

(Aus der Königl. Landesirrenanstalt Stenjevec bei Zagreb, Kroatien  
[Direktor Dr. *Ivan Barbot*].)

## Über Verlaufsformen von Psychosen des höheren Lebensalters.

Von

Dr. **Wichart Kryspin-Exner**,  
Sekundararzt der Anstalt.

Die Berechtigung, eine Anzahl von Krankheitsfällen unter dem Gesichtspunkte einer bestimmten Altersstufe zusammenzufassen und zum Gegenstande einer Arbeit zu machen, ergibt sich für die Psychosen des „höheren Lebensalters“ aus der Eigenart der hier beobachteten Störungen, die einer befriedigenden systematischen Einordnung und Klassifizierung häufig beträchtliche Schwierigkeiten entgegensetzen. Als Ausdruck dieser Schwierigkeiten darf wohl unter anderem gerade die Tatsache betrachtet werden, daß die Stellung alles dessen, was man als „präseniles Irresein“, als „Involutionspsychosen“ bezeichnet hat, noch recht unsicher ist. Diese Psychosen sollen gesonderte Krankheitsformen darstellen, die in der Systematik einen eigenen Platz beanspruchen, und dabei ist doch die Bedeutung der besonderen hier in Anspruch genommenen ätiologischen Momente — sowohl der sogenannten „Umbildung“, der generativen Involution als auch der beginnenden Gehirninvolution — keineswegs aufgeklärt und es werden auch Eigenheiten der Symptomatik als zur Aufstellung besonderer Krankheitstypen berechtigt keineswegs allgemein anerkannt — man denke nur an die unsichere Stellung der sogenannten „Involutionsmelancholie“ oder der „Involutionsparanoide“. Es muß besonders die Bezeichnung „präseniles Irresein“ bis jetzt lediglich als orientierender Zeitbegriff gelten, ohne jegliche systematische Bestimmtheit, wie es vor allem *Kehrer* in seinem Sammelreferat zum Ausdruck bringt, wenn er vom „präsenilen Irresein“ als einem „Klärungsbecken“ von noch unbekannten Krankheitsformen des höheren Lebensalters spricht. Die Bemühungen um eine befriedigende Systematik der Psychosen des höheren Lebensalters werden eben durch die prinzipielle Fragestellung kompliziert, ob denn überhaupt die Eigenheiten dieser Psychosen von einer besonderen Artung der zugrundeliegenden Krankheitsvorgänge abhängig sind — für welche Krankheitsvorgänge eben die in ihrer Wirkungsweise noch unbekannten ätiologischen Faktoren des höheren Lebensalters verantwortlich zu machen

wären —, oder ob die Sonderartung in Symptomatik und Verlauf lediglich daher rührt, daß auf Krankheitsvorgänge und -zustände, die auch den jüngeren Lebensjahren eigentümlich sind, die also nichts Neues darstellen, die Faktoren des höheren Alters nur modifizierend und gestaltend einwirken, ob also, um mit *Birnbaum* zu reden, die Faktoren des Alters pathogenetisch oder nur pathoplastisch — auf Symptomatik und Verlauf — einwirken. Diese Fragestellung kommt vor allem bei der „Involutionsmelancholie“ in Betracht — sie bezieht sich aber auch auf die paranoiden Erkrankungen des höheren Alters — ich erinnere nur an das Verhältnis der sogenannten „Involutionsparanoide“ zu den Paraphrenien und den paranoiden Erkrankungen überhaupt — und nicht zuletzt auf die Gruppe der sogenannten „Spätkatatonien“, über deren Zugehörigkeit zur oder Abtrennung von der *Dementia praecox* eben nur unter dem obigen Gesichtspunkte diskutiert werden kann, worauf ja auch die Ausführungen des *Kraepelinschen* Lehrbuches deutlich genug hinweisen.

Bei einer solchen Lage der Dinge dürfte wohl, bis jetzt wenigstens, auf diesem Gebiete die rein klinische Kasuistik nicht ganz überflüssig sein. Und zwar auch solche Kasuistik, die zunächst nicht von dem Gesichtspunkte der Vereinigung einer Anzahl von Krankheitsfällen zu bestimmten, symptomatologisch zusammengehörigen Gruppen — etwa depressiven oder paranoiden Formen — geleitet wird, sondern ganz einfach aus einem größeren Materiale die Fälle, ausgehend von einer bestimmten Altersgrenze auswählt und das Hauptaugenmerk auf eine möglichst eingehende Beschreibung der Einzelfälle richtet. Ein solches Verfahren müßte — wie *Gaupp* in seiner Arbeit über die Depressionszustände des höheren Lebensalters hervorhebt — den Vorteil haben, daß gerade auch die atypischen, nach Symptomenbild und Verlauf nirgendswo recht unterzubringenden Fälle einer Betrachtung unterzogen werden müssen.

In der vorliegenden Arbeit wird nun eine Anzahl von Krankengeschichten aus der Männerabteilung der Irrenanstalt Stenjevec zusammengestellt, die sämtlich in das Gebiet der „Psychosen des höheren Lebensalters“ fallen. Es wurden hierbei groborganische Psychosen selbstverständlich ausgeschlossen.

Bei der Auswahl der Fälle habe ich als unterste Altersgrenze des Beginnes der Psychose das 40. Lebensjahr angenommen, wobei natürlich auf Vollständigkeit und Zuverlässigkeit der anamnestischen Angaben die gebührende Rücksicht genommen wurde. Diese Altersgrenze stellt eben die äußerste unterste Grenze desjenigen Zeitraumes dar, in dem mit mehr oder weniger Berechtigung von „Umbildungsjahren“, „Rückbildungsjahren“ gesprochen werden kann. Was speziell die allerdings hypothetischen „Wechseljahre des Mannes“ anlangt, so sei darauf ver-

wiesen, daß *Marcuse, de Fleury* und *Vaerting* diese kritische Periode gerade in den Anfang der 40er Jahre verlegen (nach *Kurt Mendel*).

Ich wählte nun, zunächst ohne alle Rücksicht auf die klinische Form, solche Fälle aus, bei denen sich ein möglichst langer Verlauf — von mindestens einer Anzahl von Jahren, in manchen Fällen von mehr als 2 Jahrzehnten — übersehen ließ. Damit war allerdings gleich eine wesentliche Beschränkung gegeben: Es konnten nur solche Fälle in die Arbeit eingehen, die dauernd seit Beginn der Psychose anstandsbedürftig blieben, bei denen also entweder von vornherein ein fortschreitender Prozeß vorlag oder aber eine akute Erkrankung in chronischen Defekt überging, der eine Entlassung unmöglich machte. Vereinzelt Ausnahmen wird die konkrete Schilderung zeigen.

Ich glaubte aber, daß gerade in diesem so schwierigen und klinisch unsicheren Gebiete die Veröffentlichung lange beobachteter Fälle nicht ganz ohne Wert sein dürfte.

Damit hätte ich über die sozusagen äußerlichen Gesichtspunkte berichtet, die für diese Arbeit maßgebend waren.

Was nun die Darstellung und Auffassung der Einzelfälle im besonderen angeht, so mußte offenbar auf die eingangs erwähnten Schwierigkeiten in der Klassifikation der Psychosen des höheren Lebensalters gebührende Rücksicht genommen werden. Es kann sich weniger darum handeln, den Einzelfall in ein bestimmtes diagnostisches Schema zu pressen als vielmehr darum, allen Zügen des Symptomenbildes in möglichst erschöpfender Weise gerecht zu werden. Wird doch gerade für die Psychosen des höheren Lebensalters die Vielgestaltigkeit des Symptomenbildes, dessen heterogene Zusammensetzung einer eindeutigen Klassifizierung häufig beträchtliche Schwierigkeiten entgegensetzt, immer wieder hervorgehoben. Es ist gewiß bezeichnend, daß *Kretschmer* seine Gesichtspunkte der „mehrdimensionalen Diagnostik“ gerade auch auf die Psychosen des Involutionalters angewendet wissen will, sowie daß auch *Birnbaum* in seinem Buche „Der Aufbau der Psychose“ der Involutionpsychosen mehrmals Erwähnung tut in dem Sinne, daß er gerade bei diesen Formen eine befriedigende Auffassung durch Anwendung seiner Strukturanalyse erhofft.

Habe ich in einer vorigen Arbeit versucht, die Zusammensetzung der Zustandsbilder bei einigen in dieses Gebiet gehörenden Krankheitsfällen zu analysieren und aufzuweisen, wie mehrere Symptomenkomplexe an ihrer Konstituierung Anteil nehmen können, so hoffe ich hier zeigen zu können, daß auch die Beobachtung und Verfolgung eines jahrelangen Verlaufes in manchen Fällen die eindeutige Einreihung in eine bestimmte Krankheitsgruppe oder einen Krankheitstyp keineswegs ermöglicht. Ebenso wie die diagnostischen Bemühungen auf Grund der Zustandsbilder durch die Mischung und Verflechtung von Zügen verschiedener

Symptomenkomplexe erschwert werden, so lassen sich auch am Gesamtverlaufe häufig die Züge mehrerer heterogener Verlauftypen nachweisen, ohne daß die klinische Prädominanz, die Höherwertigkeit des einen oder des anderen in diagnostischer Hinsicht ohne weiteres ersichtlich wäre.

Es sind nach *Bumke* die ätiologischen Verhältnisse bei den Psychosen des höheren Alters — wie er sagt, die Mischung von endogenen und exogenen Faktoren zum Teil recht heterogener Art —, die nach ihm den Schlüssel zum Verständnis der besonderen bei diesen Psychosen bestehenden Kompliziertheit in Zustandsbild und Verlauf geben. Nirgends so wie hier wäre daher die Forderung nach vollständig und erschöpfend dargestellten Einzelfällen berechtigt, wobei besonders die hereditären Verhältnisse, die in der präpsychotischen Persönlichkeit sich äußernde Konstitution und Charakteranlage, mit einem Wort also die von *Bumke* betonten endogenen Faktoren eingehend berücksichtigt werden müßten, wie es z. B. *Seelert* in einer neulich erschienenen Arbeit getan hat. Daß die hier veröffentlichten Krankengeschichten den strengen Anforderungen an eine klinische Vollständigkeit nur recht ungenügend entsprechen, will ich gleich vorwegnehmen. Bei alten Anstaltsinsassen, um die sich Angehörige häufig nicht mehr bekümmern, ist die nachträgliche Gewinnung genauer anamnestischer Angaben recht schwierig oder gänzlich unmöglich. Man ist also darauf angewiesen, was bereits seinerzeit im ärztlichen Zeugnis oder später in der Krankengeschichte vermerkt wurde. Daß diese ferner nicht von vornherein mit Rücksicht auf alle die Fragen geschrieben wird, die bei einer späteren Bearbeitung maßgebend sind, muß ebenfalls bedacht werden. Diesen Mängeln nun steht aber der Vorteil gegenüber, daß es sich um lange beobachtete Fälle handelt, und wenn auch die im Laufe der Jahre gemachten Beobachtungen nicht mit klinischer Vollständigkeit niedergelegt sind, so gestattet die Krankengeschichte doch, sich in großen Zügen ein richtiges Bild des ganzen Verlaufes zu machen. Es war ferner in den meisten Fällen möglich, die Endzustände, deren Gestaltung gerade bei Psychosen dieser Art von Interesse sein dürfte, eingehender und mit Rücksicht auf die hier in Betracht kommenden Fragestellungen zu untersuchen.

Unter den chronischen Erkrankungen des höheren Alters spielen die *paranoiden Formen* bekanntermaßen eine große Rolle; über ihre klinische und systematische Stellung sind übrigens, was ja überhaupt für die paranoiden Erkrankungen im allgemeinen gilt, die Meinungen recht geteilt. Ein solcher Fall, der nun schon durch 22 Jahre in der hiesigen Anstalt beobachtet wird, sei im folgenden wiedergegeben.

I. H. S. Erste Aufnahme: 29. VIII. 1901. 50 Jahre alt, verheiratet, Gastwirt. Anamnese: Heredität 0. Gewöhnliche Schulbildung, war immer fleißig und ordentlich, seit jungen Jahren immer mehr zurückgezogen. Diente beim

Militär, dortselbst Gonorrhoe mit Epididymitis. Lues negiert. Verheiratete sich dann, lebte einträchtig mit seiner Frau, war ein zufriedener und sorglicher Gatte. Immer fleißig und sparsam, erwarb sich ein hübsches Vermögen. Hat immer getrunken, in der letzten Zeit mehr. Vor 1½ Jahren erste Anzeichen einer geistigen Erkrankung. Beziehungsideen, die Leute sprächen über ihn, fühlt sich verfolgt, ohne zu wissen von wem, Eifersuchtsideen, sieht im Dunkeln Liebhaber seiner Frau in deren Bett steigen. Beginnt seine Frau und seine als Kind angenommene Nichte unbegründet zu bedrohen und zu hassen. Elektrische Ströme ziehen ihm durch den Körper und beunruhigen ihn. Nachts unruhig, hört Telefongespräche, spürt Belästigungen am Körper, man bespritze ihn mit Wasser. Leute auf der Straße rufen ihn. Eine ganze Gesellschaft trachte ihm nach dem Leben. Unternimmt Reisen, um den Verfolgungen zu entgehen.

In der Anstalt: Körperlich: gut genährt, Pupillen in Ordnung, Anzeigen peripherer Arteriosklerose, Tremor manuum. — Besonnen, ansprechbar, orientiert. Seit längerer Zeit fühle er sich verfolgt, er wisse nicht recht, wie das zugehe, es seien irgendwelche geheimen Wahlen gewesen, man habe gegen ihn gesprochen, auch seine Frau sei im Bunde, halte es mit Liebhabern, die er als Schatten in der Nacht gesehen habe. Sein Körper werde unablässig gemartert durch elektrische Ströme, geheimnisvolle Beeinflussungen, die seine Gegner mit Hilfe von allerhand unsichtbaren, sonderbaren Maschinen gegen ihn ins Werk setzen. Die „Kirchengemeinde“ und der „Frauenverein“ seien seine größten Feinde. Er sei einmal nach B. gefahren, um Ruhe zu haben. Dort habe man ihn aus dem Nebenzimmer die ganze Nacht hindurch auf „geistigem Wege“ ausgesogen. Sein Leib sei entnervt, die Leber vernichtet, er habe allerhand unsichtbare Schäden am Kopf und Körper, die alle der „elektrische Strom“ verursacht habe. Spricht stellenweise konfus, gebraucht bei Schilderung seiner Belästigungen reichlich Wortneubildungen.

Die erste Zeit ruhiges und geordnetes Benehmen, beschäftigungslos, in sich gekehrt, schlechter Schlaf, beklagt sich über nächtliche Belästigungen. Die ganzen Verfolgungen seien für ihn geheime Sachen, er könne sich selbst nicht darüber klar werden, wie das eigentlich zugehe. Ströme gingen ihm im Körper herauf und herunter, er hat dafür besondere Namen. Das Beste wäre für ihn, wenn er schon sterben möchte, damit er doch Ruhe habe. Die Atmung werde gehemmt, das Blut in den Kopf getrieben.

In der Folgezeit dauernd im Bette, Nahrungsverweigerung, er könne nicht essen, da er an der „Usurpation“ leide. Er sei unglücklich, wolle am liebsten sterben. Kommt körperlich herunter.

Wird am 6. III. 1902 in häusliche Pflege übernommen.

Zweite Aufnahme 9. II. 1909. In der Zwischenzeit ist ihm die Frau gestorben. Er lebt ganz zurückgezogen von der Welt, duldet niemand um sich, ist reizbar, schwer verstimmt, hat Selbstmordideen, da er die unablässige Marterung durch die Ströme nicht aushalten könne. Er hört beunruhigende Stimmen, fühlt sich von der ganzen Welt verfolgt. In der Anstalt werden wieder in ziemlich konfuser Weise mit vielen Wortneubildungen die alten Verfolgungs- und Beeinflussungsideen vorgebracht. Er ist dabei weitschweifig, abspringend im Gedankengang, ziemlich schwer zu fixieren.

Die Jahre hindurch immer gleiches Verhalten. Ruhig, geordnet, dabei in sich gekehrt, schweigsam, beschäftigungslos, spricht von seinen Belästigungen niemals spontan, im Gespräch zurückhaltend, einsilbig, resigniert. Hie und da beklagt er sich über die „Inquisition“, über die „elektrischen Ströme“, die ihn dauernd martern, bittet um Befreiung und Erleichterung. Zeitweise bettlägerig, asthmatische Beschwerden.

28. I. 1920. Exploration: Schon durch 22 Jahre sei er das Opfer der Inquisition. Die Krone habe sich mit den Geistlichen verabredet und so sei er hierher gekommen. Tag und Nacht werde er gemartert durch das „Kronradl“, die „geistige Maschine“, Geistliche und Nonnen betreiben diese Maschine, durch die Tausende von Leuten vernichtet werden. Diese Maschine treibe ihm Ströme durch den Leib, mache ihm Kälte und Wärme, durchbohre ihm den Leib, so daß er unfähig werde zu jeder Beschäftigung. Tag und Nacht gehe das so fort, raube ihm den Schlaf. Er sei schon völlig lebensüberdrüssig, bitte, ihn zu vergiften.

14. XII. 1921. Dauernd schweigsam, ruhig, spricht spontan wenig, äußert hie und da, er möchte schon sterben. Bringt in längerem Gespräche mit dem Arzte in weitschweifiger, abspringender Weise die alten Sachen vor. Sein ganzes Tun und Wesen fühlt er durchsetzt von fortwährenden Beeinflussungen. Eine Maschine im dritten Stock, die von den Nonnen getrieben werde, mache das alles. Er sei völlig unfrei, Gedanken werden ihm gemacht oder weggenommen, die Augen, der Verstand „verschlossen“, es sei alles „Suggestion“. Alle möglichen körperlichen Mißempfindungen werden ihm gemacht, der Schlaf geraubt. Das sei „Strom und Magnetismus“, dazu dienen astronomische Apparate, Maschinen. Das sei „Gottessache, Sache der Krone und Staatssache, das sind Geheimnisse. nur die Doktoren wissen es“.

1922—1923. Dauernd verschlossen, schweigsam, resigniert, liegt längere Zeit im Bette, ohne jegliche Beschäftigung, spricht mit niemand, kümmert sich um nichts. Die alten Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen bestehen unverändert weiter, sie werden in ziemlich konfuser Weise mit vielen Wortneubildungen und schwerverständlichen Wendungen vorgebracht. Dabei ist aber die affektive Ansprechbarkeit gut geblieben, auch keine eigentliche Zerrfahrenheit oder Unzugänglichkeit zu bemerken. Patient macht den Eindruck eines müden, alten Menschen, der sich mit seinem Schicksal abgefunden hat und resigniert den Rest seines Lebens verbringt. Hie und da bittet er ohne besonderen Nachdruck um Entlassung, um Befreiung von den „Qualen“, die nach seiner Ansicht an den hiesigen Aufenthalt gebunden sind. Der körperliche Zustand ist relativ befriedigend; das Gefäßsystem bietet Anzeichen von peripherer Arteriosklerose und Hypertonie. Organische Defektsymptome sind nicht nachzuweisen.

*Zusammenfassung:* Über hereditäre Verhältnisse ist nichts zu erfahren. Über die vorpsychotische Persönlichkeit des Patienten wird angegeben, daß er immer gediegen und sozial tüchtig war, in glücklicher Ehe ein ruhiges Leben führte. Bei seinem Berufe als Gastwirt ist größerer Alkoholkonsum wahrscheinlich. Im Alter von ungefähr 48 Jahren entwickelt sich allmählich, ohne stärkere akute Symptome, ein *paranoides Zustandsbild*, zunächst mit unklaren und unsystematisierten Verfolgungs- und Beeinflussungsideen, unsicherer „Wahnstimmung“ (es sind geheime Sachen, er weiß nicht, wie es zugeht). Wahnideen der geschlechtlichen Untreue spielen eine große Rolle, ferner die Erlebnisse aller möglichen Beeinflussungen und „gemachten“ Mißempfindungen (elektrische Ströme, Bespritzen mit Wasser). Die Wahnerlebnisse führen mit der Zeit zu Erklärungsideen (Maschinen), sowie zu einiger Systematisierung. Es besteht von Anfang eine längere Zeit währende depressive Verstimmung mit Selbstmordneigung, deren autochthone oder reaktive Genese nicht recht entschieden werden kann.

Im Laufe einiger Jahre bildet sich nun ein stabiler Endzustand heraus: Der Wahnkomplex der Verfolgungs- und Beeinflussungsideen besteht unverändert weiter; es sind hauptsächlich alle möglichen körperlichen Belästigungen und Mißempfindungen, die vom Patienten in Form der „gemachten Phänomene“ erlebt werden, damit im Einklang auch „Gedanken machen“ und „Gedankenentzug“. Erklärungsideen (Maschine, Kronradl usw.) verdichten sich zu einer ziemlich lockeren und phantastischen Systematisierung, die übrigens im Endstadium fixiert erscheint. Der formale Gedankengang ist dabei weitschweifig, abspringend, es bestehen in Verbindung mit den Wahnerlebnissen und deren Erklärung viele Wortneubildungen. Dabei aber keine eigentliche Zerfahrenheit oder Unzugänglichkeit. Er hat zwar mit der Zeit das Interesse für die äußere Welt völlig eingebüßt, sitzt beschäftigungslos auf der Abteilung und selbst über die fortdauernden Belästigungen klagt er selten und meist nur auf Fragen. Dabei ist aber doch keine derartige Affektstumpfheit, Kälte und Unzugänglichkeit vorhanden wie beim jugendlich verblödeten Schizophrenen; im Verkehr mit Ärzten und Pflegepersonal zeigt er im Gegenteil ganz normale affektive Ansprechbarkeit. Organische Defektsymptome sind nicht nachzuweisen. Körperlich: Arteriosklerose.

Hervorzuheben wäre, daß es hier bei jahrzehntelangem Bestande der Krankheit nie zum Auftreten von Größenideen gekommen ist. Im Anfangsstadium ist ein gewisser alkoholistischer Einschlag in das Symptomenbild unverkennbar. (Gefühl des Bespritzens mit Wasser, nächtliche Visionen von Liebhabern der Frau.) Die typischen „gemachten Phänomene“, Beeinflussungen, „Gedankenentzug“, „gemachte Gedanken“, finden sich in derselben Weise wie bei echt schizophrenen paranoiden Erkrankungen. Die weitschweifigen, stellenweise wie zerfahren anmutenden abspringenden Reden, durchsetzt von Wortneubildungen, die schließlich doch bestehende Affektreduzierung legen ohne Zweifel den Gedanken nahe, den Fall als eine paranoide Spätform der Schizophrenie aufzufassen. Und doch fällt die Diagnose Schizophrenie wieder nicht leicht. Es besteht eben nach mehr als 20jähriger Krankheitsdauer kein eigentlicher Zerfall der Persönlichkeit, es werden keinerlei katatone Symptome beobachtet, es besteht absolut nicht jenes kalte, unverständliche und unzugängliche Wesen, das der alten verblödeten Dementia praecox ihren charakteristischen Stempel aufdrückt. Der affektive Rapport mit dem Patienten ist bis in den Endzustand hinein erhalten.

Es gehört so der besprochene Fall ohne Zweifel in jene Gruppe der Psychosen des höheren Alters, mit denen sich die eingehenden Arbeiten von Kleist, Šerko, Albrecht und Seelert beschäftigen und die von den genannten Autoren die bezüglichen Namen der Involutionsparanoia,

Involutionsparaphrenie, präsenilen Paraphrenie, paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters erhalten haben. Eine Stellungnahme zu diesen Arbeiten kann nicht im Rahmen dieses Aufsatzes liegen, um so mehr, als mir infolge der schwierigen äußeren Verhältnisse die betreffenden Arbeiten nur zum Teil zugänglich waren. Sind die kritischen Einwendungen, die *Kehrer* gegen die Aufstellung dieser Formen als selbständiger Krankheitseinheiten macht, berechtigt — und auch *Bumke* hat ja Bedenken gegen die Aufstellung einer selbständigen „Involutionsparanoia“ —, so fallen die Fragestellungen und Probleme, die sich bei Beobachtung solcher Fälle melden, wohl mit dem Problem der „Paraphrenie“ überhaupt zusammen. Gewiß ist es aber höchst beachtenswert, daß z. B. *Kleist* behauptet, selber vor den Involutionsjahren noch keine paranoiden Erkrankungen gesehen zu haben (Ref. *Kehrer*) und daß andererseits *Mayer* bei Nachprüfung der Urbilder der *Kraepelin*-schen Paraphrenie fand, daß bei den Fällen, deren weiterer Verlauf die Diagnose „Paraphrenie“ rechtfertigte, die also nicht schizophran verblödeten, der Krankheitsbeginn jenseits des 40. Lebensjahres lag. Die ganze Frage nach der Selbständigkeit einer Involutionsparanoia oder -paraphrenie könnte also wohl nur durch weitere umfassende Untersuchungen über die Paraphreniefrage überhaupt einer Lösung näher gebracht werden. Ohne Zweifel würde hier, da es sich um die Verfolgung von jahrzehntelangen Verläufen handeln müßte, das Material der großen Irrenanstalten recht geeignet sein.

Der im Vorstehenden geschilderte Fall würde also eine im höheren Alter ausbrechende „paraphrene“ Erkrankung darstellen. Im Eingangsstadium solch paraphrener Erkrankungen überhaupt pflegt, wie bekannt, häufig eine längere Zeit dauernde depressive Verstimmung das Bild zu beherrschen, die wohl zum Teil als Reaktion auf die neu hereinbrechenden, fremdartigen, meist beunruhigenden Erlebnisse aufgefaßt wird. Bei der Neigung des höheren Alters zu depressiven Verstimmungen überhaupt müßte es zu erwarten sein, daß gerade in diesem Alter bei Ausbruch einer paraphrenen Psychose das depressive Einleitungsstadium besonders hervortritt. Ein Beispiel hierfür ist der nächstfolgende Fall, bei dem die einleitende Depression so stark ausgeprägt war, daß sie beinahe die Stellung eines selbständigen Abschnittes im Krankheitsverlaufe beanspruchen kann.

II. R. P. Aufgenommen 17. II. 1909. 48 Jahre alt, verheiratet, Schmied. Anamnese: Ein Bruder Querulantenatur. Pat. selbst normale Entwicklung, Schulbesuch mit gutem Erfolge. Mit 19 Jahren Heirat, glückliche Ehe mit 3 Kindern. Kein Trinker. War immer mehr heftig, konnte sich wegen Kleinigkeiten aufregen und dann lange nicht darauf vergessen. Bis Frühjahr 1907 immer gesund. Damals beleidigte er, als Zeuge im Ehescheidungsprozeß seines Sohnes, den Pfarrer vor Gericht und wurde daraufhin zu 10 Tagen Arrest verurteilt. Um dem Absitzen der Strafe zu entgehen, trieb er sich unstet umher, wurde aber dann doch



erwischt und für 10 Tage eingesperrt. Seither stark verändert, Krankheitsgefühl, traurig und verzweifelt, bettlägerig, er müsse nun sterben. Begab sich anfangs 1908 ins Spital, kehrte nach einigen Tagen auf Umwegen nach Hause zurück, da man ihm nachstelle und ihn am Leben bedrohe. Zu Hause wieder bettlägerig und deprimiert. Herbst 1908 Vergiftungsideen, beschuldigt die Frau, verweigert Nahrung, wird aggressiv, dann ins Spital.

2. X. 1908 bis 10. II. 1909 im Spital in Z. Dortselbst meist stark gehemmt, deprimiert, sitzt unbeweglich im Bette, spricht mit niemandem, starrt vor sich hin, weint. Dann wieder mehr zugänglich, geordnet, oder aber stark gereizt, erregt. Dies besonders einmal, als der Sohn ihn abholen wollte. Pat. beschimpfte ihn, wurde tödlich und trieb ihn fort. Reichlich Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen: Der Arzt mache gegen ihn Zeichen, ein neuer Koffer im Zimmer bedeute ihm Böses, eine größere Portion, die er bekam, heiße, man wolle ihn vergiften usw. Die ganze Umgebung sei ihm feindlich, die Familie wolle ihn aus dem Leben schaffen. Überall Feinde, die ihn zugrunde richten wollen. Dabei ängstlich und verzweifelt.

Vom 17. II. 1909 in der Anstalt: Die erste Zeit dauernd bettlägerig, deprimiert, klagt über verschiedene körperliche Mißempfindungen, hält sich für schwer krank, er müsse sterben. Man wolle ihn zugrunde richten. Er sei ungerechterweise eingesperrt worden, werde Revision des Gerichtsverfahrens verlangen.

Bis Ende des Jahres unzufrieden und weinerlich, gereizt, fühlt sich schwer krank. Dabei stark selbstbewußt, spricht in gewählten Ausdrücken, verlangt dies und jenes, lehnt jede Arbeit ab, er sei zu schwach. Will mit Frau und Sohn nicht nach Hause, er könne nicht zurück in das Leben, wo er so viel durchgemacht habe.

1910. Körperliche Beeinflussungsgefühle, die er auf von den Ärzten betriebene „Maschinen“ zurückführt. Fortdauernd unzufrieden, nörgelnd, wortreiche Klagen, die selbstbewußt, in gewählt sein wollender Sprache vorgetragen werden. Selbstgefällig. Andeutung von Größenideen: Er mache bedeutende Erfindungen.

1911. Fortdauernde körperliche Beeinflussungsgefühle, für die er auf Grund von Zeitungslektüre Erklärung in „Elektrizität“, „drahtloser Telegraphie“, „Esperanto“ sucht. Beschäftigt sich mit allen möglichen „Erfindungen“. Trägt dauernd das bürgerliche Gesetzbuch mit sich herum, dessen Paragraphen er auf seine Rechtsangelegenheiten, den Ehescheidungsprozeß des Sohnes, den Streit mit dem Pfarrer usw., anzuwenden versucht. Immer sehr von oben herab, geziert, geschraubt, selbstgefällig. Arbeitet nichts.

1912. Geht mit Unterbrechungen zur Arbeit, will immer etwas extra für sich haben. Streitsüchtig, querulierend.

1913. Arbeitet mit Unterbrechung, Beeinflussungsgefühle bestehen weiter.

1914. Entwich im Sommer aus der Anstalt und begab sich nach Hause, um dort „Ordnung zu machen“. Molestierte die Behörden. Läßt sich überreden wieder zurückzukehren. Seither mehr erregt, unzufrieden, beklagt sich in langatmigen konfusen Schriftstücken über Belästigung durch „elektrische Maschinen“, ist häufig gereizt und lärmend.

1915. Gereizt, schimpft und lärmt, fortdauernd unzufrieden.

1916—1920. Wird dauernd belästigt von „Spiritisten“ und „Elektrizität“. Daran seien die Ärzte schuld; ist dauernd gereizt, querulierend, selbstbewußt, nichts ist ihm recht, stellt Ansprüche, man müsse ihn bedienen wie den Kaiser. Gibt seinen Klagen nach wie vor in weitschweifigen Reden oder Schriften Ausdruck.

16. III. 1920. Exploration. Außerordentlich gesprächig, weitschweifig, bringt eine Unmenge maßloser, teilweise phantastischer Größenideen vor. Er sei Herzog, Erzherzog, sei Herrscher im Lande, habe eine hohe Pension, habe eine Unzahl wichtiger Erfindungen gemacht, für die ihm die Menschheit dankbar sein müsse. Der Pfarrer und Bischof seien seine Feinde, prozessieren gegen ihn. Spiritisten, Anarchisten oder Monarchisten mit Röntgenstrahlen hätten ihm die Gesundheit ruiniert, verfolgen ihn und beschädigen ihn am Körper.

Die letzten Jahre hindurch immer gleiches Verhalten. Sehr selbstbewußt, überlegen, selbstgefällige Pose, arbeitet hie und da, aber ohne Ausdauer, läßt sich dazu viel bitten, verlangt Bezahlung. Der Exploration schwer zugänglich, betrachtet es als Beleidigung, daß man ihn ausfrage, er selbst habe Fragen zu stellen, nicht der Arzt. Um ihn habe sich überhaupt niemand zu kümmern. Spiritisten verfolgen ihn, geben ihm keine Ruhe, quälen ihn auf alle mögliche Art, haben ihm Krankheiten gemacht, die Herzkammern eröffnet, Husten verursacht, beeinflussen seine Handlungen und Gedanken. Er hört und spürt sie, sieht sie aber nicht. Er ist General, Erzherzog, der höchste auf Erden, bekommt eine hohe Bezahlung, hat den Friedensvertrag von Versailles gemacht, davon könne sich jeder überzeugen, der Zeitung lese.

*Zusammenfassung:* Bei dem immer mehr selbstbewußten, reizbaren Patienten, der dabei Neigung zu „Verhaltung“ zeigt, entwickelt sich im Alter von 46 Jahren im Anschluß an eine vermeintliche rechtliche Benachteiligung (Arreststrafe wegen Beleidigung) ein depressiv-hypochondrisches Zustandsbild mit stark paranoiden Einschlägen. Nach ungefähr 2 Jahren macht die ängstlich depressive Stimmung einer mehr gereizt unzufriedenen Stimmungslage Platz mit Neigung zu ständigem Querulieren. Es entwickelt sich nun ein ausgesprochen paraphrenes Zustandsbild, in dem anfangs größtenteils Verfolgungsideen sowie Ideen der körperlichen Beeinflussung hervortreten, während sich im Laufe der Jahre ein immer üppigerer Größenwahn herausbildet, der phantastische Formen annimmt. Nach zirka 15jähriger Krankheitsdauer besteht bei geordnetem äußeren Verhalten und durchaus entsprechenden Affektreaktionen ein paranoides Zustandsbild, in dem üppige phantastische Größenideen, ferner Verfolgungsideen, Beeinträchtigungs- und Beeinflussungswahn hypochondrischer Art ohne weitgehende Systematisierung vertreten sind. Dabei starkes Selbstbewußtsein, Stimmungslage eher euphorisch. Weitschweifigkeit und Geschraubtheit der Äußerungen. Organische Defektsymptome nicht nachzuweisen.

Hier begann also die Krankheit mit einem über 2 Jahre dauernden Zustandsbild, an dessen Konstituierung depressive und paranoide Elemente so ziemlich gleichwertig beteiligt waren — in einer Weise, wie es überhaupt bei den depressiven Erkrankungen dieser Jahre häufig vorkommt, und wie es vor allem für die sogenannte „Involutionmelancholie“ charakteristisch ist. In der Tat gewann so das anfängliche Zustandsbild eine gewisse selbständige Bedeutung im Krankheitsverlaufe und es konnte damals die Diagnose — ob depressiv-paranoide Phase oder paraphrener Prozeß — auf Grund des Zustandsbildes nicht ent-

schieden werden. Der weitere Verlauf — Patient ist nun durch 14 Jahre in der Anstalt beobachtet — stellte allerdings die Sache klar: Es handelt sich ohne Zweifel auch hier um eine paraphrene Prozeßpsychose, deren Einleitung die über 2 Jahre dauernde Depression bildete.

Hier baut sich übrigens die Psychose auf einem ausgesprochen paranoiden Charakter auf: Der rechthaberische, selbstbewußte, ewig querulierende Patient, der einen ähnlich gearteten Bruder gehabt haben soll, mußte zu paranoiden Erkrankungen prädisponiert erscheinen, besonders wenn man dazu seine Neigung zu „Verhaltungen“ (*Kretschmer*) nimmt: „Er konnte lange nicht vergessen.“ So erscheint es begreiflich, daß ein psychisches Moment (Gefühl einer erlittenen rechtlichen Benachteiligung, noch dazu in Form einer entehrenden Arreststrafe) derart tief wirkte, daß es die Bedeutung eines auslösenden Faktors gewinnen konnte. Es spielen ja auch weiterhin der Komplex des erlittenen Unrechtes sowie überhaupt die ganzen damaligen Zusammenhänge (Eheprozeß des Sohnes) in den Inhalten der Psychose eine unverändert festgehaltene Rolle. Die Psychose selbst kann aber offenbar nur als ein eigenen Gesetzen folgender Prozeß aufgefaßt werden, der übrigens die typische Entwicklung einer Paraphrenie besonders schön zeigt: Erst die Verfolgungs- und Beeinflussungsideen, dann ein allmählich sich entwickelnder Größenwahn, der immer maßlosere und beinahe phantastische Formen annimmt, wobei die Verfolgungsideen dauernd weiterbestehen. Auch hier das starke Hervortreten körperlicher Beeinflussungs- und Beschädigungsideen. Die anfängliche auch nach Abklingen der ausgesprochenen Depression noch weinerliche und verzagte Stimmung geht allmählich — anscheinend parallel der Entwicklung der Größenideen — in ein äußerst selbstbewußtes, hochfahrendes, die eigene hohe Stellung gereizt betonendes Wesen über, das offenbar nichts anderes darstellt, als die durch den psychotischen Prozeß vergrößerten und verzerrten Charaktereigentümlichkeiten des Patienten vor der Erkrankung. Da hier die Arbeitsfähigkeit weitgehend erhalten blieb, auch kein Zerfall der Persönlichkeit eintrat und Züge einer Verödung der Affektivität noch weniger vorhanden waren als beim vorhergehenden Patienten, so kann auch hier die Diagnose „Spätform der Schizophrenie“ wohl kaum befriedigen.

Sind die im Vorstehenden beschriebenen 2 Fälle typische Beispiele für jene paranoiden Erkrankungen des höheren Alters, die in Form einer nicht rückgängig zu machenden Prozeßerkrankung eine „dauernde Umwandlung der Persönlichkeit“ bewirken und die paranoiden Krankheitserscheinungen noch nach Jahren und Jahrzehnten modifiziert und weiter entwickelt, aber ungeschwächt wie zu Anfang zeigen, so tritt bei anderen Erkrankungen speziell dieser Altersstufe der paranoide Symptomenkomplex häufig als Bestandteil einer heilbaren Phase, also vorüber-

gehend auf. Gerade das Auftreten paranoider Elemente im Symptomenbilde *depressiver Phasen* dieses Alters, ja ihr häufiges Überwiegen über die melancholischen Züge ist ja unter anderem mit ein Grund dafür, daß diesen Depressionszuständen unter der Bezeichnung „Involution-melancholie“ von vielen Seiten eine selbständige Stellung gegenüber den Phasen des manisch-depressiven Irreseins eingeräumt wird. Es darf ja übrigens bei der Neigung der Psychosen dieses Alters, im Symptomenbilde die Züge verschiedener Symptomenkomplexe zu vereinigen, nicht wundernehmen, daß ebenso wie z. B. paranoide Prozeßpsychosen durch ausgesprochen depressive Zustandsbilder kompliziert werden, so auch im Verlaufe von depressiven Phasen der paranoide Symptomenkomplex einen recht breiten Spielraum einnehmen kann. *Seelert* hat neulich einen hierher gehörigen Fall beschrieben und die Ableitung der depressiven und paranoiden Züge des Symptomenbildes aus entsprechenden Faktoren der Konstitution unternommen. Außer den Eigenheiten des Symptomenbildes, das von den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins abweicht, sind es nun noch bekanntlich Verlauf und Ausgang, die für die selbständige Stellung der sogenannten Involution-melancholie ins Feld geführt werden. *Bumke* faßt diese Besonderheiten kurz zusammen: Anschluß an seelische Ursachen, längere Dauer, als es Depressionszustände des manisch-depressiven Irreseins zu tun pflegen, häufig nicht restlose Ausheilung, und dann Übergang in depressive Schwächezustände.

Unter den in dieser Arbeit zusammengefaßten Fällen befinden sich 3, die diesem Bilde der Involution-melancholie entsprechen könnten und die wieder untereinander im Verlauf und Ausgang derart voneinander abweichende Besonderheiten darbieten, daß die gesonderte Besprechung aller drei gerechtfertigt erscheint.

III. F. H. Erste Aufnahme 25. XI. 1914. 58 Jahre alt, verheiratet, höherer Gerichtsbeamter. Anamnese: Vater angeblich sonderbarer Mensch, war zweimal verheiratet, lebte schlecht mit seiner zweiten Frau. Die Kinder dieser zweiten Ehe waren geisteskrank. Vaters Bruders auch sonderbar. Eine Schwester des Pat. war lange Jahre in einer Irrenanstalt, ein Bruder erhängte sich in Geistesstörung, war angeblich 20 Jahre geisteskrank. Pat. selbst 34 Jahre verheiratet, 5 Kinder, alle Akademiker, eine Tochter Ärztin. Ein Kind als kleines aus dem Fenster gefallen, schwere Kopfverletzung, leidet an Epilepsie. Pat. als juristischer Beamter in leitender Stellung, jetzt seit zwei Jahren in Pension.

In der Ehe schon durch mehrere Jahre Unstimmigkeiten. Scheidung, dann wieder Zusammenleben der Eheleute wegen der Kinder. Die Frau beschuldige ihn der Sodomie, verschiedener Übeltaten. Seit einigen Monaten Beziehungs- und Verfolgungsideen. Die Frau wolle ihn vergiften, läßt das Essen chemisch untersuchen. In fortwährender Angst, leidet an Schlaflosigkeit. Versuchte Selbstmord, schnitt sich in den Hals. Im Spital traurig, gehemmt.

In der Anstalt: 26. XI. 1914. Tief deprimiert, gehemmt, weinerlich. Beklagt sich über seine unglückliche Ehe. Schon seit einigen Jahren benehmen sich die Leute gegen ihn sonderbar, sehen ihn sonderbar an, höre er Beschimpfungen von

allen Seiten, ohne jemanden zu sehen. Im Dunkeln sieht er Hunde im Zimmer. Eines Nachts habe man ihm einen toten Hund unter das Bett gelegt. Fühlt sich sehr unglücklich, da er verfolgt werde. Polizisten stellen ihm nach. Darum wollte er Selbstmord begehen. Körperlich: Periphere Arteriosklerose.

*Bis Ende des Jahres:* Dauernnd schwer deprimiert, dabei immer in Angst, spricht mit niemandem, schwer gehemmt. Üppige Beziehungsideen: Die ganze Umgebung sei gegen ihn, alles was sie tun, sei gegen ihn gerichtet. Durch Telephon beschuldige man ihn verschiedener Verbrechen, der Fälschung von Briefen, drohe ihm mit dem Tode. Einmal Fluchtversuch.

1915. Schwer gehemmt, schweigsam, deprimiert. Das ganze Jahr dasselbe eintönige Bild, ohne Veränderungen. Auf die Nachricht vom Tode seiner Tochter ohne sichtbare Reaktion.

1916. Fortdauernd schwer gehemmt, schweigsam, beklagt sich häufig über das Benehmen der Mitpatienten, das gegen ihn gerichtet sei. Sitzt tagelang unbeweglich am selben Platze, ohne auf die Umwelt zu reagieren.

Wird am 4. I. 1917 von seiner Frau in häusliche Pflege übernommen.

Zweite Aufnahme 9. I. 1917. War zu Hause fortwährend ängstlich, unruhig, hörte Klopfen, das bedeute Böses, alles werde zugrunde gehen. Versuchte Selbstmord. Das ganze Jahr hindurch wieder fortdauernd schwer deprimiert, gehemmt, schweigsam. Drängt manchmal verzweifelt nach Hause. Äußert Eifersuchtsideen gegen seine Frau. Ende des Jahres (3. XII.) nimmt ihn die Frau abermals auf sein unablässiges Bitten nach Hause.

Kaum ein Monat zu Hause, wird er wieder in die Anstalt gebracht, nachdem er zu Hause seine Frau mit einer Küchenhacke erschlagen hat. *In der Anstalt* wieder bettlägerig, schwer gehemmt, schweigsam, flüstert auf Fragen nur vor sich hin, weint.

9. V. 1918. Dauernnd bettlägerig, weinerlich, klagt über alle möglichen körperlichen Beschwerden.

15. XII. 1918. Unverändert traurig, sitzt wie versteinert auf ein und demselben Platze. Antwortet kaum. Zeitweise verzweifelte Erregung, wie als ihm am Allerseelentage der Besuch des Grabes seiner Frau verweigert wird. Bekam heute die Nachricht, daß ihm ein Sohn gestorben sei. Daraufhin heftige Reaktion. Gegen die Mitpatienten häufig gereizt, aggressiv.

1919. Noch fortdauernd traurig, finster, versonnen, manchmal unzufrieden und nörgelnd.

1920. Allmähliche Besserung des Zustandes, wird freier, beginnt sich zu beschäftigen, liest und treibt Sprachenstudium. Benehmen wird völlig geordnet und frei. Verfaßt am 4. VIII. 1920 auf Aufforderung eine Lebensbeschreibung, in der er über sein und seiner Kinder trauriges Schicksal klagt. Er wisse ja gar nicht, wie er dazu gekommen sei, seine Frau zu erschlagen, die ihm doch das Liebste gewesen sei. Es sei ihm jetzt alles wie im Nebel, er sei wie verloren und so sehr traurig gewesen, gewinne erst jetzt wieder allmählich sein psychisches Gleichgewicht.

3. IX. 1920. Exploration. Nach seinen Krankheitserlebnissen befragt, wird er erregt, geht nicht darauf ein, er habe nichts zu sagen. Er sei vollkommen gesund, sei es immer gewesen, bittet, ihn zu entlassen. Bestreitet die vermerkten Halluzinationen und Wahnideen. Gegenwärtig lassen sich weder Halluzinationen noch Wahnideen nachweisen.

Seither (bis Ende 1922) unveränderter Zustand. Er ist wieder vollkommen frei geworden, verkehrt in natürlicher Weise mit seiner Umgebung, zeigt dabei normale affektive Ansprechbarkeit und ein stets gefälliges und freundliches Wesen gegen jedermann. Er beschäftigt sich aus eigener Initiative mit Lektüre, Sprachen-

studium, wird mit der Zeit in der Kanzlei verwendet und ist dort eine geschätzte Hilfskraft, versieht ihm anvertraute Arbeiten pünktlich und fleißig, zeigt dabei Selbständigkeit, ist äußerst gewissenhaft. Er ist über die Tagesereignisse, über politische Verhältnisse usw. gut orientiert und zeigt ein seiner Bildung und ehemaligen Stellung entsprechendes Urteilsvermögen. Es lassen sich so keinerlei intellektuelle Defekte nachweisen. In seinem Wesen ist aber eine gewisse Gedrücktheit, Bescheidenheit, Kleinmütigkeit zurückgeblieben, die ihn, den ehemaligen Beamten in leitender Stellung, untergeordnete Kanzleiarbeiten ohne Widerspruch verrichten läßt. Dabei zeigt er zeitweise eine unerwartete Empfindlichkeit, glaubt manchmal grundlos, man mache ihm Vernachlässigung seiner von ihm doch freiwillig übernommenen Pflichten zum Vorwurfe. Sind auch gegenwärtig dauernde paranoide Züge nicht vorhanden, so überrascht er doch manchmal durch unvermittelt auftretende Beziehungsideen: Ein daliegendes harmloses Stück Papier, eine gleichgültige Bewegung in seiner Umgebung kann ihn plötzlich in starke Verwirrung und Angst bringen. Von seiner Krankheit spricht er spontan nicht, lehnt jedes Eingehen darauf ab. Er hat sich mit seinem Schicksal abgefunden, wünsche nur, den Rest seines Lebens bei seinen noch lebenden Kindern zu verbringen. In körperlicher Beziehung bestehen Zeichen von Arteriosklerose: Arterien hart, Puls gespannt, Herztöne dumpf und unrein. Wird am 7. XII. 1922 von seiner Schwiegertochter in häusliche Pflege übernommen.

*Zusammenfassung:* Patient ist schwer belastet, ohne daß indes über die spezielle Art der Belastung Näheres vermerkt wäre. Auch über die vorpsychotische Persönlichkeit liegt nichts Eingehendes vor. Im Alter von 58 Jahren entwickelt sich nach einem paranoiden Vorstadium ein Zustandsbild schwerster Depression mit zeitweiser Angst, an dem auch weiterhin paranoide Elemente bedeutenden Anteil nehmen. Das äußere Bild wird von einer schweren depressiven Hemmung beherrscht, die ohne Unterbrechung über 5 Jahre andauert. Zwei kurze Aufenthalte zu Hause führen zum Selbstmordversuch, sowie zur Tötung der eigenen Frau. Nach über 5jähriger Krankheitsdauer allmähliche Besserung, Schwinden der depressiven Hemmung, Wiederkehr der Arbeitsfähigkeit. Keine nachweisbaren intellektuellen Defektsymptome. Zurückbleiben einer kleinmütig depressiven Grundstimmung, Empfindlichkeit und Neigung zu Beziehungsideen. Körperlich: Arteriosklerose, die schon zu Beginn der Psychose nachweisbar ist.

Es finden sich so in diesem Krankheitsfalle Züge vereint, die für die „Involutionmelancholie“ als bezeichnend gelten: Nach einem paranoiden Vorstadium ein Zustandsbild mit inniger Vermischung melancholischer und paranoider Elemente im Symptomenbilde; ein langverschleppter Verlauf, die schwere Depression dauerte ja ununterbrochen durch beinahe 6 Jahre. Der Patient wurde durch 8 Jahre in der Anstalt beobachtet und gab so Gelegenheit, das ganze Krankheitsbild bis zu seinem Abklingen zu übersehen. Es kann ohne Zweifel hier von einer weitgehenden Heilung gesprochen werden. Abgesehen von dem völligen Fehlen arteriosklerotischer Schwächeerscheinungen, die ja gelegentlich den Ausgang solcher Altersdepressionen bilden und auf die auch beim

Patienten zu rechnen war, gingen sowohl die schweren depressiven als auch die paranoiden Krankheitsäußerungen beinahe völlig zurück und machten einem Zustande Platz, in dem er wieder weitgehend arbeitsfähig wurde — mit Rücksicht auf sein hohes Alter sogar in erstaunlichem Maße, und auch sonst für gewöhnlich nichts Auffälliges darbot. Es wäre aber doch verfehlt, bei ihm von völliger Heilung zu sprechen. Ein depressiver Grundzug in seinem Wesen ist ohne Zweifel zurückgeblieben und auch eine paranoide Richtung, die Neigung zu Beziehungsideen, die oft ganz unerwartet stark hervortreten konnte. Bei der Deutung dieser nach Abklingen der Krankheit beobachteten Erscheinungen muß allerdings bedacht werden, daß über den präpsychotischen Charakter des Patienten aus den vorliegenden Nachrichten viel zu wenig entnommen werden kann, als daß man entscheiden könnte, ob die beobachteten depressiv-paranoiden Züge nach Ablauf der akuten Psychose nicht vielmehr, anstatt Residuen der durchgemachten Krankheit darzustellen, im Charakter des Patienten a priori schon vorhanden waren.

Soll andererseits für den Grad der Heilung das Kriterium der Krankheitseinsicht herangezogen werden, so ergibt sich, daß eine solche beim Patienten nach Ablauf der Psychose keineswegs in ausreichendem Maße vorhanden ist. Er lehnt jedes Eingehen auf den durchgemachten Zustand ab, gerät in hochgradige Erregung, behauptet dann, überhaupt nicht krank gewesen zu sein, leugnet die psychotischen Erscheinungen oder findet eine natürliche Erklärung für seine Wahnideen. Er gehört so zu den Kranken, von denen *Jaspers* sagt, daß „ihre Persönlichkeit von den Inhalten der Psychose dauernd ergriffen und nicht imstande ist, sie als gänzlich Fremdes objektiv zu betrachten“. Beim Patienten würde ja diese stark gefühlsbetonte Stellungnahme zur abgelaufenen Psychose um so mehr verständlich sein, als sie auf ihrem Höhepunkt zur Tötung der Frau führte, die ihre Nichtbeachtung ärztlichen Rates mit dem Leben bezahlte. Sind auch die psychologischen Motive für diese Tat nicht recht durchsichtig — vor allem war der Patient selbst niemals zu bewegen, darüber Auskunft zu geben —, so darf doch angenommen werden, daß der melancholische Pessimismus, die Verzweiflung an der Zukunft einerseits, Eifersuchtsideen und sonstige paranoide, die Ehegattin betreffenden Ideen andererseits als Triebfedern für die Tat wirkten. Als mitwirkendes Moment vielleicht ungeschickte und verfehlte Behandlung des Kranken von seiten der unverständigen Frau.

Was weitere Einzelheiten der Symptomatologie anlangt, so wurde schon bemerkt, daß die innige Mischung und Durchflechtung depressiver mit paranoiden Zügen den Hauptzug des Symptomenbildes darstellt. In der Entwicklungsphase des Krankheitszustandes scheinen paranoide Elemente vorherrschend gewesen zu sein, Beziehungs- und Beeinträch-

tigungswahn, unterstützt von Gehörshalluzinationen, Vergiftungsideen, wobei, wie so häufig bei den paranoiden Psychosen dieser Jahre, die Person der Ehegattin in den Wahnkomplexen eine Rolle spielt, ferner Verfolgungsideen. Erst mit der Zeit treten die depressiven Elemente der Niedergeschlagenheit und Angst, der völligen Hemmung alles psychomotorischen Geschehens in den Vordergrund, wobei aber die geäußerten Wahninhalte hauptsächlich paranoider Natur bleiben, allerdings mit ängstlich depressiver Note: Die ganze Umgebung sei gegen ihn, man beschuldige ihn verschiedener Verbrechen, drohe ihm mit dem Tode.

Gehörshalluzinationen scheinen fortdauernd eine Rolle zu spielen. Nach 6jähriger Dauer klingt endlich der Zustand mit einer Phase ab, die durch mehr gereizte, unzufriedene Stimmung mit Neigung zu Nörgeln gekennzeichnet ist.

Der folgende Fall stellt eine bereits anfangs der 40er Jahre beginnende Depression dar; die Berechtigung, ihn hier einzureihen, ergibt sich mir aus Eigentümlichkeiten von Verlauf und Ausgang.

IV. S. M. Aufgenommen 31. XII. 1910. 40 Jahre alt, verheiratet, Schuster. Wird am 22. VI. 1910 der psychiatrischen Klinik in G. zugeführt auf Grund eines ärztlichen Pareres, daß er an Beeinträchtigungsideen, pathologischen Aufregungszuständen und Schlaflosigkeit leide. Status bei der Aufnahme (23. VI. 1910). Abgemagerter Patient, Habitus phthisicus, Anzeichen von beiderseitiger Apicitis. Nervenstatus: Linke Pupille entrundet, Reaktion auf Licht und Akkommodation prompt, sonst ohne Besonderheiten. — Pat. ist orientiert, leicht depressiv, erzählt, daß er an einer Versammlung seiner Arbeitsgenossen nicht teilgenommen habe und von diesen daher beargwöhnt werde. Hat das Gefühl, daß ihm die Leute der Umgebung gehässig seien, das bringe ihn in Aufregungs- und Angstzustände. Er ermüde leicht, das Sprechen falle ihm schwer, er bemerke eine Abnahme des Gedächtnisses. Keinerlei organische Defektsymptome objektiv nachzuweisen. Am 2. VII. 1910 der Frau in häusliche Pflege übergeben.

Zweite Aufnahme (Psychiatrische Klinik in G.). 5. X. 1910. Arbeitete vier Wochen, fühlte sich seither wieder verfolgt, die Leute schimpfen über ihn. Depressive Stimmungslage; die Parteigenossen seien seine Feinde, machen es ihm unmöglich, das Brot zu verdienen. Bezieht die Gespräche der anderen auf sich. Auch hier im Spitale verfolge man ihn.

Wird am 13. X. 1910 der Irrenanstalt F. übergeben. Bei der Aufnahme stark deprimiert, ist orientiert, erzählt, er habe mit der Frau immer gut gelebt, habe sieben Kinder. Über hereditäre Verhältnisse weiß er nichts zu erzählen. Vor 2 Jahren habe er einen Streik mitgemacht, sei dann entlassen worden, wurde dann wieder aufgenommen, wollte wieder arbeiten, um mehr zu verdienen, wurde aber durch die Organisation daran verhindert. Er wollte dann überhaupt nicht mehr mithalten, die Versammlung wurde ihm zur Qual, er glaubte, er werde entlassen werden, lebte in Angst und Furcht. Er bezog Gespräche auf sich, glaubte, man beschuldige ihn wegen Diebstahls, die anderen lachen ihn aus. Er fühle sich kränzlich, müsse die Arbeit niederlegen. Ist zeitweise ängstlich, weinerlich, hält sich abseits.

Wird am 31. XII. 1910 der hiesigen Anstalt übergeben. *Aufnahmestatus:* Deprimiert, objektive Hemmung. Er habe Angst vor den Leuten, die ihn des



Diebstahls beschuldigen, man sehe ihn so sonderbar an. Die erste Zeit des Anstaltsaufenthaltes dauernd beschäftigungslos, schweigsam, verlangt nach Hause. Er mache sich Vorwürfe wegen Diebstahls, wolle beichten.

Mitte Februar steht er eines Tages schweigsam an der Wand und hält sich ein Tuch vor den Mund, beklagt sich, daß ihm ein Wärter durch die Zimmerdecke Pulver in den Mund streuen wolle. Dauernd deprimiert.

2. IV. Verlangt aufgeregt, entlassen zu werden.

1. VI. Ruhig, freundlich, mehr gleichmäßige und indifferente Stimmungslage. Teufel kämen zu ihm in der Nacht ins Bett, in der Wand seien Lauscher. Er sehe seine Frau draußen am Brunnen. Beschäftigt sich mit Kartenspielen.

8. IX. In der Nacht seien von der Decke fürchterliche Gase gekommen, die ihn nicht schlafen ließen.

Bis Ende des Jahres. Ruhig, halluziniert reichlich, sieht im Essen allerhand kleine Tiere. Arbeitet nichts, beschäftigt sich mit Kartenspielen.

1912. Geht in die Schusterei arbeiten, arbeitet zur Zufriedenheit.

Arbeitet seither die Jahre hindurch fleißig. Bietet in seinem Benehmen nichts Auffälliges, außer einer dauernden Gedrücktheit im Wesen. Zeitweise legt er die Arbeit für einige Tage nieder, er fühle sich unwohl, habe genug gearbeitet, die anderen sollen arbeiten.

10. II. 1922. Exploration. Kleinmütig, verlegen und schüchtern, aber gut ansprechbar, geordneter Gedankengang. Er sei seinerzeit in die Anstalt gekommen, weil er „dumm geredet habe“. Durch 2 Jahre sei er nicht in Ordnung gewesen, die Leute waren ihm aufsässig, er habe alles auf sich bezogen. Er habe auch Stimmen gehört. An alldem seien wohl die Unannehmlichkeiten schuld, die er in der Fabrik gehabt habe. Krank sei er aber nicht gewesen; jetzt sei dies alles vorüber, nur fühle er sich von Zeit zu Zeit etwas schwach. Zeigt natürliches Interesse für seine Familie. Er hoffe, nach Hause gehen zu können. Arbeitet fleißig in der Schusterei, benimmt sich ruhig und geordnet.

1923. Arbeitet dauernd und fleißig, geordnetes Benehmen, ist immer mehr still, leicht bedrückt, verkehrt nicht mit den Mitpatienten. Gibt in einer Exploration (27. V.) an, er sei soweit zufrieden, nur leicht reizbar, „ich darf mich nicht ärgern, dann bin ich ganz weg“. Er sei immer so mehr traurig, „so bin ich immer“, resigniert, habe wohl Sehnsucht nach seiner Familie; nachts habe er schreckhafte Träume. Derzeit sind Halluzinationen und Wahnideen nicht nachzuweisen. Er gibt zu, er könne damals, vor Jahren, krank gewesen sein, „ich war halt so dumm, habe verkehrt geredet“. Objektiv: blaß, mager. Dauernd mehr schweigsam und gehemmt, steht häufig wie versonnen in einer Ecke, spricht spontan nichts, auf Anreden mit müder Stimme, resigniertem Lächeln. Macht dauernd einen mehr deprimierten Eindruck. Arbeitet aber dabei ruhig und fleißig. Körperlich: Außer dem unternormalen Ernährungszustande keine Besonderheiten.

Hier entwickelt sich also bei dem 40jährigen Patienten ein Zustandsbild, in dem wieder depressive mit paranoiden Elementen innig verflochten erscheinen: Niedergeschlagenheit, objektive Hemmung, Insuffizienzgefühle, dabei reichliche Beziehungs- und Verfolgungsideen, die an die seelischen Konflikte anknüpfen, die dem fleißigen und arbeitssamen, etwas ängstlichen Manne die Forderungen der Arbeiterorganisation und die schiefe Stellung bereiteten, in die er zu seinen Genossen kam.

Diese depressiv-paranoide Phase klingt nun aber hier nach relativ kurzer Zeit ab. Schon nach 2jährigem Anstaltsaufenthalte wird Patient

wieder arbeitsfähig. Im Ausgang der akuten Phase beherrschen eine Zeitlang bei sonstiger Besonnenheit und mehr gleichmäßiger Stimmung Halluzinationen das Bild, und zwar teilweise von der Art, wie sie von *Seelert* bei den paranoiden Psychosen des höheren Alters geschildert wurden: Belästigung durch Gase und Pulver, ferner nächtliche Visionen, kleine Tiere im Essen usw. Es scheint so diese mehr halluzinatorische Phase das eigentlich depressive Stadium zu überdauern.

Der Endzustand nun, der sich beim Patienten nach Ablauf der akuten Phase herausbildete und der nun durch über 10 Jahre in der Anstalt beobachtet wird, trägt unverkennbar die Züge einer chronischen Depression, eines depressiven Dauerzustandes, wie er als häufiger Ausgang der „Involutionsmelancholie“ beschrieben wird. Der Patient ist wieder arbeitsfähig geworden, zeigt keinerlei Verschrobenheiten im Benehmen, keinerlei Unzugänglichkeit oder Zerfahrenheit. Wahnideen oder Halluzinationen sind nicht mehr nachweisbar. Patient zeigt sogar für die durchgemachte akute Phase eine Krankheitseinsicht, die mit Rücksicht auf seine Intelligenzstufe recht bedeutend genannt werden darf, er könne krank gewesen sein, „ich war halt so dumm, habe verkehrt geredet“. Er ist aber dauernd mehr gedrückt, kleinmütig, scheu und zaghaft, meint, er habe wohl Sehnsucht nach den Kindern, darum sei er traurig usw. Bemerkenswerterweise treten periodische Exacerbationen dieses chronisch-depressiven Zustandes auf, in denen er dann bettlägerig und zur Arbeit gänzlich unfähig wird.

Bietet der besprochene Fall, was seinen weiteren Verlauf angeht, bereits Anklänge an diejenigen Erkrankungen des höheren Alters, die dem manisch-depressiven Formenkreis nahestehen — im weiteren Verlaufe der Arbeit werden noch andere hierher gehörige Fälle besprochen werden —, so gehört der nächstfolgende wohl in das Gebiet der organischen Erkrankungen. Die einleitende depressive Phase ist hier wahrscheinlich als erste Manifestation einer fortschreitenden Hirnarteriosklerose aufzufassen, die durch den Sektionsbefund auch nachgewiesen wurde.

V. F. A. Aufgenommen 14. XI. 1917. 52 Jahre alt, verheiratet, Bauer. Anamnese: Über Heredität und Vorleben ist nichts bemerkt, da er während der aktiven Kriegsdienstleistung im Felde erkrankte. Wurde 1915 assentiert, leistete einige Monate Dienst als Trainsoldat. Dann wegen „Fußschmerzen“ ins Spital. Dort zweimal Selbstmordversuche (Durchschneiden des Halses und Herunterspringen aus dem Fenster). Wurde in verschiedenen Garnisonsspitalern beobachtet, wo er dauernd depressiv war, und zuletzt in die hiesige Anstalt übergeben. Aufnahmestatus am 15. XI. 1917: Bläß, mager. Am Halse Narben (vom Selbstmordversuch). Im Felde habe er nicht gehen können, wurde ins Spital gebracht, dort drohte man ihm mit Erschießen. Nachts schreckte man ihn, zog ihn an den Beinen, in der Ecke stand ein Mann mit dem Messer. So habe er sich zuerst mit dem Taschenmesser den Hals durchschneiden wollen, dann sei er in Angst aus dem Fenster gesprungen. An all dem sei wohl seine Frau schuld.

Des weiteren dauernd deprimiert, gehemmt und schweigsam. Erzählt in einer Exploration am 31. I. 1918, er sei 1916 auf Urlaub nach Hause gekommen, dort habe er gesehen, daß ihm die Frau untreu sei, man habe ihn für verhext angesehen, und so sei er wieder ins Spital gebracht worden. In Galizien, während er im Felde war, habe einmal ein Doktor eine Flasche neben ihn gestellt, darauf habe er unangenehme Empfindungen gehabt und allerhand verdächtige Geräusche gehört. Der Doktor habe ihn wohl vergiften wollen. Es sei für ihn das Beste, wenn er stürbe, er wisse nichts, könne nichts lernen, sei unglücklich, bete zu Gott, daß er ihn wegnehme.

1919. Dauernd gehemmt, klagt, daß er krank sei.

1920. Schwer gehemmt, sitzt an ein und demselben Orte, spricht kaum, gibt langsam und zögernd Antwort, orientiert. Intellektuelle Defektsymptome nicht nachzuweisen.

1921. Unverändert. Dauernd bettlägerig. Erzählt in ziemlich verworrener Weise von den Umständen, die ihn zum Selbstmordversuch geführt hätten. Spricht mühsam, langsam, ist stark gehemmt und bedrückt. Stumpfer, apathischer Gesichtsausdruck. Seine Frau habe ihm wahrscheinlich all dies Böse angetan. Er sei schwach, könne nicht gehen. „Ich wollte daß ich früher gestorben wäre, als daß ich auf die Welt gekommen wäre.“ Zur Strafe müsse er hier sein. Alle seien ihm Feinde gewesen. Körperlich: blaß, mager, periphere Arteriosklerose, Herzrhythmie mit Extrasystolen, Pleuritis obsoleta. Gang mühsam, unsicher.

Anfangs 1922. Dauernd deprimiert, schweigsam. Körperlicher Verfall.

24. II. 1922. Durchfall, Fieber

5. IV. 1922. Exitus letalis.

*Pathologisch-anatomischer Befund:* Leptomeningitis fibrosa, hydrocephalus externus et internus chronicus, atheromatosis arteriarum basaliū cerebri. Tuberculosis chronica pulmonum. Atrophia fusca myocardiū et dilatatio cordis. Colitis acuta.

*Zusammenfassung:* Bei dem Patienten, über dessen Vorleben leider anamnestische Angaben nicht bestehen, kommt es im Alter von etwa 50 Jahren zur Entwicklung einer depressiven Angstpsychose, in deren akutem Stadium er 2mal Selbstmord versuchte. Nach Abklingen des akuten Stadiums bildet sich ein chronischer Depressionszustand mit schwerer motorischer Hemmung und gemüthlicher Stumpfheit heraus. Ausgesprochene cerebrale Herderscheinungen fehlen. Nach circa 6jähriger Krankheitsdauer exitus letalis. Die Sektion ergibt Arteriosklerose des Gehirns.

Hier trug schon die einleitende akute Phase durch das starke Hervortreten von Angstzuständen sowie die Andeutung von deliriösen Erlebnissen mehr oder weniger organischen Charakter. Nach ihrem Abklingen kam es zur Entwicklung eines fortschreitenden körperlich-geistigen Siechtums, die depressive Stimmung ging mehr und mehr in völlige Apathie über. In hochgradigem Marasmus kam der Patient zum Exitus.

Die Stellung solcher Fälle wie der zuletzt besprochene ist nun aber, selbst wenn die Hirnarteriosklerose, wie hier, einwandfrei nachgewiesen werden kann, keineswegs eine eindeutige, und zwar deshalb, weil die Beziehungen der sogenannten „Involutionmelancholie“ zu arterio-

sklerotischen Hirnveränderungen bekanntermaßen recht strittige sind. Es sind dies ja Schwierigkeiten, die für die Erkrankungen des höheren Alters überhaupt gelten und die schließlich in der These der überaus komplizierten Ätiologie dieser Erkrankungen, des „Durcheinanderwirkens von exogenen und endogenen Faktoren“ (*Bumke*) zum Ausdruck kommen. Nach *Bumke* z. B. ist ein gelegentlicher Ausgang der Involutionsmelancholie in arteriosklerotische Verblödung unbestritten. Er sagt dann: „In diesem Falle wird man zweifeln dürfen, ob die im übrigen durchaus gleich verlaufende Depression die erste Äußerung der arteriosklerotischen Rindenveränderung oder aber ob die Arteriosklerose die Folge der stärkeren Inanspruchnahme des Gefäßsystems durch die Psychose darstellt. Am wenigsten wahrscheinlich ist natürlich ein rein zufälliges Zusammentreffen beider Krankheiten, von dem wir schon deshalb absehen können, weil als eine dritte Möglichkeit immer noch die bleibt, daß Involutionsmelancholie und Arteriosklerose, wenn auch unabhängig voneinander, auf gleichem Boden, infolge einer Selbstvergiftung des Körpers (mit Adrenalin) erwachsen.“

Ob aber nicht vielleicht doch schon im Symptomenbilde der Depression durch das Hervortreten mehr exogener Züge, vor allem der Angst und deliranter Erscheinungen, wie im obigen Falle, ein Hinweis auf die mehr exogene Verursachung, durch die arteriosklerotische Hirnveränderung, gegeben sein könnte, so daß die Depression in einem und dem anderen Falle also doch nicht „durchaus gleich verlaufend“ wäre, das könnte wohl nur durch erschöpfende Beobachtung einschlägiger Fälle einschließlich der anatomischen Untersuchung entschieden werden.

Bekanntlich ist ja die Stellung der sogenannten „Involutionsmelancholie“ im Rahmen der Systematik derzeit noch eine recht strittige. Der ganze Stand der Frage ließe sich im Anschluß an die Ausführungen des Sammelreferates von *Kehrer*, etwa folgendermaßen formulieren: Auf der einen Seite stehen die Ansichten, die der „Melancholie des Rückbildungsalters“ eine selbständige Stellung überhaupt absprechen und die einschlägigen Fälle in den Rahmen des manisch-depressiven Irreseins verweisen. Hier steht *Thalbitzer* (nach *Kraepelin*), dann vor allem *Dreyfuß*, der in seiner Arbeit „die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins“ gerade die von *Kraepelin* der „Rückbildungsmelancholie“ zugrunde gelegten Fälle einer Nachprüfung und katamnестischen Ergänzung unterzog und sie sämtlich dem manisch-depressiven Irresein zuweisen zu können glaubte. *Kraepelin* schloß sich dann dieser Auffassung an und auch *Specht*, *Hübner* und *Stransky* vertreten einen damit übereinstimmenden Standpunkt.

Dem gegenüber sind es vor allem *Bleuler*, *Bumke*, *Seelert* und *Albrecht*, die an der Selbständigkeit einer „Involutionsmelancholie“ festhalten. *Bumke* z. B. macht hierfür die in Symptomatologie und Verlauf

gelegenen, oben summarisch erwähnten Momente geltend. Es werden dann in die Ätiologie einer solchen selbständigen „Involutionmelancholie“ die exogenen Momente der generativen Involution, des Klimakteriums, sowie der Altersinvolution des Gehirns mit wechselnd stärkerer Betonung des einen oder anderen Faktors eingeführt. *Seelert* z. B., der der ätiologischen Bedeutung eines Klimakteriums überhaupt recht skeptisch gegenübersteht, ist geneigt, für paranoide sowohl als auch für melancholische Erkrankungen des höheren Alters die beginnende Gehirninvolution, also im Wesen organische Prozesse verantwortlich zu machen. Wenn er auch die Bedeutung des endogenen Faktors für die Symptomentgestaltung hervorhebt, so würde eine solche Auffassung also doch, im Gegensatz zur Lehre der zuerst aufgeführten Autoren, die Involutionmelancholie aus dem Bereiche des manisch-depressiven Formenkreises, also der degenerativen funktionellen Erkrankungen herausrücken und mehr oder weniger den organischen Erkrankungen näherbringen.

Demgegenüber nun nehmen *Kretschmer* und *Birnbaum* einen mehr vermittelnden Standpunkt ein. *Kretschmer* dadurch, daß er die Richtlinien seiner „Mehrdimensionalen Diagnostik“ gerade auch auf die Psychosen des Rückbildungsalters angewendet wissen will. Nach ihm fallen von diesem Standpunkte aus die klassifikatorischen Schwierigkeiten im Bereiche der erwähnten Psychosen „in nichts zusammen“. „Eine Melancholie, auch wenn sie auf dem Boden einer zirkulären Anlage erwächst, ist eben nicht bloß eine zirkuläre Psychose, sondern sie zeigt die Züge einer zirkulären Depression in der Färbung der spezifischen Psychismen der Involutionsperiode.“ Er spricht von dem Versuche, die verschiedenen klinischen Krankheitsbilder des Rückbildungsalters aus der Interferenz verschiedener konstitutioneller und charakterologischer Typen mit dem einheitlichen „Involutionvirus“ zu erklären.

*Birnbaum* hinwiederum faßt im Lichte seiner „Strukturanalyse“ die Melancholie des Rückbildungsalters auf als eine „Spielart des manisch-depressiven Irreseins...., bei der zweifellos das Involutionmoment eine besondere mobilisierende Bedeutung hat. Diese Involutionmelancholie verwischt speziell durch ihre exogenen (involutiv-organischen) Einschläge, vor allem durch solche vom Charakter der Angst, aber auch durch sonstige organische Hirnschädigungserscheinungen: delirante, Benommenheitszustände, halluzinatorische Erregungen u. dgl. das reine depressive Symptomenbild des Krankheitstypus und führt dadurch — eventuell auch noch durch gleichfalls cerebral bedingte Verlaufsabänderungen: Verflachungen und Verschleppungen — die bekannten Erschwerungen der nosologischen Einordnung aller solcher depressiver Formen des höheren Lebensalters herbei“.

Jedenfalls ist es klar, daß bei solchen Erwägungen die Einsicht in den überaus komplizierten Aufbau der Psychosen des Rückbildungsalters

eine Rolle spielt, ein Aufbau, dem die alte Form und Methodik der klinischen Diagnostik nach Ansicht der zuletzt erwähnten Autoren nicht mehr gerecht werden kann; es sind nach ihnen nicht zuletzt die Psychosen des Rückbildungsalters, die ein geeignetes und ergiebiges Arbeitsfeld für die Anwendung der erwähnten neuen klinischen Methoden abgeben sollen.

Es geht natürlich nicht an, auf Grund der Beobachtung von einigen wenigen Fällen den Anspruch zu erheben, zur Lösung der so schwierigen Frage der Involutionmelancholie aus Eigenem beitragen zu wollen. Jedenfalls aber scheint es, als würde auch die „Involutionmelancholie“, wie so manche andere klinische Einheiten, keine Einheit im strengen Wortsinne sein können. Unter diesem Namen dürften vielmehr nach Ätiologie, Verlauf und Ausgang verschiedene Krankheitsbilder zusammengefaßt werden, wobei reine funktionelle Phasen nach Art der manisch-depressiven und Psychosen bei organischer Hirnerkrankung als die beiden Gegenpole in Betracht kämen. Ähnliches betonen ja auch die Ausführungen *Seelerts* (nach Referat *Kehrer*).

Unter den besprochenen Fällen scheint so Fall 3 ein typisches Beispiel für jene eigentümlichen, depressiv-paranoiden Phasen des höheren Alters mit ungemein verschlepptem Verlaufe und schließlich doch günstigem Ausgange zu sein, deren Einordnung in den Rahmen des manisch-depressiven Irreseins nach wie vor große Schwierigkeiten bereitet, und die gewissermaßen eine Mittelstellung zwischen den oben genannten „Polen“ einnehmen. Fall 5 dürfte sich als depressiv-ängstliche Phase im Verlaufe einer fortschreitenden Hirnarteriosklerose auffassen lassen, während Fall 4, besonders was den weiteren Verlauf anbelangt, Anklänge an die manisch-depressiven Formen aufweist.

Die ganze Frage der Involutionmelancholie wird nun eher noch mehr kompliziert als geklärt durch die Tatsache, daß die biologischen Vorgänge des Rückbildungsalters ebenso wie die der Pubertät als auslösender Faktor für die Manifestation einer manisch-depressiven Anlage wirken können. Was die Fälle von Involutionmelancholie selber anlangt, so scheint die durchgemachte Psychose eine Disposition für das Auftreten kurzdauernder Stimmungsschwankungen im späteren Leben hinterlassen zu können, wofür auch der oben erwähnte Fall ein Beispiel darstellt. Diese Tatsache wurde ja von *Dreyfuß* mit als ein Beweisgrund für die Zugehörigkeit der „Melancholie“ zum manisch-depressiven Irresein verwendet, wogegen allerdings *Bumke* entschieden Stellung nimmt. *Gaupp* hat des weiteren hervorgehoben, daß eine im Rückbildungsalter zum erstenmal auftretende, als „Melancholie“ anzusprechende Phase im späteren Leben sich wiederholen könne. Daß endlich beim echten manisch-depressiven Irresein die erste Phase im Rückbildungsalter auftreten kann, wird im *Kraepelinschen* Lehrbuche mehr-

fach hervorgehoben, und auch für *Bumke* „scheint es festzustehen, daß eine echte zirkuläre Anlage erstmals im Rückbildungsalter manifest werden kann.“ Ein solcher Fall einer im höheren Alter ausbrechenden manisch-depressiven Psychose wäre der im folgenden geschilderte.

VI. Z. T. Erste Aufnahme 7. VIII. 1910: 57 Jahre alt, verheiratet, Landmann. *Anamnese*: Vater ein ebenso sonderbarer Charakter wie Patient, streitsüchtig und rechthaberisch. Patient selbst seit Jugend sonderbar, lebt mit seiner Umgebung im ständigen Streite und Prozessieren wegen seines Grundes. Vor 30 Jahren im Streite mit seinem Vater diesen verwundet, deswegen bestraft; schlägt Frau und Kinder; flucht viel, war immer sehr arbeitsam, arbeitete auch nachts und an Feiertagen. Wurde vor einigen Jahren im Streite mit den Dorfbewohnern verhaßt und unbedeutend verletzt. Vor einiger Zeit Prozeß verloren. Im Anschluß daran plötzlich am 31. V. 1910 erkrankt: Aufgeregt, schimpft und droht, er werde das Dorf in Brand stecken, man wolle ihm alles wegnehmen, hörte, wie man ihm das ankündigte. Bei der Untersuchung erregt, gereizt, ideenflüchtig, er werde das ganze Dorf verklagen, man wolle ihm seinen Grund wegnehmen.

*In der Anstalt*: Bei der Aufnahme stark unruhig, widerspenstig, schlägt mit den Füßen, beißt um sich. *Körperlich*: Pupillen in Ordnung, dumpfe Herztöne, sonst 0. 8 Tage dauert noch in der Anstalt die heftige Erregung an, Patient schreit, schimpft, springt herum, schlägt um sich, schläft nicht. Dann völlig ruhig, geordnet, einsichtig, geht an die Arbeit.

15. IX. Deprimiert wegen schlechter Nachrichten von zu Hause. Traurig, gehemmt, dann wieder mehr unwirsch, gereizt, arbeitet nicht.

Ende September plötzlich Umschlag in manische Erregung, singt, tanzt, springt, euphorisch. Erregung dauert bis Ende Oktober, dann Beruhigung, bis Mitte Dezember.

15. XII. Wieder manisch, singt, schreit, betet, belästigt die Umgebung, Seither fortdauernde, hypomanische Erregung, euphorisch, gesprächig, vielgeschäftig, ohne irgendwelche geordnete Arbeit zu verrichten. Neigung zu Witzeleien, schreibt häufig ganz verworrene Briefe. Von Zeit zu Zeit Exacerbation, lärmt dann, schreit, schläft nicht. Dieser Zustand dauert ununterbrochen, mit der Zeit etwas abgeschwächt, bis 15. VII. 1913, an welchem Tage Patient in die Landesanstalt in P. übersetzt wird.

II. Aufnahme. 11. V. 1916. Ärztliches Parere: Wurde vor einigen Tagen aus der Landesanstalt P. nach Hause gebracht. Zu Hause hochgradig erregt, schimpft, schreit, flucht, droht mit Brandstiftung, benimmt sich aggressiv gegen weibliche Personen auf der Straße, führt laszive Reden, Ärgernis erregendes Benehmen. Im Gemeindearrest Nahrungsverweigerung, lärmt Tag und Nacht.

In der Anstalt: Lebhaft, gesprächig, erzählt, er hätte sich zu Hause mit der Frau gestritten, der Sohn hätte ihn geschlagen. Protestiert gegen die Anhaltung. *Körperlich*: Arterien hart und geschlängelt, sonst 0.

Bis Anfang Dezember 1916 dauernd ruhig und geordnet, arbeitet. Anfang Dezember neuerliche manische Erregung, die in einigen Tagen in Depression umschlägt: schweigsam, gehemmt, weint, Nahrungsverweigerung.

1917. Arbeitet für gewöhnlich, geordnet. Von Zeit zu Zeit für einige Tage traurig, gehemmt, schweigsam, arbeitet dann nicht. Zeitweise auch für kurze Zeit erregt.

1918. Dauernd in der Tischlerei beschäftigt. Zeitweise für einige Tage traurig, schweigsam. Dann wieder lustig, erregt, gereizt. Zu diesen Zeiten arbeitsunfähig.

1919—1920. Fleißiger Arbeiter. Kurzdauernde Phasen von Erregung oder Depression.

1921. Arbeitet dauernd in der Tischlerei, fleißiger, brauchbarer Arbeiter. Ungefähr monatlich einmal für einige Tage erregt, streicht dann herum, macht sich an fremde Leute heran und bettelt sie an, geschwätzig, unordentlich; häufig auch stärker erregt, lärmt und schreit, wird aggressiv.

14. VI. 1921. Anfall, der folgendermaßen beschrieben wird: Stürzt nieder, liegt da ohne Krämpfe, mit ausgestreckten Extremitäten, weitgeöffneten Augen. Dauer drei Minuten, dann wieder rasch erholt. Keine Herderscheinungen.

1922. Unverändert.

1923. Arbeitet dauernd, aber ziemlich unbeständig, leichtere Tischlerarbeiten. Zeitweise unregelmäßige kurzdauernde Erregungen, dann wieder mehr schweigsam, gehemmt. Im Habitualzustande ist er geordnet, spricht nicht viel. Wenn man sich mit ihm aber in ein Gespräch einläßt, wird er sehr lebhaft, gesprächig, erzählt ohne rechte Ordnung im Gedankengange alles mögliche Zeug durcheinander, Erinnerungen von zu Hause, Erlebnisse hier in der Anstalt. Begleitet seine Rede durch lebhaftes Mimik und Gesten. Neigt zu Witzen, scherzhaften Wortspielereien. Ist dabei völlig orientiert, hat keinerlei nachweisbare grob organische Störungen. Immer mehr euphorisch, humorvoll. *Körperlich*: Schwerhörigkeit, die sich angeblich erst zur Zeit seines Anstaltsaufenthaltes entwickelt hat. Pupillen in Ordnung. Periphere Arteriosklerose. Puls arhythmisch, inäqual.

*Zusammenfassung*: Bei dem Patienten, der von jeher ein sonderbarer Charakter gewesen sein soll, streitsüchtig und rechthaberisch, viel prozessierte, mit seiner Umgebung häufig in Konflikte kam, auch solche tätlicher Art (als junger Mensch schlug er sich mit seinem Vater, der ein ähnlicher Charakter gewesen sein soll), entwickelt sich im Alter von 57 Jahren eine zirkuläre Geistesstörung, wobei manische Erregungszustände und depressive Phasen sehr verschiedener Dauer unregelmäßig miteinander abwechseln. Die manischen Erregungen stehen der Dauer nach entschieden im Vordergrund. Sie zeigen eine Beimischung von querulatorisch-paranoiden Zügen (man will ihm sein Eigentum wegnehmen). Mit der Zeit verwischt sich das Bild, es entwickelt sich ein hypomanisch gefärbter Dauerzustand mit erhaltener Arbeitsfähigkeit, dabei kurzdauernde Phasen stärkerer Erregung, beziehungsweise Depression. Bis jetzt (Patient zählt 70 Jahre) sind ausgesprochen cerebraloorganische Störungen nicht nachweisbar. Körperlich besteht Schwerhörigkeit und Zeichen von arteriosklerotischen Veränderungen des Gefäßsystems, sowohl peripher als auch kardial. Diese Arteriosklerose bestand anscheinend schon zu Zeiten seiner ersten Aufnahme in die Anstalt.

Beachtenswert ist hier zunächst, daß sich die erst im höheren Lebensalter ausbrechende manisch-depressive Psychose auf dem Boden einer ausgesprochen manischen, resp. reizbaren Veranlagung entwickelt, deren Bestehen auch beim Vater des Patienten aus den anamnestischen Angaben wahrscheinlich gemacht wird. Der Verlauf, der sich durch eine Reihe von Jahren in mehr oder weniger gut abgrenzbaren Anfällen manischer oder depressiver Art vollzieht, zeigt zum Schlusse die bekannte,



bei längerer Dauer der Erkrankung sich einstellende Verflachung und Verwischung: Eine leichte, eben zu bemerkende hypomanische Grundstimmung von nur nach Tagen zählenden stärkeren Gemütsschwankungen im positiven oder negativen Sinne unterbrochen.

Es besteht ferner beim Patienten eine ausgesprochene Arteriosklerose, wie sie ja beim manisch-depressiven Irresein der höheren Jahre einen häufigen Befund darstellt (*Kraepelin*), wobei ihre Beziehungen zur geistigen Erkrankung bekanntermaßen noch völlig ungeklärt sind. Bei unserem Patienten bestanden die arteriosklerotischen Veränderungen sicherlich schon zu Beginn der Erkrankung. Derzeit wird starke Sklerose der peripheren Arterien beobachtet und eine bestehende Coronarsklerose aus den Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit erschlossen. Was nun die schwierige Frage einer eventuellen Hirnarteriosklerose angeht, so ist zunächst hervorzuheben, daß irgendwelche psychische Defekte groborganischer Art derzeit nicht nachzuweisen sind. Der Patient ist arbeitsfähig, völlig orientiert, immer besonnen, die Merkfähigkeit weist keinerlei Störungen auf. Für bestehende organische Hirnveränderungen spricht aber der im Jahre 1921, leider nicht von ärztlicher Seite, beobachtete Anfall, der bis jetzt allerdings vereinzelt geblieben ist. Der ungenauen Beschreibung nach scheint es sich um einen schlecht ausgebildeten epileptiformen Anfall gehandelt zu haben. *Kraepelin* erwähnt ja z. B., daß epileptische Anfälle beim manisch-depressiven Irresein des höheren Alters zwar selten, aber doch beobachtet werden und dann auf eine begleitende Arteriosklerose zu beziehen sein dürften.

Im Anschlusse an diesen Fall einer zirkulären Erkrankung des höheren Alters sollen nun einige Fälle besprochen werden, deren Verlaufsweise zwar auch eine ausgesprochen zirkuläre Note trägt, die aber in dem Rahmen des manisch-depressiven Irreseins kaum unterzubringen sind. Sie zeigen vor allem stark hervortretende *paranoide* Elemente, die nicht etwa nur Ausgestaltungen der psychotischen Phasen sind, sondern mehr eine selbständige Rolle spielen. Da bei allen im Laufe der Zeit eine dauernde Persönlichkeitsveränderung Platz gegriffen hat, so müssen sie wohl dem Verlaufe nach zu den Prozeßpsychosen gerechnet werden. Sie sollen zunächst einzeln besprochen werden.

VII. Sch. K. Erste Aufnahme 10. VIII. 1900: 52 Jahre alt, verheiratet, Bauer. Anamnese: Vater Alkoholiker. Patient immer ruhigen und friedlichen Gemütes, lebte mehr zurückgezogen. Schulbesuch. Arbeitsam, sparsam, kein Trinker. Früher angeblich immer gesund. Seit 16. Mai d. J. psychische Veränderung: Erregt, ideenflüchtig, Größenideen: Er sei der stärkste auf Erden, bekomme die Tochter des Kaisers und Rothschilds, alle Welt sei ihm deswegen neidisch, Feinde verfolgen ihn. Kniert vor dem Heiligenbilde, betet, singt, schläft schlecht, steht in der Nacht auf und murmelt, läßt die Arbeit, treibt sich herum. Affektlabilität:

Weint und lacht, dann wieder still und versonnen. Manchmal Nahrungsverweigerung. Sehr reizbar.

In der Anstalt: Erzählt weinend phantastische Geschichten: Er habe einen feuerpeienden Igel gesehen, der ihm erzählte, er werde der Sohn Gottes werden. Er habe die Stimme Gottes gehört, solle in die Umarmung Gottes kommen. Entlassen 3. XI. 1900.

Wiederaufnahme 8. XI. 1900 wegen „Tobsucht“. Bis Anfang Dezember Erregungszustand mit impulsiv-aggressiven Handlungen.

28. XII. 1900. Spricht mit sich selbst, hört Stimmen, bald traurig, bald lustig.

1901—1902. Arbeitet. Spricht häufig mit sich selbst, sehr reizbar.

September 1903: Ein 10 Tage dauernder Erregungszustand, lärmt, schreit, er sei Gott und Kaiser. Im Habitualzustande ruhig und geordnet, Selbstgespräche. Verfaßt häufig „verworrene Briefe“.

1904. Im September und November je ein kurzdauernder (8 Tage) Erregungszustand, lärmend, voll von Größenideen, drohend gegen die Ärzte, verlangt nach Hause. Sonst immer ruhig, arbeitet dauernd, schweigsam.

1905. Im Februar 8 Tage gehemmt, versonnen, bettlägerig, „im Kopfe ist es nicht richtig“.

1906. Im November durch einige Tage, im Dezember durch zirka 10 Tage erregt, aggressiv, zerschlägt Fensterscheiben, schläft nicht, er sei Gott und Kaiser. Sonst immer ruhig, beschäftigt sich mit Reinigen der Wege.

1907. Ruhig, Selbstgespräche, äußert, er sei „Kaiser und Gott“. Auch dieses Jahr kurzdauernde Erregungszustände.

1908. Arbeitet, reinigt die Wege, ruhig. Im September 10tägiger Erregungszustand, zerschlägt Sessel, lärmt die ganzen Nächte.

1909. 19. VI. Er sei Gott und unermesslich reich. Fängt um 3 Uhr nachts an zu schreien, zerwirft sein Bett, geht auf die Mitkranken los. Bis Anfang Juli dauernd erregt, lärmend, schlaflos. Als erstes Zeichen einer solchen Erregung tritt Kongestion des Gesichtes auf, er verlangt dann Wein. Er nennt den Zustand selbst „marod“. Im Habitualzustande unermüdlicher, pedantischer Arbeiter, gutmütig und bescheiden, spricht mit niemand, manchmal Selbstgespräche. Führt Aufträge pünktlich aus.

1910. 10. VI. Fängt plötzlich zu lärmern an. Erregung bis 13. VII. 18. VII. bis Anfang August, neuerlicher Erregungszustand, schreit, lärmt, zerreißt, schlaflos. Geht dann wieder arbeiten. 6. XI. Neuerlich erregt. Am Jahresschlusse ist vermerkt, daß kurzdauernde Erregungszustände jetzt häufiger sind. Sonst immer an der Arbeit.

1911. Arbeitet selbständig, reinigt Haus und Wege. Bringt auch in den ruhigen Zeiten etwas unklar und verworren, allerhand Größenideen vor. Gewöhnlich schweigsam. Mitte Juli bis Anfang August, sowie gegen Ende September je ein Erregungszustand.

1912—1914. Im Dauerzustande fleißig wie immer, etwas sonderbar, unklare Reden. Von Zeit zu Zeit Erregungszustände mit Gewalttätigkeit, die er selbst als „Fieber“ bezeichnet.

1915. Wird Ende März auf einmal traurig, ganz still, legt sich nieder, „um den Tod zu erwarten“, nach einigen Tagen wieder freier, geht an die Arbeit.

1916. Mitte März bis Mitte April erregt, er werde alles zusammenschlagen, schlaflos.

1917. Ende Oktober bis Mitte November erregt, gereizt, aggressiv, schlaflos. Sonst ruhiger Arbeiter.

1918. Dieses Jahr häufig zu Bett, er fühle sich krank, sei schwach.

1919. Ohne Besonderheiten.

1920. 14. XI. Legt die Arbeit nieder, unruhig, erregt, gereizt, er sei „Gott und Kaiser“, werde nie sterben. 15. XI. Um  $1\frac{1}{2}$  6 Uhr früh plötzliche Erregung, zerschlägt einen Sessel, verfällt dann in einen lethargischen Zustand und liegt so 3 Stunden. 16. XI. Im Bette. Lacht, singt schreit manchmal, dann wieder zur Arbeit. 20. XII. Seit gestern immer mehr sich steigende Erregung, bricht dann plötzlich zusammen und beginnt zu erbrechen. Liegt ohne zu reagieren, zittert. Katalepsie. Pat.-Refl. nicht auszulösen. Unmittelbar anschließend ein mehrere Tage dauernder Erregungszustand.

1921. Arbeitet weiter wie früher, nichts Besonderes.

1922. 2. III. Exploration. Orientiert. Bringt, angeregt durch das Gespräch mit dem Arzte, mehr spontan eine Menge von Größenideen vor: eine Kommission habe ihm vor Jahren alles Mögliche versprochen, ein feines Essen, eine Frau, ein neues Gewand usw. Es sei „für eine Ehre“ hergeschickt worden, er sei ein bißchen „außer sich“ gewesen, aber gerade kein Narr. Man habe ihn angesprochen mit „kaiserlicher Vater“. „Der Wiener Kaiser hat mich angenommen für seinen Rudolf mit 48 Jahren... Ich habe mehr Kraft wie 80000 Millionen, wie ein Herrgott, der hat nur 2000 Millionen... Der Kaiser hat mir Thron und Tochter versprochen, ich war selbst auf der Residenz... Ich habe Himmel und Erde erlöst und habe es versprochen bekommen. Die Kaiserin Maria Theresia von Esseg hat sich verliebt in mein Gesicht.“ „Ich habe keine Angst, und wenn die ganze Welt sich verwandelt in Räuber, ich habe noch Millionen Stärke, alles stammt von mir, ich habe Sonne und Mond angeschossen...“ Ob er denn noch immer an die Erfüllung jener Versprechungen glaube? „Ich denke an nichts, ich glaube selbst nicht mehr, daß etwas daraus wird... es ist nichts gekommen, die Kaiserin ist gestorben.“ All dies wird vom Pat. im Gegensatz zu seiner sonstigen ruhigen und stillen Art mit starker Affektbetonung vorgebracht. Er wird rot im Gesicht, haut auf den Tisch, nimmt förmlich drohende Haltungen ein. Dann ist er wieder wie gerührt, weint. Es gelingt nicht recht, ihn durch Fragen zu fixieren. Die Fragen des Arztes scheinen ihn nur so im allgemeinen Anregung zu geben, seine Ideen vorzubringen. Er läßt sich auch nur schwer unterbrechen und lenken, besonders wenn er im starken Affekt ist, wo er dann wie mehr für sich selbst spricht. Manchmal wird er ziemlich unklar, wie verworren.

6. III. Stürzt plötzlich zusammen, liegt den ganzen Tag unbeweglich im Bette, wie tief schlafend, reagiert auf äußere Reize nicht. Körperlicher und nervöser Befund negativ. Den Tag darauf erregt, gereizt, gewalttätig, schreit und lärmt. Dabei fixierbar, orientiert. Nach einigen Tagen Erregung im Bette, reagiert nicht auf Anreden. Vegetative Funktionen in Ordnung.

16. III. Noch im Bette, sieht aus wie vor sich hin dämmernd. Antwortet geordnet auf Fragen.

30. III. Bittet wieder an die Arbeit gehen zu dürfen. Geordnet und besonnen.

9. IV. Geht wieder arbeiten. Völlig ruhig und geordnet.

23. IV. Schon einige Tage wieder mehr erregt, reizbar, lärmend. Erregungszustand, klingt nach 3—4 Tagen rasch ab. Daraufhin ungefähr 4 Wochen bettlägerig, schweigsam, in sich gekehrt. Steht dann auf, geht wieder an die Arbeit, setzt sein gewöhnliches Leben unverändert fort.

1923. Ruhig und geordnet. Unermüdlicher Arbeiter, der teils im Hause, teils im Freien Reinigungsarbeiten ganz selbständig besorgt und seine Arbeit ordentlich und zur Zufriedenheit vollführt. Er ist hierin außerordentlich pedantisch und genau, aber keineswegs eigensinnig oder unzugänglich, führt vielmehr eventuelle Aufträge gutmütig aus. Er arbeitet von früh morgens bis spät abends.

Dabei ist er schweigsam, spricht spontan mit niemand, hat keinen Verkehr, interessiert sich anscheinend nur für seine Arbeit. Auf Fragen bekommt man häufig keine, dann wieder nur einsilbige Antworten. Sein ganzes äußeres Gebaren entspricht dem eines gutmütigen alten Mannes.

23. VI. Bringt in längerer Exploration phantastische Größenideen vor, zum Teil wörtlich wie im vorigen Jahre. Auch Verfolgungs-ideen in Form von phantastischen Erzählungen (man hat dreimal mit dem Revolver auf ihn geschossen, ein Reiter wollte ihm den Kopf abhauen usw.). Dabei außerordentlich affektvoll. Wird besonders erregt, als man ihm zumutet, zu seiner Frau zurückzukehren. Nicht recht fixierbar, schwer zu unterbrechen, besonders im Affekt. Gedankengang sprunghaft, stellenweise unklar und verworren.

28. VI. Fängt frühmorgens an zu schreien und aggressiv zu werden, zu tanzen und zu singen. Dann wieder wie gewöhnlich an die Arbeit. Tanzt beim Mittagessen im Zimmer. Im Gespräch lebhaft, er sei Kaiser, dem Himmel und Erde zufalle.

30. VI. Geht nicht zur Arbeit. Sitzt nachmittags beim Tische. Selbstgespräche. Beklagt sich über Verfolgung, man wolle ihn umbringen, ihm gehöre alles. Sehr affektvoll. Wirft beim Abendessen die Eßschale hin, nachts schlechter Schlaf, betet. Liegt heute mit geschlossenen Augen im Bette. Wenn er sie öffne, werde er sofort erschlagen. Erzählt unklar von seinen Rechten, er habe die Militärgewalt, habe Beziehungen zu Maria Theresia.

2. VII. Im Bette, er fühle sich schwach. Im Gespräche bringt er lebhaft seine Größenideen vor, dann schläft er wieder weiter.

4. VII. Steht in der Früh auf, man solle ihn zur Arbeit lassen. „Jetzt ist es schon vorüber.“

5. VII. Sitzt im Garten, ruhig. Andere müssen eigentlich anstatt seiner arbeiten, er kommandiere nur. Er sei des Kaisers Sohn.

7. VII. Reicht Arzt und Oberwärter spontan die Hand, als Dank, daß er wieder „gesund geworden sei“. Er sei so verschlafen gewesen, müsse sich jetzt ausruhen. Um seine Größenideen befragt, verhält er sich ablehnend, er wolle jetzt nicht mehr von diesen Sachen sprechen, behalte es für sich. Nachmittags wieder erregte Selbstgespräche, lebhaft gestikulierend. Gibt verworrene Antworten. Gesicht kongestioniert.

15. VII. Die Tage über ziemlich ruhig, in sich gekehrt, hilft etwas auf der Abteilung, sitzt meist und murmelt vor sich hin. Im Gespräche mit dem Arzt lebhaft, bringt Verfolgungs- und Größenideen vor, sowie phantastische Konfabulationen. Der Portier habe ihn erschießen wollen, ein anderer ihm das Messer in den Hals bohren wollen.

17. VII. Im Garten, lebhaftes Selbstgespräche: „In mir steckt ein Räuber!“

31. VII. Arbeitet dauernd nichts. Geht auf die Mitkranken los, da sie ihn „nicht achten“. Nachts lärmend, gereizt. Bei Ansprache erregt: „Ich bin Herrgott, ich bin türkischer Kaiser!“

29. VIII. Hilft etwas auf der Abteilung. Noch immer zeitweise erregt.

1. IX. Bittet, man möge ihn arbeiten gehen lassen. „Wer nicht arbeitet, der darf auch nicht essen. Wenn Sie mir nicht glauben, können Sie mir den Kopf abschneiden.“

5. X. Arbeitet wieder zirka 2 Wochen so wie gewöhnlich. Ruhig, geordnet, in sich gekehrt. Im Gespräch sehr einsilbig. Um seine Größenideen befragt, gibt er einsilbige, ausweichende Antworten.

9. X. Ruhig, geordnetes Benehmen. Arbeitet dauernd. Exploration: Er arbeite, fühle sich aber noch immer schwach. Befragt, was mit ihm die letzten Monate war: „Wenn man halt marod ist, kann man nicht arbeiten. Jetzt geht

es wieder.“ Um seine Ideen befragt: „Das ist eine Sache... da darf man sich nicht darein mischen... ich war ja im Himmelreich... hab meine Sache gemacht.“ „Sie haben mich anerkannt, ich wäre selbst der Kaiser und der Herrgott... Sie haben mir präsentiert...“ Dann wieder: „Was einmal war, das hat man übergeben, was man einmal gehabt hat, das hat man nicht zurückbekommen... ich nehme mein Lebtage mehr kein Gewehr in die Hand...“ „Sie haben mir versprochen, daß ich werde Kaiser Franz sein, dann werden Mannöver und wenn ich zurückkomme, werde ich leben mit der Kaiserin, werde ich Kaiser Franz sein... Sie werden mir Geld geben, aber jetzt geben sie nichts...“ Spricht zögernd, verhält sich im großen und ganzen abweichend, einsilbig, er „wolle jetzt nichts wissen“, es „sei jetzt nichts“ usw. Arbeitet dauernd so wie gewöhnlich, benimmt sich völlig unauffällig und geordnet. Für gewöhnlich schweigsam, spricht mit niemandem. *Somat.*: Pupillen in Ordnung, Emphysema pulmonum; periphere Arteriosklerose.

29. I. 1924. Unverändert. Bis jetzt ruhig und arbeitsam. Äußert in längerem Gespräche zögernd und zurückhaltend Größenideen von Art der oben beschriebenen.

*Zusammenfassung:* Bei dem aus anscheinend gesunder Familie stammenden Patienten, der bis dahin als von ruhiger Gemütsart, mehr zurückgezogen geschildert wird und der immer fleißig, sparsam, arbeitsam war, nichts Auffälliges darbot, bricht im Alter von 52 Jahren ein akuter Erregungszustand mit Größen- und Verfolgungsideen aus. Dabei phantastische, traumhafte Erlebnisse. Während des bis jetzt nun schon 23 Jahre dauernden Anstaltsaufenthaltes bildet sich rasch ein Dauerzustand heraus, der jahrelang unverändert immer dasselbe Gepräge zeigt. Patient bleibt arbeitsfähig und zwar in seinem jahrelang immer gleichen Wirkungskreise als selbständiger Arbeiter. Er ist dabei zurückgezogen, schweigsam, äußert für gewöhnlich keinerlei Bedürfnisse, verkehrt mit niemandem, kümmert sich um nichts als um seine immer in gleicher Weise fortgesetzte Tätigkeit. Durchschnittlich einmal im Jahre treten kurzdauernde Phasen auf, gewöhnlich deren zwei in engem zeitlichem Anschlusse. Sie sind gekennzeichnet durch heftige, zornmütige Erregung mit Lärmen, aggressivem Verhalten, Äußerung von maßlosen Größenideen. Diese Zustände werden vom Patienten selber als krankhaft empfunden. Dazwischen auch sporadisch ebenso kurz dauernde Zustände von motorischer Hemmung mit depressiven Vorstellungen, Bettsucht. In den letzten Jahren zeigen die Phasen einen Wechsel von erregten und gehemmten Tagen. Auffallend sind die in den letzten Jahren im Zusammenhang mit den Phasen auftretenden lethargischen Zustände, die anfallsartig, fast insultartig eintreten und mehrere Stunden dauern. Herderscheinungen oder überhaupt grob cerebrale Störungen können dabei nicht nachgewiesen werden. Größenideen bestehen anscheinend von Anfang an auch in den freien Intervallen, werden aber dann vom Patienten nie spontan vorgebracht, nur auf ausdrückliches Befragen und in längerer Exploration. Trotz der oft unklaren Redeweise ist eine eigentliche Zerrissenheit nicht nachzuweisen, ebensowenig ausgesprochene gemüthliche Stumpfheit.

Symptomatologie und Verlauf weisen also hier Kompliziertheiten auf, die im einzelnen besprochen werden sollen. Unverkennbar ist zunächst eine zirkuläre, respektive periodische Verlaufskomponente. Die Erregungsphasen — wenigstens die von längerer Dauer — treten ziemlich regelmäßig einmal im Jahre auf. Aus ihrer Symptomatologie sei zunächst hervorgehoben das starke Hervortreten maßloser Größenideen, die über die ebenfalls bestehenden Verfolgungs- und Beeinträchtigungs-ideen von Anfang an entschieden vorherrschen. Diese paranoiden Elemente bestehen nun aber, und das ist von Wichtigkeit, auch in den freien Zwischenzeiten. Sie führen zwar weder zur Weiterbildung noch zu Systematisierung, sind aber anscheinend doch konstant da, wenn sie auch spontan nur selten vorgebracht werden. Dadurch erhält das Krankheitsbild eine zweite, eine chronisch paranoide Verlaufskomponente. Es sind so die psychotischen Phasen in einen Verlauf eingetragen, der ohne Zweifel als ein Prozeß<sup>1)</sup> aufgefaßt werden muß. Das wird ja auch abgesehen von der Konstanz der paranoiden Elemente, durch die dauernde Umwandlung der Persönlichkeit bewiesen, die sich beim Patienten seit Beginn der Erkrankung anscheinend rasch herausgebildet hat. Es fragt sich nur, welcher Art denn diese Persönlichkeitsumwandlung sei. Manche Züge würden für einen schizophrenen Prozeß im engeren Sinne, also eine Erkrankung von Art der Spätkatatonie sprechen. Dahin gehört vor allem der ausgesprochene Autismus, der beim Patienten besteht, die Unzugänglichkeit, ferner Stereotypien in Beschäftigung und Lebensweise. Es fehlen aber alle anderen ausgesprochen katatonen Symptome, es fehlt die Stumpfheit, das Automatenhafte, er arbeitet ja selbständig, aus eigenem Antriebe — es fehlt ferner vollkommen ein eigentlicher Zerfall der Persönlichkeit. Nun ist ja zwar die Frage der Spätschizophrenien überhaupt eine recht schwierige und es ist keineswegs entschieden, ob sich bei Prozeßpsychosen des späteren Alters diejenigen Kriterien in vollem Ausmaße anwenden lassen, die für die Diagnose der Schizophrenie in jüngeren Jahren maßgebend sind. Es handelt sich da vor allem um die Stellung der ausgesprochenen schizophrenen *Grundsymptome*. *Bleuler* z. B. meint, daß „schizophrene Spätformen die Neigung haben, die eigentlichen schizophrenen Symptome wenig auszudrücken, namentlich auch die Persönlichkeit mehr oder weniger intakt zu lassen“ (nach Ref. *Kehrer*). Ähnliche Gedankengänge finden sich ja auch im *Kraepelinschen* Lehrbuche, vor allem bei Besprechung der nach ihm vorzugsweise im höheren Alter einsetzenden *Dementia paranoides*. Der fragliche Einfluß des höheren Alters auf den

<sup>1)</sup> Der Ausdruck „Prozeß“ soll hier weder im Sinne eines „Hirnprozesses“ gemeint sein noch auch den Begriff der „chronischen Progredienz“ einschließen, sondern in ganz allgemeinem Sinne gebraucht werden, etwa wie ihn *Jaspers* definiert, als „Vorgang, der zu einer dauernden Veränderung des Seelenlebens führt“.

Verlauf der Schizophrenie spielt bekanntlich bei der ganzen Frage der nosologischen Selbständigkeit der Paraphreniegruppe eine wichtige Rolle, wie auch *W. Mayer* in seiner Arbeit über die paraphrenen Psychosen hervorhebt.

Wird nun aber auch prinzipiell zugegeben, daß die im höheren Alter bestehende größere Stabilität auf dem Gebiete des Gemüts- und Willenslebens dahin wirkt, daß sie einen schizophrenen Prozeß die eigentlichen schizophrenen Symptome nicht mehr recht hervorbringen läßt, daß vor allem der Zerfall der Persönlichkeit ausbleibt, so ist es doch außer Zweifel, daß ein solches Verhalten die Diagnose im Einzelfall ungemein erschweren müßte. Ein Fall, wie der zuletzt besprochene, unterscheidet sich sicherlich in seinem ganzem Habitus, gerade was den Endzustand anlangt, wesentlich von den gewöhnlichen Typen verblödeter Schizophreniker, wie sie jede Anstalt in Fülle aufzuweisen hat. Und wenn nun bei schizophrenen Prozessen des höheren Alters die eigentlichen Grundsymptome nicht mehr recht hervortreten, auf welche Kriterien soll sich dann die Diagnose stützen? Es sind eben für solche diagnostische Schwierigkeiten weniger die Unklarheiten des Einzelfalles als vielmehr die prinzipielle Unsicherheit der Auffassung und Systematik überhaupt verantwortlich zu machen. *Kraepelin* drückt dies prägnant aus: „Die Entscheidung darüber, welche Krankheiten des Rückbildungsalters der *Dementia praecox* zuzurechnen, welche als andersartige Psychosen aufzufassen sind, wird daher immer vor der Frage stehen, wieweit die Unterschiede in der klinischen Erscheinungsform durch die Eigenart des Krankheitsvorganges und wie weit sie durch die Veränderungen der alternden Persönlichkeit bedingt sind.“ Es kann daher, ins solange sich die Diagnose auf „*Dementia praecox*“ doch im wesentlichen nur auf diese „klinische Erscheinungsform“, also auf Symptomatologie und Verlauf stützen muß, im fraglichen Einzelfalle der Beweis weder für noch gegen die Zugehörigkeit zur *Dementia praecox* durchgeführt werden, — solange eben die von *Kraepelin* formulierte prinzipielle Vorfrage nicht gelöst ist.

Auf Grund dieser Erwägungen wird es sich daher auch im oben geschilderten Falle schwer entscheiden lassen, ob er als Spätkatatonie aufzufassen sei oder nicht. Es soll aber zunächst überhaupt von differentialdiagnostischen Erwägungen abgesehen werden. Ich möchte vielmehr vorderhand nur darauf hinweisen, daß die Frage allgemeinsten Kategorie: Ob periodische Erkrankung oder Prozeß? doch wohl nur dahin beantwortet werden kann, daß hier offenbar *beides* vorliegt, wie oben schon angedeutet wurde. Trotzdem im äußeren Verlaufsbilde die vorübergehenden Erregungszustände das auffälligere Element darstellen, wird man doch an dem Bestehen eines Prozesses, der eine nicht mehr rückgängig zu machende Umwandlung der Persönlichkeit bewirkt hat, nicht zweifeln dürfen. Die in den Erregungsphasen geäußerten Wahnideen und phantastischen Konfabulationen treten in den ruhigen

Intervallen zwar zurück, sie werden spontan überhaupt nicht geäußert, beim Examen des dann ziemlich schweisgsamen und zurückhaltenden Patienten gelingt es dann nur nach längeren Bemühungen, ihn zur Äußerung seiner krankhaften Ideen zu bringen. Es besteht aber keine Einsicht, es findet keine Korrektur der Wahnideen statt. Die Gesamtpersönlichkeit des Patienten erscheint, auch abgesehen von seinen Wahnideen, gegen früher tiefgreifend verändert. Er zeigt keinerlei Interesse mehr für sein früheres Leben, fragt nicht nach Frau und Kindern, er führt seine immer gleiche Beschäftigung jahrelang fort, kümmert sich um nichts anderes, hat sich völlig eingekapselt, ist bis zu einem gewissen Grade unzugänglich geworden. Daß diese seine Persönlichkeit von der einer schizophrenen Verblödung aber doch verschieden ist, wurde schon oben zu begründen versucht. Das Vorherrschen paranoider Elemente, von Größen- und Verfolgungsideen bei geordnetem äußeren Benehmen und Erhaltensein der Persönlichkeit würde es vielleicht erlauben, bei unserem Patienten ganz *allgemein* von einem „paraphrenieartigen Prozeß“ zu sprechen.

In diese Verlaufsform eines „Prozesses“ erscheinen nun beim Patienten eingetragen meist gut abgegrenzte Phasen von verschiedener Dauer und gegensätzlicher Färbung. In der ersten Zeit der Erkrankung sind sie deutlich charakterisiert als heitere respektive zornmütige Erregung und andererseits als Hemmung mit trauriger Verstimmung. Das den ganzen Krankheitsverlauf durchziehende paranoide Element tritt in den Phasen gewissermaßen potenziert und vergrößert hervor, im Sinne von maßlosen Größenideen respektive phantastischen Konfabulationen im Sinne von Größenwahn, sowie Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Die Krankengeschichtsaufzeichnungen der früheren Jahre sind in dieser Beziehung zwar wenig ausführlich, sie gestatten aber doch, wie ich glaube, das allgemeine Bild der Erregungszustände in diesem Sinne aufzufassen. Ich selbst hatte Gelegenheit, zwei solcher Phasen zu beobachten, deren jede mit Schwankungen ungefähr 2 Monate dauerte. Die letzte dieser Phasen wurde in der Krankengeschichte etwas ausführlicher dargestellt und es ergibt sich so, daß sie ein ziemlich schwer zu beschreibendes und zu charakterisierendes Bild zeigt: zeitweise heftige Erregung, Aggressivität, dabei Hervortreten von Größenideen, dann wieder völlige Hemmung, anscheinend Vor-sich-hinbrüten, mürrische Stimmung bei völliger Unzugänglichkeit. Verworrene Selbstgespräche unter Gestikulation und zorniger Erregung, dann wieder lautes Beten und Singen, ohne sich um die Umgebung zu bekümmern. Dabei aber immer wieder das Durchbrechen eines starken Affektes hohen Selbstbewußtseins und zorniger Gereiztheit, der mit den geäußerten Wahnvorstellungen völlig im Einklänge steht.

Bemerkenswert sind die in den letzten Jahren beobachteten, zu



Beginn der Phasen auftretenden Anfälle, die darin bestanden, daß Patient einfach niederstürzte und so ohne Reaktion stundenlang dalag, ohne irgendwie ausgesprochene cerebrale Erscheinungen darzubieten. Im Hinblick auf die Beobachtungen *Seelerts* und in Analogie zu seinen Auffassungen, liegt es wohl nahe, hier an Äußerungen einer organischen Hirnveränderung zu denken, wenn auch die Anfälle weder ausgesprochen apoplektiformen noch epileptiformen Charakter tragen. Organische Hirnveränderungen lassen sich ja beim Alter des Patienten und bei seiner bestehenden peripheren Arteriosklerose nicht ausschließen.

Es wäre nun noch die schwierige Frage zu erörtern, ob diese Abläufe vorübergehender Erregung respektive Hemmung, anstatt die Äußerungen einer zirkulären Verlaufskomponente darzustellen, nicht vielmehr als Schübe des bestehenden Prozesses aufzufassen sind. Es liegen ja über die vorpsychotische Persönlichkeit des Patienten leider keine genaueren Nachrichten vor, die das Bestehen einer zirkulären Veranlagung beweisen oder ausschließen ließen. Das regelmäßig periodische Auftreten der Anfälle würde wohl aus äußeren Gründen für die Auffassung sprechen, daß es sich um Phasen handelt. Das Wesentliche scheint mir aber zu sein, daß diese Anfälle die einmal umgewandelte Persönlichkeit im weiteren Verlaufe nicht mehr verändern, soweit dies wenigstens aus dem Vergleiche der früheren Berichte mit der jetzigen Persönlichkeit des Patienten sich erschließen läßt. Sie bringen also den einmal abgelaufenen Prozeß nicht weiter zum Fortschreiten, damit fehlt ihnen das Charakteristikum der Schübe und daraus ergibt sich die Berechtigung, sie als Phasen aufzufassen.

Der beschriebene Fall würde also zunächst eine Erkrankung des höheren Alters darstellen, in dessen Verlauf sich 2 Komponenten vereinigen: eine paraphrenieartige Prozeßkomponente und eine zirkuläre Verlaufsform. Die einzelne Phase zeigt ihre Zugehörigkeit zu dieser komplizierten Verlaufsform dadurch, daß in ihrem Symptomenbilde neben den Grundelementen der Erregung respektive Hemmung paranoide Elemente vorherrschen. Zeigt so die einzelne Phase eine gewisse Analogie zu den im Involutionalter auftretenden, eine Sonderstellung einnehmenden Depressionen, in denen ja auch depressive mit paranoiden Elementen gemischt vorkommen, so könnte diese Analogie im weiteren Sinne durchgeführt werden, insofern man auf der einen Seite die Zusammensetzung des Symptomenbildes aus depressiven und paranoiden Elementen, auf der anderen die Zusammensetzung des Gesamtverlaufes aus einer zirkulären Komponente und einer chronisch paranoiden Komponente in Betracht zieht. Das angenommene komplizierte Ursachengetriebe bei den Psychosen des höheren Alters scheint, ebenso wie es im Symptomenbilde, also im *Querschnitt*, die Züge mehrerer Symptomenkomplexe manifest werden läßt, so auch im Verlaufe, also im

*Längsschnitte*, das Bestehen mehrerer Verlaufstypen nebeneinander verursachen zu können.

Mit alldem ist nun allerdings über die diagnostische Auffassung des Falles im engeren Sinne noch nichts ausgesagt. Seine Einreihung in eine geläufige Krankheitsgruppe bereitet meiner Ansicht nach ziemliche Schwierigkeiten. Über die Frage einer Spätkatatonie wurde oben schon gesprochen und auch die prinzipiellen Schwierigkeiten erörtert, die dieser Diagnosestellung im Wege stehen. Im obigen Falle käme eine periodische Verlaufsform der Spätkatatonie in Betracht. Dafür würden manche Züge aus der Symptomatologie der Erregungsphasen sprechen, besonders wie sie in den letzten Jahren beobachtet wurden; ich habe aber schon hervorgehoben, daß mir das starke Vorherrschen eines einheitlichen Affektes, der mit den geäußerten Wahnideen im Einklang steht, gegen die Diagnose eines katatonen Erregungszustandes zu sprechen scheint. Es finden sich ja recht häufig bei verschiedenartigen Psychosen des höheren Alters katatone oder kataton aussehende Züge, deren Deutung oft Schwierigkeiten bereitet, ich erinnere nur an den „reaktiven Negativismus“. So könnte vielleicht auch die Unzugänglichkeit des Patienten, sein verschlossenes Wesen, als reaktiver Negativismus, hervorgegangen aus seiner wahnhaften Einstellung gegenüber der Umwelt, gedeutet werden. Was mir gegen die Diagnose „Spätkatatonie“ beim obigen Falle zu sprechen scheint, daß ist vor allem die Gestaltung des Dauerzustandes, in dem weder echt katatone Züge noch auch ein Zerfall der Persönlichkeit nachzuweisen sind.

Könnte man denn nicht auch daran denken, den Fall als periodisches Irresein aufzufassen, ihn also in den Rahmen des manisch-depressiven Irreseins zu verweisen? Manches würde dafür sprechen: Die krankhaften Phasen sind nach jahrelangem Verlaufe noch wohl ausgebildet und gut abgegrenzt, und vor allem sind *sie* es, in denen sich die ganze Symptomatologie des Falles entwickelt. Im freien Intervall treten ja Wahnideen weit zurück, sie werden spontan niemals geäußert, und auch in eingehender Exploration ergibt sich, daß die Wahnvorstellungen für den Patienten im freien Intervall so gut wie keine Rolle spielen. Sie werden allerdings nicht korrigiert, er gewinnt keine Einsicht, es erfolgt keine „restitutio ad integrum“, wie sie doch für die freien Zwischenzeiten des manisch-depressiven Irreseins gefordert wird. Allerdings sind ja auch hier die Meinungen nicht ungeteilt, und es wäre vor allem zu erwägen, inwieweit das hohe Alter des Patienten diese Fähigkeit zur Restitution beeinflußt — es sei nur an das ähnliche Verhalten bei der Involution-melancholie erinnert. Der Dauerzustand trägt ohne Zweifel die Kennzeichen einer Art geistigen Siechtums, es hat eine Umwandlung der Persönlichkeit stattgefunden, so daß man von einem Prozeß sprechen darf. Ob aber dieser Prozeß Ausdruck des primären Krankheitsgeschehens

ist, oder ob diese „Umwandlung der Persönlichkeit“ aus der Wechselwirkung einer ursprünglich periodischen Erkrankung mit den Faktoren des höheren Alters hervorgegangen ist, die einer restlosen Ausheilung der einzelnen Phasen entgegenwirken, das wird sich wohl kaum entscheiden lassen.

Ohne gerade eine Parallele mit dem vorliegenden Falle ziehen zu wollen, möchte ich hier erinnern an die unsichere Stellung, die manche Fälle der sog. „Paraphrenia expansiva“ einnehmen. Schon in der Symptomatologie dieser Erkrankung, die nach den *Kraepelinschen* Beobachtungen fast ausschließlich bei Frauen vorkommt, finden sich gewisse, zum manischen Symptomenkomplex gehörige Elemente, „heitere, oft übermütige, zu Scherzen geneigte Stimmung, weitschweifige Geschwätzigkeit, wie durch äußere Anlässe sich rasch steigernde Erregungsausbrüche“ (*Kraepelin*). Es hat dann *W. Mayer* für einen der *Kraepelinschen* Fälle von „Paraphrenia expansiva“ angegeben, daß er „seinem ganzen späteren Verlauf nach als zum manisch-depressiven Kreis gehörig angesprochen werden konnte“. Nach seiner Ansicht bestehen „entfernte Verwandtschaftsbeziehungen dieser Gruppe zum manisch-depressiven Irresein“, und er hofft „daß gerade hier exakte Familienforschung beim Versagen klinischer Gesichtspunkte sehr vieles aufhellen könnte“. —

Ein Fall, der in Symptomenbild und Verlauf ebenso wie der vorhergehende das Durcheinandergehen einer paraphrenen mit einer zirkulären Komponente aufweist, ist der im folgenden geschilderte:

VIII. V. A. Aufgenommen 4. VII. 1912. 52 Jahre alt, verheiratet, 10 Kinder, Gastwirt. Anamnese: Heredität 0. Früher angeblich immer gesund, Besuchte Schule, war beim Militär. War immer ruhig und arbeitsam. Vor 5 Jahren fing er an zu trinken und Geld auszugeben. Anfang Juni 1912 begann ein akuter Erregungszustand mit Rededrang und Zerstörungssucht. Aufnahme in die Anstalt am 4. VII. 1912. Hier die ersten Tage ruhig und geordnet. Körperlicher Befund negativ. Am 12. VII. setzt nach dreitägiger Nahrungsverweigerung ein Erregungszustand ein: Geht ruhelos im Garten auf und ab, spricht mit sich selbst, gestikuliert, singt, tanzt. Nachts meist unruhig, spricht mit sich selbst, schlägt an die Tür und an die Wand. Will keine Schlafmittel nehmen, man wolle ihn vergiften.

Die erste Hälfte August etwas ruhiger, mürrisch, finster, reizbar, spricht mit sich selbst.

Ende August wieder Verschlimmerung, schwer erregt, tanzt, singt, springt, schläft schlecht, lärmt in der Nacht. Diese Erregung dauert ununterbrochen bis Ende September und klingt anscheinend langsam ab, um einem bis Mitte 1913 dauernden Zustand Platz zu machen, in dem der Pat. mehr zurückgezogen und reizbar ist, häufig singt oder schimpft und zu keiner Arbeit taugt.

31. XII. 1913. Ernst, hält sich zurückgezogen, hat sich körperlich erholt, arbeitet nichts.

1. V. 1914. Bat vor 14 Tagen, man möge ihn an die Arbeit gehen lassen. Arbeit fleißig und ist zufrieden.

31. XII. 1914. Fortdauernd bei der Arbeit auf dem Felde, sehr guter Arbeiter. 1915—1917. Arbeitet fortdauernd und fleißig.

27. IV. 1918. 3 Tage Nahrungsverweigerung, drängt nach Hause. Äußert, die Sonne sei sein Eigentum, er werde die ganze Welt bekommen.

30. XII. 1918. Arbeitet dauernd, hilft den Wärtern. Zieht sich von Zeit zu Zeit für einige Tage zurück, arbeitet nichts, ißt nichts, sitzt dann schweigsam und traurig oder drängt nach Hause, geht aber dann wieder an die Arbeit.

1919—1920. Arbeitet dauernd weiter, körperlicher Zustand günstig. Unterhält sich mit den Mitkranken.

5. II. 1920. Exploration. Keine Gedächtnis- und Intelligenzstörungen nachweisbar. Äußert Größenideen: Er sei der Herr der Sonne, der Elektrizität, er könne die Sonne versetzen, wohin er wolle und seinen Feinden den Regen entziehen. Wenn er die Augen mit der Hand bedecke, sehe er die Mutter Gottes, Heilige, den goldenen Himmel.

1921. Arbeitet dauernd weiter, sehr brauchbarer Arbeiter. Leicht reizbar, auf geringfügige Anlässe erregt, ist dann für einige Tage zu keiner Arbeit fähig. Nachts häufig schlechter Schlaf, spricht mit sich selbst.

1922. 30. I. bis 10. II. Im Bette, fühlt sich schwach, appetitlos, behauptet, man wolle ihn vergiften. 15. III. Jetzt wieder mehr heiter, singt schon in aller Frühe, arbeitet wieder. Streitsüchtig, reizbar. Äußert bei der Exploration mitselbstbewußtem Affekt, lebhaft gestikulierend, seine oben erwähnten Größenideen. Einmal habe er nicht essen dürfen, Geister hätten ihm das Verbot in die Ohren geflüstert.

1923. Arbeitet dauernd weiter. Benimmt sich völlig geordnet. Gesellig. Vegetative Funktionen in Ordnung. Ist mit seiner Lage zufrieden.

1923. Exploration 6. VI. und 13. VI. 1923. Orientiert in jeder Hinsicht. Keine organischen Störungen nachweisbar. Beim Examen lebhaft, spricht schnell, gestikulierend, selbstbewußt. Bei eingehender Befragung gereizt, ablehnend, man wisse ohnedies alles, läßt sich in seinen Reden oft schwer unterbrechen. Gibt im ganzen geordnete Auskünfte. Äußert seine Größenvorstellungen weiter: Er könne die Sonne versetzen, wenn die Leute sagen, die Erde bewege sich um die Sonne, so sei das nicht wahr, er wisse es besser. Er könne auch den Blitz mit sich tragen. Zu Hause habe man ihn verfolgt, jetzt nicht mehr. Gesichtstrugwahrnehmungen, die er folgendermaßen schildert: alles was er sich denke, das könne er auch sehen. Er sehe die Dinge deutlich vor sich, wenn er sie sich nur denke: Landschaften, Menschen, Arbeiter auf dem Felde, den Himmel, die Heiligen usw. Was er nicht sehen wolle, das sehe er auch nicht. Das komme ihm so, wenn er die Augen schließe, oder wenn ihn die Sonne blende oder wenn er im Dunkeln vor sich hinsehe, besonders nachts vor dem Einschlafen. Die Dinge seien so wie in weiter Ferne, sehen manchmal wie natürlich aus, manchmal wieder wie vergoldet, glänzend. Dann sehe es so aus, wie eine andere Welt, eine andere Sonne. Die Leute, die er sehe, höre er auch sprechen. Dies alles komme aus der Erde, denn die Erde sei ein lebender Körper. Dies mache Gott oder der Sonnengeist. Er höre auch Stimmen, sie sprechen ihm in den Ohren und im Körper. Es seien Geister. Wenn er schlafen wolle, fühle er den Drang, mit sich selbst zu sprechen. Er habe die ganze Welt auf seinen Namen getauft. Er sei berufen, Ordnung zu machen. Bei Fortdauer des Examens gereizt: „Sie sind ja Gott, Sie wissen das besser als ich...“ Körperlich: Gleichbleibender, mittlerer Ernährungszustand. Lungenemphysem. Periphere Arteriosklerose, Herzarrhythmie, Herzhypertrophie.

*Zusammenfassung:* Patient stammt aus gesunder Familie, war früher immer ruhig und arbeitsam, sozial tüchtig, Familienvater. Im Alter von 47 Jahren beginnt er verschwenderisch zu leben und zu trinken. Mit 52 Jahren akuter Erregungszustand, der mit Unterbrechungen min-

destens 4 Monate in voller Stärke andauert, um dann im Verlaufe von einem halben Jahre langsam abzuklingen, wobei sich Patient körperlich erholt. Nun durch ungefähr 1 Jahr anscheinend mehr depressiv, gehemmt, untätig; dann wieder Drang zur Arbeit, ist bis heute ein fleißiger, brauchbarer Arbeiter. Von Zeit zu Zeit auftretende, zum Teil anscheinend reaktive, zum anderen Teil autochthone kurze Phasen von Erregung oder Depression. Im Habitualzustande geordnet, zugänglich, natürlich, gesellig, aber stark reizbar und selbstbewußt. Es bestehen dauernd Größenwahnvorstellungen, anscheinend fixer Art, über deren erstes Auftreten leider nichts Sicheres zu entnehmen ist. Daneben Beeinflussungsideen, Gehörshalluzinationen und ausgeprägte optische Pseudohalluzinationen. Körperlich: Arteriosklerose.

Auch hier kann zunächst die Diagnose: Spätform der *Dementia praecox* nicht befriedigen und zwar deshalb, weil sich nach mindestens 11-jähriger Krankheitsdauer weder eine ausgesprochene gemüthliche Verblödung noch eine richtige Zerfahrenheit herausbildete. Es fehlt auch hier im Gegensatz zum vorigen Falle der dort beobachtete Autismus und die Unzugänglichkeit, es fehlen deutlich katatone Symptome. Die Persönlichkeit als solche ist völlig einheitlich und erhalten. Als schizophrenes Symptom könnte sich vielleicht die Reizbarkeit des Patienten deuten lassen. Im Zusammenhang mit seinem Selbstbewußtsein und seiner Gesprächigkeit aber kann man wohl auch an leicht manische Eigentümlichkeiten denken, wozu das deutliche Hervortreten des zirkulären Symptomenkomplexes im ganzen Verlaufe berechtigte.

Die weitere Auffassung des Falles macht, wie ich glaube, weniger Schwierigkeiten als beim vorhergehenden. Ebenso wie dort sind auch hier am Verlaufe 2 Komponenten nachzuweisen: Eine chronisch paranoide Verlaufskomponente und eine zirkuläre. Konnte aber dort die Entscheidung, welcher der beiden Komponenten in klinischer Hinsicht der Vorrang zukommt, nicht recht getroffen werden, so ist die Sache hier deutlicher: Es handelt sich offenbar um einen paranoiden, respektive paraphrenen Prozeß, der durch eine zirkuläre Komponente kompliziert wird. Es ließe sich zunächst die schon 5 Jahre vor dem eigentlichen Manifestwerden der Psychose bemerkte auffallende Lebenslustigkeit als Charakterveränderung im Sinne einer leichten Hypomanie deuten. Dann folgt eine ausgesprochen manische Phase, ihr folgt eine längere Zeit dauernde anscheinend leichte Depression, soweit sich dies aus den kurzen Aufzeichnungen der Krankengeschichte entnehmen läßt. Nach ihrem Abklingen kehrt der seitdem andauernde Zustand der Besonnenheit und Arbeitsfähigkeit wieder — vielleicht mit leicht hypomanischer Färbung, wie oben schon bemerkt. Allein bis in den Endzustand hinein schlägt immer wieder die zirkuläre Komponente durch — sie äußert sich in ganz kurzdauernden Phasen von gegensätzlicher Färbung.

Im Vordergrunde stehen hier aber wohl die chronisch-paranoiden Elemente. Sie sind konstant und werden auch in ziemlich langen Zeitabständen immer in gleicher Weise vorgebracht. Es sind vor allem Größenideen, dann Beeinflussungsideen, mit ihnen verbunden Gehörshalluzinationen, sowie die schon erwähnten optischen Trugwahrnehmungen, in denen der Übergang lebhafter Phantasievorstellungen in Pseudohalluzinationen recht anschaulich wird. Diese paranoiden Elemente sind nun nicht, wie im vorigen Falle, vor allem an die krankhaften Phasen gebunden — sie sind von den zirkulären Schwankungen weitgehend unabhängig, sie sind dauernde Eigentümlichkeiten des besonnenen Habitualzustandes. In diesem Falle sind übrigens mit Rücksicht auf das Vorherrschen von Größenideen in Verbindung mit leicht hypomanischer Färbung des Endzustandes Züge des Krankheitsbildes der „Paraphrenia expansiva“ unverkennbar.

IX. Z. S. Aufgenommen 2. I. 1907: 45 Jahre alt, verheiratet, Bauer. Anamnese: Heredität 0. Pat. früher angeblich immer gesund. War in Amerika, dort viel getrunken. Kam dort mit 43 Jahren in eine Irrenanstalt. Fühlte sich verfolgt, benachteiligt. Die Feinde hätten dann seine Überführung in die Heimat veranlaßt. Dort war er gegen die Frau aggressiv, drohte das Haus anzuzünden, weil die Frau ihn vergiften wolle. Seit 7. XI. 1906 in einer Anstalt in Krain. Dort dauernd zu Bette, Nahrungsverweigerung, Kopfschmerzen, Klagen über „Verwirrtheit“. Versuchte einmal sich mit einem Tuche unter der Decke zu erdrosseln. Traurig, jammert, er könne keine Ruhe finden, wolle am liebsten ein Ende machen, sich den Kopf an der Wand zerschlagen. Er habe sich erdrosseln wollen, weil ihm seine Feinde etwas unter die Nase gäben, infolgedessen es ihn am Herzen „drücke“. Darum könne er es nicht aushalten. Stimmung häufig ängstlich, dann erregt, jammert, schlägt um sich, schlägt sich an die Brust; im Gespräche erkennbare Denkhemmung.

In der hiesigen Anstalt seit 2. I. 1907: Schlecht genährt, blaß. Gibt geordnete Auskünfte. Er sei nicht krank, es fehle ihm nur Blut. In Amerika habe man ihm etwas unter die Nase gegeben, wovon er noch jetzt Beschwerden habe. Frau und Schwager hätten ihn in die Anstalt gebracht, damit die Frau mit ihrem Liebhaber leben könne. Er wisse nicht, ob die Kinder von ihm seien.

Bis August 1907 ist Patient meist bettlägerig, deprimiert, spricht wenig, weint häufig, verweigert manchmal die Nahrung, so daß Sondenernährung nötig wird. Er müsse sterben, daran sei seine Frau schuld, die mit anderen lebe. Einmal (2. VI. 1907) akuter Angstanfall, weint, heult, Gott und die Heiligen mögen ihm verzeihen, was er getan habe. Kommt körperlich ungemein stark herunter.

April 1907 beginnt er mehr zu essen. Nachts manchmal unruhig, rutscht auf den Knien herum und betet. Er beginnt dann bis Ende des Jahres allmählich heiterer zu werden, geordnet zu essen, gut zu schlafen, läßt sich bei der Visite in Gespräche ein. Er kniet dann häufig vor den Ärzten nieder und küßt ihnen die Hände.

Januar 1908. Kurzdauernder Erregungszustand, aggressiv, gereizt. Seit Ende Januar 1908 geordnetes Verhalten, ruhig, arbeitet fleißig, hat sich körperlich erholt. Die Eifersuchtsideen gegen die Frau bestehen dabei unverändert weiter und werden vom Patienten in affektvoller Weise vorgebracht. Seine Frau habe ihn vernichten wollen, in Amerika wollte man ihn auf ihr Geheiß vergiften. Man habe ihm etwas eingegeben und ihm damit die Brust verdorben und den Nabel durchstoßen. Infolgedessen fühle er sich auch jetzt noch unfähig zu schwerer Arbeit.

Arbeitet bis Ende des Jahres fleißig, teils auf dem Felde, teils im Hause.

1909. Die erste Jahreshälfte ruhig, mehr zurückgezogen, arbeitet nichts, sitzt beschäftigungslos im Garten. Von Ende Juni an gereizt, erregt, führt Selbstgespräche, verlangt nach Hause. Dann wieder lustig, gehobener Stimmung, häufig schlaflos, nachts erregt. Zeitweise auch wieder traurig, äußert dann Verfolgungsideen. Zur Arbeit nicht zu gebrauchen.

1910. Stimmung stark wechselnd, bald traurig, bald mehr heiter. Die traurigen Phasen überwiegen. Patient weint dann, beklagt sich, daß ihn die ganze Welt quäle, daß ihm die Frau untreu sei. Er wird dann auch stark gereizt, mürrisch, unzufrieden, schimpft auf die Ärzte, man solle ihn nach Hause lassen, beklagt sich, daß ihn die Umgebung belästige. Verweigert dann auch manchmal die Nahrung. An den heiteren Tagen gesprächig, witzig, familiäres Benehmen. Zu irgendeiner Arbeit nicht zu gebrauchen.

1911. Dauernd mehr gereizt und geärgert, schimpft auf alles in der Welt. Er müsse sich wehren, daß er nicht verdumme. Durch irgendwelche Manipulationen werde er am Leibe geschnürt, so daß er schon ganz mager geworden sei. Arbeitet nichts. Zeitweise auch wieder mehr gut gelaunt.

1912. Hilft auf der Abteilung. Dauernd leicht geärgert, schimpft über dies und jenes, über seine Frau, die Anstalt, das Essen, läßt sich aber leicht beruhigen. Sonst geordnetes Benehmen.

1913. So wie im vergangenen Jahre.

Seit Anfang des Weltkrieges ist Patient als Hilfswärter beschäftigt und versteht seinen Dienst zur Zufriedenheit. Stärker ausgesprochene depressive oder erregte Phasen sind zu dieser Zeit nicht mehr aufgetreten. Patient ist nur ziemlich reizbar, sonst aber gutmütig und arbeitsam. In der Zeit nach dem Kriege arbeitet Patient dauernd auf der Abteilung. Er ist meist ruhig und lenksam, zeitweise aber gereizt, stärker erregt, schimpft dann und verlangt nach Hause. Auch von Tagen, wo er mehr traurig ist, die Nahrung verweigert, wird berichtet. Ausgesprochene länger dauernde Phasen sind aber nicht mehr vermerkt.

1922. 21. IV. Exploration: Sehr selbstbewußt, empfindlich, reizbar. Will anfangs gar nicht ins Untersuchungszimmer kommen, läßt sich aber dann doch gutwillig dazu herbei. Ungemein gesprächig, erzählt lebhaft gestikulierend von seinem Lebensschicksal. Dabei ist der Gedankengang vollkommen geordnet und natürlich. Beklagt sich lebhaft, daß man ihn seinerzeit beschädigt habe, in der Nacht habe sich das Bett bewegt, man habe ihm Gift unter die Nase gegeben, und ihm den Nabel durchbrochen. Die Schwestern hätten ihm verdorbene saure Milch gegeben, so daß er sich den Magen dauernd beschädigte und nicht mehr essen konnte. Eifersuchtsideen gegen die Frau äußert er nicht mehr. Damals sei man Tag und Nacht auf ihn losgegangen. Jetzt habe er vollkommene Ruhe. Er hat aber keinerlei Krankheitseinsicht, behauptet, er sei hier, weil ihm die Ärzte den brieflichen Verkehr mit seinen Angehörigen verunmöglicht hätten. Beklagt sich, daß er hier umsonst arbeiten müsse, aber er arbeite lieber, als daß er untätig sei und esse. Verlangt Bezahlung, man solle ihm sein Recht geben und ihn nach Hause lassen. Wird am 16. V. 1922 in häusliche Pflege entlassen.

*Zusammenfassung:* Bei dem angeblich nicht belasteten, früher immer gesunden Patienten kommt es anfangs der 40er Jahre nach einem mehrere Jahre dauernden paranoiden Stadium zur Entwicklung eines akuten ängstlich depressiven Zustandes mit stark paranoidem Einschlag, wobei allerhand Körpersensationen eine Rolle spielen. Nach Jahresfrist klingt diese akute Phase ab und Patient erholt sich, wird arbeitsfähig, wobei aber die paranoiden Ideen, besonders die Eifersuchtsideen,

dauernd weiterbestehen. Bald wird er aber wieder arbeitsunfähig und es wechseln dann einige Jahre hindurch mehr erregte heitere mit depressiven Phasen unregelmäßig ab. Es kommt endlich zur Ausbildung eines Dauerzustandes, in dem Patient wieder arbeitsfähig wird, aber immer stark reizbar, selbstbewußt und querulierend bleibt, wohl auch hie und da bald mehr traurig, bald wieder leicht erregt ist. Dabei ist sein Benehmen natürlich, es besteht keine gemütliche Verblödung, auch keine Zerfahrenheit. Er ist dauernd ein fleißiger, brauchbarer Arbeiter. Eifersuchtsideen und Ideen der körperlichen Beschädigung verblassen allmählich, werden vom Patienten als etwas Abgetanes und Vergangenes, aber stark affektbetont und ohne Krankheitseinsicht immer noch auf Befragen vorgebracht. Er ist dauernd selbstbewußt, gesprächig und reizbar.

Der Patient wurde also durch volle 15 Jahre in der Anstalt beobachtet. Das anfängliche Zustandsbild trägt unverkennbar die Züge einer mehr ängstlichen Melancholie mit paranoidem Einschlag, Verfolgungsideen, Halluzinationen, Versündigungsideen, ein Bild, wie es etwa der Involutionmelancholie eigentümlich wäre. In dieser Beziehung ähnelt der Fall der an zweiter Stelle besprochenen Paraphrenie, bei der ja auch im Eingange des Krankheitsverlaufes eine wohlausgebildete, depressiv-paranoide Phase beobachtet wurde. Während aber dort der weitere Verlauf in einen chronisch paraphrenen Zustand überging, mit Weiterbildung des Wahnes, Entwicklung von Größenideen usw. und gemütliche Schwankungen in den Hintergrund traten, wird hier gerade eine zirkuläre Verlaufskomponente wieder recht deutlich und läßt sich bis in den Endzustand hinein immer wieder nachweisen. Aus dem anfänglichen Zustandsbild eine eindeutige Diagnose zu stellen und den weiteren Verlauf vorherzusagen, wäre wohl weder in dem einen noch in dem anderen Falle möglich gewesen. Der zuletzt beschriebene Fall nun zeigt längere Zeit nach Abklingen der ersten depressiven Phase einige Jahre hindurch deutlich zirkuläre Stimmungsschwankungen und endlich den Übergang in einen Dauerzustand, der Züge einer nörgelnden, gereizten Hypomanie trägt, wobei aber Zeiten leichter Depression immer noch wiederkehren. Die paranoiden Elemente, die in den ersten Jahren ziemlich reichlich entwickelt waren und auch unabhängig von Phasen gemütlicher Schwankungen geäußert wurden, scheinen nun mit der Zeit zu verblassen. Sie erfahren wenigstens keine Weiterbildung, Größenideen bleiben gänzlich aus. Patient gewinnt zwar keine Einsicht, die Benachteiligungen gehören aber für ihn der Vergangenheit an, „jetzt habe er vollkommene Ruhe“. Trotzdem aber erzählt er von seinen Verfolgungen als wirklichen Erlebnissen und verbindet sie nach wie vor mit starker Affektbetonung.

Was nun gerade den Inhalt dieser seiner Wahnideen und Halluzinationen anlangt, so muß zugegeben werden, daß hier Halluzinationen



der Körpersphäre und Beeinflussungsideen vorgebracht werden, wie es für echt schizophrene Erkrankungen als eigentümlich angesehen wird. Es ist auch nicht zu verkennen, daß der Endzustand Züge trägt, Empfindlichkeit, Reizbarkeit, Neigung zu Schimpfen und Wutanfällen, wie sie wieder schizophrene Endzustände charakterisieren. Andererseits aber fehlen die echten katatonen Zeichen: Zerfahrenheit, Manieriertheit, Stereotypien, Negativismus. Es fehlt auch ausgesprochene gemütlche Stumpfheit: Die Arbeitsfähigkeit ist bis in den Endzustand, nach mindestens 15jähriger Krankheitsdauer voll erhalten, der Patient kann ja sogar durch Jahre als Hilfswärter angestellt werden und versieht seinen Dienst zu voller Zufriedenheit. Er arbeitet dabei mit Lust und Initiative, und gerade das beim verblödeten Schizophrenen so häufige völlige Verschwinden des Betätigungsdranges fehlt hier vollständig, wie besonders deutlich aus der Äußerung des Patienten hervorgeht, er müsse hier zwar leider umsonst arbeiten, aber er arbeite lieber, als daß er untätig sei und esse. Damit im Zusammenhang fehlt auch jeglicher Zerfall der Persönlichkeit. Es besteht bis zum Ende die konsequente Einstellung, daß ihm durch die Internierung Unrecht widerfahren sei und daß man ihn nach Hause lassen solle. Es könnten so die oben erwähnten Eigentümlichkeiten, Reizbarkeit und Empfindlichkeit bei hohem Selbstbewußtsein wohl auch als Zeichen eines leicht hypomanischen Dauerzustandes gedeutet werden und die Neigung zu Schimpfen und vorübergehenden Erregungen im selben Sinne, in der Weise etwa, wie es beim vorigen Falle versucht wurde.

Es würde sich so auch hier der Krankheitsverlauf durch das Zusammentreten zweier Komponenten, einer mehr chronisch paranoiden und einer zirkulären, charakterisieren lassen. Die chronisch-paranoide Komponente hier allerdings matter entwickelt und ohne Neigung zum Weiterschreiten.

Die zuletzt besprochenen 3 Krankheitsfälle zeigen sohin gewisse Ähnlichkeiten in Krankheitsbild und Verlaufsart, die sich etwa dahin charakterisieren ließen, daß es sich bei allen dreien um im höheren Lebensalter (43, 50 und 52 Jahre) ausbrechende Geistesstörungen handelt, bei denen aus Symptomatologie und Verlauf 2 Komponenten herausgeschält werden konnten: Eine chronisch-paranoide, etwa als paraphrene zu bezeichnende und eine zirkuläre Verlaufskomponente. Im ersten Falle scheint mehr die zirkuläre Komponente das Bild zu beherrschen, die volle und reichhaltige Ausbildung der paranoiden Elemente ist an die krankhaften Phasen gebunden, die bis in die späteste Zeit der Erkrankung sowie zu Anfang und mit einer Regelmäßigkeit wiederkehren, wie es etwa für eigentlich periodische Erkrankungen eigentümlich wäre. Anders verhält sich hier Fall VIII und IX. Bei diesen stehen die voll ausgebildeten Phasen nur im Eingange des Krank-

heitsbildes, im weiteren Verlaufe verflachen sich die Schwankungen, der Verlauf wird mehr verschwommen, wie es etwa für ältere Fälle des manisch-depressiven Irreseins als charakteristisch bezeichnet wird, und in beiden Fällen bilden sich Endzustände heraus, deren Züge als Eigenheiten leicht abnormer Gemütslagen aufzufassen versucht wurde — in beiden Fällen im Sinne einer leichten Hypomanie. Die paranoide Komponente tritt bei den beiden letzten Fällen mehr selbständig hervor. Beim ersteren bestehen bis in den Endzustand wohl fixierte Größenideen und habituelle Halluzinationen, im letzteren Falle tritt der paranoide Komplex mit der Zeit mehr zurück, zeigt aber genug deutlich seine Unabhängigkeit von den abnormen Gemütschwankungen.

Da nun in allen 3 Fällen die Diagnose „Spätschizophrenie“ als kaum befriedigend bezeichnet wurde, so ergibt sich, daß auf Grund der Kompliziertheit von Symptomatologie und Verlaufsart die Einreihung in geläufige diagnostische Rubriken nicht ohne Zwang möglich sein dürfte.

Eine befriedigende Auffassung dürfte wohl, wie schon bemerkt, nur durch die Zugrundelegung neuerer Richtlinien der Diagnostik und Analyse ermöglicht werden, wie sie etwa *Kretschmers* „Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik“ bringen oder wie sie in den Gedankengängen des *Birnbaumschen* Buches über den „Aufbau der Psychose“ ausführlich auseinandergesetzt werden.

Zur Vornahme einer solchen Analyse sind nun allerdings die hier gebrachten Fälle viel zu ungenügend durchforscht. Es fehlt vor allem der hier so notwendige, genauere Bericht über die Familienkonstitution, über die vorpsychotische Persönlichkeit der Patienten, kurz über all das, was bei der Erforschung *pathoplastisch* bedingter Krankheitselemente notwendig bekannt sein muß. Wenn ich trotzdem eine Veröffentlichung und Besprechung wage, so geschieht es vor allem zu dem Zwecke, um für den komplizierten Aufbau der Psychosen des Um- und Rückbildungsalters einige Beispiele zu bringen.

Es soll nun mit der Besprechung eines Falles abgeschlossen werden, des einzigen unter den hier veröffentlichten, bei dem sich meiner Meinung nach die Diagnose „Spätschizophrenie“ respektive „Spätkatatonie“ einwandfrei und ohne Zwang stellen ließ.

X. J. M. Aufgenommen 6. V. 1905. 49 Jahre alt, verheiratet, Bauer. Wurde zur Beobachtung seines Geisteszustandes vom Kreisgerichte in B. überstellt, nachdem er in der Nacht vom 26. auf den 27. III. 1905 seine Frau mit einem Sessel erschlagen hatte. Anamnese: In der Ascendenz keine Geisteskrankheit. Patient früher immer geistig gesund, ein „guter und ruhiger Mensch“; in der letzten Zeit Prozeßschwierigkeiten, dabei deprimiert, gehemmt, schweigsam, saß durch 14 Tage unbeweglich zu Hause. Es habe ihn eine „tiefe Traurigkeit“ erfaßt. In der kritischen Nacht plötzliche Angst, er müsse sterben, drängte hinaus. Erschlug in höchster Erregung die Frau, die ihn dabei zurückhalten wollte. Beim Gerichtsverhöre unverständliche, unzusammenhängende Reden neben geordneten Antworten. In der Anstalt: die erste Zeit depressive Stimmung, zeitweise Angst mit

motorischer Unruhe, sonst größtenteils bettlägerig, untätig, schweigsam. Orientiert. Gibt über seine Tat Auskunft, er habe so Angst gehabt, wie die Frau ihn nicht hinauslassen wollte, habe er sie auf Befehl Gottes auf den Kopf geschlagen. Beim Examen sind die ersten Antworten völlig sinngemäß, Patient ist gut zufixieren. Gibt geordnete Auskünfte, besonders wenn man ihn energisch dazu auffordert. Bei längerem Sprechen, besonders sich selbst überlassen, verfällt er in ein völlig unverständliches und wirres Gefasel, spricht dann schnell und leise, dabei grimasierend und gestikulierend. Spricht auch häufig mit sich selbst.

Nach drei Monaten auf die ruhige Abteilung versetzt, geht an die Arbeit, arbeitet fleißig und ordentlich. Bis Ende 1905. Arbeitet, benimmt sich geordnet, spricht ohne deutliche Affektlage viel verwirrtes Zeug von Gott, den Heiligen und seinem großen Unglücke.

1907. 10. I. bis 21. II. Erregt und verwirrt, schläft nicht, geht nachts herum, manieriertes Benehmen, murmelt unverständliches Zeug vor sich hin. Erzählt affektlos, er sei unglücklich, das Volk verhöhne ihn wegen seiner Tat an der Frau. Gott habe ihm das angeordnet. Wehrt sich gegen körperliche Untersuchung, er sei kein Dieb.

Bis Ende 1907: Unbeständiger Arbeiter, spricht mit sich selbst verwirrtes Zeug von Gott und den Heiligen. Gehörshalluzinationen sind wahrscheinlich.

1908. Stark reizbar, zeitweise stärker erregt, führt konfuse Selbstgespräche. Arbeitet, aber nicht ausdauernd.

1909—1910. Arbeitet in der Wäscherei, lenkbar und gefällig, spricht verworren von Gott, mit dem er in ständigem Rapporte sei. Hört Stimmen. Zeitweise erregt.

1911—1912. Arbeitet in der Wäscherei. Schlendert viel herum. Begrüßt die Ärzte stereotyp mit: „Sollst leben und Wein trinken.“

1913. 11. III. Schließt sich in die Wäscherei ein, füllt einen Wäschetrog und will sich ertränken, sagt, er fühle sich die ganze Zeit hier unwohl, es sei besser, sich zu ertränken, anstatt so gequält zu werden. Nachher einige Tage traurig und gehemmt, dann wieder an die Arbeit. Zustand wie bisher.

1914—1918. Ausdauernder Arbeiter in der Wäscherei, ist dort eine geschätzte Hilfskraft, spricht verwirrtes Zeug, läppisch, sonst geordnet, gutmütig und fleißig.

Dauerzustand bis 1923. Patient ist in seinem Benehmen geordnet, arbeitet in der Wäscherei, beschäftigt sich dort mit Wäschetragen und allerlei Hilfsdiensten. Er ist zu jeder Arbeit gut zu gebrauchen, macht gutmütig, was man von ihm verlangt. Offensichtlich fühlt er sich bei der Arbeit wohl. Er ist in der Anstalt zufrieden, verlangt nie nach Hause. Außer zeitweise leichter Gereiztheit ist eine ausgesprochene Affektlage nicht zu erkennen. In seinem Gebaren zeigt er viel läppische Züge. So hält er sich z. B. häufig in den Gängen auf und spricht jeden Vorübergehenden mit nichtssagenden, läppischen Redensarten an, vollführt auch wohl hie und da manchen Unfug und unsinniges Zeug. Nach Aussage seiner täglichen Umgebung ist er häufig recht gesprächig, spricht dann allerhand unsinniges Zeug, belegt Personen der Umgebung mit allerhand willkürlichen Namen.

Bei eingehenderem Examen erweist er sich als stark unzugänglich, ist zu keinem Rapporte mit dem Untersucher zu bringen. Mehr gleichgültige Fragen, Orientierung usw. werden kurz und sinngemäß beantwortet. Bei Fragen nach seinem Befinden, nach dem Grunde seines Aufenthaltes hier, verhält er sich wie ablehnend, mißtrauisch, bringt wie mehr für sich selbst sprechend, lebhaft gestikulierend und grimassierend, allerhand unsinniges und verwirrtes Zeug vor, häufig völlig unverständlich. Stereotype Einschaltworte. Bei Erwähnung seiner Frau verhält er sich völlig affektlos, behauptet nicht zu wissen, was mit ihr sei,

dann gibt er wieder zu, sie erschlagen zu haben, er wisse nicht warum. In unklarer, affektloser Weise werden Verfolgungsideen vorgebracht: „Die Wäscherinnen wollen mich erhängen, auch Sie sind mit ihnen im Bunde.“ Dabei scheinen Gehörshalluzinationen eine Rolle zu spielen, die er auf die Personen der Umgebung projiziert: „Eben haben Sie mich beschimpft... und dann haben Sie gesagt, ich solle morgen aufgehängt werden.“ Einmal stellte er auch den Oberwärter deswegen zur Rede, daß er ihm in der Nacht keine Ruhe gebe. All das wird affektlos; in läppischer, zerfahrener Redeweise vorgebracht. Genauere Auskünfte lehnt er übrigens wie mißtrauisch ab. Einer eingehenderen körperlichen Untersuchung entzieht er sich mit den Worten: „A..., jetzt ist es genug.“ Körperlich: Haut welk, trocken, periphere Arteriosklerose, Bronchitis chronica.

*Zusammenfassung:* Bei dem Patienten, der früher immer geistig gesund, ein guter und ruhiger Mensch gewesen sein soll, entwickelt sich im Alter von 49 Jahren, im Anschluß an äußere Unannehmlichkeiten (Prozeß) ein Depressionszustand, in dessen Verlaufe eine schwere ängstliche Erregung zum tödlichen Angriffe auf die Frau führte. Dabei schon während dieser ersten akuten Periode zeitweise verwirrtes unzusammenhängendes Reden, Grimassieren, Gestikulieren, Unzugänglichkeit. Nach Abblassen des depressiven Affekts Entwicklung eines Dauerzustandes, in dem Patient arbeitsfähig bleibt, dabei aber unzugänglich ist und verworrene Reden führt. Nach 8jähriger Krankheitsdauer ein wie impulsiv aussehender Selbstmordversuch, im Anschluß daran einige Tage traurig und gehemmt. Seither die Jahre hindurch völlig unverändert, arbeitsfähig, geordnetes Benehmen, dabei affektlos, unzugänglich, im Benehmen und Reden läppische Züge, Zerfahrenheit im Reden. Gehörshalluzinationen und Beeinflussungsgefühle wahrscheinlich. Unklare Verfolgungsideen. Körperlich (1923): periphere Arteriosklerose.

Hier steht also am Eingange des Gesamtverlaufes eine akute Phase von ungefähr halbjähriger Dauer, in der die Züge der den Involutionsjahren eigentümlichen Depressionen unverkennbar sind: Anschluß an eine äußere Ursache, Vorherrschen des Angstaffektes mit motorischer Unruhe. In einem akuten Angstanfall erschlägt er seine Frau. Der weitere Verlauf hat nun gezeigt, daß es sich nicht um eine vorübergehende, heilbare Phase handelte, sondern daß die anfängliche ängstliche Depression die Einleitung eines Prozesses bildete, der nach Verlauf und Symptomatologie offenbar als Spätkatatonie aufgefaßt werden kann. Es wies übrigens schon der damalige akute Zustand deutlich katatone Züge auf, die allerdings durch die bestehenden akuten Symptome mehr weniger überdeckt und in den Hintergrund gedrängt wurden: Zerfahrenheit im Reden, sowie Bewegungsmanieren und Grimassieren waren schon damals nachzuweisen und nach der Beschreibung genug auffallend. Nach Abklingen der akuten Phase nun bildete sich ein Dauerzustand heraus, in dem zunächst die schizophrenen Grundsymptome: Verflachung der gemütlichen Regungen in Form einer mehr läppischen, gegenstandslosen Euphorie, ferner Zerfahrenheit der Äußerungen deutlich

hervortreten. Es ist eigentümlich, wie die depressive Note des Krankheitsverlaufes, die sich im Eingange durch eine wohl ausgebildete Phase vom Typus der Angstmelancholie äußerte, im weiteren Verlaufe — 8 Jahre nach Beginn — noch einmal in dem ganz abrupt erfolgenden Selbstmordversuch zutage tritt, dem sich dann noch einige depressiv gefärbte Tage anschlossen. Die Stimmungslage des Endzustandes, wie er nun schon seit Jahren unverändert besteht, zeigt keine Spur einer depressiven Färbung mehr. Es ist vielmehr die schon frühzeitig sich entwickelnde leere läppische Euphorie bei leichter Reizbarkeit, die dem Zustand das typische Gepräge eines schizophrenen Endzustandes verleiht. Den Defekten der affektiven Seite entspricht die hochgradige Unzugänglichkeit des Patienten, die Unmöglichkeit, mit ihm in affektiven Rapport zu kommen, die Fremdheit und Uneinfühlbarkeit der ganzen Persönlichkeit, bei der anscheinend nicht einmal die Wachrufung der Erinnerung an die Tötung der eigenen Frau imstande ist, eine adäquate Reaktion — überhaupt eine empfindbare Reaktion in dem oder jenem Sinne, hervorzurufen. Mit dieser Unzugänglichkeit, dieser affektiven Verödung stehen völlig im Einklang die läppischen und zerfahrenen Äußerungen, die man vom Patienten im Verlaufe längerer Gespräche zu hören bekommt und die ein eingehenderes Eindringen in sein Innenleben gänzlich verunmöglichen. Ein Affekt des ablehnenden Mißtrauens fördert in dieser Richtung noch weiter. Zu diesen echt schizophrenen Grundsymptomen treten nun noch Wahnideen im Sinne der Verfolgung, Beeinflussung und anscheinend Gehörshalluzinationen, alles in zerfahrener Weise, völlig affektlos vorgebracht.

Es kann sohin wohl keinem Zweifel unterliegen, daß hier eine echt schizophrene Erkrankung des späteren Alters vorliegt, daß der Fall als Spätkatatonie aufgefaßt werden kann. Die Diagnose stützt sich auf den Nachweis der schizophrenen Grundsymptome, die ja gerade dem Endzustand ein charakteristisches Gepräge verleihen. Ein Einfluß des Alters, in dem die Psychose zum Ausbruche kam, könnte vielleicht in der Gestaltung des Endzustandes erblickt werden: Es ist die quantitative Verschiedenheit in der Ausbildung der gemüthlichen Verblödung, wenn man zum Vergleiche die große Mehrzahl der in jugendlichem Alter einsetzenden Verblödungen heranzieht. Der Patient zeigt immerhin noch eine gewisse Regsamkeit und Arbeitsfähigkeit, er ist nicht zu jenem stumpfen Automaten geworden, wie er sich als Endprodukt eines im jugendlichen Alter einsetzenden Prozesses in der Mehrzahl der Fälle entwickelt. Ob dieses quantitative Mindermaß der gemüthlichen Verblödung freilich eindeutig mit dem späteren Alter des Ausbruches der Psychose in Beziehung zu setzen ist, muß zweifelhaft erscheinen, da ja auch die jugendlichen Erkrankungen recht verschiedene Grade und Formen der affektiven Verblödung zeitigen können.

Einige Ergebnisse der vorstehenden Betrachtungen ließen sich etwa kurz folgendermaßen zusammenfassen:

Psychosen des höheren Alters bieten häufig nach Symptomatologie und Verlauf recht komplizierte Bilder, die manchmal trotz jahrelanger Verlaufsbeobachtung eine einwandfreie Einreihung des Falles in gebräuchliche diagnostische Rubriken nicht recht erlauben wollen. Der Versuch einer Analyse solcher Fälle wurde oben gemacht. Trotz gelegentlichen Vorkommens katatonen Symptome kann die Diagnose „Spätschizophrenie“ respektive „Spätkatatonie“ bei solchen Fällen nicht befriedigen, da sich die sogenannten schizophrenen Grundsymptome nicht recht nachweisen lassen. Es gibt aber andererseits im höheren Alter ausbrechende Psychosen, bei denen gerade die schizophrenen Grundsymptome — Affekt- und Assoziationstörungen — ebenso deutlich wie bei jugendlichen Verblödungsprozessen entwickelt sind und die daher die Diagnose: „Spätkatatonie“ ohne Zwang gestatten.

Eine besondere Rolle spielen bei den Psychosen des höheren Alters depressiv-paranoide Zustandsbilder von verhältnismäßig langer Dauer; sie bilden entweder selbständige Phasen oder können die Einleitung chronisch verlaufender, verschiedenartiger Psychosen darstellen. Ein depressiv-paranoides Zustandsbild kann so bei gleicher Symptomengestaltung:

- a) eine selbständige, unter Umständen völlig ausheilende Phase vom Typus der Involutionmelancholie darstellen.
- b) im Eingange einer Involutionsschizophrenie stehen,
- c) die erste Phase in einem mehr zirkulären Verlaufe mit chronisch paranoiden Einschlügen bilden,
- d) der erste Schub einer Spätkatatonie sein.

Über die schwierige Frage der Ätiologie bei den Psychosen des höheren Lebensalters sind die oben dargestellten Fälle nicht geeignet, nennenswerte Aufschlüsse zu geben. Es muß besonders die Rolle der bei der Mehrzahl beobachteten Arteriosklerose als durchaus unsicher bezeichnet werden. Eine Ausnahme bildet Fall 5, bei dem versucht wurde, das Krankheitsbild auf die auch durch die Sektion nachgewiesene Hirnarteriosklerose zu beziehen. Bei 2 der übrigen Fälle wurden sporadisch Erscheinungen beobachtet, die aller Wahrscheinlichkeit nach auf organische Hirnprozesse zurückzuführen sind (Anfälle). Da es aber selbst in diesen Fällen nicht gelingen wollte, trotz jahrelangen Bestehens der geistigen Störung und hohen Alters ausgesprochene organische Defektsymptome auf psychischem Gebiete nachzuweisen, so muß selbst für diese Fälle der Zusammenhang des vermuteten Hirnprozesses mit der geistigen Störung als unklar bezeichnet werden. In der Mehrzahl der Fälle aber konnten aus Symptomenbild und Verlauf Anhaltspunkte für das Bestehen organischer Hirnveränderungen überhaupt nicht gewonnen werden.

---