher an, so hat man doch wieder den Eindruck, als läge mehr eine „Pseudomotivierung“ vor, wie sie manche Katatoniker geben. Zunächst stand ja die Person des betreffenden Arztes, wie der Pat. selbst ausdrücklich erklärte, in gar keinem rechten Zusammenhang mit seinen geäußerten Wahnvorstellungen und Befürchtungen. Seine Äußerung: er habe eine außerordentliche Handlung vollbringen wollen, steht wohl in einem psychologisch schwer verständlichen Verhältnis zu dem tatsächlich Ausgeführten. Wenn er nun zuletzt erklärt: im Momente, als er den Anstaltsarzt auf sich zukommen sah, kam ihm *auf einmal* der Gedanke, er müsse sich gegen irgendeine Gefahr verteidigen, und so ging er auf ihn los, so sieht dies wohl recht sehr wie ein abrupter, zusammenhanglos auftretender Einfall aus, der dann eine ebenso abrupte Handlung zur Folge hatte. Den gleichen Eindruck macht wohl sein Verhalten, wenn er dem Wärter, der ihm das Essen anbietet, in höchster Wut an die Gurgel springt, um dann von ihm — Zigaretten zu verlangen. Auch hier wieder die unzureichende, fast lächerlich anmutende psychologische Motivierung. Handlungen,

die sich aber mit Wahrscheinlichkeit als Reaktionen auf eine unerträglich empfundene subjektive Lage, auf die im feindlichen Sinne gedeutete Umgebung verstehen lassen, sind, wenn er z. B. immer wieder auf seinen Wärter los geht, auf Spaziergängen plötzliche Fluchtversuche macht, erregt aus dem Zimmer drängt und an die Türe poltert; wenn er den Pfleger fortreibt als den Teufel, den unreinen Geist, der ihm Frau und Kind ermordet habe.

Die gleichen Schwierigkeiten ergeben sich in der Deutung des unzugänglichen abweisenden Verhaltens beim Zusammentreffen mit dem Arzte. Macht doch z. B. *Bumke* darauf aufmerksam, daß gerade bei den Involutionspsychosen solche negativistisch erscheinenden Züge häufig im Sinne eines „reaktiven“ Negativismus, dem z. B. paranoide Auffassungen zugrunde liegen, zu deuten sind. Das Verhalten des Pat. macht auch gar nicht den Eindruck eines triebhaften Widerstrebens, sondern mehr den eines hochmütigen, ärgerlichen Abweisens jedes Eindringens in sein Innenleben, das er als unwillkommene Störung auffaßt. Ähnliches wird ja von *Kraepelin* bei der Schilderung der „Spätkatatonie“ betont. Das Gleiche ließe sich über die Stereotypien des Pat. sagen. Sein unruhiges Hin- und Hergehen immer am selben Flecke, ohne sich von der Umgebung stören zu lassen, sein hastiges Zigarettenrauchen tragen sicherlich den „Stempel jener Bewegungsunruhe, die sich in Angstzuständen zu entwickeln pflegt“ (*Kraepelin*). Einen eigentlichen Angstaffekt konnten wir aber weder aus Äußerungen, noch aus dem sonstigen Benehmen des Pat. erschließen, auch wird in der Anamnese nichts von Angstzuständen berichtet, so daß auch hier wieder die Deutung schwierig gemacht wird.

So viel über die „katatonen Züge“ im Krankheitsbilde unseres Patienten. Ich gebe zu, daß es sich bei diesen Darlegungen mehr um subjektive Auffassungen und Deutungen handelt, über deren Richtigkeit eine größere Erfahrung besser entscheiden könnte. Ich darf aber wohl die Tatsache anführen, daß die Schwierigkeiten auf diesem Gebiete in der Literatur immer wieder betont werden.

Fall II. A. T., 40 Jahre alt, geschieden, kinderlos, Postbeamter; in die Anstalt aufgenommen am 30. IV. 1921. Familienanamnese: Vater und Mutter verstarben in der hiesigen Anstalt, der Vater im Alter von 54 Jahren an Paralyse, die Mutter zehn Jahre später im Alter von 57 Jahren, an einer präsenilen Angstpsychose(?). Der Patient hat noch einen Bruder und eine Schwester. Die ganze Familie lebte anscheinend nie recht zusammen, die Söhne entfremdeten sich von den Eltern und verkehrten später überhaupt nie mehr im Hause. Die unverheiratete Schwester macht den Eindruck einer depressiv-schizoid gefärbten Persönlichkeit.

Was den Pat. selbst anlangt, so berichtet die Anamnese, daß er mit 3 und 5 Jahren Lungenentzündung durchmachte. Als junger Mensch soll er ein ausschweifendes Leben geführt haben. Bis vor kurzem soll er geistig normal gewesen sein. Seit 12 Jahren verheiratet, ohne Kinder, unglückliche Ehe, die geschieden

wurde. Zur Zeit des Krieges Malaria und Influenza. — Verließ vor 3 oder 4 Monaten ohne ersichtlichen Grund plötzlich seine Stellung in S. und kam zu seiner Schwester nach P., die eine bedeutende Wesensveränderung an ihm bemerkte. Früher lustig und lebhaft, war er jetzt stark deprimiert und unaufhörlich von der Vorstellung gequält, Syphilis zu haben, wovon ihn auch der negative Ausfall der Blut-Wassermannprobe nicht abbringen konnte. Es stellte sich auch heraus, daß er sich allerhand Gedanken machte über angebliche Zurücksetzung im Dienste, worüber er sich kränkte und ärgerte. Er aß wenig, hauptsächlich nur Milchspeisen und wollte schon die letzten zwei Monate in S. keinerlei Appetit gehabt haben. In der letzten Zeit litt er häufig an Kopfschmerzen. Bei der Schwester war er größtenteils gehemmt, dann wieder gereizt, schlief schlecht, sprach wenig. Zwei Tage vor seiner Verbringung in die Anstalt in der Nacht vom 27. auf den 28. IV. versuchte er Selbstmord durch Erhängen.

Bei der *Aufnahme* ist der Pat. persönlich und örtlich orientiert, zeitlich schlecht. Er spricht leise, mehr wie für sich selbst, zeigt verlangsamte Reaktionen und erschwerten Gedankengang. Er hat deutliches Krankheitsgefühl, es sei ihm „etwas“ im Kopfe, glaubt das käme von der „Syphilis“; sagt auf einmal, vor sich hin lachend: „Ah . . . ich habe mir doch selbst meine Kriegspsychose geschaffen.“ Das Examen ist dadurch erschwert, daß Pat., in einer ablehnenden Affektlage, zu keinem rechten Rapport mit dem Arzte zu bringen ist. Über die Gründe seines Selbstmordversuches befragt, gibt er an, sich in letzter Zeit darüber gekränkt zu haben, daß ihn seine Frau nicht mehr möge. (Sind Sie denn nicht geschieden?): „Ja und nein, ich glaube nein, nur sie will sich wohl nicht aussöhnen.“ Sein Unglück sei, daß er die Frau liebe, sie aber ihn nicht. In letzter Zeit sei er eifersüchtig auf sie geworden und begann dann zu trinken und ausschweifend zu leben. Er hätte dann eines Nachts wahrgenommen, daß ihn das Genitale brenne; er habe daraus auf geschlechtliche Infektion geschlossen und dies müsse auch seiner Frau zur Kenntnis gekommen sein, ob dadurch, daß er es selbst „hinausgeschrien“ hätte oder ob es ihr einer seiner Freunde gesagt, das wisse er nicht. Wenn ihm auch der Arzt später gesagt habe, es sei nichts, „das war umsonst, sie wußte es ja schon“. Glaubte, seiner Frau gegenüber eine Schuld begangen zu haben, wünscht, daß sie ihm verzeihen möge, „dann wäre ich wieder glücklich“. Bemerkt plötzlich: „Jetzt hat mich etwas am ganzen Körper gerissen.“ Aus S. mußte er vor allem deswegen weggehen, weil er bemerkte, daß sich ihm in den letzten Tagen die Eingeweide blähten und er zu explodieren drohte; vielleicht komme das daher, daß man ihm etwas ins Essen gegeben habe. Verliert im Gespräch häufig den Faden, kommt auf sexuelle Dinge zu sprechen, äußert Besorgnis wegen seiner Potenz: „In der letzten Zeit hatte ich fürchterliche Hitzten, und wenn es auch wahr ist, daß sie mir etwas gegeben haben, ich fühlte doch, daß ich nicht impotent sei. Ich glaube, ich bin nicht krank . . . also jetzt fühle ich es wieder, wie wenn ich explodieren sollte . . .“ Soweit nachweisbar, keine Intelligenzstörungen.

Status somaticus: Groß, gut genährt, Pupillen ungleich ($R > L$), reagieren auf Licht und Akkomodation etwas träge. Am Halse Operationsnarbe (nach Struma), am Kinn Kratzspuren (vom Selbstmordversuch). Innere Organe ohne Befund. Nervenbefund, außer Erhöhung der P. S. R. und A. S. R., negativ.

1. V. Spricht mit sich selbst, gestikuliert, sagt, er sehe seine Schwester im Nebenzimmer. Nachts schlechter Schlaf, geht aus dem Bette. Ißt schwach.

2. V. Im Bette, führt erregt Selbstgespräche, rauft sich die Haare, stöhnt, geht nachts aus dem Bette, drängt hinaus, hört Stimmen, die ihn rufen. Ißt schwach, erbricht nach jeder Mahlzeit.

3. V. Lumbalpunktion: Nonne-Apelt negativ, Pandy negativ, keine Lymphocytose. Wassermann in Blut und Liquor negativ.

6. V. Im Bette, Nahrungsverweigerung. Wenn er esse, empfinde er unangenehme Gerüche, es komme ihm zum Brechen. Heute ruhig, gut geschlafen.

10. V. Heute ruhig, bewegungsarm, hat häufig verweinte Augen. Erbricht nach den Mahlzeiten, das Essen sei mit Jodoform präpariert.

19. V. Im Bette, stöhnt, hält sich am Kopfe, er könne keine Ruhe finden, er höre in der Nacht Stimmen, die ihn hinausrufen. Will nicht essen, er habe keinen Appetit.

21. V. Nachts unruhig, drängt fort.

3. VI. Liegt unbeweglich im Bette, spricht nichts, läßt sich zum Essen nötigen.

8. VI. Geht ruhelos umher, zieht sich aus, drängt hinaus. Das Essen sei ihm verboten. Geht nachts aus dem Bette, schläft nicht.

12. VI. Sitzt den ganzen Tag am selben Flecke, unbeweglich, schweigsam. Beklagt sich, er könne nicht schlafen, da ihn Stimmen beunruhigen, verlangt Verletzung, um Ruhe zu bekommen.

17. VI. Unbeweglich im Bette, stumm, seit zwei Tagen Nahrungsverweigerung.

21. VI. Geht den ganzen Tag ruhelos umher, versteckt sich, kriecht in das Ofengehäuse, er habe Angst, sei zum Tode verurteilt. Geht nachts aus dem Bette, drängt fort. Nahrungsaufnahme schlecht.

24. VI. Zusehends körperlicher Verfall.

2. VII. Tagsüber unverändert unruhig, gibt an Stimmen zu hören, versteckt sich, zeigt deutlichen Angsteffekt, dabei unzugänglich.

4. VII. Nach dem Besuche einer Verwandten stark erregt. Nachts unruhig, kriecht in Angst unter das Bett. Fängt plötzlich zu lärmern an, muß isoliert werden.

9. VII. Erbricht fortdauernd.

19. VII. Stark unruhig, drängt hinaus, springt zitternd aus dem Bette, schlägt sich an den Kopf, verstopft sich die Ohren, weint, jammert, will niemand um sich dulden. Ißt nur mit Nötigung. Nachts ins Bett genäht.

20. VII. Drängt fort, unruhig, äußert, es wachse ihm etwas im Bauche.

22. VII. Nach dem Besuche seiner Frau stark erregt, schreit, zerwühlt das Bett, zerreißt die Wäsche, kommt ins Gitterbett. Die ganze Nacht unruhig, defäciert in die Hand, riecht zum Kote und knetet ihn. Jammert, rauft sich die Haare.

23. VII. Im Gitterbett, beschmutzt. Stöhnt von Zeit zu Zeit und flüstert vor sich hin. Reagiert nicht auf Anrede. Greift sich an den Hals, macht Würgebewegungen, seufzt. Wiederholt aus den gestellten Fragen ohne Zusammenhang einzelne Worte mit leiser Stimme. Auf starke innere Unruhe läßt schließen der gespannte, ängstliche Gesichtsausdruck, die unaufhörliche Bewegungsunruhe: zupft sich am Barte, schaut ängstlich da und dorthin, richtet sich auf, jammert, seufzt. Greift sich an die Brust, schnaubt, als ob er etwas wegtreiben wollte, greift ans Genitale; dazwischen: „Laß mich, Doktor, laß mich.“ Scheint auf Gehörshalluzinationen zu antworten: „oh, gut habt ihr gesagt . . .“. Verzerzt das Gesicht, unzugänglich, gibt völlig sinnlose Antworten. Zittert am ganzen Körper. Unrein, schmiert mit dem Kote.

25. VII. Fortdauernde angsterfüllte Unruhe, wälzt sich im Bette, jammert, schlägt sich auf den Kopf, zerrt am Halse, geht mit dem Finger in den After ein und beschmiert sich mit Kot, defäciert in die Hand und wirft den Kot auf den Fußboden. Isoliert. Schlaflos, beschmiert das Einzelzimmer.

Neuerliche Lumbalpunktion: Nonne-Apelt negativ, Pandy negativ, neun Lymphocyten auf ein mm.³ Wassermann in Blut und Liquor negativ.

28. VII. Tag und Nacht in heftigster Unruhe, schmiert, will sich die Genitalien abreißen. Unrein.

30. VII. Beschmiert sich mit Kot und verzehrt ihn.

4. VIII. Starker Durchfall, ißt schlecht, schlaflos.

7. VIII. Nachts stark unruhig, nicht geschlafen.

15. VIII. Unruhig, fortdauernder Durchfall, unrein. Weint und jammert die ganze Nacht.

20. VIII. In den letzten Tage allmähliches, völliges Schwinden der motorischen Unruhe, Aufhören des Durchfalles, ißt wieder, schläft besser.

15. IX. Dauernd im Bette, verfällt allmählich in einen stuporösen Zustand, spricht weder spontan noch auf Anreden, ißt und schläft, hält sich rein.

Monat Oktober: Zustand fortdauernd unverändert. Liegt ruhig im Bette, reagiert auf Anreden oder Aufforderungen überhaupt nicht, starrt mit finsterem Gesichtsausdruck vor sich hin.

Monat November und Dezember: Gleichmäßig fortdauernder stuporöser Zustand, liegt unbeweglich im Bette, spricht nichts, reagiert nicht auf Anreden. Vegetative Funktionen in Ordnung.

14. I. 1922. Liegt unbeweglich im Bette, unzugänglich, mit finsterem Gesichtsausdruck. Ißt und schläft gut.

16. II. Der Patient liegt im Bette, ruhig und unbeweglich, ohne zu sprechen. Antwortet auf Fragen überhaupt nicht, oder wenn, so gibt er schroffe, hochmütige Antworten, abweisend und kurz gebunden, lacht dabei ohne ersichtlichen Grund. Zeitlich und persönlich orientiert, gibt aber an, nicht zu wissen, wo er sei. Vegetative Funktionen in Ordnung.

2. III. Heute in der Frühe verlangte er seine Kleider, er wolle aufstehen. Sitzt bei der Visite auf der Bank beim Tische, läßt sich mit dem Arzte in ein Gespräch ein, antwortet auf Fragen in überlegenem Tone, geärgert und gereizt. Dabei stark zerfahren und unzusammenhängend; weiß, wie lange er hier ist, welcher Monat jetzt sei. Behauptet den Arzt nicht zu kennen. Körperlich stark herabgekommen.

22. III. Liegt wieder unbeweglich im Bette, antwortet nicht auf Anreden, ißt wenig, schläft gut.

23. III. Gestern beim Besuche der Schwester viel freier, in guter Stimmung, lachte und scherzte, interessierte sich für die häuslichen Angelegenheiten.

5. IV. Beim Besuche von seiten der Frau guter Laune, behauptet er sei gesund, man solle ihn nach Hause nehmen, sonst würde er durchgehen.

10. IV. Gestern abend stark erregt, will das Essen nicht zu sich nehmen, da es vergiftet sei.

Monat Mai: Lebt für sich ohne Beschäftigung, verkehrt nicht mit der Umgebung, reagiert gereizt und geärgert auf alle Versuche, mit ihm in Beziehung zu treten.

Monat Juni: Wechselndes Verhalten: Bald stark apathisch, schweigsam, liegt im Bette, verkriecht sich unter die Decke, unzugänglich, gibt schroffe, grobe Antworten. Dann wieder lebhafter, spricht viel, macht sich an die Umgebung heran, unterhält sich mit den Mitpatienten. Im Gespräch mit dem Arzte immer etwas höhnisch von oben herab, gibt Antworten, als wolle er sich lustig machen.

2. VII. Heute wieder unruhig, wollte nicht ins Bett, das Bett sei ihm verächtlich.

Bis Ende Juli: Schweigsam, mürrisch, gibt ausweichende, zerfahren scheinende Antworten.

Monat August: Sitzt tagsüber im Garten auf der Bank, ist dauernd mürrisch, schweigsam, hat keinerlei Beschäftigung. Gibt auf Anreden einsilbige, zerfahrene, ausweichende Antworten. Aus seinen Äußerungen scheint man unter anderm entnehmen zu können, daß er das Empfinden habe, unter dem Einflusse von anderen zu stehen, der ihn am Sprechen hindere.

Monat September: Häufig erregt, schwätzt, lacht, dann wieder gereizt, haut auf den Tisch. Antwortet auf Fragen unzusammenhängendes Zeug, schroff abweisend. Hält bei der Visite dem Arzte plötzlich seine Eßschale unter die Nase mit der Frage, ob er hungrig sei. Die Mitpatienten seien heimtückisch, schmielen Ränke gegen ihn. Die Kost sei wohl Gift, habe häufig einen verdächtigen Geruch.

Monat Oktober bis Dezember: Wechselndes Verhalten, gewöhnlich schweigsam, brütet vor sich hin, dann wieder anscheinend ganz impulsive Gewalthandlungen, schlägt plötzlich aus vollkommener Ruhe heraus auf einen Patienten los. So schlug er einem Pat. mit dem Sessel auf den Kopf, ging dann auf andere los, mußte beschränkt werden.

1923: Januar und Februar. Es hat sich beim Pat. ein gewisser Dauerzustand herausgebildet. Seine körperlichen Funktionen sind völlig in Ordnung. Er ißt und schläft normal, erholt sich physisch zusehends. Tagsüber steht oder sitzt er im gemeinsamen Tagesraum ohne mit jemandem zu sprechen, ohne für irgendeine Beschäftigung Interesse zu zeigen, mit mürrischem Gesicht, schweigsam, immer im Mantel und den Hut auf dem Kopfe. Im Gespräche mit dem Arzte, insofern er überhaupt auf ein solches eingeht, ist er grob, weicht geordneten Antworten in einer gewissermaßen scherzhaften, ironischen Weise aus, gefällt sich in Wortspielereien, stellt Gegenfragen, behandelt den Arzt in schroffer Weise.

Es sollen nun einige Proben seiner derzeitigen Redeweise gebracht werden:

5. III. Auf die Anrede: „Heute höre ich nicht“; fragt den Arzt: „Sind Sie Weisens Sohn?“ Ob er zufrieden sei? „Zufrieden bin ich nicht, aber zufrieden (kroatisch) bin ich“; setzt deutsch fort: „Ich tue sehr gern genießen . . . gestern habe ich Nüsse gegessen . . . heute Trauben . . . über die Genüsse . . . der Honig...“ Es wird ihm darauf gesagt, daß seine Äußerungen unverständlich seien; darauf Patient (deutsch): „Die Jungens, einst politisch begeistert, jetzt poetisch, die verstehen es schon . . .“ Ob er krank sei? „Ich bin überhaupt nicht krank, nie gewesen, jeden Tag bin ich lustig und lustig und listig auch . . . das ist ein Zusammenhang . . . kann einer lustig sein, der nicht listig ist? Man muß immer einen Hintergrund haben, um sich auf etwas zu spreizen, das ist Begeisterung der Völker . . .!“ Schließt: „Ich habe Sie jetzt unterhalten, das kostet bei mir nichts.“

7. III. Arzt: „Ich verbeuge mich“ (kroatischer Gruß). Pat.: „Ich biege mich . . . große Deklination“ (Wortspiel). (Was haben sie mir mitzuteilen?): „Ich muß hören, was sie mitteilen.“ (Wer?): „Diese Stimmen, die ich hier höre“ (ob er damit Halluzinationen meint, ist nicht festzustellen). (Womit beschäftigen Sie sich den ganzen Tag?): „Mit Hören und Dechiffrieren. Was die anderen reden, darüber denke ich nach.“

11. III. Anstatt des Gegengrußes: „Nun der, der mich so gesalbt hat, der ist nach S. gegangen“. (Sind Sie hier zufrieden?): „Je nach dem Raume und der Luftelektrizität.“ (Was soll das heißen?): „So weit es die Luftelektrizität zuläßt . . . Ich kann diese Mauer nicht durchbrechen, so dumm bin ich wieder nicht . . . was ich zerreiße, das ist zerrissen, was zu binden ist, das binde ich, damit es niemand zerreiße . . .“ (Schlafen Sie gut?): „Ich schlafe immer gut, aber ich habe den Menschen noch nicht vor mir gesehen, der sich selbst den Finger abscheiden würde . . . das ist der Unterschied bei den Leuten.“ (Was heißt das?): „Der, der ein Auge hat, sieht mehr als der, der zwei hat . . . Das ist für den Zyklonen.“

13. III. Im Gespräche mit dem Arzte, als der ihn einmal nicht versteht: „Dreimal wiederholen, das heißt bei mir zu einem Dummkopf sprechen.“ (Warum sind Sie so grob?): „Sind Sie denn fein?“ (Was haben Sie gegen mich?): „Wie Sie die Arie spielen, so gebe ich . . . gestern war der Revisor auf dem Tapete, das wissen die Intendanten.“ . . . „Wenn ich Ihnen etwas sage, so will ich nicht wieder im Bilde sprechen.“

15. III. Spricht den Arzt an, der zu ihm tritt: „Nun raten Sie was ist.“ (Was?): „Ich weiß nicht, sagen Sie es, Sie sind Doktor!“ (Gehen Sie bald nach Hause?): „No . . . ich gehe langsam . . . wenn die Zeit kommt“. (Erinnern Sie sich an Ihren Zustand vom vorigen Jahre?): „Was früher war, davon weiß ich nichts. Ich bin Futurist.“

Benimmt sich dauernd so, behandelt den Arzt wie von oben herab, scheint ihn ironisieren zu wollen. Sitzt immer auf demselben Platze, ohne Beschäftigung, spricht spontan mit niemandem. Benimmt sich dem Ärzte gegenüber häufig völlig abweisend, ohne ihn einer Antwort zu würdigen.

Mitte April besuchte ihn einmal seine Nichte. Auf ausdrückliches Befragen gab diese an, daß sich der Pat. mit ihr längere Zeit vollkommen natürlich und geordnet unterhielt. Auch Mitpatienten geben an, daß Pat. zeitweise geordnete Gespräche führt, dann wieder unzugänglich und sinnlos daher rede. — Im Gespräche mit den Ärzten dauernd wie oben beschrieben. — Das Wärterpersonal hat mit ihm Mühe, da er sehr empfindlich und schwer zu behandeln sei.

Die *Körpergewichtskurve* befindet sich in langsamem, aber stetigem Ansteigen (seit ungefähr einem Jahre Zunahme um 12 kg). Das Körpergewicht vor der Krankheit ist aber noch lange nicht erreicht.

Es ist nun die Frage, ob der Zustand, der sich bei dem Patienten im Laufe der Zeit herausgebildet hat, als ein stabiler Endzustand aufzufassen sei oder nicht. Abgesehen davon, daß die Beobachtungszeit wohl noch zu kurz ist, um dies mit Sicherheit entscheiden zu können, möchte ich vor allem auf die *Gewichtskurve* hinweisen, die sich derzeit noch im stetigen Ansteigen befindet und das Sollgewicht noch lange nicht erreicht hat. Daraus kann meiner Ansicht nach mit der nötigen Reserve der Schluß gezogen werden, daß eine Stabilisierung im Krankheitsverlaufe noch nicht eingetreten ist. Doch kann über diese Frage wohl nur die weitere Beobachtung entscheiden¹⁾.

Ich will nun die Besprechung der Symptomatologie in chronologischer Reihenfolge vornehmen. — Es entwickelt sich bei dem anscheinend schizoid-depressiv belasteten Pat., nachdem er vor zirka 2 Jahren von seiner Frau geschieden worden war, im Alter von 40 Jahren eine akute Psychose mit einem zunächst *depressiv-hypochondrischen* Einleitungsstadium. Hier treten rein *melancholische* Elemente in den Vordergrund. Er wird traurig und gehemmt, unfähig zum Dienste, in dem er sich zurückgesetzt glaubt. Hypochondrische Befürchtungen führen zur weitgehenden Beschränkung der Nahrungsaufnahme sowie zur quälenden Vorstellung, Syphilis zu haben. Allerhand körperliche Sensationen, die wohl nicht so sehr als Organhalluzinationen im eigentlichen Sinne, sondern mehr als körperliche Begleiterscheinungen eines depressiv-ängstlichen Affektes aufzufassen sind (der Bauch wird geschwollen, er muß explodieren, das Genitale brennt, fürchterliche Hitzen),

¹⁾ Wie auch darüber, ob der Fall in Beziehung steht zur ersten Gruppe der von Kraepelin beim „präsenilen Irresein“ geschilderten Krankheitsbilder: *Entwicklung von depressiven Wahnvorstellungen und Angstzuständen mit allmählichem Übergang in psychische Schwächezustände.*

verstärken diese hypochondrische Einstellung. Das Erlebnis seiner unglücklichen Ehe wird wieder hervorgeholt und in selbstquälerischer Weise mit dem Gefühle einer eigenen Verschuldung der Frau gegenüber betont. Die Exploration ergibt, daß er sich überhaupt viel mit sexuellen Inhalten beschäftigt, für seine Potenz fürchtet usw. Es spielen also bei den Psychosen dieser Jahre die sexuellen Inhalte auch beim männlichen Geschlechte anscheinend dieselbe bedeutende Rolle, wie dies für die weiblichen Involutionenpsychosen beschrieben wurde (*Kleist, Serko*). Auch bei dem an erster Stelle beschriebenen Krankheitsfall sind ja sexuelle Motive in auffälliger Weise hervorgetreten.

Die unerträgliche innerpsychische Situation führt nun bei dem Patienten zunächst zur Flucht aus der bisherigen Umgebung und dann nach längerem Aufenthalt bei der Schwester, wo er dauernd deprimiert und beschäftigungslos war, schlecht schlief, endlich zum Selbstmordversuch, der seine Einbringung in die Anstalt veranlaßte.

Hier entwickelt sich nun in der ersten Zeit ein stetig zunehmender Erregungszustand, der seine Höhe im Verlaufe von zirka 3 Monaten erreichte, um dann ziemlich rasch abzuklingen. Aus der ganzen Symptomatologie dieses Zustandes geht wohl mit ziemlicher Sicherheit hervor, daß es sich um das Zustandsbild einer „agitierten Angstpsychose“ handelt. Auf der Grundlage einer aufs höchste gesteigerten Angst läßt sich das Gros der beobachteten Symptome in verständlicher und einführbarer Weise aufbauen. Abgesehen davon, daß er einmal spontan äußert, er habe Angst, fürchte hingerichtet zu werden, gelingt es zwar nicht, durch Exploration Aufschlüsse über sein Innenleben zu gewinnen; zur Zeit der Akme des Erregungszustandes scheint diese Unzugänglichkeit auch durch eigentliche *Bewußtseinstörung* bedingt zu sein. Das ganze motorische Verhalten des Pat. versteht man aber ohne weiteres als Ausdruck eines *Angstaffektes* höchsten Grades. Er ist in fortdauernder Bewegungsunruhe, besonders nachts; er zittert am ganzen Körper, zupft ruhelos an sich herum mit angstvoll verzerrtem Gesichtsausdruck; rauft sich die Haare, jammert, stöhnt, wälzt sich im Bette; verkriecht sich unter das Bett, in den Ofen usw. Besonders deutlich sind hier die Auswirkungen der *körperlichen Begleiterscheinungen* der Angst zu beobachten. Die Nahrungsverweigerung ist wohl zum guten Teil auf Rechnung der die Angst begleitenden unangenehmen Eingeweidegefühle zu setzen. Es würgt ihn, er greift sich an den Hals, reißt am Kehlkopf herum, um diese quälenden Gefühle abzuwehren. Auch abnorme Geruchs- und Geschmacksempfindungen stellen sich ein: Das Essen riecht schlecht, schmerzt nach Jodoform. In der Vorstellung: das Essen sei ihm verboten, findet diese Anorexie gewissermaßen eine Rationalisierung und Projizierung nach außen. Die die Angst begleitende Hypermotilität im Bereiche des Verdauungstraktus äußert sich wohl in dem

andauernden *Erbrechen*, sowie endlich auf der Akme des ängstlichen Erregungszustandes in einem zirka 14 Tage dauernden *Durchfall*, der mit Abklingen des Angsteffektes rasch zum Stillstand kommt. Auch die Gefühle des Geschwollenseins im Bauche, „es wächst etwas im Bauche“, können als Begleitsymptome der Angst gedeutet werden. Er greift sich an die Brust, schnaubt, als ob er etwas wegtreiben wollte — als Ausdruck der Präkordialangst; die mit der Angst verbundenen unangenehmen Gefühle im Bereiche der Genitalsphäre lassen ihn ans Genitale greifen, daran herumreißen.

Als akzessorische Symptome finden sich Halluzinationen und vereinzelte Wahnideen, die aus der ängstlichen Affektlage verständlich abgeleitet werden können: die mit der Anorexie in Zusammenhang stehenden Geruchs- und Geschmacksillusionen wurden bereits erwähnt; er hört ferner Stimmen, besonders nachts, die ihn hinausrufen, ihn beängstigen. Er äußert, zum Tode verurteilt zu sein.

Auf der Höhe des Angstzustandes führt nun der Affekt anscheinend zu einer richtigen *Bewußtseinsstörung*; Äußerungen einer solchen wären die völlige Unzugänglichkeit, sinnlose Antworten mit echolalischen Wiederholungen aus der Frage, das Verkennen der Situation, ferner die Unreinlichkeit und das Kotschmieren. Daß Bewußtseinsstörungen durch die ängstliche Erregung speziell bei den klimakterischen Depressionen nicht selten vorkommen, wird von *Bumke* besonders erwähnt.

In der ersten Krankheitsperiode wäre also der gesamte Symptomenkomplex als hochgradiger *ängstlicher Erregungszustand* so ziemlich durchsichtig und verständlich.

Weniger leicht gelingt die Klassifizierung des nun folgenden, durch 6 Monate währenden *Stupors* mit Bewegungslosigkeit und Mutazismus. Da das ganze Krankheitsbild mit einer Depression begann und der Stupor sich an den ängstlichen Erregungszustand unmittelbar anschließt, so wäre es anscheinend das Natürlichste, ihn als „*melancholischen Stupor*“ aufzufassen. Das Fehlen von eigentlichen Affektäußerungen im Sinne der Trauer und Niedergedrücktheit könnte nicht so sehr ins Gewicht fallen, da ja beim tiefen melancholischen Stupor die „erstarrte Verzweigung“ oft jeglichen Affektausdruck vermissen läßt. Auffallend ist aber, daß der Patient keine Nahrungsverweigerung mehr zeigt und daß auch der Schlaf ein guter geworden ist. Antwortet er einmal auf Anreden, so geschieht dies in „höhnisch abweisendem Tone“ dabei „lacht er häufig wie grundlos vor sich hin.“ Ein solches Verhalten würde eher in das Zustandsbild eines „*katatonen Stupors*“ passen. Da fehlen aber wieder die charakteristische Muskelspannung, Katalepsie, Befehlsautomatie, sowie die übrigen charakteristischen körperlichen Begleiterscheinungen. Die aus dem Gesichtsausdruck des Patienten und seinen spärlichen Äußerungen zu erschließende mürrisch-ablehnende

Stimmung würde das prinzipielle Nichtreagieren auf die Außenwelt, Bewegungslosigkeit und Mutazismus eher als „reaktiven Negativismus“ (*Bonhoeffer*) auffassen lassen. Aus was für innerpsychischen Tatbeständen dieser „reaktive Negativismus“ freilich hervorgeht, ob aus der mürrisch ablehnenden Grundstimmung als solcher oder vielleicht aus paranoiden Auffassungen im Sinne von Verfolgungs- und Größenideen, das läßt sich aus dem äußeren Bilde nicht erschließen.

Dieselben Schwierigkeiten bereitet die Deutung des Zustandes, der sich beim Patienten nach Lösung des kompletten Stupors herausgebildet hat und der nun schon seit Jahresfrist andauert. Die Hauptzüge wären etwa folgende: Anscheinend autistisch in sich gekehrtes Wesen, Zurückgezogenheit von der Umgebung, die nach einzelnen Äußerungen (man hindere ihn am Sprechen, schmiede Ränke gegen ihn), im feindlichen Sinne aufgefaßt wird. Beschäftigungslosigkeit, ziemliche Bewegungsarmut, unterbrochen von raptusartig erscheinenden Gewalt-handlungen (geht auf einen Mitpatienten mit dem Sessel los). Mürrisch-gereizte Stimmung, lehnt jeden Versuch, sich mit ihm in Beziehung zu setzen ab, unzugänglich. Im Verkehr mit der Umgebung hochmütig und gereizt, häufig überlegen ironisierend. In den sprachlichen Äußerungen endlich Eigentümlichkeiten, die ganz in das Bild der „Zerfahrenheit“ passen. Das Zustandsbild ähnelt ohne Zweifel recht sehr einem „schizophrenen Endzustand“. Aus welchen Gründen ich es nicht für einen stabilen Endzustand halten will, habe ich schon oben erwähnt. Die nähere Symptomanalyse zeigt nun aber, wie ich glaube, daß zwischen dem Zustand bei unserem Patienten und dem einer autistischen Verblödung nach abgelaufenem Prozesse doch recht gewichtige Unterschiede bestehen.

Zunächst hat man bei dem Patienten — bis heute wenigstens — keineswegs den Eindruck eines ausgesprochenen Defektes der Affektivität, einer gemüthlichen Verblödung. Dies ist nun eine Sache, die bekanntlich zum guten Teile nur gefühlsmäßig erfaßt wird und durch Schilderung in der Krankengeschichte nur schwer darstellbar ist. Der gemüthliche Rapport mit dem Kranken ist schließlich doch erhalten, wenn auch im negativen Sinne, indem er auf jeden Versuch, sich mit ihm in Beziehung zu setzen, mit Hohn, Überlegenheit, Ironie und Ablehnung reagiert. Diese gemüthliche Reaktion läßt sich auch jederzeit hervorrufen, — sie ist einheitlich und, abgesehen von ihrer innerpsychischen Begründung, als solche auch einfühlbar. Beim Verkehr mit dem Patienten hat man das Gefühl, als ob man auf einen Widerstand stoße, hinter dem eine geschlossene, einheitliche Persönlichkeit steht; ganz anders ist die Empfindung beim Verkehre mit verblödeten Schizophrenen.

Es fehlt ferner beim Pat. die bei verblödeten Katatonikern so gewöhnliche Maniertheit im Gebaren und in der Haltung. Seine

Bewegungen sind vollkommen natürlich und frei, die Haltung ungezwungen und keineswegs steif — es fehlt auch hier wieder der „Verlust der Grazie“. Er zeigt im äußerlichen Benehmen keinerlei Absonderlichkeiten oder Bizarrerien, hält viel auf Körperpflege und Kleidung, ist im Essen wählerisch und in Hinsicht auf die Behandlung von seiten des Pflegepersonals sehr empfindlich. — In diesem Zusammenhang muß auch die in den Reden des Pat. zutage tretende „Zerfahrenheit“ besprochen werden. Äußerungen wie: „Man muß immer einen Hintergrund haben, um sich auf etwas zu spreizen, das ist Begeisterung der Völker“, machen ohne Zweifel durch ihre verblüffende Sinnlosigkeit den Eindruck einer echten katatonen Zerfahrenheit. Ebenso z. B., „ich schlafe immer gut, aber ich habe den Menschen noch nicht vor mir gesehen, der sich selbst den Finger abschneiden würde . . .“ Die mitgeteilten Sprachproben sind durchgehends charakteristisch, und es gelingt auch im längeren Gespräche kaum, von dem Pat. eine sinngemäße Antwort zu bekommen. Andererseits hat man aber wieder den Eindruck, als ob dieser Zerfahrenheit in den Reden nicht so sehr eine wirkliche Zerfahrenheit im Denken entspräche. Da die Zerfahrenheit so gut wie nie in Spontanäußerungen des für gewöhnlich schweigsamen Patienten, sondern vor allem in Antworten, im Gespräche mit den Ärzten zutage tritt, so könnte man sie zunächst auch als sinnloses Danebenreden bezeichnen. Dieses sinnlose Danebenreden scheint nun mit der mürrischen, ablehnenden Grundstimmung des Pat. in Zusammenhang zu stehen, der einen jeden Versuch des Arztes, mit ihm zu sprechen, als unwillkommene Störung betrachtet. Man hat in längerem Gespräche mit ihm den Eindruck, als wolle er sich über den Arzt lustig machen, ihn ironisieren, damit jeden Versuch, über sein Innenleben etwas zu erfahren, a priori ablehnend. Faßt man ein solches, in sinnlosen Antworten zutage tretendes Danebenreden als feinere „psychische“ Form des Negativismus auf (*Bumke*), so käme auch hier wieder statt des echten ein „reaktiver“ Negativismus in Frage, als dessen Ausdrucksweise die „Zerfahrenheit“ unseres Pat. vielleicht aufzufassen wäre. Nun sind das zwar wieder bloße Deutungen, und auch beim echten Schizophrenen bekommt man ja häufig solche Eindrücke¹⁾. Aber Äußerungen wie: „heute höre ich nicht“, ferner: „jetzt habe ich Sie wieder unterhalten, das kostet bei mir nichts“, und: „wenn ich Ihnen etwas sage, so will ich nicht wieder im Bilde sprechen“, lassen vielleicht doch auf eine gewisse Absichtlichkeit; auf ein bewußtes Ablehnen schließen. In diesem Zusammenhang ist auch die Beobachtung von Bedeutung, daß Pat. mit seinen Angehörigen,

¹⁾ *Bumke* z. B. sagt, daß man praktisch selten imstande sei, „dieses Danebenreden vom Danebendenken zu unterscheiden . . . ob schizophrene Gedankensprünge gesucht sind oder bloß gesucht erscheinen, werden wir im Einzelfalle nicht oft feststellen können“.

mit seiner Nichte z. B., die ihn in dieser Zeit häufig besucht, vollkommen geordnete und natürliche Gespräche führen soll, so daß man hier an die Angabe *Bumkes* denken muß, daß sich bei katatonen Zuständen im Verlaufe der in Rede stehenden Psychosen „häufiger als bei echten Katatonien eine Abhängigkeit von psychologischen Motiven, also z. B. eine Unterscheidung zwischen den einzelnen Personen der Umgebung nachweisen läßt.“

Diese mürrische, hochmütig ablehnende Grundstimmung, als deren Ausdrucksweise die kataton erscheinenden Zeichen der Unzugänglichkeit, der Stereotypien im Verhalten und des sinnlosen Danebenredens zu deuten wären, ließe sich nun noch bekanntlich im Sinne eines Mischzustandes auffassen, in dem ein depressiver Unlustaffekt mit manischer Selbstüberschätzung gepaart wäre. In der Zeit nach der Lösung des kompletten Stupors zeigte ja der Pat. auch Andeutungen einer echt manischen Erregung. Bei den Schwierigkeiten und den weit auseinandergehenden Ansichten in der Frage der manisch-depressiven Mischzustände will ich mich aber weiter damit nicht befassen. Ich wollte nur den Versuch machen, die als kataton imponierenden Symptome im Krankheitsbilde einigermaßen der Analyse zu unterziehen und die Schwierigkeiten hervorheben, die bei der Deutung solcher Symptome im Bilde der hier besprochenen Psychosen etwas Gewöhnliches sind.

Im Krankheitsbilde scheinen endlich *paranoide* Elemente eine gewisse Rolle zu spielen, obwohl sich bei der besprochenen Äußerungsweise des Pat. Sicheres und Ausführliches darüber nicht erschließen läßt. Inwieweit an der mürrisch gereizten Stimmung *paranoide* Auffassungen mitwirken, läßt sich bei der Unzugänglichkeit des Pat. nicht recht entscheiden. Unbestimmte Äußerungen, wie, daß ihn die Umgebung am Sprechen hindere, sowie daß sein Befinden abhängе „vom Raume und der Luftelektrizität“, lassen vielleicht auf Gefühle der Beeinflussung schließen. Die in der akuten Angstpsychose geäußerten Vergiftungs-ideen kommen übrigens auch im folgenden, ruhigen Stadium noch sporadisch vor. Er sagt ferner einmal im Affekt, die Umgebung sei ihm feindlich gesinnt, spinne Ränke gegen ihn. Vielleicht stehen damit seine einzelnen raptusartigen Angriffe gegen die Umgebung im Zusammenhang. Inwieweit aus Äußerungen, wie: „ich muß hören, was sie mitteilen (sc. diese Stimmen, die ich hier höre)“, ferner „ich beschäftige mich mit Hören und Dechiffrieren“, auf das Bestehen von Gehörshalluzinationen geschlossen werden kann, läßt sich mit Rücksicht auf die beschriebene zerfahrene und ablehnende Redeweise des Pat. nicht sagen.

Fall III. S. J., 57 Jahre alt, verheiratet, Bauer. In die Anstalt aufgenommen am 25. März 1922, nachdem er durch einige Zeit in Z. beobachtet worden war. Anamnestisch ist nur das eine bekannt, daß er in seinem früheren Leben einen

ähnlichen Krankheitszustand nicht durchgemacht habe.¹⁾ Im erwähnten Spitale war er größtenteils bewegungsarm, ging gebückt und langsam umher, sprach langsam und leise und erst auf längeres Zureden. In Amerika habe ihn die Krankheit gepackt, so daß er nicht mehr arbeiten könnte. Der Verstand sei verholzt, „es“ sitze auf der Brust und lasse nicht atmen. Wie er arbeiten wollte, habe sich die Krankheit wieder gemeldet. Zwei oder dreimal habe er versucht, sich umzubringen. Wenn ihn die Krankheit erfasse, so könne er nicht essen. Verweigert häufig die Nahrung, schläft schlecht. Macht kein Sprechen Würgebewegungen. Wurde mit der Diagnose „Melancholie“ übergeben.

Status praesens am 25. III. 1922:

Stark gehemmt, geht mit langsamen, müden Schritten, alle Bewegungen erschwert, langsam. Gesichtsausdruck tief bedrückt. Stirn horizontal gefurcht. Steht und sitzt mit gebeugtem Haupte, in schlaffer Körperhaltung. Spricht spontan überhaupt nichts, auf Fragen kurz und leise. Antwortet geordnet und sinngemäß. Persönlich orientiert, weiß aber nicht, wo er sich befindet. Weiß, daß er heute gekommen ist, aber woher, „daß weiß ich nicht recht zu sagen“, vielleicht aus einem Spitale. Die anderen hätten ihm gesagt, es sei in Z. Über die Tageszeit orientiert, weiß, daß Frühling ist. Nähere Zeitangaben kann er nicht machen. Er fühle sich krank, er sei „verdorben“, die Kost schade ihm, er könne nicht essen, „es kommt zurück“. Im Kopfe komme es ihm öfters „so verwirrt“, so daß er nicht mehr denken kann, das vergehe wieder. Nach Amerika sei er vor zwei Jahren gegangen, Weib und Kind zu Hause lassend. Dort sei er auch erkrankt, wann, das wisse er nicht recht; er habe nicht mehr arbeiten können, am Herzen habe es ihm „wehe getan“, die Füße hätten nicht weiter gekonnt. Er sei dann zurückgekommen, wann, das wisse er nicht recht. Befragt um die Gründe seiner Selbstmordversuche, sagt er: „Es kommt mir so schwer und dann möchte ich mich selbst umbringen.“ Auf die Frage, was mit ihm jetzt sein werde, sagt er: „was weiß ich . . . ich weiß nichts.“ Einfache Rechenaufgaben führt er langsam und mühsam, aber richtig aus. Er zeigt keinerlei faßbare grob organische Störungen. In seinen Äußerungen gehemmt und langsam. Befragt, blickt er zuerst wie verständnislos den Arzt an, wiederholt die Frage, zeigt aber, daß er zwar verlangsamt, aber richtig aufgefaßt hat.

Status somaticus: Groß, schlechter Ernährungszustand, blaß. Pupillen ungleich, L > R, rund, reagieren gut auf Licht und Konvergenz. Emphysema pulmonum. Periphere Arteriosklerose. II. Aortenton akzentuiert. Im Nervenstatus keine besonderen Abweichungen.

13. IV. Der Pat. zeigt ein immer gleiches, einförmiges Verhalten. Er sitzt mit gebeugtem Haupte auf seinem Platze, spricht nichts, rührt sich nicht, kümmert sich nicht um die Umgebung. Gesichtsausdruck tief deprimiert, schon mehr apathisch.

5. V. Völlig unverändert. Sitzt tiefgebeugt auf seinem Platze, schweigsam, reagiert nicht auf Fragen. Den ganzen Tag unbeweglich in derselben Stellung. Er hält sich dabei rein, ißt langsam, aber die ganze Portion, schläft gut.

7. VI. Immer das gleiche Bild. Steht im Garten abgesondert von den übrigen Kranken, immer auf demselben Flecke mit geschlossenen Füßen, den Kopf tief niedergebeugt, rührt sich nicht, spricht mit niemandem, reagiert auf Vorgänge in der Umgebung absolut nicht. Gibt auf Fragen keinerlei Antworten.

¹⁾ Ein erst jetzt erlangter, dürftiger Bericht des Schnes besagt, daß Pat. aus gesunder Familie stammt und früher nie geistig krank war. Im Jahre 1919 ging er nach Amerika und wurde von dort Ende 1921 erkrankt zurückgebracht. (Anmerkung bei der Korrektur.)

27. VII. Unverändert. Steht tagsüber im Garten immer am selben Platze, gebeugten Hauptes, spricht nicht. Rührt sich nicht. Vegetative Funktionen in Ordnung.

Bis Ende des Jahres: Völlig gleich. Sitzt im Zimmer auf der Bank in stereotyper Haltung, mutazistisch, bewegungslos.

21. II. 1923. Sitzt auf der Bank in seiner gewohnten Haltung, reagiert auf Anreden nicht. Wenn man ihn berührt, so weicht er dem mit schnellen, ärgerlich aussehenden Bewegungen aus. Dabei soll er häufig den, der ihn berührt, mit der Faust schlagen. Ißt seine Portion selbständig, geht von selbst aufs Klosett, bekleidet und entkleidet sich selbst, nur sehr langsam, schläft gut.

2. III. Der Arzt stößt ihn ein wenig in den Rücken. Darauf schlägt der Pat. mit der Hand blitzschnell nach hinten aus, um darauf wieder seine unbewegliche Haltung einzunehmen.

11. III. Heute in gewöhnlicher Haltung am gewöhnlichen Platze. Aufgefordert, heute auf die Wage zu kommen, sagt er: „ich will nicht . . . die Füße schmerzen mich . . . ich kann nicht . . .“ (spricht rasch, in geärgertem Tone). (Dann wird man Sie tragen!) „Man braucht mich nicht zu tragen, was soll ich auf der Wage, ich bin kein Ochse!“ (Dabei ohne den Arzt anzusehen, mit niedergebeugtem Kopfe, ohne seine Haltung zu verändern.) Auf neuerliches Zureden: „Ich brauche Ihre Wage nicht, was soll ich auf der Wage . . .“ Es wird ihm eine Milchzubüße versprochen, falls er kommt. Darauf: „Ich brauche weder Ihre Wage, noch Ihre Milch“. (Habe ich Ihnen etwas getan?) „Ich sehe, was du tust!“ Beim Weggehen des Arztes erwidert er nicht den Gruß, gibt auch nicht auf Aufforderung die Hand. Sitzt dann wieder wie gewöhnlich. Nase und Hände cyanotisch.

13. III. Reagiert heute auf Anreden absolut nicht.

23. III. Unverändert. Gestern hat er bei Gelegenheit dessen, daß ihm der Wärter den Kopf waschen wollte, diesen in den Finger gebissen, ohne dabei ein Wort zu sprechen. Bei der Visite wieder völlig mutazistisch und regungslos. Nach Angabe des Wärters reagiert der Pat. häufig auf jeden Versuch, mit ihm eine Veränderung vorzunehmen, in gereizter, geärgelter Weise, schimpft, wehrt jede Berührung ab, schlägt auch wohl um sich. Läßt man ihn in Ruhe, so sitzt er wie gewöhnlich stumm und regungslos da.

24. III. Wird heute gewogen. Dabei weigert er sich, die Kleider abzulegen. Treibt den Wärter und den Arzt mit mürrischer Geste von sich.

4. IV. Völlig unverändert. Wird wegen eines Fußgeschwürs behandelt. Dabei immer sehr widerstrebend, fährt gelegentlich die Ärztin an: „Wie kannst du dich unterstehen, meinen Fuß zu verbinden!“, kann nur mit Mühe behandelt werden.

Die Körpergewichtskurve zeigt seit 31. III. 1922 bis heute einen allmählichen Gewichtsverlust von 8 kg. In der letzten Zeit ist ein Ansteigen (ca. 5 kg) zu bemerken. Pat. ißt besser und bewegt sich etwas freier, ohne daß sonst in seinem psychischen Verhalten eine Änderung zu bemerken wäre.

Hier beginnt bei dem damals anscheinend ca. 56jährigen Pat. das Krankheitsbild mit einem *melancholischen* Zustand, in dem sich die charakteristische Trias: Denkhemmung, depressiver Gemütszustand, Bewegungshemmung, unschwer nachweisen läßt. Die Denkhemmung tritt zunächst objektiv in der verlangsamten, aber dann doch richtigen Auffassung, in den verlangsamten Reaktionen zutage. Seine Antworten sind dabei geordnet und sinngemäß. Aufgaben werden langsam und erst auf längeres Zureden, aber doch richtig gelöst. Die im Examen zutage tretende Orientierungsstörung kann wohl im Zusammenhange damit

als „apathische Unorientiertheit“ gedeutet werden. Der erschwerte Gedankenablauf kommt auch subjektiv zum Bewußtsein: Der Verstand sei „verholzt“, im Kopfe komme es öfters so „verwirrt“, so daß er nicht mehr denken kann. Die Gemütsdepression führt zu mehrmaligen Selbstmordversuchen: „Es kommt mir so schwer und dann möchte ich mich selbst umbringen.“ Am Herzen hat es „wehe getan“. Das Gesicht hat deutlich depressiven Ausdruck: Gesenkte Augen, schlaaffe Züge, Stirn horizontal tief gefurcht. In der ganzen Haltung und im Gebaren ausgesprochene Bewegungshemmung: Schlaaffe Haltung, Kopf tief gebeugt, langsame müde Bewegungen, spärliche Reaktionen, vor allem spärliche leise und einsilbige Antworten. Das Bewußtwerden dieser Hemmung und das daraus resultierende Insuffizienzgefühl erkennbar in Äußerungen wie: Er könne nicht mehr arbeiten, die Füße hätten nicht weiter gekonnt, es sitze auf der Brust und lasse nicht atmen. Auf vegetativem Gebiet damit im Einklang: Darniederliegen des Appetites, Nahrungsverweigerung, schlechter Schlaf. Ferner als akzessorische Symptome spärliche hypochondrische Ideen: „Er sei verdorben, die Kost schade ihm, er könne nicht essen“, fühlt, daß er krank sei.

Dieses erste Stadium der Erkrankung, ein typisch *melancholisches* Zustandsbild und als solches verständlich und einfühlbar, geht nun im weiteren Verlaufe in einen Zustand über, der einer befriedigenden Deutung wieder einigermaßen Schwierigkeiten entgegensetzt. Hier steht im Vordergrund auch weiter das *stuporöse* Verhalten, die Bewegungsarmut. Ob aber auch weiter als Teilerscheinung einer allgemeinen *melancholischen* Hemmung, das ist aus dem Gesamtbilde keineswegs ohne weiteres ersichtlich. Zunächst zeigt der Stupor als solcher eigenartige Züge. Nahrungsaufnahme und Schlaf, die anfangs gestört erscheinen, werden allmählich vollkommen geordnet, und auch sonst fügt sich der Kranke in das einförmige Getriebe der Tagesordnung ein. Er steht mit den anderen Kranken auf, zieht sich selbständig an, verrichtet seine Bedürfnisse selbständig. Er nimmt tagsüber stereotyp immer denselben Platz ein, sitzt dort monatelang in unveränderter Haltung, starr und bewegungslos. In der warmen Jahreszeit stand er monatelang im Garten, abgesondert von den übrigen, immer am selben Platze, ohne Zeichen der Ermüdung zu zeigen, ohne Rücksicht auf Hitze und Sonnenschein, in unbeweglicher stereotyper Haltung, statuenhaft. Auf Vorgänge in der Umgebung, auf Anreden zeigt er dabei so gut wie gar keine Reaktion, war bis in die letzte Zeit vollkommen mutazistisch. Irgendein diesen Stupor befriedigend erklärender Gemütszustand ist bei ihm nicht zu konstatieren. Er zeigt immer denselben starren, maskenhaften Gesichtsausdruck, Nase und Hände sind als Ausdruck vasomotorischer Begleiterscheinungen dieses Stupors livide verfärbt, cyanotisch. Er bietet ohne Zweifel daß äußere Bild einer *Akinese*, eines *katatonen*

Stupors. Daß seine Bewegungsarmut, sein Mutazismus nicht als allgemeine Hemmung gedeutet werden können, beweisen seine Reaktionen auf Versuche der Umgebung, ihn in seiner Haltung zu stören. Diese motorischen Reaktionen geschehen *blitzschnell*, ohne alle Hemmung, mit deutlichen Zeichen des *Ärgers* und der *Wut* über die unwillkommene Störung, und daraufhin wird die unbewegliche stereotype Haltung wieder eingenommen. Auch die sprachlichen Äußerungen, die in letzter Zeit den Mutazismus stellenweise durchbrechen, tragen keineswegs den Stempel allgemeiner Hemmung wie in der ersten Zeit, sie erfolgen vielmehr rasch, geärgert. Bewegungen und Äußerungen scheinen also eine *Sperrung* zu durchbrechen. Diese Reaktionen sind, äußerlich genommen, *negativistische* im Sinne des „grundsätzlichen Widerstandes gegen alle von außen gewollten Zustandsänderungen“ (*Bumke*). Auch daß der Kranke im Garten monatelang in steifer Haltung dasteht, paßt wohl in das Bild des katatonen Stupors.

Und doch ist die Auffassung im Sinne eines rein katatonen Zustandsbildes wieder nicht unbestreitbar. Zunächst macht die Haltung des Kranken ohne Zweifel den Eindruck, als ob hier ein Zustand der melancholischen Bewegungshemmung in *erstarrter Form* festgehalten würde. Das „kummergebeugte Haupt“, die „gefurchte Stirn“ bestehen ja wie zu Anfang weiter, obwohl ein entsprechender Affekt der Trauer mit Sicherheit nicht mehr vorhanden ist. Dann aber sieht der „Negativismus“ des Kranken durchaus nicht so aus, wie das „triebhaftes Widerstreben“ echter Katatoniker. Es scheint vielmehr dem Verhalten eine *psychologische Motivierung* zugrunde zu liegen, im Sinne einer ärgerlichen, gewollten Abschließung gegen die Außenwelt. Der Kranke antwortet ja, wie schon oben bemerkt, auf jeden Versuch, ihn in seiner Abgeschlossenheit zu stören, mit den deutlichen Zeichen der Wut und des Ärgers. Er kann dabei auch direkt aggressiv werden, schlägt um sich, beißt den Wärter in den Finger. Das sind nun zwar Dinge, die bei echten katatonen Stuporen auch vorkommen, allerdings wohl nicht in der Konsequenz wie beim Pat. Es ist ferner aus den sprachlichen Äußerungen des Pat. auf eine mürrische, ärgerliche Grundstimmung zu schließen, die ihn jeden Verkehr mit der Außenwelt, jedes Eingehen auf ihre Forderungen, als unwillkommen erscheinen läßt. Bemerkenswert ist zunächst, daß der Pat. auf indifferente Fragen gar nicht reagiert, wohl aber auf Aufforderungen, die eine Zustandsänderung von ihm verlangen, in mürrischer, ablehnender Weise, deutlich affektbetont. Bei solchen Gelegenheiten gibt er wohl auch Spontanäußerungen in Form eines ärgerlichen Schimpfens von sich. Diese hochgradige Gereiztheit, mit der alle diese motorischen, wie sprachlichen Äußerungen verbunden sind, unterscheiden sie sehr wohl von dem sinnlosen, triebhaften Widerstreben echter Katatoniker.

Begreiflicherweise erhebt sich auch hier wieder die Frage nach den psychologischen Gründen dieser mürrischen Stimmung, dieser „Affektlage der Ablehnung“. *Sinnestäuschungen* scheinen im Krankheitsbilde keine Rolle zu spielen. Die spärlichen Äußerungen des Pat., wie: „Ich sehe schon, was du tust“ oder gelegentlich der ärztlichen Behandlung: „Wie kannst du dich unterstehen, meinen Fuß zu verbinden“, etwa im Sinne *paranoider Auffassungen*, von Verfolgungsideen und Größenwahnvorstellungen deuten zu wollen, erscheint wohl zu gewagt.

Die jetzige morose, gereizte Grundstimmung hat sich zeitlich aus der anfangs bestehenden melancholischen Depression entwickelt. Es verhält sich hierin der besprochene Fall ähnlich wie der zweite, bei dem es ja auch nach einem Stadium der reinen Depression respektive der ängstlichen Erregung zur Ausbildung eines Dauerzustandes gekommen ist, der durch eine mürrische Grundstimmung gefärbt erscheint. Es war aber auch dort nicht möglich, für dieses ablehnende Verhalten gegen die Außenwelt psychologische Motive wie Verfolgungsideen z. B. unzweideutig nachzuweisen.

Fall IV. B. V., 41 Jahre alt, verheiratet, Maurer. In die Anstalt aufgenommen am 4. XII. 1922. Die Mutter des Pat. wurde vor ca. 10 Jahren in der hiesigen Anstalt im Alter von 67 Jahren wegen eines depressiv-ängstlichen Zustandsbildes behandelt. Es soll bei ihr vor damals 20 Jahren ein „ähnlicher“, damals 2 Jahre dauernder Zustand bereits bestanden haben. Über sonstige geistige Erkrankungen in der Aszendenz ist nichts zu erfahren.

Die Frau des Pat. berichtete über die Entwicklung der jetzigen Erkrankung ihres Mannes folgendes: Der Patient soll in seinem früheren Leben niemals geisteskrank gewesen sein. Er war immer ein mehr einsamer, scheuer Mensch, der viel zu Grüblereien neigte. Mit 32 Jahren ging er nach Amerika (zum dritten Male im Leben) und kehrte anfangs 1920 (39 Jahre alt) nach Hause zurück. In Amerika soll er dauernd ein mehr scheues, verschlossenes Wesen gezeigt haben. Er begann nun, nach Hause zurückgekehrt, allmählich, immer mehr zunehmend, seine Frau mit allerhand Eifersuchtsideen zu quälen. Es durfte kein Mann ins Haus, die Frau durfte nicht fortgehen, er machte ihr Vorwürfe wegen ehelicher Untreue, äußerte auch wohl, es wäre das Beste, sie würden gemeinsam sterben. Eines Morgens drang er in sie, ihm ihre Untreue zu bekennen und bedrohte sie mit der Schußwaffe, er würde nun sie und sich selbst töten. Dabei arbeitete er aber in seinem Berufe zunächst tätig weiter und war gegen die Frau wieder lieb und freundlich. Mit der Zeit begann er nun ein immer mehr gehemmtes Wesen und zunehmende Unfähigkeit zur Arbeit zu zeigen. Er blieb von der Arbeit aus, wanderte ruhelos umher, und äußerte, daß ihn dazu „unsichtbare Mächte“ antrieben. Oktober 1922 war er auf Besorgungen in Z. Er fiel dort durch sein absonderliches Benehmen auf und wurde polizeilich nach Hause befördert. Seit dieser Zeit war er zu Hause dauernd schwer gehemmt, lag größtenteils unbeweglich im Bette, stand auch wohl unbeweglich auf einem Flecke bis zu zwei Stunden. Die Nahrungsaufnahme war dabei in Ordnung. Er sprach sehr wenig und nur mit seiner Frau, stand nachts häufig auf und lief aus dem Hause.

Der Kranke wurde nun zunächst in das Spital in Z. gebracht, dessen Beobachtungsjournal besagt, daß er dort gehemmt war und bekümmerten Gesichtsausdruck zeigte. Er sah beim Sprechen nie in die Augen. Er äußerte, es verfolge ihn eine

gewisse Angst, er fürchte sich vor einer „Gewalt“. Bei der Rückkehr aus Amerika habe er große Geldverluste gehabt. Das ganze verflossene Jahr hätten sie ihn verfolgt und sekkirt. Er habe manchmal das Empfinden, als ob jemand seine Gedanken ausspräche. Er schlafe jetzt schlecht, Gedanken kämen und würfen ihm unmoralischen Lebenswandel vor. Er wurde mit der Diagnose: „Melancholie (Katatonie?)“ übergeben.

Status praesens vom 4. XII. 1922. Sitzt steif mit gesenkten Augen, spricht spontan nichts, auf Fragen nur langsam und zögernd. Den Pflegern erzählte er, er sehe im Dunkel Erscheinungen, die ihm seine Sünden aus der Vergangenheit vorwerfen. Er sei in die Anstalt gekommen, um für seine Sünden Buße zu tun. Der Kopf schmerze ihn, vor den Augen sei ein Nebel. Beim Examen gibt er seine Personalien in Ordnung an, sagt, daß er eineinhalb Monate nicht mehr arbeite. Jetzt befinde er sich „bei der Prüfung vor dem Doktor“, der ihn wegen seines jetzigen Lebenswandels ausfrage. Örtlich und zeitlich orientiert. Auf die Frage, warum er nicht mehr arbeite, sagt er nach anfänglichem Zögern, daß er sich in der letzten Zeit schwach fühle. Er sei zu sehr in Anspruch genommen, durch Quälereien von seiner Seite selbst und von Seite anderer. Er fühle sich krank, sei schwach, die Beine schmerzen ihn. Er sei traurig, weil er in der Familie Unannehmlichkeiten gehabt habe. Die Frau betrage sich nicht so, wie es sein müßte, gebe anderen Männern vor ihm den Vorzug. Außerdem mache er sich Sorgen über die jetzigen schweren Lebensverhältnisse. Auf die Frage, ob er nachts gut schlafe, sagt er: „Man würde nachts gut schlafen, wenn man nicht so viel denken müßte.“ Er grübele darüber nach, wie er sich seine jetzige Lebenslage verbessern könnte und wie er sich bemühen sollte, unter dem Volke nicht als ein schändlicher Mensch zu erscheinen. Auf die Frage, wie er das meine, bemerkt er, er fürchte sich immer, jemanden zu beleidigen, der ihm dann zum Feinde werden könnte. Von seiten anderer habe er eine gewisse Verachtung gefühlt, vielleicht aus Neid, weil es ihm besser ging als den anderen. Er gibt zu, Erscheinungen gesehen und Stimmen gehört zu haben, die ihm Vorwürfe über die Vergangenheit machten. Diese Äußerungen werden gehemmt, mit leiser, monotoner Stimme gegeben. Er sieht dabei den Untersucher nicht an. Mimik und Haltung entsprechen einer stark depressiven Stimmung.

Status somaticus. Groß, habitus asthenicus, X. Costa fluktuans, schlechter Ernährungszustand. Pityriasis versicolor. Innere Organe ohne besonderen Befund. Puls 72, rhythmisch, von mittlerer Spannung. Pupillen ziemlich eng, gleich, rund, reagieren auf Licht und Nahesehen. Augenhintergrund normal. Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten schwach auslösbar. Im übrigen Nervenbefund negativ. Im Harn weder Eiweiß noch Zucker.

Die ersten Wochen seines Anstaltsaufenthaltes ist der Patient dauernd gehemmt und schweigsam, sitzt beschäftigungslos herum, ißt wenig und langsam.

[Mitte Januar 1923 nimmt diese Hemmung immer mehr zu, der Pat. bleibt dauernd im Bette liegen, spricht nicht, ißt nicht.

22. I. Liegt im Bette, Nahrungsverweigerung, künstliche Ernährung.

27. I. Dauernd im Bette, mit krampfhaft geschlossenen Augen, unbeweglich. Reagiert auf Fragen nicht. Es besteht ausgesprochene Katalepsie. Läßt sich ohne Widerstand mit der Schlundsonde ernähren.

5. II. Nach Wärtermeldung zeitweise erregt, schlägt mit dem Kopfe an die Wand.

7. II. Dauernd künstlich ernährt, unrein. Liegt bewegungslos im Bette, auf Aufforderung erhebt er sich steif und langsam. Mutazistisch.

21. II. Fortdauernd bewegungslos im Bette. Geht selbständig aufs Klosett. Spricht kein Wort, gibt auf wiederholtes Anreden keine Antwort. Zeigt dabei

Befehlsautomatie: Auf Aufforderung streckt er die Zunge zögernd und langsam vor, zieht sie auf Nadelstiche nicht zurück. Dies kann mehrmals wiederholt werden. Reagiert auf Nadelstiche am übrigen Körper nur mit Zucken und Augenblinzeln. (Setzen Sie sich!): Setzt sich ganz langsam und steif, nur unter Zuhilfenahme der Bauchmuskulatur. Führt die aufgetragenen Bewegungen zögernd und wie automatisch aus, dabei Perseveration. Katalepsie: selbst die unbequemsten Stellungen werden, passiv erteilt, längere Zeit festgehalten. Dabei sind die Glieder deutlich „wächsern biegsam“. Wird fortdauernd künstlich ernährt.

4. III. Völlig unverändert. Liegt steif im Bette mit krampfhaft geschlossenen Augen, hält den Kopf vom Kissen abgehoben. Katalepsie. Preßt beim Einführen der Schlundsonde.

5. III. Rhythmische, langsame Nickbewegungen des vom Kissen abgehobenen Kopfes.

11. III. Unverändert. Stupor, Mutazismus. Reagiert auf Nadelstiche mit Zucken des ganzen Körpers, ohne Abwehr- oder Fluchtbewegungen. Beim Einführen der Schlundsonde Pressen.

23. III. Unverändert fortdauernder Stupor. Gesicht gerötet, Gesichtsmuskulatur gespannt. Katalepsie. Künstliche Ernährung jetzt leichter. Geht spontan aufs Klosett.

24. III. Die Wärterin meldet, daß Pat. heute früh zu sprechen und spontan zu essen anfang. Exploration: Pat. liegt in der gewohnten steifen Haltung im Bette, hält die Augen krampfhaft geschlossen, reagiert auf das Hinzutreten des Arztes nicht. Auf Anruf: „Bitte . . . ich will nach Hause gehen mit dem Zuge nach P. und von P. mit dem Wagen . . . nach B. . . . mit meiner Frau . . . sie sitzt rechts und ich sitze links . . .“ (Sie wird kommen!): „Ich weiß nicht, bitte, Herr Doktor . . und zu Hause wirtschaften, wie es am schönsten geizt, durch Wirtschaftstätigkeit . . . und für das, was ich hier getan habe . . .“ (Was haben Sie getan?): „Ich weiß selbst nicht, aber möglicherweise habe ich irgendwelche Ungehörigkeiten begangen . . . zu Hause muß ich eine kurze Zeit so handeln, wie mir die Gemahlin sagen wird . . . dann wie es Gott anordnet . . .“ (Was war mit Ihnen hier?): „Alle möglichen Unannehmlichkeiten . . . man ist unfrei . . . ich kam mir so unfrei vor . . . und jetzt wünsche ich Freiheit“. (Wieso unfrei?) „Irgendwelche Gewalten hielten mich gefesselt . . . und das wird wahrscheinlich der Wille Gottes sein . . . Ich wollte sprechen, aber irgendwelche Gewalten ließen es nicht zu . . .“ Er kann nicht recht beschreiben, wie er eigentlich die Wirkungsweise dieser Gewalten fühlte, jedenfalls aber nicht durch sprachliche Befehle. Auf Befragen: „Diese Gewalten kommen von außen . . . diese Gewalt wird wohl der allmächtige Gott sein.“ (Warum beugen Sie immer das Haupt?) (Führt während des Gespräches mit dem Arzte rhythmische Nickbewegungen aus): „Ich beuge mich dem allmächtigen Gotte, ich wünsche zu beichten und zu kommunizieren.“ Erklärt dann spontan, er glaube, man mache es ihm zum Vorwurfe, daß seine Mutter als Kranke hier war. „Ich bin nicht schuld, ich bin ein gesunder Mensch und bei Bewußtsein.“ Über sein Erleben bei den kataleptischen Erscheinungen befragt, sagt er: „Das kann Gott bewirken . . . Gott hat Ihnen die Macht gegeben, mit den Menschen zu verfahren im Auftrage des Herrn Direktor.“ Die ganze Zeit über sei er traurig gewesen. (Warum?): „Wegen des unordentlichen Lebens . . . , daß der Mensch nicht seine Familie und sein gewohntes Leben hat.“ Äußert weiter: „Die Gewalt, die den gerechtesten Menschen zwingt zu sündigen . . . ich weiß nicht, ist das Gottes Wirksamkeit, oder machen das die Leute.“ Dadurch, daß er so lange unbeweglich gelegen sei, habe er vielleicht eine Sünde begangen, „vielleicht Ihnen, vielleicht Gott gegenüber . . . jetzt bitte ich um Verzeihung.“ „Ich bitte um Verzeihung für meine unangemessenen Handlungen . . .“ Auf die

Frage, ob auch seine Gedanken von den „Gewalten“ beeinflusst worden seien, sagt er: „Die Gewalten haben mich gezwungen, nur an sie zu denken und nicht an anderes . . . das andere ist, daß ich mit meiner Arbeit mir das Brot verdienen soll.“ Während seines kompletten Stupors wurde er einmal in der Wärterschule zur Demonstration der künstlichen Ernährung vorgeführt. Er erinnert sich an alle Details der damaligen Szene, was der Arzt sprach usw. Er sagt, er habe sich damals gedacht, der Arzt hätte ihn wahrscheinlich erdrosseln wollen. Der Pat. bleibt beim Examen weiter steif und bewegungslos, zeigt dabei wie früher Katalepsie. Er spricht mit müdem, erstarrtem Gesichtsausdruck, sieht den Arzt nicht an, die Stimme ist monoton, wie deklamierend, er unterbricht sich häufig. Andererseits spricht er häufig wie vor sich hin weiter, ohne sich um die Fragen des Arztes zu bekümmern, im Sinne des eben bestehenden Gedankenganges, wiederholt auch Sätze einige Male.

Am selben Tage: liegt weiter bewegungslos im Bette, reagiert auf das Hinzutreten des Arztes nicht, antwortet aber auf seine Fragen. Er erklärt, nicht gut zu schlafen, daran seien die „Gewalten“ schuld. (Warum haben Sie solange nichts gegessen?): „Irgendwelche Gewalten haben mich gezwungen nicht zu essen . . . wenn Gott von mir verlangt, nicht zu essen, so bin ich es zufrieden.“ Er sei zwar hungrig gewesen, er habe aber nichts zu essen verlangen können, da ihn daran die Gewalten gehindert hätten. Diese „Gewalten“ verspüre er seit 5 Monaten. Ihr Einfluß sei ihm unangenehm gewesen, „denn sie haben mir die Freiheit genommen und der Mensch will doch frei sein.“ Es erweist sich, daß er im Stupor die äußeren Vorgänge gut aufgefaßt hat. Er erklärt weiter, nur dem behandelnden Arzte gehorchen zu wollen, alles zu tun, was dieser verlange.

25. III. Äußeres Verhalten wie oben. Die Nadelstiche hätten ihn geschmerzt, aber er sei so geduldig gewesen, daß er es ertragen konnte. Die Gewalten hätten ihm befohlen, das auszuspucken, was er in den Mund eingefloßt bekommen habe. Die Gewalten hätten ihm jetzt nur erlaubt, zu essen und zu sprechen, aber nicht, sich zu bewegen. Warum er dem Arzt nicht in die Augen sehe? Er habe dazu keine Anordnung. Die gehobene Hand halte er oben, weil „Sie sie hinaufgetan haben.“ Ob er traurig sei? Ja, denn er wünsche Freiheit. Er empfinde, daß er den allmächtigen Gott beleidigt habe. Es tue ihm wehe, es sei ihm unangenehm, daß er nicht aufstehen könne, daß er unbeweglich liege, daß er nichts arbeite; daran seien eben die „Gewalten“ schuld. „Sie gewähren nicht die Freiheit des Denkens, ich muß nur an meine jetzige Lage denken.“ Wie die Zukunft sein werde, das wisse er nicht. Er fürchte aber, daß die Seinigen ins Unglück kommen werden, weil sie von seinem Verdienste abhingen. Ist jetzt alles, was er bekommt.

26. III. Liegt unbeweglich im Bette wie früher, ißt, geht spontan aufs Klosett. Nickt stereotyp mit dem Kopfe. Auf die Frage, was das zu bedeuten habe, sagt er, er befasse sich mit Beten und beuge sich Gott. Spricht spontan nichts, nur auf Fragen.

27. III. Auf die Frage, was er tue, sagt er, er erhole sich von der Schwäche. Er gibt auf diesbezügliches Befragen folgende Autoanamnese: Früher habe er niemals einen ähnlichen Zustand erlebt. Als er in Amerika war, hörte er, daß seine Mutter hier in der Anstalt als Patientin gewesen sei. Er habe noch zwei Brüder und zwei Schwestern, die immer gesund waren. Im übrigen sei ihm von Geisteskrankheiten in seiner Verwandtschaft nichts bekannt. Er selbst habe die Volksschule besucht, sei ein mittlerer Schüler gewesen. Er habe sich mehr für sich gehalten, war meistens zu Hause bei den Eltern. Dann und wann ging er auch einmal ins Wirtshaus. Mit 20 Jahren sei er das erstmal nach Amerika gegangen, unverheiratet. Er habe Geld verdienen wollen, blieb dort drei Jahre; er hatte in einer Eisengießerei schwere Arbeit. Wieder nach Hause zurückgekehrt, verheiratete er

sich mit 25 Jahren. Die Ehe sei glücklich gewesen. Er habe einen 16jährigen Sohn, dieser sei ein ernster Mensch, dabei aber auch heiter. Zum zweiten Male sei er nach Amerika mit 26 Jahren gegangen, wieder des Verdienstes wegen. Er arbeitete wieder am selben Platze, vier Jahre. Nach seiner Rückkehr habe er sich zu Hause mit den Eltern nicht gut vertragen, da diese ihm vorwarfen, eine arme Frau genommen zu haben. Er trennte sich daher von den Eltern, damit es nicht zur „Sünde“ komme, nämlich zum Streit mit dem Vater. Mit 32 Jahren ging er wieder nach Amerika. Er arbeitete am selben Platze, verbrachte dort die Kriegszeit und kehrte anfangs 1920 nach Hause zurück. Über die Entwicklung seines jetzigen Zustandes erzählt er folgendes: „Im September des vorigen Jahres lag ich in meinem Zimmer am Bette und da fing etwas mit mir zu sprechen an, ich habe aber nichts gesehen.“ „Es“ habe gesprochen, daß die Frau untreu geworden sei. Hernach sei wieder nichts gewesen. Er ging tags darauf zur Arbeit und bei der Arbeit sagte ihm die Stimme, er habe die Schwindsucht und er möge nach Hause gehen, zu Hause sei ein fremder Mensch bei seiner Frau. Er sei darauf nach Hause gegangen. Anfangs Oktober hatte er eine Besorgung in Slawonien und als er in Z. auf den Bahnhof kam, fühlte er, wie alle Leute gegen ihn waren. Er wußte nicht warum. Als er im Zuge saß, drohten ihm Stimmen, „es werden Sie die anderen erschießen, wenn Sie irgendwohin schauen“, und da waren zwei Soldaten im Abteil. Auf der Bestimmungsstation habe er nicht aussteigen gekonnt. Die Stimmen trieben ihn weiter. Er fuhr weiter nach S., wurde dort arretiert. Er sei hierauf polizeilich nach Hause gebracht worden. Zu Hause wohnte er dann bei der Schwiegermutter. „Die Gewalten begleiteten mich allerorten.“ Er hatte das Gefühl, daß die anderen Leute wissen und aussprechen, was er denke; auch im eigenen Kopfe habe ihm häufig eine Stimme das wiederholt, was er sich eben dachte. Die „Gewalten“ drohten mit „allerhand Strafen“, weil er ein Sünder sei. Ging heute, aufgefordert, selbständig auf die Wage.

30. III. Setzt die Erzählung über seine Erlebnisse fort: „Alle möglichen Unannehmlichkeiten waren da, traurig war ich, vergrübelt.“ Es wurden ihm viele Gedanken eingegeben, ohne daß er wußte woher. „Größtenteils Dinge vom Geiste, daß ich zum Geist, zum starken Menschen werden solle. Das hat mir meiner Meinung nach der allmächtige Gott eingegeben. Die ganze Zeit über, seit ich vom Schiffe weg bin, mußte ich denken, der Mensch könne vor Hunger nichts ausrichten, man könne nicht Geist sein. Man sei eigentlich nur ein toter Körper. Größtenteils waren es traurige Gedanken.“ Die Gedanken warfen ihm vor, er sei ein großer Sünder. „Ich wußte nicht, was mit mir geschieht. Alles was ich dachte, das wußten die anderen immer früher und ich glaube, das hat Gott bewirkt.“ Die Stimmen drohten ihm mit irgendwelchen Qualen. Jetzt fühle er sich „ziemlich gut“. (Was erwarten Sie für die Zukunft?) „Ich vertraue auf Gott.“ Die „Gewalten“ belästigen ihn nicht mehr so wie früher. Stimmen höre er jetzt keine mehr. Äußeres Bild unverändert, bewegungsarm, müder Gesichtsausdruck, sieht den Arzt nicht an. IBt alles, was er bekommt, verlangt spontan mehr.

1. IV. Zeigt ausgesprochene Katalepsie. Sagt auf bezügliche Frage: „So will es Gott.“ Er sagt, er müsse jetzt essen, die „Gewalten“ sagen ihm, daß er sonst sterben würde. Warum er die Augen so krampfhaft geschlossen halte? „So wollen es die Gewalten“. Grüßt den Arzt beim Weggehen und wünscht ihm spontan „fröhliche Ostern.“

6. IV. Erklärt, das Essen schmecke ihm, es gehe ihm soweit gut, er bete zu Gott, nur sei er noch traurig deswegen, daß er nicht nach Hause gehen könne. Beim Sprechen noch immer sonst ganz akinetisch, sieht nicht auf den Arzt, unterbricht sich häufig und reagiert dann einen Augenblick nicht. Eine Hemmung ist aber beim Sprechen nicht zu erkennen. „Es quälen mich die Gewalten, sie geben

mir keine Freiheit mich zu bewegen, sie erlauben es nicht; nicht mit Worten, sondern so auf irgendeine Art, wie durch Winke.“

9. IV. Unbeweglich im Bette, stereotype Nickbewegungen. Spontan: „Darf ich mich dem allmächtigen Gotte beugen?“ Befragt über das Verhältnis zu seiner Frau, sagt er, er habe schon vor 8 Jahren, als er noch drüben in Amerika war, gehört, daß seine Frau nicht so lebe, wie es sich gezieme. Er habe damals Streit mit einem Frauenzimmer gehabt und diese habe ihm dann so „hintenherum“ davon gesprochen, daß ihm seine Frau untreu sei. Auch andere Leute hätten ihm dies so „nebenbei“ angedeutet. Auch in Zeitungen habe er davon gelesen. „Irgendso“ Nachrichten hätten angedeutet, daß ihm die Frau untreu geworden sei. Das habe er schon die ganze Zeit über, seit acht Jahren gehört. „Dann bin ich zu meinem Bruder gegangen . . .“ unterbricht sich, fängt bitterlich zu weinen an: „Ich kann nicht weiter wegen meiner Sünden . . . ich bitte Sie um Verzeihung, wenn ich Sie beleidigt habe . . . ich bin ein Sünder . . .“ Setzt auf Zureden fort: „Der Bruder hat nichts gesagt, sondern mich nur verlacht . . .“ Unter Tränen: „Ich bitte Sie um Verzeihung, wenn ich Sie beleidigt habe . . . die Tränen fließen mir, ich weiß nicht, bedeuten sie meinen Tod oder meine Befreiung.“ Später habe er sich dann von den übrigen abgesondert, für sich gelebt, immer in der Furcht, es könnte ihm etwas begegnen. Wie er sich das vorstelle, daß die Zeitungen von der Untreue seiner Frau gewußt hätten? „Mit Geld kann man alles.“ Auf die Frage, wie er das meine, erklärt er, seit seiner Jugend habe er immer Feinde gehabt, jeder habe ihn böse angeschaut. „Die Leute haben mir immer mehr Böses als Gutes gewünscht . . . vielleicht deswegen, weil ich ein Sünder bin, oder ist mir das angeboren.“ Äußert dann weiter: „Jetzt weiß ich nicht, wie das alles ausfallen wird, werde ich wieder Mensch werden, oder ein nichtiges Wesen . . .“ Er fürchte sich für seine Zukunft und für sein Leben. Über die während des Gesprächs manchmal auftretende Sperrung erklärt er spontan, er könne zeitweise nicht aufmerken und antworten, da die Gewalten befehlen zu beten. Es gelingt nicht, ihn in Gegenwart des Arztes zum Essen zu bewegen. Er wiederholt einigemal: „Ich bitte um Verzeihung . . . ich wünsche guten Appetit“, ist nicht zu bewegen den Löffel in die Hand zu nehmen, sitzt steif da. Nach dem Weggehen des Arztes ißt er dann wie immer.

11. IV. Liegt abends schlaflos im Bette, rhythmisches Kopfnicken. Die „Geister“ lassen ihn nicht schlafen, er müsse zu Gott beten. Auch Ärzte und Pflegerinnen können ihm so befehlen wie die „Geister“. Die Befehle bekomme er nicht durch Worte, sondern „so wie durch Gedanken“. Wenn er diesen Befehlen zuwider handle, so sei dies „Sünde“, er mache sich deswegen selbst Vorwürfe. Bittet den Arzt um Verzeihung, daß er vielleicht nicht so gehandelt habe, wie die „Geister“ kommandieren. Schläft angeblich wenig und nur für Augenblicke.

12. IV. Angezogen, außerhalb des Bettes, geht mit vollkommen freien und natürlichen Bewegungen im Zimmer herum. Sieht beim Gruß dem Arzte natürlich ins Gesicht. Sagt, die „Gewalten“ ließen von ihm ab jeden zweiten Tag. Über die Art des Erlebnisses seiner Willensbeeinflussung befragt, sagt er: „Ich habe mich selbst bewegt, die Gewalten haben angeordnet . . . sie haben befohlen und ich mußte das tun, was sie anordneten. Sie ordnen so unhörbar und unsichtbar an, und man versteht es doch . . .“ Über seine Erlebnisse im kompletten Stupor erzählt er noch folgendes: „Ich machte mir Gedanken, was wird mit mir sein, da mir die Gewalten machten, daß ich nicht esse, und Sie haben mich künstlich genährt; obwohl ich essen wollte, konnte ich mich nicht widersetzen . . . ich hatte Angst, ich wußte nicht, was mit mir sein wird . . .“ „Sie haben mir nicht die Freiheit des Denkens gegeben . . . sie drohten mir mit Strafen, aber Gott hat mir verziehen und alle Geister . . .“

13. IV. Sitzt geneigten Hauptes beim Tische, unbeweglich. Katalepsie. Reagiert auf Fragen einsilbig und langsam. Auf Befragen sagte er, er sei traurig, denn er könne sich nicht rühren.

14. IV. Begrüßt den Arzt spontan heiteren Gesichtes, angekleidet, freie, natürliche Bewegungen. Die Gewalten befehlen ihm zwar zu beten, geben ihm aber heute Bewegungsfreiheit. Er mache sich Sorgen, daß seine Familie ohne ihn darben müsse. Er fühle sich nicht eigentlich krank, nur schwach. An seinem Zustande seien wohl die „Geister schuld“. Hält die passiv gehobene Hand hoch, sagt auf Frage: „Das wünscht der Herr Arzt so;“ auch daran seien wohl irgendwie die Geister schuld. Äußeres Verhalten völlig geordnet, hält auf sich, spricht spontan nichts, auf Fragen und im Gespräche vollkommen natürlich und zusammenhängend.

15. IV. Heute wieder bewegungsarm, steif, kataleptisch, gibt nach längeren Pausen kurze, sinngemäße Antworten, die er zweimal wiederholt.

16. IV. Heute frei, liest Zeitung. Er könne nicht gut schlafen, er wisse nicht warum.

17. IV. Bewegungsarm, einsilbig, Katalepsie.

18. IV. Sitzt ruhig beim Tische, spricht ungehemmt mit heiterem Gesichte, es gehe ihm gut, er könne nur nicht schlafen, „das ordnen die Geister so an.“ Über sein Verhältnis zu seiner Frau befragt, sagt er, in Amerika hätten ihm die anderen Leute „aus Bosheit“ eingeredet, daß ihm die Frau untreu sei. Dieselben Leute hätten dies in die Zeitung gegeben, „aus Bosheit, sie haben die Redakteure bezahlt.“ Jetzt meine er, die Frau sei ihm doch treu und sei ehrsam, nur damals hätten ihm die Leute derlei eingeredet.

21. IV. Sitzt steif da, hält die Hände vor sich hin in unnatürlicher Lage. Antwortet nach längeren Pausen, oder überhaupt nicht. „Bitte, ich darf nicht sprechen“; spontan: „Bitte, darf ich Zeitung lesen?“ Nimmt die Zeitung auf Aufforderung in die Hand, liest dann Wort für Wort langsam, abgebrochen. Über den Inhalt des Gelesenen befragt, gibt er keine Antwort.

22. IV. Heute wieder freier. Wird aufgefordert, seiner Frau zu schreiben. Verfaßt hierauf folgenden Brief: „Stenjevec, den 22. IV. 1923. Liebe Frau! Vor allem empfangen meinen besten Gruß. Ich schreibe Dir hier ein paar Worte nach den fünf Monaten, nachdem ich vom Hause weggegangen bin. Früher konnte ich Dir nicht schreiben, da ich so krank war, daß ich es nicht konnte, aber jetzt, Gott sei Dank, erhole ich mich. Die Ärzte haben gesagt, sie werden mich nach Hause schicken, bis ich mich erhole und Du wirst um mich kommen müssen. Diese paar Worte werden sie Dir selbst schicken; im übrigen haben sie gesagt, Du selber sollst ihnen schreiben und fragen wie es mir geht. Im übrigen möge der Allmächtige geben, daß wir uns so bald als möglich wiedersehen. Es ist mir sehr langweilig, ich wundere mich, daß die ganze Zeit, seitdem ich hier im Spital bin, der Schwager niemals da war. Er konnte ja Sonntags ganz leicht kommen. Schreibe mir übrigens, wo sich der Bruder Mato befindet und ob der Bruder Franjo aus Amerika gekommen ist und schreibe mir alles, was es zu Hause Neues gibt. Im übrigen einen schönen Gruß der Mutter und der Katica, Danica und Ljubica und meinem Vater und meiner Mutter und den anderen. Ja, schreibe mir wie der Dragan lernt, richte ihm einen schönen Gruß von mir aus. Weiter habe ich Dir nichts mehr zu schreiben. Empfange nochmals meinen Gruß. Es küßt Dich im Geiste Dein Dich nicht vergessender Gatte.“

23. IV. Bewegungsarm, sitzt regungslos auf der Bank, hält den Brief an die Frau in der Hand, anscheinend unschlüssig, was er damit solle. Antwortet kaum.

24. IV. Heute mehr gehemmt, deprimierter Gesichtsausdruck. Katalepsie. Die Geister hätten gesagt, sie würden ihn bis zum Tode halten. Auf Frage: „Ich habe keine Freiheit, ich muß ja traurig sein.“ Auch seine Frau spreche zu ihm

manchmal auf demselben Wege, wie die Geister. „Nicht mit Stimme, sondern nur so verstehe ich, daß sie zu mir spricht.“ Die Geister hätten gesagt, er sei ein Sünder, sie könnten ihn nicht lassen.

Aus dem weiteren Verlaufe bis zum Abschluß dieser Arbeit wäre noch hervorzuheben, daß gehemmte Tage mit freieren Tagen auch weiterhin periodisch abwechselten. Jetzt (zweite Hälfte Mai) überwiegen die freieren Tage. Von den Äußerungen des Patienten in dieser Zeit erscheinen mir noch folgende als verzeichnenswert:

29. IV. „Die Geister verbieten mir die Bewegung, sie geben mir Steifigkeit und Angst, sie geben mir unangenehme Gedanken.“

1. V. „Sie sagen, wenn ich nicht tue, was sie wollen, werde ich es bezahlen müssen . . .“ „Ich selbst halte mich steif, die Geister ordnen nur an.“

2. V. „Die Traurigkeit ist mehr von selbst über mich gekommen, ohne rechten Grund.“

5. V. Weint bitterlich, als man ihm einen Brief seiner Frau überreicht.

7. V. Zu Anfang seines jetzigen Zustandes habe er einmal die Stimme seines Schwagers und seiner Frau deutlich von außen gehört, es war aber niemand da. Jetzt höre er keine Stimmen. „Heute ist es, als ob mich jemand zum Sprechen antriebe.“

Bei diesem Patienten ist der hervorstechendste Abschnitt im äußeren Krankheitsbilde der etwas über zwei Monate währende Stupor mit Mutazismus und Nahrungsverweigerung, mit dessen Besprechung daher die Analyse des Symptombildes begonnen werden möge. Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß hier das Zustandsbild eines echten *katatonen* Stupors vorliegt. Kann auch das dauernde Vorhandensein ausgeprägter kataleptischer Erscheinungen nicht als zwingender Beweis für diese Auffassung angeführt werden, da ja kataleptische Zustände auch im Verlaufe von stuporösen, reinen *Depressionen* wenigstens vorübergehend nicht selten sind (*Bleuler, Bumke*), so sind doch die übrigen Einzelzüge des Gesamtbildes so typisch, daß sie die Diagnose: „Zustandsbild eines katatonen Stupors“, ohne weiteres gestatten. Ich erwähne die *Befehlsautomatie*, die unter anderem durch das klassische *Kraepelinsche* Experiment nachgewiesen werden konnte. Ferner die typische *Dauerhaltung* des Kranken: Vollkommene Akinese mit vom Kissen abgehobenem Kopf, krampfhaft zugeführten Augen und gespanntem Gesichtsausdruck. Dabei das Gesicht hochgerötet, als Folge vasomotorischer Begleiterscheinungen; die vollkommene Reaktionslosigkeit auf äußere Eindrücke, schmerzhaft Reize wie Nadelstiche. Eventuelle Bewegungen, spontane oder durch Aufforderung ausgelöste, was übrigens nur in der ersten Zeit möglich war, erfolgen charakteristisch *steif* und *unnatürlich*. Als *Bewegungsstereotypie* konnte das rhythmische Nicken des steif vom Kissen abgehobenen Kopfes beobachtet werden. Dabei bestand absoluter Mutazismus und Nahrungsverweigerung, die fortdauernde Sondenernährung nötig machte. Die einzige Spontanhandlung, die die völlige Akinese regelmäßig durchbrach, war das Aufsuchen des Klosetts. Der Patient ließ nur in der ersten Zeit des Stupors

unter sich, später verrichtete er seine Bedürfnisse in geordneter Weise. Der Stupor wurde anfangs von kurzdauernden, raptusartigen Erregungszuständen unterbrochen, die allerdings von ärztlicher Seite nicht gesehen wurden.

Der geschilderte Fall ist nun, wie ich glaube, deshalb nicht ganz ohne allgemein psychiatrisches Interesse, weil er gestattet, in das subjektive Erleben während der katatonen Akinese einigermaßen Einblick zu gewinnen. Es ist ja nicht gerade häufig, daß man von Patienten Aufschlüsse über ihr Erleben während katatonen Stuporzustände bekommt, und es ist schon aus diesem Grunde wohl jeder Fall, in dem dies wenigstens in gewissen Grenzen möglich ist, der Mitteilung wert. *Jaspers* sagt z. B. bei Besprechung der katatonen Zustände, sie seien die rätselhaftesten Seelenzustände, die wir kennen. „Sie sind dem Psychiater ebenso rätselhaft oder noch rätselhafter, wie dem Laien. Wir wissen überhaupt nicht, wie diesen Kranken zumute ist. Wir besitzen fast gar keine Selbstschilderungen.“ *Bleuler* schreibt: „Über ihren sonderbaren Zustand machen sich die Kranken meist nicht viel Gedanken. Manche denken jedenfalls sehr wenig, einzelne vielleicht, wie *Brosius* meint, gar nichts Ein ganz großer Teil der Kranken befindet sich während der akuten katatonen Phase zugleich in einem mehr oder weniger ausgesprochenen Dämmerzustande oder sonst in einer aus beständigen Sinnestäuschungen gebildeten Welt. Sie erklären die Bewegungslosigkeit durch die Vorstellung, von Abgründen umgeben zu sein Sie dürfen nicht schlucken. . . . Oft spüren sie die Unmöglichkeit der Bewegungen subjektiv als Steifigkeit oder Lähmung.“ Auch aus den Schilderungen des *Kraepelinschen* Lehrbuches geht jedenfalls hervor, wie dürftig und widerspruchsvoll die Aufschlüsse sind, die man von den Kranken über die Erlebnisse während katatonen Zustände bekommt.

Bei unserem Patienten ließ sich nun auf katamnesticischem Wege über den Seelenzustand während der katatonen Akinese etwa folgendes feststellen: Zunächst stehen die Erlebnisse mit den übrigen psychotischen Erscheinungen des Gesamtbildes in engem organischen Zusammenhang — der komplette Stupor selbst ist ja nur die Akme im Gesamtverlauf des äußeren Krankheitsbildes. Auf die genauere Analyse und Besprechung des psychotischen Gesamtbildes soll unten eingegangen werden — an dieser Stelle soll nur das dem unmittelbaren Zweck Dienende vorweg genommen werden.

Die Auffassung der äußeren Eindrücke, sowie die Orientierung in der Umgebung erscheint während des akinetischen Zustandes völlig intakt. Eindrücke, auf die in keiner Weise reagiert wurde, werden gut registriert und später getreu reproduziert. Orientierung über die Personen der Umgebung, über Zeitverhältnisse usw. ist überraschend gut. Das ist ja übrigens das als die Regel beschriebene Verhalten. Auf

Grund dessen kann beim Pat. wohl kaum von einem Dämmerzustande gesprochen werden. Eine wahnhafte Auffassung äußerer Vorgänge im Sinne der beim Pat. vorherrschenden *depressiv-paranoiden* Grundstimmung zeigt sich nur einmal in der Befürchtung, der Arzt habe ihn in das Schulzimmer gebracht, um ihn dort zu erdrosseln.

Was nun das *innere Erleben* des Patienten im Zustande der völligen Akinese anlangt, so ist vor allem auffallend, daß hier eine ausgesprochene *Stellungnahme* dem abnormen Zustande gegenüber besteht. Als häufiger Typus intrapsychischer Tatbestände bei katatonen Akinesen wird ja der beschrieben, daß *überhaupt keine* rechte Stellungnahme besteht. „Die Kranken machen sich über ihren Zustand gar keine Gedanken“ (*Bleuler*); „Der Stupor . . . kann einen hohen Grad erreichen, ohne daß dies die Kranken überhaupt zu bemerken scheinen“ (*Jaspers*). Dieses Verschwinden der Kritik, der *aktuellen Persönlichkeit*, wie sich *Jaspers* ausdrückt, die selbstverständliche Hinnahme der abnormen motorischen Erscheinungen, das Aufgehen darin äußert sich dann wohl in Worten, wie: „Ich habe es so gewollt, ich sprach nichts, weil ich nichts zu sagen hatte, ich aß nichts, weil ich keinen Hunger hatte“ (*Kraepelin*).

Bei unserem Patienten handelt es sich offenbar um den *anderen* Typus seelischer Verfassung, in dem ein *erhaltenes Persönlichkeitsbewußtsein* den abnormen Erscheinungen gegenübersteht. Diesem anderen Typus gehören die Äußerungen an wie: „Ich kann nicht, ich darf nicht, es ist mir verboten“, oder wie *Bleuler* schildert: „Sie spüren die Unmöglichkeit der Bewegungen subjektiv als Steifigkeit oder Lähmung.“

Hier wie bei unserem Patienten kann daher wohl nicht von einem Verluste der „aktuellen Persönlichkeit“ gesprochen werden. Es steht vielmehr bei dem Pat. die Persönlichkeit den abnormen Erscheinungen *gegenüber* und empfindet sie als etwas ihr *Fremdes, Aufgedrungenes*. Sieht man von den Erklärungsvorstellungen des Pat. ab, so ließe sich über sein *elementares Erleben* im akinetischen Zustande vielleicht sagen, daß er den Zustand als „*von außen gemacht*“ empfindet. Sein Erleben gehört in die Gruppe der „gemachten Phänomene“. „Gemacht“ wird ihm aber nicht die Bewegungslosigkeit, der Mutazismus, die rhythmische Kopfbewegung *als solche*, die Bewegungen selbst, das sagt er ja ausdrücklich, erlebt er vielmehr als seine *eigenen*. *Gemacht* wird hier vielmehr offenbar die *Triebregung*, sei es zur Bewegung, sei es zur Unterdrückung aller Bewegungen, und dieser gemachten Triebregung kann dann nicht widerstanden werden: „Ich habe mich *selbst* bewegt, die Gewalten haben angeordnet, sie haben befohlen und ich mußte das tun, was sie anordneten . . . *Ich selbst* halte mich steif, die Geister *ordnen nur an*.“ Diesen von außen kommenden Eingriff in ihre Aktivität erlebt aber eine als solche *intakte* Persönlichkeit. Über die *Form* dieses Erlebnisses ließ sich weiterhin wenigstens das eine Negative erfahren, daß keine

imperativen Halluzinationen vorlagen. „Unsichtbar und unhörbar“ wirkten die Gewalten, „nicht durch Worte, sondern so wie durch Gedanken, wie durch Winke“, so und ähnlich lauten die Umschreibungen des Kranken. Das elementare Erlebnis der *Willensbeeinflussung* wird nun offenbar in wahnhafter Weise verarbeitet: Es sind äußere, unsichtbare „Gewalten“ oder „Geister“, wie er häufig sagt, Gewalten, die von ihm personifiziert werden, die ihm befehlen, ihn eventuell zur Rechenschaft ziehen, wenn er ihren Anordnungen nicht gehorcht, die ihm „verzeihen“, und der Denkungsart des frommen Küstenbewohners entspricht es ganz und gar, wenn er für seine Erlebnisse die Tätigkeit des „allmächtigen Gottes“ verantwortlich macht.

Im Sinne eines Erlebnisses der „von außen gemachten“ Triebregungen, die so übermächtig zwingend sind, daß ihnen nicht widerstanden werden kann, lassen sich nun, wie ich glaube, sämtliche Äußerungen des Patienten über sein motorisches Verhalten einheitlich verstehen. Er konnte sich nicht bewegen, „weil die Gewalten keine Freiheit geben“. Er hatte den Wunsch zu sprechen, „aber die Gewalten ließen es nicht zu“. Er hatte Hunger, wollte essen, wurde aber daran verhindert. Er muß das ausspucken, was ihm in den Mund gegeben wird. Er muß den Kopf beugen, die Augen geschlossen halten, „weil es die Gewalten so wollen“. Die Geister „halten ihn, kommandieren ihm, er fühlt sich unfrei.“

Dieses Erlebnis der inneren Willensbeeinflussung steht nun offenbar in engem organischen Zusammenhang mit der beim Pat. beobachteten *Befehlsautomatie*. Vereinzelte Äußerungen wie, daß ihm „auch Ärzte und Pflegerinnen so befehlen können wie die Geister,“ lassen erkennen, daß er sich auch den Personen seiner Umgebung irgendwie willenlos ausgeliefert fühlen muß und daß dies Erlebnis jenem der Willensbeeinflussung durch die „unsichtbaren Gewalten“ nahestehen muß. Er bittet ja den *Arzt* um Verzeihung, daß er nicht so gehandelt habe, wie die „Geister“ kommandieren. Als Befehlsautomatie zu deuten ist wohl sein unterwürfiges, vollkommen ergebene Wesen dem behandelnden Arzte gegenüber. Er will nur essen, was dieser ihm verordnet, will tun, was dieser will. Seine *kataleptischen Erscheinungen* erklärt er: „Sie haben die Macht von Gott, mit den Menschen zu verfahren . . . weil Sie es so machen . . . , weil es der Herr Arzt wünscht usw.“ — übrigens ein kasuistischer Beitrag zur Richtigkeit der *Kraepelinschen* Auffassung, daß die Katalepsie nur eine Erscheinungsweise der Befehlsautomatie sei.

Dem Erhaltensein der aktuellen Persönlichkeit im stuporösen Zustande entspricht es, daß der Pat. seinem Zustande gegenüber eine ausgesprochen gefühlsbetonte Stellung einnimmt. Die Wirkungsweise der Gewalten ist ihm „unangenehm, peinlich“, weil sie ihm keine Freiheit lassen. Er ist traurig darüber. Er macht sich Sorgen, er hat Angst,

weiß nicht, was aus ihm werden wird, da die Gewalten ihn nicht essen lassen. Andererseits betont er wieder seine fromme Ergebenheit in den „Willen Gottes“. Das Erlebnis der Akinese wird übrigens deutlich mit dem Gefühle einer eigenen *Verschuldung* betont. Es entspricht dies der depressiven Grundstimmung, die das ganze Krankheitsbild durchzieht. Über diese Dinge soll weiter unten noch ausführlicher gesprochen werden.

Eine eigentliche *Krankheitseinsicht* dem abnormen motorischen Zustande gegenüber ist beim Pat. aber wohl doch nicht vorhanden. Erklärt er auch in dem Briefe an seine Frau über seinen Zustand im allgemeinen, daß er krank gewesen sei, so gibt er dies doch für die einzelnen Erscheinungen nicht zu; er fühle sich nicht krank, sondern nur schwach, mißt sich teils selbst eine Schuld bei, teils macht er für seine Bewegungslosigkeit, sein abnormes Benehmen usw. die „Gewalten“ verantwortlich.

Der komplette Stupor bildet die Akme des Krankheitszustandes, in dem auch sonst im äußeren Bilde die Erscheinungen der Bewegungsarmut vorherrschen. Inwieweit diese Bewegungsarmut außerdem auch durch *allgemein depressive* Hemmung bedingt war, ließ sich für den ersten Abschnitt der Krankheit nicht recht entscheiden. Nach Lösung des kompletten Stupors aber machten die fortdauernden Bewegungsstörungen des Kranken unverkennbar den Eindruck *katatoner*. Es war vor allem interessant zu sehen, daß sich mit der Zeit eine gewisse Periodizität von Tag zu Tag herausbildete. An einem Tage bewegte er sich frei und natürlich, sprach ungehindert und zeigte mehr heitere Stimmung. Anderentags wieder saß er in steifer Haltung da, bewegte sich kaum, zeigte Katalepsie und gab einsilbige, zögernde Antworten, ab und zu wiederholte er dieselbe Antwort einige Male, wie unter dem Einflusse einförmiger innerer Bewegungsantriebe. An solchen Tagen machte sein äußeres Wesen entschieden den Eindruck des Maschinenmäßigen, Automatenhaften. Hier war dann wieder Andeutung von Befehlsautomatie vorhanden, auch das stereotype rhythmische Kopfnicken bestand weiter. Im Gespräch mit ihm wurde dann häufig typische *Sperrung* beobachtet, die dem Kranken selbst zum Bewußtsein kommt und die er erlebt als „gemachte“ Unterbrechung seiner Aufmerksamkeits- und Gedankenrichtung: Die Geister befehlen zu beten, er könne nicht aufmerken und antworten. Auch bei Ausführung von Handlungen wurde stellenweise typische Sperrung beobachtet. Alle diese Erscheinungen sind denn überhaupt begleitet vom deutlichen Gefühl der inneren Unfreiheit, sie werden vom Kranken als „aufgedrungen“, „gemacht“, empfunden. Die Gewalten „befehlen“ ihm zu beten, geben ihm keine Bewegungsfreiheit, lassen ihn nicht „frei denken“, geben ihm allerhand quälende Gedanken ein.

Es erweisen sich so das Erleben und die Auffassung des Kranken seinen motorischen Störungen gegenüber als innerpsychische Phänomene,

die als zum *paranoiden* Symptomenkomplex gehörig beschrieben werden. Die gemachten Phänomene erstrecken sich bei ihm nicht nur auf die Willenssphäre, auch in bezug auf den Ablauf seiner Denkvorgänge sowie in bezug auf sein Affektleben äußert er Ähnliches. Freilich ließ sich nicht recht entscheiden, ob die ausgesprochenen Phänomene der „gemachten Gedanken“ und des „Gedankenentzuges“ vorlagen. Seine dahingehenden Äußerungen lassen jedenfalls erkennen, daß er seine gesamte psychische Tätigkeit von der Wirkungsweise der „Gewalten“ durchsetzt fühlt. Die Gewalten befehlen ihm, sie drohen ihm, geben ihm Aufmunterungen, machen ihm Vorwürfe, geben ihm Gedanken ein, geben ihm „Steifigkeit und Angst“ usw. Da nach seinen ausdrücklichen Äußerungen dabei aber keine Gehörshalluzinationen vorlagen, so haben wir wohl hier wieder ein psychisches Erleben vor uns, in dem sich trotz darauf gerichteter Bemühung nicht recht unterscheiden läßt, ob etwa Pseudohalluzinationen, „innere Stimmen“ oder primär gemachte Phänomene vorliegen, „gemachte“ Gedanken, „gemachte“ Affekte.

Bei seinen Klagen über die Störungen des Gedankenganges ist wohl auch an allgemeine *Denkhemmung* mit zwangsmäßiger, monoidestischer Festhaltung unangenehmer Inhalte zu denken. Da an der Gestaltung des Symptomenbildes sicherlich auch rein *melancholische* Elemente einen beträchtlichen Anteil nehmen, so ist wohl von vornherein zu erwarten, daß sich die Erscheinungen nicht vollkommen prägnant in einem oder anderem Sinne präzisieren lassen. Jedenfalls aber führt er auch dort, wo er über Denkhemmung klagt, dieselbe auf den Einfluß der „Gewalten“ zurück. „Sie gewähren nicht die Freiheit des Denkens, ich muß immer an meine jetzige Lage denken und nicht an anderes . . .“ Von Störungen auf dem Gebiete der Denkvorgänge finden sich ferner *Gedankenlautwerden* (die Stimme wiederholt das, was er spricht), ferner das Gefühl, die anderen Leute wissen schon im Vorhinein, was er denke. Dabei war aber aus den Äußerungen des Kranken eine eigentliche Störung des DenkHzusammenhanges, etwa im Sinne einer schizophrenen Zerfahrenheit nicht zu erschließen. War er nicht gerade gesperrt, so gab er völlig sinngemäße und zusammenhängende Antworten. Vor allem der Brief an seine Frau zeigt logischen Zusammenhang und normale Gedankenfortschreitung, ist der Situation völlig angepaßt.

Es wurde soeben bei Erwähnung der Denkstörung des Patienten darauf hingewiesen, daß das Krankheitsbild von *melancholischen* Elementen durchsetzt erscheint. Diese spielen meiner Auffassung nach im Gesamtbilde neben den *paranoiden* Elementen eine derartige Rolle, daß es berechtigt ist, von einem *depressiv-paranoiden* Zustandsbild zu sprechen, sofern man natürlich von den komplizierenden motorischen Erscheinun-

gen, die oben ihre Besprechung gefunden haben, absieht. Es wäre nun die Aufgabe der Analyse, die Symptome nach ihrer Zugehörigkeit zum melancholischen Symptomenkomplex einerseits, zum paranoischen andererseits, zu sondern. Ich halte dies nicht für leicht. Es kommt ohne Zweifel darauf an, charakteristische *Grundstörungen* des einen und anderen Symptomenkomplexes aufzuweisen und die einzelnen Symptome auf solche Grundstörungen zurückzuführen. Sind Erscheinungen wie die Gruppe der „gemachten Phänomene“ wohl als solche für den paranoischen Symptomenkomplex charakteristisch, so können Wahnideen und Halluzinationen nur ihrer *Genese* nach beurteilt und klassifiziert werden. Selbst bei der depressiven Stimmung, die beim Pat. ohne Zweifel vorherrscht und in seinen Klagen immer wieder zutage tritt, müßte entschieden werden, ob sie als *primäre* aufzufassen ist, oder nicht vielmehr eine *verständliche Reaktion* auf seine Erlebnisse darstellt. Bezüglich der Wahnideen muß versucht werden zu entscheiden, ob sie aus der *Stimmungsanomalie* ableitbar sind, oder aber aus eigentlichen *Wahnerlebnissen* hervorgehen.

Vor dem Versuche, die einzelnen Symptome nach solchen Gesichtspunkten zu untersuchen, erscheint es indes angebracht, die Persönlichkeit des Patienten vor der Erkrankung, soweit sie aus Anlage und Schicksal verständlich gemacht werden kann, näher zu betrachten und sohin einer wichtigen Forderung zu genügen.

Die Mutter des Patienten war als Geisteskranke in der hiesigen Anstalt. Aus der damaligen Krankengeschichte scheint hervorzugehen, daß es sich bei ihr damals um eine depressive Angstpsychose gehandelt hat. Berücksichtigt man nun, daß in der Anamnese der Mutter über einen schon früher einmal durchgemachten ähnlichen Zustand berichtet wird, so ist der Schluß erlaubt, daß unser Pat. in *manisch-depressivem* Sinne belastet ist. Die melancholischen Züge in seinem Krankheitsbild können vielleicht damit in Beziehung gebracht werden. Zum Verständnis des Charakters des Pat. ist ferner die Berücksichtigung von Milieu und Schicksal erforderlich. Der Pat. stammt aus dem kroatischen Küstenlande. Die ungünstigen äußeren Verhältnisse stellen an die dortigen Bewohner harte Anforderungen im Lebenskampfe. Der Karstboden trägt zu wenig, um die Bevölkerung zu ernähren, so daß die Leute gezwungen sind, lange Jahre ihres Lebens in der Fremde, vor allem in Amerika zu verweilen, um für ihre Familie in harter Weise das Brot zu verdienen. So kommt es, daß Mann und Frau kurz nach der Verheiratung auseinandergehen, um dann ein Menschenalter getrennt zu leben, oder daß zumindesten, wie in unserem Falle, von einem regelrechten kontinuierlichen Eheleben keine Rede sein kann. Die erzieherischen Wirkungen der harten äußeren Lebensbedingungen bringen es mit sich, daß das Volk des Küstenlandes auf intellektuell und na-

mentlich ethisch durchschnittlich *hoher* Stufe steht. Man trifft da häufig auf „differenzierte Persönlichkeiten“. Ich brauche nur auf gewisse seelische Erscheinungen bei unserem Patienten hinzuweisen, wie die Versündigungsideen, die subjektiven Hemmungsklagen, dann überhaupt die ganze Art und Weise, wie sich der Pat. selbst beobachtet und über sein Seelenleben Auskunft gibt — Dinge die bekanntlich erst auf einer gewissen Stufe der seelischen Differenziertheit möglich werden. Die Abhängigkeit von der äußeren Natur, vor allem auf dem Meere, macht es ferner begreiflich, daß wir bei diesen Leuten überall durchaus tiefe Religiosität antreffen. Auch hierfür ist ja der Pat. ein Beispiel.

Der dauernde Aufenthalt in der Fremde, in vielleicht feindlich eingestellter, mindestens aber gleichgültig gesinnter Umgebung, führt sicher bei dazu Veranlagten zu einer Art mißtrauischer Zurückhaltung, zu einem Abschließen in sich selbst. Andererseits ist das dauernde Fernsein von der Familie sicherlich geeignet, das gegenseitige Verhältnis der Ehegatten zu trüben. Beide Momente werden um so stärker zur Geltung kommen, wenn sie eine a priori *hypoparanoid* angelegte Persönlichkeit treffen. Ich glaube, wir haben bei unserem Pat. Anhaltspunkte dafür, daß er eine solche *hypoparanoid* veranlagte Persönlichkeit ist. Er berichtet von sich selbst, daß er in der Jugend ein mehr zurückgezogener Mensch gewesen sei und äußert ein andermal, er habe wohl schon seit seinen jungen Tagen immer Feinde gehabt. Die Leute hätten ihm mehr Böses gewünscht als Gutes.

Diese ganze Frage scheint mir von prinzipieller Wichtigkeit zu sein, vor allem dafür, wie denn die Äußerungen des Pat. aufzufassen seien, daß er schon in Amerika vor langer Zeit, vor 8 Jahren an der Treue seiner Frau zu zweifeln anfang und darin durch das Gerede der Leute „hinter seinem Rücken“ sowie sogar durch Anspielungen in den Zeitungen bestärkt worden sei. Es kann ja nun sein, daß es sich hier um retrospektive Erinnerungsfälschungen handelt. Andererseits aber berichtet auch seine Frau, daß er schon in Amerika den Leuten durch sein scheues, zurückhaltendes Benehmen aufgefallen sei. Sollten die damaligen Eifersuchtsideen nun der erste, schleichende Beginn der jetzigen Psychose gewesen sein, so würde die Berechtigung der Einreihung des Falles in diese Arbeit zweifelhaft sein müssen, mit Rücksicht auf das Alter bei Beginn der Psychose. Es könnte sich bei dem Pat. dann um eine schon anfangs der 30er Jahre einsetzende Prozeßpsychose handeln, in deren Verlauf dann eben das jetzt beobachtete depressiv-katatone Bild aufgetreten ist.

Ich glaube aber, daß noch eine *andere* Auffassung möglich ist. Zu berücksichtigen ist zuerst, daß der Pat. erst in der letzten Zeit, einige Monate vor Aufnahme in die Anstalt arbeitsunfähig geworden ist, also erst damals die sozialen Wirkungen einer geistigen Erkrankung sich geltend machten. Wenn man bedenkt, wie schwierig die Lebens- und

Erwerbsverhältnisse in Amerika sind, besonders für einen Mann aus dem Stande unseres Pat., so erscheint es kaum glaublich, daß er trotz einer jahrelangen Prozeßerkrankung noch immer *arbeitsfähig* geblieben wäre. Legt man bei ihm eine hypoparanoide Charakteranlage zugrunde, so erscheint es, glaube ich, nicht gekünstelt, wenn man den schon damals auftretenden Eifersuchtswahn auffaßt als die *verständliche Reaktion* eines solchen Charakters auf die Lebensverhältnisse und auf die Tatsache des dauernden Fernlebens von der Familie. Sein mehr oder weniger gespanntes Verhältnis zu den Leuten der Umgebung, selbst zu den eigenen Volksangehörigen, scheint bei ihm einen günstigen Boden für *Beziehungsideen* geschaffen zu haben, die sich dann eines naheliegenden Objektes bemächtigten, nämlich der Besorgnis um seine Familie und um die eheliche Treue seiner jahrelang alleinlebenden, noch jungen Frau. Soweit die kurzen Andeutungen des Pat. zu schließen erlauben, lagen ja auch damals keinerlei *Prozeßsymptome* vor.

Symptome, die sich aus der vorpsychotischen Persönlichkeit des Pat. nicht mehr ableiten lassen, die also Ausdruck der „Veränderung des Seelenlebens“ durch eine Psychose, sei es Prozeß oder Phase, sind, treten ja nach der Angabe des Pat., womit auch der Bericht seiner Frau so ziemlich übereinstimmt, erst relativ kurze Zeit vor Einbringung in die Anstalt auf, also erst im 40. Lebensjahr: Ich meine vor allem das fremdartige Erlebnis der Willensbeeinflussung.

Diese *hypoparanoische* Konstitution, deren Bestehen ich hier nachzuweisen versuche, erscheint nun ohne Zweifel durchsetzt von *depressiven* Elementen. Man könnte auch, der Terminologie *Kretschmers* folgend, sagen, das Charakterbild trage eine deutlich *asthenische* Komponente. Um diese Bemerkung zu rechtfertigen, führe ich den Ausspruch *Kretschmers* an, daß sich „oft dasselbe Krankheitsbild von der charakterologisch-reaktiven Seite her als asthenische Konstitution, von der biologisch-autonomen aus als konstitutionelle Depression betrachten läßt.“ Beim Pat. finden sich nämlich Reaktionen, die als asthenische bezeichnet werden können und die aus einer *depressiv-kleinmütigen* Charakteranlage heraus zu verstehen sind. Er ist keine Kampfnatur, er ist ein von Jugend mehr scheuer, in sich gekehrter Mensch, der nach Bericht seiner Frau zu Grüblereien neigt. Er reagiert auf die unangenehmen Erlebnisse in Amerika damit, daß er sich von den Leuten zurückzieht, „aus Furcht, es könnte ihm Übles geschehen“. Er weicht bei der Unstimmigkeit mit dem Vater wegen seiner Ehewahl lieber jedem Streite aus, geht aus dem väterlichen Hause fort, damit es nicht zur „Sünde“, zum offenen Bruche mit den Eltern komme.

Auf dem Boden dieser *hypoparanoisch-depressiven Konstitution* erwächst nun beim Patienten im Alter von 40 Jahren die Psychose, in deren Bilde sich depressive mit paranoiden Zügen derart verflechten, daß eine

reinliche Scheidung nach den beiden Symptomenkomplexen kaum möglich erscheint. Es soll versucht werden, die Besprechung der Erscheinungen in chronologischer Reihenfolge vorzunehmen.

Die Psychose entwickelt sich anscheinend im zeitlichen Zusammenhang mit der Rückkehr aus Amerika. Wenigstens berichtet so die Frau des Pat. Gelegentlich der Rückkehr in die Heimat soll er „große Geldverluste“ gehabt haben. Es wäre möglich, daß diese materielle Schädigung als *auslösender* Faktor in Betracht käme. Wird doch gerade bei den Psychosen der Umbildungsjahre auf die Bedeutung solcher psychogenen Momente als krankheitsauslösender Faktoren immer wieder hingewiesen. Es ist auch gewiß kein Zufall, daß der Pat. bei der Aufnahme ins Spital von diesem seinen Mißgeschick ausdrücklich erzählt.

Im Eingangsstadium der Psychose steht nun — nach der Angabe der Frau — ein längere Zeit das Bild beherrschender *Eifersuchtswahn*, mit dem er die Frau quälte und der ihn sogar dazu trieb, die Frau am Leben zu bedrohen. Ein hier schon hervortretender *depressiver* Zug würde sich vielleicht in dem Ansinnen äußern, die Frau möge mit ihm gemeinsam in den Tod gehen. Mögen nun die Angaben des Pat. über seine schon längere Zeit bestehenden Eifersuchtsideen auf retrospektiven Erinnerungsfälschungen beruhen oder nicht, jedenfalls ist auch hier wieder die Betonung *sexueller Motive* im Bilde der Psychose recht auffallend, ebenso wie im Fall I und II. Die Bedeutung sexueller Motive für die Wahngestaltung der Psychosen des Umbildungsalters wird ja in der Literatur immer wieder hervorgehoben.

Während der Pat. in diesem Anfangsstadium noch geraume Zeit in seinem Berufe tätig war und auch sonst seiner weiteren Umgebung anscheinend nicht besonders auffiel, entwickelte sich nun des weiteren nach dem Berichte der Frau das äußere Bild einer *allgemeinen Hemmung* und damit Unfähigkeit zur Arbeit. Er begann dabei umherzuwandern und motivierte dies damit, von „unsichtbaren Gewalten“ angetrieben zu werden. Von seinen inneren Vorgängen zu dieser Zeit schildert der Pat. besonders anschaulich seine Erlebnisse auf der Reise nach Slawonien. Man dürfte wohl nicht fehlgehen, wenn man dieser Episode den Charakter „echter *Wahnerlebnisse*“ beimißt. Er kommt auf den Bahnhof, empfindet unmittelbar, daß „die Leute gegen ihn seien“, weiß selbst nicht warum. Im Eisenbahnabteil sagt ihm beim Anblicke zweier Soldaten eine innere Stimme, er dürfe sich nicht rühren, sonst werde er erschossen. Er hat das unmittelbare Erlebnis der inneren Willensbeeinflussung, der seelischen Lähmung. „Die Gewalten“ verhindern ihn, am Bestimmungsorte den Zug zu verlassen, so daß er dann als blinder Passagier mit den Behörden in Konflikt kommt. Erlebnisse des Beziehungswahnes und der inneren Beeinflussung ohne eine verständlichmachende Affektgrundlage gestatten wohl, hier von einem echten

Wahnerlebnisse im Sinne des paranoiden Symptomenkomplexes zu sprechen.

Das Erlebnis der inneren Beeinflussung beherrscht nun weiterhin dauernd das Bild, „die Gewalten begleiteten mich allerorten“, und wird vom Patienten als Erklärung für sein äußeres Verhalten immer wieder vorgebracht. Weiterhin stellen sich nun anscheinend die schon früher erwähnten, den Gedankenablauf begleitenden Symptome ein, die wohl ebenfalls in den Rahmen des paranoiden Symptomenkomplexes passen. *Gedankenlautwerden* und das Gefühl, *die Umwelt wisse die eigenen Gedanken*: „Die Leute wissen und sprechen aus, was ich denke“. *Gehörshalluzinationen* stehen mit dem depressiv-paranoid gefärbten Gedankeninhalt im Zusammenhang (er habe die Schwindsucht, die Frau sei ihm untreu).

Bezüglich der nun immer zunehmenden *Bewegungsarmut*, von der die Frau berichtet (lag unbeweglich im Bette, sprach nichts), erhebt sich wieder die Frage, ob sie als *rein katatone* Bewegungsstörung oder als Teilerscheinung einer allgemeinen *melancholischen Hemmung* aufzufassen sei. Der Stuporzustand, den wir in der Anstalt zu beobachten Gelegenheit hatten, trug zwar ohne Zweifel die charakteristischen Züge eines *katatonen* Stupors in deutlicher Ausprägung, wie oben im einzelnen beschrieben wurde. Auch die Äußerungen des Pat., die Empfindung der Fremdartigkeit, des Aufgezwungenseins der Bewegungsarmut, stimmen ja mit dieser Auffassung gut überein. Andererseits aber liegen die Verhältnisse, wie ja überhaupt bei Stuporzuständen im Verlaufe von Psychosen in diesem Alter, doch nicht so einfach, und es darf angenommen werden, daß in der Bewegungsarmut auch eine *allgemeine depressive Hemmung* zum Ausdruck kommt.

Zunächst herrscht bei dem Pat. eine dauernde, *depressive* Gemütsstimmung der *Niedergeschlagenheit* und *Trauer* vor. Er klagt wiederholt, er sei *traurig, ängstlich*, habe fortwährend traurige Gedanken, von denen er sich nicht los machen könne. Die Traurigkeit erlebt er nun zwar zum Teil als *Reaktion* auf seine unangenehmen Erlebnisse, auf das Gefühl der inneren Unfreiheit: „Die Gewalten geben mir keine Freiheit, ich bin traurig“, so ähnlich lauten ja seine Klagen. Andererseits aber gab der sich selbst gut beobachtende Pat. auf ausdrückliches Befragen einmal an, er empfinde die traurige Grundstimmung mehr als etwas *Primäres*, „sie ist *von selbst* gekommen, *ohne* rechten Grund“. Es seien ihm „traurige Gedanken eingegeben worden, ohne daß er wußte woher“.

Mit einer solchen *motivlosen Depression* würde nun die vom Pat. geschilderte *Denkhemmung* im Einklang stehen, als ein weiteres Grundsymptom des melancholischen Symptomenkomplexes. Hier zeigt sich nun zwar wieder die beim Pat. so eigentümliche Verflechtung der Symptomenkomplexe darin, daß der Pat. seine Denkhemmung in para-

noider Weise als „von außen gemacht“ erlebt. „Die Gewalten gewähren nicht die Freiheit des Denkens, zwingen mich, immer nur an meine jetzige Lage zu denken.“ Wie er aber *sonst* seine Denkhemmung schildert, so entspricht sie völlig einer *depressiven Hemmung* des Gedankenablaufes. Er kann an nichts anderes denken, als an seine jetzige traurige Lage, es sind „größtenteils traurige Gedanken“. Er empfindet die Unmöglichkeit des Denkens als peinlich, macht sich Vorwürfe darüber, quält sich.

Auch der *Inhalt* dieser seiner ihn quälenden, einförmigen Gedanken ist ausgesprochen *depressiv*. Vor allem spielen immer wieder geäußerte *Versündigungsideen* eine große Rolle, dann *Krankheitsideen* und *Befürchtungen für die Zukunft*. Bei seiner ausgesprochenen, von jeher bestehenden Religiosität ist es ja nur verständlich, daß die Versündigungsideen so sehr hervortreten. Charakteristischerweise meint er zunächst, durch sein andauerndes bewegungsloses Verhalten *selbst* eine Sünde begangen zu haben, „vielleicht Ihnen, vielleicht Gott gegenüber“. Er bittet den Arzt dafür um Verzeihung. Diese Versündigungsideen werden nun überhaupt mit dem ganzen paranoiden Erleben verquickt, sie geben ihm die eigentümliche depressive Färbung, die das ganze innere Erleben eben als *depressiv-paranoid* erscheinen läßt. Es wird ihm z. B. der Versuch, gegen die innere Willensbeeinflussung anzukämpfen, zur „Sünde“. Wenn er den inneren Befehlen zuwider handle, so sei dies Sünde, er mache sich deswegen Selbstvorwürfe. Dann wieder heißt es, daß „die Gewalten“ ihn zum Sündigen zwingen, „ich weiß nicht, ist das Gottes Wirksamkeit oder machen es die Leute.“ Wenn er nicht gehorcht, so drohen die Gewalten mit „Strafen“, er werde es „bezahlen müssen“. Er wird nicht müde, den Arzt um Verzeihung zu bitten, für eventuelle schlechte Taten, die er in seinem Krankheitszustande begangen habe. Er macht sich Vorwürfe, daß er seine Familie vernachlässigt habe, daß er für sie nicht arbeite, und äußert dann wieder, daß daran eben „die Gewalten“ schuld seien, daß sie ihm jedes Handeln und Denken verbieten. Andererseits faßt er wieder seinen akinetischen Zustand, das innere Gebundensein, als Strafe für seine Sünden auf: „Die Geister sagten, sie können nicht von mir lassen, weil ich ein Sünder bin.“ Auch im Gespräche auftretende Sperrungen werden so gedeutet: „Ich kann nicht weiter, weil ich ein Sünder bin.“ Diese Beispiele, die sich aus der Krankengeschichte noch vermehren ließen, genügen wohl, um anschaulich zu machen, wie sich hier das paranoide Erleben mit melancholischen Auffassungen durchflieht und durch sie eine eigentümliche Note bekommt. Diese Versündigungsideen beziehen sich nun nicht nur auf das momentane Krankheitserleben, auch die *Vergangenheit* wird in typischer Weise in depressivem Sinne umgedeutet. Er glaubt, daß man ihm vorwerfe, er sei an der Krankheit seiner Mutter schuld. Er sieht während schlafloser Nächte Erscheinungen und hört Stimmen, die ihm Vorwürfe über die

Vergangenheit machen. Er sei ein großer Sünder. In die Anstalt sei er gekommen, um für seine Sünden Buße zu tun, werde vom Arzt über seinen „Lebenswandel“ verhört. Er empfindet, daß er den allmächtigen Gott beleidigt habe.

Als wahnhaftige Ideen, die aus der depressiven Stimmung heraus zu verstehen sind, finden sich ferner Krankheitsideen, Befürchtungen für die Zukunft und Kleinheitsideen. Er müsse vor Hunger zugrundegehen, sei nur mehr ein toter Körper, die Stimmen sagen ihm, er habe die Schwindsucht. Dabei finden sich allerhand Krankheitsgefühle, die aus der körperlichen Auswirkung der allgemeinen Hemmung zu verstehen sind: Die Beine schmerzen ihn, er sei schwach, vor den Augen sei ein Nebel, er könne deswegen nicht arbeiten. Die Familie müsse zugrunde gehen, er selbst werde ein „nichtiges Wesen“ werden, befürchte für sich den Tod. Die „Geister“ drohen mit allerhand Strafen und Qualen.

Gelegentlich beim Patienten auftretende *Halluzinationen* wurden schon mehrfach erwähnt. Es handelt sich wohl vor allem um Gehörshalluzinationen, und nach seiner Beschreibung scheint es, daß er wenigstens zu Anfang der Psychose *echte* Halluzinationen gehabt habe. Bei der Frage nach der Zugehörigkeit zum einen oder anderen Symptomenkomplex können Halluzinationen ebenso wie die Wahnideen wohl nur ihrer ganzen psychischen Umgebung, respektive ihrer Genese nach beurteilt werden. Daß dort, wo er von „Gewalten“ und „Geistern“ spricht, keine sprachlichen Halluzinationen vorlagen, sondern nur das Gefühl einer *unmittelbaren Willensbeeinflussung*, respektive das Erleben *eingebener Gedanken* vorhanden war, konnte durch daraufhin gerichtete Exploration wahrscheinlich gemacht werden, wenn auch auf die diesbezüglichen Schwierigkeiten schon oben hingewiesen wurde. Andererseits aber spricht er auch von „Stimmen“, die allerdings nur sporadisch vorkommen. (Ich hörte sprechen, sah aber niemanden, die Stimme sagte, ich habe die Schwindsucht, die Frau ist untreu usw.) Einmal gibt er auch an, daß seine Frau mit ihm auf dem Wege der Stimmen spreche. Das Erlebnis des Gedankenlautwerdens wurde ebenfalls bereits in anderem Zusammenhange erwähnt. Diese Gehörshalluzinationen sind eben mit dem sonstigen Erleben des Patienten, sei es paranoider oder melancholischer Art, organisch verbunden.

Es mag nun noch eigens darauf hingewiesen werden, daß wir während der ganzen Dauer der bisherigen Beobachtung nicht in der Lage waren, einen *Defekt der affektiven Seite* der Persönlichkeit festzustellen. Als Ausdruck dieses guten *Erhaltenenseins der Affektreaktionen* ist ja wohl in erster Linie seine ausgesprochen gefühlsbetonte Stellungnahme zum Erleben des katatonen Stupors sowie zu seinen psychotischen Erlebnissen überhaupt anzusehen. Er benimmt sich ferner —

soweit er nicht durch seine motorischen Störungen daran gehindert ist — der Situation durchaus entsprechend, was besonders in seinem Verkehr mit dem Arzte zutage tritt. Er ist höflich, zeigt zum Arzte ein durchaus herzliches Zutrauen, wünscht ihm spontan gute Feiertage, geht, sowie er motorisch mehr frei ist, auf Zureden und Aufmunterungen von seiten des Arztes in bereitwilliger und natürlicher Weise ein. Es besteht dann ein durchaus normaler, überraschend guter gemüthlicher Rapport mit dem Arzte. Interessant ist in dieser Beziehung sein Brief an die Frau. Er interessiert sich da für die häuslichen Verhältnisse, für sein Kind und die Anverwandten, beklagt sich ausdrücklich über die Langeweile, die ihm sein Spitalsaufenthalt bereite und wünscht den Besuch seiner Angehörigen.

Im Zusammenhange damit soll nochmals erwähnt werden, daß der Gedankengang keinerlei Störungen im Sinne einer *schizophrenen Zerrfahrenheit* aufwies. Wenigstens konnte eine solche aus den mündlichen oder schriftlichen Äußerungen des Patienten nicht nachgewiesen werden. Als Beispiel dafür dient auch hier wieder der Brief an seine Frau. War der Patient sprachmotorisch frei, so konnte man auch in längerer Aussprache mit ihm keinerlei Bizarrieren, Ungereimtheiten, keinerlei Danebenreden beobachten. Seine Äußerungen erfolgten vielmehr vollkommen natürlich, dem Thema und der Situation angepaßt.

Zusammenfassend ließe sich sagen, daß bei dem besprochenen Patienten auf dem Boden einer hypoparanoid-depressiven Charakteranlage im 40. Lebensjahre eine akute Psychose zur Entwicklung kommt, in deren äußerem Bilde typische katatone Bewegungsstörungen beobachtet wurden, während das innere Erleben durch eine innige Mischung und Durchflechtung paranoider mit melancholischen Elementen gekennzeichnet ist: Echte Wahnerlebnisse, Erlebnisse der Beeinflussung, daneben eine als teils primär, teils reaktiv entstanden nachgewiesene depressive Verstimmung, Denkhemmung, melancholische wahnhafte Ideen. Auch die äußere Bewegungsarmut ist ja, wie ich nachzuweisen versuchte, teils das Ergebnis echt motorischer, katatonen Störungen, teils sicher auch Teilerscheinung einer allgemeinen melancholischen Hemmung.

Ergänzend möchte ich noch über das Verhalten des *Körpergewichtes* bei dem Pat. berichten: Während die Körpergewichtskurve zur Zeit des kompletten Stupors das für den übermittelgroßen Mann gewiß als äußerst gering zu nennende Gewicht von 48 kg anzeigte, begann sie mit der allmählichen Lösung des Stupors, mit dem Beginne der spontanen Nahrungsaufnahme rasch anzusteigen, so daß sie sich im Verlaufe von 5 Wochen auf 58 kg erhob und auch weiterhin Tendenz zum Ansteigen zeigt. Hand in Hand damit geht die Besserung im psychischen Befinden des Patienten.

Ich will nun noch einige Bemerkungen allgemeiner Art anfügen. Sie betreffen die Stellung der vier besprochenen Fälle zu den Voraussetzungen und Gesichtspunkten, wie sie in der Einleitung als für das Thema dieser Arbeit maßgebend bezeichnet wurden. Da ist zunächst das *Alter* der einzelnen Patienten. Mit Ausnahme des Falles III, bei dem sich leider eine genauere Anamnese nicht gewinnen ließ, der aber wahrscheinlich beim Ausbruch der Psychose ungefähr 56 Jahre alt war, standen die Pat. beim Manifestwerden der Psychose sämtlich in einem Alter von 40 bis 45 Jahren, Fall II und IV sogar gerade erst im 40. Lebensjahre. Es mag nun der Zweifel berechtigt erscheinen, ob man denn überhaupt bei diesen drei Fällen von „Psychosen der Umbildungsjahre“ reden kann, zumal da sie noch dazu dem *männlichen* Geschlechte angehören. Gilt als Alter des Auftretens des Klimakteriums beim *weiblichen* Geschlechte durchschnittlich die Mitte des 5. Lebensjahrzehntes, so wird für das Climacterium *virile* von den Autoren, die überhaupt das Bestehen eines solchen annehmen, ein durchschnittlich um 5 bis 10 Jahre *höheres* Lebensalter angegeben (*Bumke, Bleuler*). *Mendel* selbst, der den Begriff des Climacterium *virile* aufstellte, verlegte es zuerst, wie früher erwähnt wurde, in das 47. bis 57. Lebensjahr, rückte dann allerdings später seine Grenze auf 44 Jahre herunter. Aus den Ansichten von *Marcuse, de Fleury* und *Vaerting* würde sich allerdings die Berechtigung ergeben, bei den drei besprochenen Fällen von „Psychosen der Umbildungsjahre“ zu sprechen. Diese drei Autoren setzen ja gerade die kritische Periode in das Alter von 40 bis 45 Jahren.

Andererseits wäre es auch möglich, daß in dieser Beziehung Unterschiede zwischen den einzelnen Volksstämmen bestehen.

Es wurde bereits eingangs betont, daß sich diese Arbeit nur mit der Analyse von Zustandsbildern nach den einzelnen Symptomenkomplexen beschäftigen will und daß die Frage nach der systematischen und klassifikatorischen Zugehörigkeit der besprochenen Fälle im Sinne von „nosologischen Krankheitseinheiten“ durchaus offen gelassen werden soll. Insbesondere soll zu dem Thema einer selbständigen sogenannten „*Involutionsmelancholie*“ in dieser Arbeit keinerlei Stellung genommen werden. Die Beobachtungsdauer der einzelnen Fälle ist ja viel zu kurz, als daß sie als Beitrag zur Lösung dieses viel umstrittenen Problems verwendet werden könnten. Daß aber die diagnostischen Bemühungen auf Grund der Zustandsbilder allein, ohne die Möglichkeit, einen langjährigen Verlauf zu übersehen, bei den funktionellen Psychosen speziell dieser Jahre auf schier unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen, wird ja in der Literatur immer wieder hervorgehoben. Bei Fall I, II und IV wurde z. B. auf Grund der beobachteten katatonen oder kataton aussehenden Symptome immer wieder an *Spätform der Schizophrenie* gedacht. Zur Stellung dieser Diagnose glaubten wir aber wohl den

Nachweis der beiden Grundsymptome, der affektiven Störung und der Assoziationsstörung einwandfrei führen zu müssen. Bei Fall I konnten wir sie niemals mit Sicherheit nachweisen, Fall II bot bei der Deutung seiner „Zerfahrenheit“ die oben dargelegten Schwierigkeiten und bei Fall IV endlich konnte man sich im Gegenteil immer wieder sowohl von der erhaltenen Ordnung des Gedankenganges als auch insbesondere von dem Vorhandensein einer normalen gemütlichen Ansprechbarkeit überzeugen. Wir erachteten uns daher *bis jetzt* nicht für berechtigt, die Fälle als „Dementia praecox“ anzusehen.

Denn das Auftreten katatoner Erscheinungen, und sei es auch in Form des ausgesprochenen katatonen Symptomenkomplexes, wird ja heute für die Diagnose einer bestimmten Krankheitseinheit keineswegs mehr als entscheidend angesehen; und ebenso gilt dies für den paranoiden oder den melancholischen Symptomenkomplex. Ist es richtig, daß wir in dem Auftreten eines Symptomenkomplexes nur das in Funktion-treten eines bestimmten, den außerbewußten Grundlagen des Seelenlebens angehörenden und a priori vorgezeichneten Mechanismus zu erblicken haben, dessen Aktivierung durch die verschiedenartigsten Noxen möglich ist, so würde also die eigentümliche Vielgestaltigkeit des Symptomenbildes bei den Psychosen der Umbildungsjahre mit dem häufigen Auftreten katatoner Symptome höchstens den einen Schluß erlauben, daß eben in diesen Jahren die Verhältnisse der krankheitsverursachenden und krankheitsauslösenden Faktoren recht kompliziert liegen. *Bumke* ist dieser Meinung, die er in der Formulierung zum Ausdrucke bringt, „daß hier endogene und exogene Momente, zum Teil recht heterogener Art durcheinander wirken, und daß die Diagnose einer spezifisch ‚klimakterischen Psychose‘ nur selten den Anspruch erheben kann, das Krankheitsbild so prägnant zu umschreiben und auszuschöpfen, wie es etwa die Diagnose der progressiven Paralyse tut.“ Es würde vor allem die Bezeichnung „klimakterische Psychose“ keineswegs beinhalten müssen, daß gerade der Geschlechtsinvolution als solcher im Vergleiche zu den übrigen Faktoren die prädominierende krankheitsverursachende oder auch nur krankheitsauslösende Rolle zugeschrieben wird.

Doch liegen solche theoretischen Erwägungen bereits außerhalb des Rahmens dieser Arbeit, die ja nur ein Versuch sein sollte, einzelne dieser komplizierten Symptomenbilder einigermaßen klinisch zu analysieren.

Literatur.

Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Julius Springer 1920. — *Bleuler*: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Aschaffenburgs Handbuch. Deuticke 1911. — *Bumke*: Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden: Bergmann 1919. — *Grubbe*: Psychiatrie für Ärzte. Berlin: Julius Springer 1918. — *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Julius Springer 1920. — *Kehrer*: Die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters. Kritisches Übersichtsreferat. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. **25**, 1/2, 1921. — *Kraepelin*: Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig: Barth. — *Kraepelin*: Einführung in die psychiatrische Klinik. Leipzig: Barth 1921. — *Mendel*: Die Wechseljahre des Mannes. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. **29**, 7, 1922. — *Medov*: Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters usw. Arch. f. Psych. **64**, 4, 1921. — *Müller*: Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox usw. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. **23**, 4/5, 1922. — *Kretschmer*: Der sensitive Beziehungswahn, Berlin: Julius Springer 1918.
