

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr.
[Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. *E. Meyer*].)

Die Psychosen und Psychoneurosen in der Involution des Mannes.

(Gleichzeitig ein Beitrag zur Frage des „Klimakterium virile“.)

Von

Privatdozent Dr. **Erich Jacobi**,
Assistent der Klinik.

(Eingegangen am 19. Januar 1931.)

Als man daran ging, analog den psychischen Veränderungen, die bei Frauen während des Klimakteriums und der Involution aufzutreten pflegen und deren Mannigfaltigkeit und Häufigkeit allgemein bekannt ist, auch bei männlichen Kranken die erstmalig in diesem Zeitabschnitt auftretenden Psychosen und Psychoneurosen daraufhin zu untersuchen, welchen Zusammenhang sie mit den Besonderheiten dieses Lebensabschnittes haben, und um die Frage zu beantworten, ob es ein männliches Klimakterium gibt, war man sich von vornherein der ungeheuren Schwierigkeiten bewußt, die zu überwinden sein würden. Denn so klar das Sistieren der Menstruation einen bestimmten Abschnitt im Leben der Frau darstellt, so klar auch die entsprechende anatomische Veränderung — das Aufhören der Ovulation — ist, so unsicher sind die Verhältnisse beim Mann. Hier gibt es keine bestimmten Abschnitte, hier gibt es kein Aufhören eines entsprechenden physiologischen Vorganges, hier gibt es nicht einmal eine sicher nachgewiesene Potenzabnahme, die der weiblichen Veränderung nur annähernd entsprechen könnte. Es kommen wohl Fälle vor, auf die weiter unten bei der Literaturübersicht eingegangen werden wird, bei denen ungefähr in dieser Zeit sich Veränderungen der Potenz usw. einstellen, es sind aber nur einzelne Fälle. Es ist nicht die Norm. Und das ist gerade der entscheidende Unterschied gegenüber dem weiblichen Klimakterium. Hier liegt ein normaler Vorgang vor, und die Fälle, die in unsere Behandlung kommen, unterscheiden sich in ihren körperlichen Vorgängen meist kaum von den normalen, erst die Psyche zeigt die Besonderheiten. Bei den Männern ist es ganz anders. Von einer normalen physiologischen Grundlage auf körperlichem Gebiet kann hier keine Rede sein. Wir können nur aus den psychischen Vorgängen, aus den Analogien mit dem weiblichen Geschlecht, aus dem

Alter gewisse, wenn auch unsichere Schlüsse auf irgendwelche körperliche Vorgänge ziehen, die nicht eine Keimdrüsenveränderung zu sein brauchen, sondern eine Alterserscheinung des ganzen Organismus darstellen können. Trotz dieser Unsicherheit ist es interessant, sämtliche psychotischen und nervösen Veränderungen in diesem Lebensabschnitt — etwa 45—57 — zusammenzustellen, auf ihre Zusammenhänge mit etwaigen anderen Vorgängen im Körper zu untersuchen, sie mit den Erkrankungen bei den Frauen und mit denen anderer Lebensabschnitte zu vergleichen um evtl. daraus auf die Gesamtveränderung bei Männern, in diesem Lebensabschnitt Schlüsse ziehen zu können. Daß bei diesen Erkrankungen alle diejenigen weggelassen werden, deren Ursache nachweisbar auf anderen Gebieten liegt, ist selbstverständlich. Es soll versucht werden, bei denjenigen Fällen, bei denen uns die Ursache fehlt, eine gemeinsame Mitursache in den Besonderheiten des Lebensabschnittes, vielleicht auch in dem Vorhandensein eines Klimakteriums oder der Involution zu finden.

Wenn auch die Literatur über das „Klimakterium virile“ sich meist mit den Neurosen oder den „normalen“ Veränderungen dieses Lebensabschnittes beschäftigt und wenn auch in dieser Arbeit, wie oben auseinandergesetzt, weit mehr und umfassender die Frage behandelt werden soll, so sei doch auf die bisherigen Veröffentlichungen, soweit sie für die Frage von Wichtigkeit sind, auch wenn sie sich dagegen äußern, hier kurz eingegangen.

Die erste größere Veröffentlichung auf diesem Gebiet war das Referat von *Kurt Mendel*, das 1910 im Neurologischen Zentralblatt erschien. Bis dahin war die Frage wenig bekannt, die Literatur sehr spärlich. 1831 hatte *Halford* von „climacteric disease“ gesprochen, jedoch hat diese Arbeit insofern wenig Bedeutung, als der Autor nicht auf die Analogie mit Frauenleiden eingegangen war.

Freud hatte Angstneurosen bei Männern zugleich mit dem Nachlassen der Potenz beobachtet. *Church* sprach von „manifestations of the male climacterium“. Nach *Mendels* eigenen Beobachtungen liegt die Zeit der Erkrankungen zwischen dem 47. und 57. Lebensjahre, wobei 50—54 bevorzugt werden. Es treten bei bis dahin gesunden und sehr kräftigen Männern, die zum Optimismus zu neigen pflegten, Klagen über Angstgefühle und eine innere Unruhe auf. Dazu kommt eine Neigung zum Weinen und eine ausgesprochene Rührseligkeit. Auch werden Blutwallungen und aufsteigende Hitze und verschiedene allgemeinkörperliche Erscheinungen beschrieben. Die körperlichen Beschwerden sind nicht so stark wie bei den Frauen, die psychischen ganz ähnlich. Mißstimmung, Gedächtnisschwäche, allgemeine Gleichgültigkeit, Launenhaftigkeit sind vorhanden. Manche verlieren die Lust am Leben, die Libido nimmt deutlich ab. Fettsucht ist häufig, Arteriosklerose nicht. Die Prognose ist im allgemeinen günstig. Mitursachen psychischer Art

bedeuten mitunter eine Verzögerung. Differentialdiagnostisch müssen Psychosen und die Arteriosklerose ausgeschlossen werden. Die klinischen Krankheitsbilder sind der Arteriosklerose sehr ähnlich, unterscheiden sich nur durch die Lokalsymptome. Ebenso schwierig ist die Abgrenzung von der Neurasthenie, wengleich bei dieser Rührseligkeit und Neigung zum Weinen nicht so im Vordergrund stehen. *Mendel* glaubt die Ursache der Erkrankung in innersekretorischen Störungen vor allem der Keimdrüsen, die regressiv verändert sind und deren Funktion nachgelassen hat, zu finden. In seinem späteren Referat hat derselbe Autor diese Auffassung der Pathogenese des sog. „Climacterium virile“ noch deutlicher in demselben Sinne betont, worauf später noch einzugehen sein wird. Die Erkrankung tritt nicht bei jedem Manne auf, weil die Funktionsstörungen der Keimdrüsen oft später kommen.

Diese Ansichten wurden durch *Hollander* bestätigt, der meint, daß „in jedem Mannesleben“ in diesem Abschnitt sich Veränderungen psychischer Art zeigen, die sich vor allem in einem Nachlassen der Energie, der Frische, in einer Änderung der Lebensanschauung äußern. Die Männer dieses Lebensabschnittes reagieren leicht auf körperliche und psychische Mißgefühle, sie bekommen „Lampenfieber“, wenn sie auch früher nie etwas Ähnliches gekannt haben. Die Lust am Geschlechtsverkehr hat nachgelassen, die Triebfeder ist „gehemmt“. Der Autor verlegt das Auftreten der Erkrankung in das Ende der 40er und den Anfang der 50er Jahren.

Church fand periodische Blutdruckveränderungen beim Manne, typische Stimmungsänderungen, Gewichtsverluste, Veränderungen der arteriellen Spannung, der Gastrointestinalfunktionen und eine leichte Ermüdbarkeit. Nach $1\frac{1}{2}$ bis 3 Jahren soll Heilung eintreten. *Fleury* bezieht alles auf eine Hypofunktion der Schilddrüse und meint, daß man den Zustand mit den Wechseljahren der Frau nicht vergleichen könne.

Marcuse hält *Mendels* Lehre für zutreffend und meint, daß der alternde Mann seine eigene Pathologie habe. Er fand bei seinen Patienten eine Veränderung der Prostata, die teilweise atonisch, teilweise verhärtet war. Bei der Verhärtung handelte es sich meist um Arteriosklerose. Durch die Prostataveränderungen kommt es zu Störungen im Bereich der Sexualsphäre, auch finden sich abnorme sexuelle Neigungen. Die Geschlechtskraft nimmt ab, bei der Kohabitation sind viele abnorm. Alle haben Harnbeschwerden. Das Alter ist jünger als bei *Mendel*. Arteriosklerose und Klimakterium virile können gleichgeordnete Symptome sein, Folgen einer gemeinsamen Ursache, beruhen beide auf der sexuellen Involution. *Schuster* spricht in diesem Zusammenhang von einer „klimakterischen Arteriosklerose“, als Folge innersekretorischer Störungen. Die Prognose ist nach *Marcuse* sehr günstig, der Verlauf ist episodisch. Das „Klimakterium virile“ beruht auf einer Hypofunktion oder

Dysfunktion der innersekretorischen, in erster Linie der Geschlechtsdrüsen, zu denen sehr wahrscheinlich auch die Prostata zu rechnen ist. Die Patienten äußern: „Ich bin kein Mann mehr, ich bin ein Weib.“

Vaerting versucht mit einer Absterbestatistik *Mendels* Auffassungen zu bestätigen. Es überwiegt in diesem Alter das Absterben bei Männern erheblich das der Frauen. Er schließt daraus, daß das männliche Geschlecht durch das Klimakterium am meisten ergriffen werde. Als weiteren Beweis für das Vorhandensein des Klimakterium virile gibt der Autor noch die Verschlechterung der Nachkommenschaft mit zunehmendem Alter an. Dem Sistieren der Eireifung bei der Frau entspricht beim Manne das Aufhören der Samenbildungsfunktion. Die Frau ist aus ihrem bisherigen Leben an solche Vorgänge gewöhnt, für den Mann ist alles neu und daher um so einschneidender. Weil der Mann keine Menstruation kennt, ist für ihn der Übergang um so schwieriger. Die Jahre, in denen das Altern deutlich wird, sind individuell verschieden, sind durch die Konstitution und das Milieu bedingt.

1922 hat *K. Mendel* erneut einen Überblick über fremde und eigene Erfahrungen auf diesem Gebiet gegeben. Im wesentlichen zeigen sich dieselben Ergebnisse wie im Jahre 1910. Erwähnt sei noch eine in dieser Arbeit ablehnende Äußerung von *Wenckebach*, der das Klimakterium und die Involution der Genitalien nicht kennt. Nach diesem Autor sollen die Beschwerden an einer Spannung im Bauch liegen. *Mendel* bezeichnet diese Bemerkungen als „unlogisch“. Symptomatologisch fanden sich dieselben Bilder wie früher. Zu den übrigen Symptomen kamen auch noch Selbstmordgedanken, hypochondrische Melancholie. Auf sexuellem Gebiet soll sich in den 40iger Jahren ein Nachlassen der Geschlechtskraft und eine Abnahme der Libido bemerkbar machen. Auch sollen sich abnorme sexuelle Neigungen wie Sadismus, Fetischismus, homosexuelle Triebe und Hinneigung zu kleinen Mädchen bemerkbar machen. Gegenüber der Neurasthenie betont er das Fehlen der „objektiven Neurastheniesymptome“. In dieser Arbeit hebt *Mendel* besonders deutlich hervor, daß das Klimakterium virile auf innersekretorischen Störungen beruhe und zwar nicht nur auf einer Funktionsstörung der Keimdrüsen, sondern auch anderer endokriner Drüsen.

Weiter sei auch *Hoche* erwähnt, der in einer besonderen Broschüre sich ausführlich mit dieser Frage beschäftigt. Er kommt im ganzen zu einer Ablehnung. Für ihn ist die Existenz eines Klimakteriums virile schon deswegen sehr zweifelhaft, weil ein zeitlicher Abschnitt, in dem beim Manne die Hodenfunktion gesetzmäßig aufhört, nicht vorhanden ist. Der Autor schildert ausführlich die körperlichen und seelischen Vorgänge beim Alterungsprozeß des Mannes. Die seelischen Abbauvorgänge sind verschieden nach den Eigentümlichkeiten der Persönlichkeit. Es kommt zu einem materiellen Abbau der Seele und zur inhaltlichen

Beeinflussung des Denkens und Fühlens durch alle vorausgehenden Einwirkungen des Lebens, Ansichten, die wohl aus den Erfahrungen bei Frauen genommen sind. Wenigstens spricht man von einer solchen doppelten Beeinflussung meist beim weiblichen Klimakterium. Gedächtnis, Merkfähigkeit nimmt ab, besonders Namen werden vergessen, die „geistige Elastizität“ sinkt. Außerdem findet sich eine Neigung zu Depressionen. Über die erotischen Vorgänge weiß man nur sehr wenig, weil gereifte Männer verschlossen sind. Der Autor wendet sich gegen *Hollander*, dessen Schilderungen nichts spezifisch Klimakterisches haben sollen, vielmehr könnte es sich um leichte Formen der Melancholie handeln. Es fehlen die charakteristischen weiblichen Symptome dieser Zeit. Gegen *Vaertings* Absterbestatistik wendet er sich mit der Begründung, daß in diesem Lebensalter aus anderen Gründen mehr Männer als Frauen sterben. Paralyse, Alkohol, die vermehrten Schädigungen des Lebens wirken sich eher beim Manne aus als bei der Frau. *Hoche* kommt zu dem Schluß, daß Besonderheiten dieses Alters nicht vorhanden sind, daß sich nur eine statistische Häufigkeit von leichten Melancholien findet. Der Übergang von der Rüstigkeit zum beginnenden Verfall kommt ohne aufdringliche Erscheinungen. Das Sexualleben tritt allmählich mehr zurück. „Das Klimakterium ist bei der Frau eine Treppenstufe, beim Manne eine schiefe, sanfte Ebene.“ Es sind zwischen Klimakterium feminium und virile mehr Unterschiede als Übereinstimmungen. Die gesamte Abhängigkeit von den Keimdrüsen ist beim Manne viel geringer als bei der Frau. Die Persönlichkeit ist nicht so beeinflusst. Das Auftreten von Depressionen bei gleichzeitigem Absinken der Potenz ist nicht voneinander abhängig. Eher kommt es durch die Depression zur Abnahme der Potenz als umgekehrt. Einfluß über die Altersveränderungen der nervösen Substanz, die Keimdrüsen sind mitbeteiligt. Es kommt auch zu einem Einfluß auf den allgemeinen Tonus. Im ganzen meint er, seien die Verhältnisse im Manne ganz anders als bei der Frau. Die Ähnlichkeit der Depressionszustände seien nicht maßgebend, ebensowenig die Abwanderung des Sexualtriebs auf fremdartige Ziele. Er kommt zu dem Schluß: „Die Wechseljahre des Mannes sind keine Wechseljahre.“

Ich habe diese letzte Schrift *Hoches* deswegen so ausführlich erwähnt, weil sie ziemlich allein die Existenz des Klimakteriums virile ablehnt, und weil die Beweisführung hier genau wiedergegeben werden mußte. Man muß *Hoche* insofern recht geben, als der Einfluß der Keimdrüsen beim Mann sicher nicht so bedeutungsvoll ist wie bei der Frau. Auch ist, wie schon oben erwähnt wurde, ein dem weiblichen Sistieren der Menstruation entsprechender Vorgang beim Manne nicht vorhanden, wie überhaupt die sexuellen Vorgänge beim Manne in diesem Alter sehr verschieden sind. Selbst die treuesten Anhänger des Klimakterium virile müssen zugeben, daß die Funktionseinstellung der Keimdrüsen

beim Manne in ganz verschiedenen Lebenszeiten auftreten kann und daß Symptome psychischer Art, wie sie den Veränderungen bei Frauen verwandt sind, auch ohne wesentliche Potenzveränderungen auftreten können. Nicht einmal ein zeitlicher Zusammenhang zwischen „Klimakterium virile“ und den psychischen Störungen ist vorhanden. In manchen Fällen von Depression muß man tatsächlich annehmen, daß die sexuelle Störung erst eine Folge der Depression ist, wie *Hoche* sagt. Eine andere Frage ist die Behauptung *Hoches*, daß die Absterbestatistik und die Ähnlichkeit der Depression sowie das vermehrte Auftreten dieser nicht maßgebend sei. Da wir uns hauptsächlich mit Psychosen beschäftigen werden, muß hier darauf etwas näher eingegangen werden.

Wenn die Psychosen bei Männern und Frauen in diesem Lebensabschnitt in ihrem Aufbau, in ihrer Färbung und im Verlauf Ähnlichkeit haben, so spricht das dafür, daß beiden Geschlechtern irgend etwas gemeinsam ist, das mindestens dem Alter entspricht. Wenn auch noch hinzukommt, daß in diesem Alter bei beiden Geschlechtern eine vermehrte Neigung, psychisch zu erkranken, vorhanden ist, so spricht das ferner dafür, daß in diesem Lebensabschnitt irgendwelche allgemeine Veränderungen vorhanden sind, die eine Bereitschaft zu psychischen Erkrankungen hervorbringen. Das trifft auch zu, wenn es sich um wiederauftretende Phasen früherer Erkrankungen handelt. Daß es zu solchen Rezidiven kommt, zeigt, wenn es sich nicht gerade um besonders häufig auftretende Phasen handelt, daß in diesem Alter die Wege, psychisch zu erkranken durch die Besonderheiten der Lebenssituation und vielleicht auch durch besondere somatische Vorgänge — sei es Abbauprozesse in den Keimdrüsen oder anderen Drüsen mit innerer Sekretion oder der Hirnrinde — geebnet sind. Es ist also mit einer solchen Ähnlichkeit noch nicht gesagt, daß es bestimmt Keimdrüsenveränderungen beim Manne gibt, es ist aber auffallend, daß in diesem Alter — vorausgesetzt, daß es stimmt und das soll ja gerade das Ergebnis unserer Untersuchungen werden — die Geisteskrankheiten bei beiden Geschlechtern vermehrt auftreten und daß die Formen ähnlich sind. Es wird der Untersuchung überlassen werden müssen, hier Aufklärung zu schaffen.

Weiter sei eine Arbeit von *Kryspin-Erner* erwähnt. Der Verfasser hat bei Männern „im höheren Lebensalter“, d. h. von dem 40. Lebensjahr an ohne besondere Berücksichtigung oder Auswahl bestimmter Symptomenbilder Psychosen viele Jahre hindurch beobachtet, wodurch er naturgemäß eine gute Übersicht über den Verlauf bekommen konnte. Er kommt zu dem — vielleicht etwas mageren Ergebnis — daß die Psychosen des höheren Lebensalters, was Symptomatologie und Verlauf angeht, recht „komplizierte Bilder“ zeigen. Auf Grund der viele Jahre hindurch gehenden Beobachtung seiner Kranken kommt er zu dem Ergebnis, daß die sehr häufigen depressiv-paranoiden Bilder entweder eine selbständige Phase der Involutionmelancholie, oder der Beginn einer

Involutionsparaphrenie oder die erste Phase eines mehr zirkulär verlaufenden Krankheitsbildes mit paranoidem Einschlag oder der erste Schub einer Spätkatatonie sein können. Als Ursachen findet der Autor keine nennenswerten Tatsachen, die Arteriosklerose, an die in einem seiner Fälle zu denken war, ist ätiologisch unsicher. Interessant an dieser Arbeit scheint mir, abgesehen von der Kasuistik schon die Tatsache zu sein, daß die Krankheitsbilder denen der Frauen äußerst ähneln, daß sie nur wenig später als bei diesen auftreten, und daß dieselben Schlüsse, die der Autor bei seinen Männern gezogen hat, auch bei Frauen in derselben Weise möglich sind. Sowohl Symptomatologie und Verlauf sind nahe verwandt. Leider geht der Verfasser nicht auf die Frage ein, ob hier aus dieser Tatsache irgendwelche weiteren Schlüsse zu ziehen sind, oder ob es sich hier nur um eine Alterserscheinung handelt oder ob spezifische Prozesse, sei es der Keimdrüsen, sei es der Hirnrinde, eine Rolle spielen.

Eine Arbeit von *César Juarros*, die nur im Referat vorliegt (*Reich*, Breslau) sei noch kurz angeführt. Verfasser beobachtet bei Männern zwischen 40 und 50 Jahren „Klagen über geistige Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Unzufriedenheit, schlechten Schlaf, träge Verdauung, sowie plötzliche Abnahme der Geschlechtskraft“. Objektiv fand sich eine Hypofunktion verschiedener endokriner Drüsen, wie Hoden, Schilddrüse, Nebenniere und Hypophyse. Die psychischen Störungen waren geringfügig, nicht einmal eine stärkere Depression wurde beobachtet. Verfasser empfahl Organtherapie mit Hodenpräparaten, wodurch eine Besserung, aber keine völlige Heilung erzielt werden konnte.

Rohde (referiert durch *Zeiner-Henriksen*) hat ähnlich wie *Vaerting* die Frage der Sterblichkeit im höheren Lebensalter in Schweden untersucht und kommt zu dem Ergebnis, daß bereits mit dem 40. Lebensjahr die vermehrte Sterblichkeit der Männer beginnt (108 M. auf 100 Fr.) die bereits nach dem 45. Lebensjahr auf 120/100 sich steigert, um zwischen 55 und 56 den Höhepunkt mit 128,5/100 zu erreichen und dann wieder abzufallen. Bei diesen Fällen, die zwischen 54 und 60 Jahren stehen, war der Beginn mit Weinerlichkeit, Einengung der Energie, hypochondrische Vorstellungen kommen hinzu. Nebenbei auch Angstzustände. Dazu kommen allgemein-körperliche Beschwerden, und ein Nachlassen der Potenz und Libido. Die Prognose wird als gut bezeichnet.

Mit Ausnahme der Arbeit von *Kryspin-Exner*, die sich mit Psychosen beschäftigt, haben die meisten Autoren sich mit den psychoneurotischen Störungen im höheren Lebensalter des Mannes befaßt, haben aber nur ganz beiläufig von einem vermehrten Auftreten von Psychosen in diesem Lebensabschnitt auch bei Männern gesprochen, diese aber nicht näher behandelt und analysiert. Auch *Hoche* streift nur kurz die Tatsache, daß die Depressionen bei beiden Geschlechtern in diesem Lebensabschnitt eine bestimmte Ähnlichkeit haben. Im folgenden soll gerade der Haupt-

wert auf diese Frage und auf die Färbung, den Verlauf Symptomenbild usw. der Psychosen gelegt werden. Und ähnlich wie bei den Psychosen bei Frauen in diesem Lebensalter erhebt sich die Frage, ob man berechtigt ist, diese Krankheitsbilder irgendwie gesondert darzustellen, ob es sich nicht einfach um dieselben Erkrankungen wie in anderen Lebenszeiten handelt, die vielleicht eine gewisse Änderung durch das Alter erfahren haben. Die alte Streitfrage, ob es eine Involutionmelancholie gibt oder nicht, müßte hier wieder in ihrer interessanten historischen Entwicklung behandelt werden. Eine genaue Erörterung dürfte sich aber erübrigen, da sowohl in dem Sammelreferat von *Kehrer* wie in dem Abschnitt über diese Frage in *Bumkes* Handbuch (von *Runge*) als auch in meiner Arbeit über die „Psychosen im Klimakterium und in der Involution“ alles ausführlich behandelt worden ist. Es ist zu erwarten, wenn es auch aus der Literatur nicht gerade beim Manne einwandfrei hervorgeht, daß in erster Linie depressive und paranoische Bilder sich finden werden, daß daneben auch spätschizophrene Erkrankungsfälle vorkommen. Und schließlich wären die zahlreichen „psychogenen“ Reaktionen in diesem Alter zu behandeln, die zum Teil durch irgendwelche hinzukommende äußere Gründe zu erklären sind, die zum Teil aber in der Besonderheit dieser Lebenszeit liegen. Hierbei würden also auch die psychoneurotischen Störungen dieses Lebensabschnittes zu behandeln sein. Bei der Unsicherheit, ob es überhaupt ein Klimakterium virile gibt und bei der stets vorhandenen Möglichkeit eines Überganges zu involutiven Vorgängen wird eine Trennung kaum in Frage kommen. Wir befassen uns mit den geistigen Störungen, in erster Linie mit den Psychosen und nur anhangsweise mit den Psychoneurosen eines bestimmten Lebensalters — und zwar etwa der Zeit von 40 bis 60 Jahren —, wobei nach beiden Seiten nicht immer ganz scharfe Grenzen zu ziehen sind — berücksichtigen dabei vorläufig nicht die ätiologische Frage, ob es sich um Keimdrüsenveränderung oder Hirninvolution handelt —, sondern wollen nur unter selbstverständlichem Ausschluß aller sonstigen sicheren ätiologischen Faktoren, wie Lues, Alkohol, Schädeltraumen, Infektionskrankheiten usw. eine klassifikatorische und symptomatologische Ordnung in das verworrene Gebiet der „Psychosen des höheren Lebensalters“, der „präsenilen Psychosen“ usw. hineinzubringen versuchen. Es wird sich aus äußeren Gründen nicht ganz vermeiden lassen, solche Fälle mitzubehandeln, bei denen es sich um Wiederauftreten früherer Erkrankungen handelt. Hierbei werden aber nur die Krankheitsfälle berücksichtigt, bei denen nachweisbar „spezifische Veränderungen“ vorhanden sind. — Noch einige Worte zur Frage der Arteriosklerose! Schwere arteriosklerotische Demenzen — mit organischer Demenz und mit groben organischen Ausfallserscheinungen — müssen naturgemäß wegfallen. Schwieriger ist es aber bei den vielen Fällen jüngerer Kranker, bei denen an sich Arteriosklerose

des Gehirns nicht nachgewiesen werden kann, bei denen auch das psychische Zustandsbild nicht charakteristisch für Arteriosklerose ist, bei denen aber am Herzen und Gefäßsystem sich Veränderungen bemerkbar machen, die auf Sklerose der großen und mittleren Gefäße hindeuten. Man kann in solchen Fällen von einer beginnenden Sklerose sprechen, man kann aber auch sagen, daß hier 2 Prozesse, die nichts miteinander zu tun haben, höchstens als gleichzeitige Erscheinungen des Alterungsprozesses zu deuten wären [wie das ja auch von *Marcuse* (s. oben) vertreten wurde], gleichzeitig auftreten. Jedenfalls müßten diese Fälle miterwähnt aber gesondert behandelt werden.

Die wichtigsten Fragen, die abgesehen von dem Allgemeininteresse, das man einer solchen Zusammenstellung der Psychosen ohne sichere Ätiologie eines Lebensabschnittes entgegenbringen muß, zu erörtern wären, sind folgende:

1. Sind die Psychosen des höheren Alters beim Manne denen der Frau sowohl nach ihrer Symptomatologie wie nach ihrem Verlauf ähnlich?
2. Sind bei den Psychosen dieses Lebensabschnittes beim Mann bestimmte Abhängigkeiten vom evtl. Klimakterium, von der Involution oder von anderen Faktoren zu finden?
3. Sind diese Abhängigkeiten so groß, daß man von Ursachen sprechen kann?
4. Oder ist das Klimakterium, die Involution, das Alter usw. nur einer von vielen Faktoren, die bei der Ursache eine Rolle spielen?
5. Sind wesentliche symptomatologische Unterschiede gegenüber ähnlichen Erkrankungen anderer Lebensabschnitte vorhanden?

Die Fragen, ob in diesem Lebensabschnitt eine vermehrte Neigung psychisch zu erkranken, vorhanden ist, kann ohne weiteres schon jetzt bejaht werden, ebenso erübrigt sich die Frage nach der Art der überwiegend auftretenden Psychosen, da wir allgemein wissen, daß depressive, paranoische und schizophrene Bilder im Vordergrund stehen und daß daneben die psychogen-hypochondrischen Fälle zu stellen wären.

Zur Verfügung steht das Material der Königsberger Nervenklinik, das in dieser Richtung untersucht wurde. Da auf die Eigenart der Krankheitsbilder ein besonderer Wert zu legen ist und da ohne Krankengeschichten Schlüsse nicht zu ziehen sind, wird es sich nicht umgehen lassen, einige als typische Beispiele gedachte so kurz wie möglich darzustellen, wobei nach Möglichkeit für jede Gruppe nur ein typischer Fall beschrieben werden soll.

I. Die Depressionen.

Depressive Krankheitsbilder sind in diesem Lebensabschnitt, wie allgemein hervorgehoben wird, sehr häufig, wobei aber nicht jede traurige Verstimmung unbedingt eine Depression im reinsten Sinne

zu sein braucht. Oft sind es Verquickungen mit anderen Zuständen, oft schwere reaktive Depressionen auf konstitutioneller Basis, auch sind es manchmal nur wiederholte Phasen bei manisch-depressivem Irresein, sei es daß früher manische Phasen vorhanden waren oder nur depressive Bilder sich fanden. Hier interessiert uns in erster Linie — analog den Bildern bei Frauen — die Depression, die erstmalig bei bis dahin Gesunden auftritt, die ohne wesentliche äußere Gründe sich einstellt und das Bild einer „endogenen Depression“ zeigt, wobei später zu nennende Einschränkungen zu machen sind. Beschäftigen wir uns also zuerst mit den erstmalig auftretenden sog. *Involutionsmelancholien*.

Fall 1. Arthur P., Verwaltungsgehilfe, 47 Jahre.

Aus der Familienvorgeschichte ist zu erwähnen, daß die Mutter sich das Leben genommen hat, daß eine Schwester des Kranken wegen einer in der Involution beginnenden schizophrenen Erkrankung sich in einer Anstalt befindet. Eine andere Schwester war auch in einem Nervensanatorium, ist aber bald ganz gesund geworden.

Der Kranke hat eine Volksschule besucht, in der er gut lernte und ist dann in einer Realschule und später einer Privatschule gewesen, in der er bis Obertertia kam, von wo er aus finanziellen Gründen abgehen mußte. Danach wurde er Kaufmann, war bis zum Kriege in einer Feuerversicherung beschäftigt. Nach dem Kriege wurde er Magistratsbeamter, wo er seit 10 Jahren zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten gearbeitet hat. Auch sollte er kurz vor dem Ausbruch seiner jetzigen Erkrankung befördert werden. Aktiv konnte er wegen allgemeiner Körperschwäche nicht dienen, ist aber im Kriege eingezogen und zum Unteroffizier befördert worden. Bei seiner Heirat (mit 32 Jahren) war er völlig gesund, war überhaupt nie auffällig, versorgte seinen Dienst stets gut, war solide, bescheiden, war kein Trinker, wenn er auch kein Abstinenzler war. Hat sich bei Geselligkeiten nie ausgeschlossen, war aber auch nie übermäßig gesellig. War alles in allem ein biederer, anständiger, charakterfester Durchschnittsmensch.

Die jetzige Erkrankung entwickelte sich nach Aussagen seiner Frau so, daß er im Juli 1929 (mit 46 Jahren) im Anschluß an eine ziemlich unbedeutende Hämorrhoidenoperation mit einer allgemeinen Unruhe, schlechtem Schlaf, erkrankte. Er blieb nicht an demselben Fleck sitzen, lief herum, hatte Angstgefühle, wurde gedrückt und schwermütig. Weinte viel. Im Dienst fiel den Kollegen auf, daß er sich verändert habe. Mußte schließlich im Februar dieses Jahres, nachdem also der Zustand etwa $\frac{1}{2}$ Jahr latent war, mit der Arbeit aufhören. War zu allem zu müde, klagte, nicht denken zu können und hatte ständig Kopfschmerzen. Zu Hause saß er den ganzen Tag still herum, hatte für nichts mehr Interesse. Geschlechtsverkehr war vollkommen erloschen. Nach einer ganz kurzen Anstaltsbehandlung wurde es erst besser, aber sehr bald wieder schlechter. Wurde im Herbst dieses Jahres vollkommen teilnahmslos, ohne Interesse, klagte dauernd über Kopfschmerzen und innere Angstzustände. Sprach auch viel von Selbstmord, hat aber keinen Versuch unternommen. Lief mehrmals von Hause fort. Bei der am 18. 9. 30 erfolgten Aufnahme war er niedergeschlagen, gab etwas gehemmt, aber bereitwillig Auskunft. Ist über Zeit, Ort und Personalien sehr gut orientiert. Er hat selbst ein sehr ausgesprochenes Krankheitsgefühl. Meint, nicht logisch denken zu können, habe immer einen Druck im Kopf, unter dem Herzen Luft, und ständig Angst. Auf der Straße habe er auch leichten Schwindel bekommen, fürchtete, umzufallen und nicht mehr nach Hause zu kommen. Auch habe er ständig Todesgedanken gehabt, ängstigte sich davor, nach der Anatomie gebracht zu werden. Seine Hauptangst sei überhaupt Todesfurcht. Außerdem habe er Druck im Kopf,

Magen- und Herzschmerzen, sein Stuhlgang und sein Schlaf seien schlecht. Sein Zustand habe sich so verschlechtert, daß er keine Angst mehr vor dem Tode hatte, sondern sich diesen wünsche. Stimmen höre er nicht, wohl sehe er ab und zu Bilder, wenn er die Augen schließe, wisse aber ganz genau, daß das Bilder seien. Bringt das alles leise und monoton vor, streicht sich die Magengegend, hat einen weinerlichen Gesichtsausdruck. Wiederholt sich sehr viel, bittet immer wieder, man möchte seine Frau anläuten, sie solle ihn sofort besuchen. Fragt, ob er seine Familie verlieren werde, ob es mit ihm hoffnungslos sei, er müsse doch sicher in eine Irrenanstalt. Macht einen stark gealterten, körperlich hinfalligen Eindruck. Bis auf eine mäßige Blutdruckerhöhung von 145 mm Hg sind Anzeichen einer Arteriosklerose oder irgendeiner anderen organischen Veränderung nicht vorhanden.

Bei seinem weiteren Verhalten auf der Station ist Patient meist sehr ängstlich und gespannt, stets gehemmt, verlangsamt. Wiederholt in stereotyper Weise dieselben Bitten. Klagt viel über körperliche Beschwerden, die wechseln. Anfangs sind seine Klagen mehr im Kopf, Magen und Herz lokalisiert, dann ist es mehr die Blase. Will andauernd Urin lassen, hat angeblich einen starken Urindrang, ohne daß eine Störung irgendwie diese Beschwerden erklären könnte. Im ganzen ist in der weiteren Beobachtung sein Verhalten immer sehr wechselnd, Zeiten einer gewissen Ruhe und Zugänglichkeit wechseln mit solchen ziemlich erheblicher Erregung und Unruhe. Im großen und ganzen bleibt seine Teilnahmslosigkeit bis zu seiner Überführung in eine Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt.

Fassen wir kurz zusammen, so sehen wir hier bei einem bisher stets gesunden und völlig „normalen“ Mann im 46. Lebensjahr eine mit Angst, hypochondrischen Vorstellungen und Todesfurcht einhergehende Depression. Der Patient ist sehr erheblich erblich belastet, sowohl von der Mutter her, als auch von 2 Schwestern, er ist aber nie krank, nie auffällig gewesen. Von der Wiederholung einer früheren Phase kann bei ihm nicht gesprochen werden. Die Krankheit zieht sich bei ihm schon $1\frac{1}{2}$ Jahre hin und zeigt mit ganz kurzen Unterbrechungen eine ständig aufwärts gehende Kurve zugleich mit einem körperlichen Verfall. Die üblichen Symptome der endogenen Depression sind vorhanden, motorische und Denkhemmung, traurige Verstimmung usw. Dazu kommt aber noch in sehr ausgeprägtem Maße der Affekt der Angst und die gleichzeitig vorhandene Todesfurcht zusammen mit Selbstmordgedanken. So zeitlich nacheinander aufgetreten und so begründet, wie er es darstellt, ist es sicher nicht, da wir auch bei unserer Beobachtung beides kurz hintereinander und nebeneinander bei ihm sahen. Interessant ist in diesem Fall, abgesehen von der erblichen Belastung, die zum Teil sehr charakteristisch ist, weil ähnlich wie bei ihm im höheren Lebensalter psychische Erkrankungen auftraten, der Anfang nach einer wenn auch unbedeutenden Hämorrhoidenoperation und seine zuerst sich einstellenden allgemeinen Klage und Beschwerden, seine Unruhe, seine Insuffizienzgefühle, seine aus dem Affekt der Angst zusammen mit der hypochondrischen Einstellung zu erklärenden Todesbefürchtungen und schließlich seine Selbstmordgedanken. Wir heben hervor, daß Angst und Hypochondrie das Bild färbt, daß beides im Vordergrund zu stehen scheint — wenigstens subjektiv, wenn auch natürlich objektiv

die Traurigkeit den Kern der Erkrankung darstellt — und daß der Verlauf ein sehr ungünstiger, progredienter zu sein scheint. Paranoische Züge sind nicht vorhanden, keine Arteriosklerose, keine sexuellen Ideen. Das Aufhören der Geschlechtsbetätigung ist sicher hier sekundär, als Folge der Depression und der allgemeinen Teilnahmslosigkeit aufzufassen. Endogen-konstitutionelle Faktoren haben wir in diesem Fall sicher, wenn auch nicht in der präpsychotischen Persönlichkeitsanlage, sondern in der Erbllichkeit, exogene Faktoren sind somatogener und psychogener Art durch die Operation und deren Folgen zu denken. Zu dieser Konstitution und zu diesen äußeren Ereignissen, die hier ziemlich minimal, in anderen Fällen größer und schwerwiegender sind, kommt das Alter und macht eine bestimmte Färbung der Depression.

Dieser überaus charakteristische Fall möge als Beispiel für diese Krankheitsgruppe genügen, die anderen Fälle sind diesem sehr ähnlich. Zur Gruppe der Depressionen müssen noch einige andere Beispiele erwähnt werden.

Erstmalig aufgetretene Depression mit paranoischen Zügen.

Fall 2: August S., Müller, 58 Jahre.

In der Familie sind weder Nerven- noch Geisteskrankheiten. Besuchte eine Volksschule, lernte gut, wurde dann Müller. War immer sehr fleißig und ordentlich. Ist seit der Lehrlingszeit bis jetzt in derselben Stellung als Müller (45 Jahre). War sehr solide, bescheiden, höflich, ernst, kein Trinker, kein Raucher. War 32 Jahre gut verheiratet. Seit dem Tode der Ehefrau (Januar 1930) verändert. Klagte über alle möglichen Dinge, war sehr traurig. Behauptete, wegen Magen- und Kreuzschmerzen nicht arbeiten zu können. Wurde erst, weil man ein körperliches Leiden annahm, in eine Kreiskrankenhaus gebracht, wo jedoch nichts festgestellt werden konnte. Hatte jeden Tag ein anderes Leiden, meist hatte er mit der Blase zu tun, wo er alles mögliche vermutete. War unruhig, mißgestimmt, nachdenklich, schlief schlecht, machte sich Gedanken über eigene Schuld. Bei der hiesigen Aufnahme war er sehr niedergeschlagen, einsilbig, zählte bei der Frage, was ihm fehle, eine Reihe von Krankheiten auf. Die „inneren Organe“ seien krank, er habe „Polypen im Kopf“, meint ausdrücklich, daß seine Krankheit nicht nach dem Tode der Frau begonnen habe. Es sei nur danach schlechter geworden. Er sei traurig, leicht aufgeregt. Er störe die anderen Patienten, er sei an allem Schuld, auch an der Verschlechterung seines Leidens, er habe alles vernachlässigt. Er hätte ja rechtzeitig zum Arzt gehen können. Fängt ganz spontan an, zu bitten, man solle über ihn nicht zuviel Schlechtes dem Sohne sagen; er habe an allem Schuld, aber so schlecht sei er doch nicht. Man verachte ihn, man sehe ihn schief an. Die anderen Patienten werden nicht mit ihm zusammenliegen wollen. Bringt das alles mit größter Angst, innerer Unruhe und Spannung hervor, wiederholt es später bei jeder Visite, man solle ihn auf den Boden bringen, oder an die Decke hängen, denn sein Geruch sei unerträglich. Alles lache über ihn, alles spreche über ihn. Ist sehr scheu und ängstlich zurückhaltend. Sitzt meist teilnahmslos in seiner Ecke, spricht mit keinem anderen Kranken.

Leidet offensichtlich sehr unter den Wahnideen, die immer deutlicher werden und ganz in den Vordergrund treten. Wird unverändert nach einer Heil- und Pflegeanstalt überführt.

Somatisch: Bis auf eine Blutdruckerhöhung auf 145 o. B. Körperbautyp: Pyknisch.

Die Entwicklung des Krankheitsbildes ist ähnlich wie beim ersten Fall. Hier keine erbliche Belastung, bisher immer gesund, Beginn einer ausgesprochen hypochondrischen Erkrankung im Anschluß an ein trauriges Erlebnis, das in der Psychose nicht verarbeitet wird (ähnlich wie bei Fall 1, die Hämorrhoidenoperation oder das traurige Schicksal seiner Mutter oder Geschwister, das zeitlich allerdings nicht zusammenfällt, auch nicht verarbeitet wird). Charakteristisch ist es, daß erst von der Umgebung wie vom behandelnden Arzt an ein körperliches Leiden gedacht wird und daß sich erst allmählich die traurige Verstimmung in den Vordergrund drängt und daß dann erst klar wird, daß es sich um ein seelisches Leiden handeln muß, zumal die körperlichen Klagen dauernd wechseln. Interessant und von der üblichen „Involution-melancholie“ abweichend ist der weitere Verlauf, bei dem immer mehr paranoische Züge hinzutreten, so daß ohne Kenntnis der Entwicklung man möglicherweise in diesem Stadium an eine paranoische Erkrankung gedacht hätte, wodurch die Abgrenzung schwierig wird. Da es sich aber immer um ausgesprochene Kleinheitsideen handelt, da die Grundstimmung immer depressiv bleibt und diese sicher auch zeitlich vor den Wahnideen vorhanden war, dürfte dieser Fall doch zu den Depressionen zu rechnen sein. Interessant ist auch, wie sich allmählich die Wahnidee bei ihm einstellt, wie er erst nur dauernd von eigener Schuld spricht, wie er allmählich aber glaubt, daß er den anderen zur Last falle, bis er schließlich direkt annimmt, daß man über ihn spricht. In diesem Fall, der ähnlich — natürlich nur ähnlich, gleiche Fälle gibt es nicht — sich mehrfach unter unserem Krankenmaterial wiederholt, muß zu allem anderen, was schon im ersten Fall vorhanden war, noch etwas anderes hinzutreten, wodurch seine Wahnbildung zu erklären wäre. Es muß ein gewisses Wahnbedürfnis vorhanden sein, das aber in der Vorgeschichte nicht zu finden ist. Man kann nicht von einer „hypoparanoiden d. h. herrischen, selbstbewußten, dabei empfindlichen und mißtrauischen Charakteranlage“ im Sinne *Kleists* sprechen. Die exogen-psychogenen Faktoren sind in diesem Fall auch deutlicher als im Fall 1, wobei aber die geringe Verarbeitung des Erlebnisses auffallend ist. An eine reaktive Depression kann nach dem ganzen Verlauf keinesfalls gedacht werden.

Bei anderen Fällen dieser Gruppe sind die Wahnideen nicht so ausgeprägt, aber inhaltlich ähnlich, meist mit körperlichen Abnormitäten im Zusammenhang und immer mit Kleinheitswahnideen. — Herausgehoben sei ein weiterer Fall, bei dem das äußere Ereignis vielleicht mehr bedeutet als nur ein psychogen-exogener Faktor.

Fall 3. Hermann W., Schlosser, 53 Jahre.

Bis auf geringe Trunksucht des Vaters keine hereditäre Belastung. Hat in der Volksschule durchschnittlich gelernt, wurde dann Maschinenschlosser, ist seit 25 Jahren bei der Eisenbahn beschäftigt, wo er immer fleißig und zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten gearbeitet hat. Hat aktiv gedient, war früher nie ernstlich

krank. Die jetzige Erkrankung begann mit einem körperlichen Leiden, einer perniziösen Anämie, die ihn schon seit mehreren Jahren nur noch vorübergehend arbeitsfähig machte. Besonders erneute Verschlechterung seit dem 10. 3. dieses Jahres, war im hiesigen Städt. Krankenhaus in Behandlung, wo er nach einer wesentlichen Besserung des Blutbefundes und etwa 2 Monate nach einer Bluttransfusion psychisch erkrankte. Er fühlte sich verfolgt, sah Gestalten, hielt alle möglichen Menschen seiner Umgebung für Totengräber, war vorübergehend zu Hause sehr unruhig, glaubte sich verfolgt, sprach viel vom Tode. Der Hämoglobingehalt des Blutes, der in den schlechtesten Zeiten der körperlichen Erkrankung bis 40 gesunken war (bei 1 Million roten Blutkörperchen), hatte sich jetzt nur Zeit der Psychose bis auf 80 bei 5 Millionen Roten gesteigert. Patient wurde, nachdem die Wahnideen und die Sinnestäuschungen abgeklungen waren, am 31. 5. nach Hause entlassen, mußte aber schon am 1. 7. in unserer Klinik aufgenommen werden. War sehr depressiv, hatte zahlreiche Befürchtungen, vor allem geisteskrank zu werden. Spricht dauernd vom kommenden Wahnsinn. Ist dabei ganz gut orientiert. Sei der Ansicht, daß er bei der Transfusion falsches Blut bekommen habe, das ihm sehr geschadet habe. Es funktioniere bei ihm alles nicht mehr. Er wisse nicht, was er zusammenspreche. Die Gedanken seien mitunter weg. Er wisse genau, was ihm bevorstehe. Er komme in eine Anstalt, dort sei er ewig verloren. Es sei keine Hilfe mehr für ihn. Er sei vollständig benommen im Kopf. Könne nicht mehr denken wie früher, könne sich mit niemand richtig unterhalten, könne auf Fragen nicht antworten. Müsse dabei sehr aufpassen. Es falle ihm furchtbar schwer, die Gedanken zusammenzunehmen. Grübele viel über seine Zukunft, sei deswegen traurig. Würde alles ertragen, wenn er nicht geistig krank wäre. Habe nie an Selbstmord gedacht. Könne nicht mehr arbeiten, habe zu nichts mehr Lust. Wolle auch nicht mehr essen, habe keinen Appetit. Esse nur mechanisch. Was zuletzt zu Hause gewesen sei, wisse er nicht. Er sei nur immer traurig gewesen. Ist sehr gehemmt, etwas langsam, neigt zum Grübeln, hat starke Insuffizienzgefühle. Somatisch: o. B. Liegt mit abgewandtem Gesicht im Bett, ist völlig teilnahmslos, nach kurzer Besserung wieder die alten Befürchtungen. Sagt „Ich fürchte das Äußerste“, „meine Familie kommt durch meinen Wahnsinn in Not, das ist eine Qual“, „H. Dr. wird mir ja doch nicht helfen können, ich habe keine Hoffnung mehr.“ Der Patient wurde dann in eine Anstalt überführt.

Es muß zugegeben werden, daß dieser Fall in verschiedener Beziehung kompliziert ist. Die schwere körperliche Erkrankung, die perniziöse Anämie, ist wohl bei der ganzen Entstehung von großer Bedeutung und das Anfangsbild der Erkrankung macht einen symptomatischen Eindruck, wenn es auch auffallend ist, daß es erst nach der deutlichen Besserung des Blutbefundes aufgetreten ist. Auch kann man die Psychose nicht als Teilerscheinung einer allgemeinen Körperreaktion auf eine Übertragung von artfremdem Blut ansehen, da die psychische Veränderung so wesentlich später als die Transfusion beginnt. Auffallend wäre für eine symptomatische Psychose auch der weitere Verlauf, der ganz ähnlich anderen Fällen dieses Lebensalters sich in einer mit Wehleidigkeit, Krankheitsbefürchtungen und einer gewissen motorischen Unruhe einhergehenden Melancholie äußert. Der Patient, der früher immer gesund war, erkrankte mit dieser Psychose im 54. Lebensjahr, und es standen bei der Erkrankung die hypochondrischen Ideen, die hier schon einen wahnhaften Charakter angenommen hatten, und die schweren Angstzustände im Vordergrund. Und ähnlich werden auch die

anfänglichen Erscheinungen zu deuten sein, die ja auch weiter nichts sind, als Äußerungen einer ums Leben und um die Gesundheit besorgten Psyche. Ob es tatsächliche Halluzinationen waren, läßt sich nicht mehr sagen, er selbst hat uns darüber keine Auskunft geben können. Es waren vielleicht auch nur allgemeine Befürchtungen und ängstliche Äußerungen, die auf die psychiatrisch ungeschulte Umgebung einen anderen Eindruck machten. Im Vordergrund stand immer die hypochondrisch-ängstlich gefärbte Depression, deren akuter Beginn auffallend war. Die Erkrankung hat aber wohl in erster Linie auf dem Umweg über die Psyche als Erlebnis gewirkt, sie ist ja auch während der ganzen Zeit in der Psychose verarbeitet worden. Nebenbei kann man noch eine gewisse allgemeine Schwächung annehmen. Wir sind nach dem geringen zeitlichen Zusammenhang zwischen Blutkrankheit und Psychosebeginn nicht berechtigt, mehr anzunehmen. Es schien mir wichtig, diesen Fall herauszunehmen, weil zu den Besonderheiten des Alters mit seinen Einflüssen ein wichtiges Erlebnis und der Einfluß einer schweren körperlichen Erkrankung und ärztlichen Maßnahme hinzugekommen ist. Die Psychose war vollkommen im Sinne der Psychosen vom Falle 1 gefärbt.

Anhangsweise zu dieser Gruppe von Involutionsemelancholien sei noch als Beispiel für eine größere Zahl von Fällen eine 2. Phase einer Depression erwähnt. Aus diesen Fällen ist dann, wenn es sich um ein echtes manisch-depressives Irresein mit häufig auftretenden Phasen handelt, nicht mehr zu schließen, als daß in diesem Lebensalter eine Tendenz, depressiv zu erkranken, in vermehrtem Maße vorhanden ist und evtl. daß die Depression etwas anders als gewöhnlich gefärbt ist. Etwas anderes ist es, wenn es sich um die 2. Phase im Leben handelt. Dann ist es schon auffallend, daß der Patient gerade in diesem Lebensalter erkrankt und man kann aus der einen früheren Phase nicht mehr schließen, als daß eine gewisse Konstitution vorhanden ist. In manchen Fällen sind früher mehr manische Phasen gewesen, während im höheren Lebensalter die depressiven überwiegen. Doch handelt es sich dabei um so ausgesprochene Bilder eines bekannten Krankheitsbildes, daß sie hier übergangen werden können. Im folgenden sei ein Fall erwähnt, bei dem eine frühere Phase, die nicht einmal so ganz typisch „endogen“ war, und die auch schon ins 41. Lebensjahr fiel, vorhanden war.

Fall 4. Gottlieb F., 54 Jahre, Besitzer.

Keine hereditäre Belastung. Besuchte eine Volksschule, lernte leidlich, arbeitete beim Vater auf der kleinen Landwirtschaft, die er später übernommen hat. Wurde im Kriege eingezogen und erkrankte erstmalig 1916 (mit 40 Jahren). Hatte sich damals die Zerstörung seines Hauses durch die Russen sehr zu Herzen genommen. Schreckte in der Nacht auf, hatte allgemeines Unbehagen, war schlaflos, ängstlich, unruhig. War damals in Lazarettbehandlung, wo er einen niedergeschlagenen Eindruck macht. Ist ausgesprochen ängstlich, etwas langsam in seinen Antworten. Wurde dann deswegen vom Militär entlassen. Die Krankheit dauerte etwa 1 Jahr.

War dann ganz gesund, immer sehr ordentlich, fleißig, hat seine Wirtschaft gut in Ordnung gehabt. War auch, wenn er Gelegenheit hatte, lustig und gesellig. War aber nie übertrieben vergnügt. Zu Hause war er im ganzen still und wortkarg. Erkrankte Pfingsten 1930, fand nirgends Ruhe, konnte nichts mehr tun, hatte Selbstmordgedanken, weinte, jammerte und stöhnte viel, schlief sehr wenig. Wurde immer zurückgezogener, ging nicht mehr aus, kümmerte sich um nichts, meinte, man lache und spotte über ihn. Sprach davon, daß er verloren sei, grübelte viel, hatte Todesgedanken, sprach vom Einsperren, war sehr ängstlich.

Bei der hiesigen Aufnahme (im Juli) sehr ängstlich, stöhnt laut, gibt nur zögernd und mit leiser Stimme Auskunft. Starrt auf einen Fleck, ist so gut wie regungslos, hat sehr geringe Mimik. Spricht von Aufregungen, die er gehabt habe. Habe Geld verloren, wisse nicht, wie es werden solle. Appetit sei schlecht, ebenso der Schlaf, habe für nichts mehr Interesse, kümmere sich um nichts mehr und sei zu nichts zu gebrauchen. Wolle keinen mehr sehen, es sei ihm so zu Mute, als ob er nicht mehr besser werde. Sei dauernd ängstlich, ohne eine bestimmte Furcht zu haben. Mache sich viele Gedanken um die Zukunft, besonders um die Wirtschaft und die Familie. Somatisch: o. B. Auf der Abteilung sehr ängstlich, gehemmt, depressiv, teilnahmslos. Bessert sich allmählich, bleibt zwar sehr einsilbig, stöhnt und jammert aber nicht mehr, hat selbst den Wunsch zu arbeiten. Wird Ende September nach Hause genommen.

Im wesentlichen ist dieser Fall von den früheren wenig unterschieden, nur daß vielleicht die hypochondrischen Vorstellungen etwas mehr zurücktreten. Das Krankheitsbild entspricht den anderen sonst vollkommen, depressiv, ängstlich, psychomotorisch unruhig bei gleichzeitiger Denkhemmung. Deutliche Monotonie im Inhalt der Äußerungen. Das Besondere ist, daß der Kranke vor Jahren schon einmal erkrankt war, wobei zu bedenken ist, daß er damals schon über 40 Jahre alt war und daß sich das Krankheitsbild im Anschluß an seelische Erlebnisse entwickelte. Von einer schweren Depression kann damals nicht die Rede gewesen sein, zumal auch Zweckvorstellungen — Befreiung vom Kriegsdienst usw. — dabei eine Rolle gespielt haben. Es war aber sicher, das kann man heute sagen, mehr als eine einfache reaktive Depression eines Psychopathen. Auch bei dieser 2. Phase, die so ganz anders in ihrem Symptombilde ist, bei der man nie an eine psychogene Reaktion denken würde, sind äußere Ereignisse vorausgegangen, die in der Psychose verarbeitet und vom Kranken als Ursache seiner Sorgen und seiner Verstimmung angegeben werden.

In anderen entsprechenden Fällen sind die ersten Phasen noch typischer, aber immer ist ein Unterschied in der Färbung bei beiden vorhanden.

Zum Schluß dieser Gruppe sei noch ein Beispiel für diejenigen sehr häufigen Fälle erwähnt, bei denen äußere Ereignisse den Beginn der Erkrankung ausmachen, so daß eine reaktive Depression anzunehmen wäre, wobei aber die Schwere der Depression an sich nicht ganz zur Ursache paßt. Es sind demnach die Übergangsfälle, die unter Umständen zur letzten Abteilung unserer Fälle, zu den psychogen-hypochondrischen Erkrankungen, gerechnet werden könnten.

Fall 5. Martin K., 44 Jahre, Kaufmann.

Eine jüngere Schwester ähnlich wie der Kranke, traurig als Reaktion auf einen Scheidungsprozeß („dauernd nervös“).

Selbst: Volksschule, glänzender Schüler, dann im Büro Schreiber, mußte früh Geld verdienen (Vater Büroschreiber), später Kaufmann gelernt, in dem Geschäft, wo er lernte, 12 Jahre geblieben. Fing als Lehrling an, war zuletzt Einkaufsleiter. Dann in größeren Industrieunternehmen Abteilungsleiter. Zuletzt in einer anderen Stellung, wo er sich nicht wohl fühlte, wurde vom Direktor, der eine „Cäsarenatur“ sei unterdrückt, wobei auch Eifersuchtsgedanken mitspielen (Ehefrau des Kranken — Direktor!). Patient mußte in seiner Gutmütigkeit unter den Launen des Direktors viel leiden, wurde erniedrigt und beleidigt. Hatte zuletzt einen selbständigen Posten in der Provinz. Hat enorm gearbeitet, um für die Firma Geld zu sparen, hatte aber überall Pech, das Geschäft ging bergab, wurde mehrmals durch seine Gutmütigkeit betrogen. Die Verluste wurden schließlich so groß, daß die Firma die Filiale nicht mehr halten konnte. Er wurde plötzlich gekündigt. Er war früher schon einmal verheiratet, die Ehe wurde geschieden, weil seine Frau sich mit einem Freunde einließ. Er hat alles freiwillig übernommen, hat bisher immer für die geschiedene Frau gesorgt. Hat seine Kinder aus erster Ehe bei sich. 2. Heirat mit einer geschiedenen Frau, die mit ihrem ersten Mann, der „hörig“ an ihr hängen soll, noch viele Schwierigkeiten hat. Er wird von seiner Frau als ein vernünftiger Mensch geschildert, der das Leben vielleicht manchmal zu leicht nahm, der aber sich für sehr viele Dinge interessierte, besonders für gute Bücher — soll eine glänzende Bibliothek haben — und für Kunst. Hat auch viel geschrieben — Tagebücher —, interessierte sich für Musik. War ein großer Naturfreund, war immer etwas unselbständig, war ein weicher „seelenguter Mensch“, konnte sich in der heutigen Geschäftswelt nicht zurechtfinden.

Jetzige Erkrankung begann im Anschluß an die Kündigung, war sehr erregt, sprach von Selbstmord, wurde ganz verändert, kümmerte sich um nichts. Machte sich Zukunftsgedanken, meinte, er werde keine Stelle mehr finden, werde seine Familie nicht mehr ernähren können. War außerstande, vernünftig mit seinen Vorgesetzten zu verhandeln, ließ alles mit sich machen, war völlig apathisch und passiv.

Hier war er anfangs etwas demonstrativ und sehr wehleidig, weinte und klagte viel, beschuldigte andere, stöhnte viel bei der Exploration, hatte auch allgemeine körperliche Klagen. Ist später völlig apathisch, ißt kaum, spricht nichts, sagt zum Friseur, er solle ihm den Hals durchschneiden, lacht dann selbst wieder darüber. Verfällt wieder in seinen lethargieähnlichen Zustand, der von einem anderen Zustandsbild abgelöst wird: Er beginnt plötzlich unausgesetzt „Tagebücher“ zu schreiben, befaßt sich ganz sachlich mit dem Problem des Selbstmordes, verteidigt in langen Thesen dessen moralische und philosophische Berechtigung. Wechselt andauernd in seiner Stimmung, lacht mitunter höhnisch, für die Geschäftsangelegenheiten sehr gleichgültig. Scheint zeitweise zu dissimulieren, dann wieder theatralisch und übertrieben, will Mitleid erregen, will Atteste haben. Dann wieder mit Ausnahme der vorübergehenden Apathie allgemeine körperliche Klagen. Meist motorisch unruhig, Rededrang, der hastig ist. Allmähliche Besserung und größere Gleichmäßigkeit, depressive Grundstimmung bleibt bestehen, drängt hinaus (Selbstmordabsichten?), wird auf Drängen der uneinsichtigen Frau, die ihn ungünstig beeinflusst, entlassen (gegen Revers).

Aus diesem vielseitig interessanten Fall sei herausgegriffen, daß ein bis dahin gesunder, etwas empfindsamer und weicher, aber sehr intelligenter und tüchtiger Mann, der aus einfachsten Verhältnissen sich autodidaktisch heraufgearbeitet hat, Mitte der 40er in eigentümlicher Weise auf

ein unangenehmes Erlebnis reagiert. Es kommen hier eine ganze Zahl von begünstigenden Faktoren hinzu, eine Überspannung seiner Leistungsfähigkeit, Ärger im Geschäft, Schwierigkeiten in 2 Ehen, Schwierigkeiten mit dem Vorgesetzten usw., dazu ein langes Leben voller Erfolge, aber auch voller Kämpfe. Und doch dürfte man erwarten, daß dieser zwar weiche, aber doch tatkräftige, arbeitsame und intelligente Mann in einer anderen Lebenszeit auf ein solches Ereignis anders reagiert hätte. Hier zeigt sich recht deutlich noch der Einfluß dieses Alters, nicht als Verursacher einer psychischen Erkrankung, sondern mehr als Wegebener und Bahner. Es war nach diesem Leben und bei den ungeheuren Sorgen, die auf dem Manne ruhten, nicht viel nötig, um ihn zusammenbrechen zu lassen. Es genügte bei dem durch das Alter und dessen Einflüsse bedingten Nachlassen der Willensanspannung ein Ereignis unangenehmer Art, auch wenn es geringfügiger als das tatsächliche gewesen wäre, um es zu einer „reaktiven Depression“ kommen zu lassen. Hier einfach von einer reaktiven Depression zu sprechen, hieße den Fall verkennen und doch etwas zu einfach einschätzen. Er ist weit mehr. Auch ist das Krankheitsbild nicht typisch psychogen-reaktiv. Theatralische Züge sind ja reichlich vorhanden, auch ist neben aller Depression, neben den Vernichtungsgedanken immer eine sehr starke egozentrische Einstellung mit ausgesprochenem Geltungsbedürfnis vorhanden. Es ist aber doch noch mehr. Es ist eine geistige Kapitulation vor dem Leben, es ist der Verzicht, den Kampf, den das Leben anbietet, weiter zu führen. Die Art der Erkrankung ist ungemein vielgestaltig, in einem ewigen Wechsel finden sich Zeiten schwerer Selbstverachtung, Theatralik, Rededrang wechselt mit Stummheit, Tätigkeitsdrang mit Apathie und dazwischen ist immer wieder die Idee des Selbstmordes vorhanden. Leider kann über den weiteren Verlauf dieser Erkrankung nichts gesagt werden. Es ist ein Grenzfall zwischen den bisher behandelten endogenen Depressionen in der Involution und einer reaktiv-psychogenen Depression in diesem Lebensalter. Die Schwierigkeiten der Rubrizierung lassen sich an diesem Fall besonders deutlich zeigen.

Wenn wir jetzt die gesamte I. Gruppe, die Depressionen, überblicken, dann fällt uns, ähnlich wie wir es bei einer früheren Arbeit bei Frauen gefunden haben, verschiedenes auf, das diese Depression von denen anderer Lebensalter unterscheidet. Dabei ist es nicht nur die einfache Tatsache des Alters, also der vermehrten Erfahrung, zugleich mit dem Gefühl des körperlichen und geistigen Abbaues, wodurch sich wohl eine gewisse besondere innerliche Verarbeitung erklären könnte. Es kommt noch mehr hinzu, das ist zuerst die *hypochondrische* Einstellung. Die Depressiven aller Altersstufen pflegen sich ja mit ihrem Körper auch in vermehrtem Maße zu beschäftigen und davon zu sprechen und alle auch noch so geringfügigen Beschwerden irgendwie in ihrer depressiven Stimmung zu verarbeiten. Aber diese Dinge spielen doch

eine sehr geringe Rolle und sind nicht mit der im Vordergrund stehenden hypochondrischen Idee im Involutionalter zu vergleichen. Es ist auch psychologisch leicht zu erklären, warum man im höheren Lebensalter sich mehr mit dem Körper beschäftigt, warum man auf all' die vermeintlichen oder tatsächlichen Beschwerden mehr als früher achtet. Das hängt mit dem vorgeschrittenen Alter zusammen, mit der zeitlichen Annäherung an das Ende. Deswegen ist die Besorgnis um den Körper besonders groß. Irgendwelche Beschwerden sind immer zu finden, wenn man sich genau beobachtet und dazu kommt die Unlustaffektbetonung dieser Beobachtung, wodurch jede Kleinigkeit übertrieben und alles im Sinne einer schweren Erkrankung, einer bedenklichen Schädigung, angesehen wird. Aus diesem hypochondrischen Vorstellungskreis sind zwei Dinge leicht abzuleiten, einmal die Todesfurcht und damit eng verbunden der Angstaffekt, dann die sonst zur sog. endogenen Depression nicht gehörige Theatralik. Diese Klagen und Beschwerden, diese maßlose Übertreibung, diese ständige Beobachtung des eigenen Körpers und das ständige Davonreden wirkt ausgesprochen demonstrativ und theatralisch. Man hat den Eindruck, daß die Krankheit nicht so schlimm ist, vergißt aber leicht, daß neben diesen Erscheinungen noch andere Symptome vorhanden sind, die an der Schwere der Erkrankung keinen Zweifel lassen, und daß die Patienten schwer unter diesen Befürchtungen vor schweren körperlichen Erkrankungen zu leiden haben. Es kann in solchen Fällen dazu kommen, wie wir es auch in einem Beispiel zeigen konnten, daß die Patienten erst lange allgemein-körperlich untersucht werden und daß erst der häufige Wechsel der Lokalisation ihrer Leiden Zweifel an einem körperlichen Leiden entstehen läßt. Die Angst, die in erster Linie eine somatogene Angst ist, steht sehr im Vordergrund. „Es ist die Angst um ein verlorenes Leben“ und zugleich die Angst vor dem Tode, wozu im Gegensatz die Selbstmordgedanken stehen, was jedoch leicht nebeneinander erklärt werden kann. Nicht vor der Beendigung des gegenwärtigen qualvollen Lebens fürchtet sich der Kranke, sondern vor dem Ende oder der Nimmerwiederkehr seines früheren Lebens. Die Furcht vor dem Tode, die ständige Beschäftigung damit läßt erklärlicherweise den Gedanken aufkommen, auch schnell ein Ende zu machen, wobei es aber selten — wenigstens in unseren Fällen — zu Selbstmordversuchen gekommen ist. Auch hierin vielleicht ein gewisser Gegensatz zu Depressionen anderer Lebensalter, wo weniger davon gesprochen, aber mehr gehandelt wird. Allerdings reicht weder die Zahl unserer Fälle noch die Länge der Beobachtungszeit für eine solche Beurteilung aus. Die Angst steht in enger Verbindung mit einer gewissen Unruhe, wenn diese auch lang nicht so ausgeprägt ist wie bei Frauen. Es ist mehr eine Monotonie des Jammerns und Stöhnens, als eine wirkliche gesteigerte Psychomotilität. Von einem manisch-depressiven Mischzustand kann man in unseren Fällen nicht sprechen.

Im Übrigen sind die Bilder typisch melancholisch, die traurige Verstimmung ist der Kern der Erkrankung, Denkhemmung und das Gefühl einer solchen, sowie eine mehr oder weniger ausgeprägte Apathie ist immer vorhanden. Besonderheiten der *präpsychotischen Persönlichkeitsanlage* sind meist nicht zu finden, abgesehen von den Fällen, bei denen frühere Phasen vorhanden waren, die eigentlich, nicht streng genommen, hier zugerechnet werden dürfen, bei denen nur interessant zu beobachten ist, daß die Depression des höheren Lebensalters sich auch bei diesen Kranken durch ihre verschiedenen oben erwähnten Besonderheiten auszeichnet. Meist sind es bis dahin ruhige, fleißige Männer, die unauffällig ihre Pflicht taten. Vielleicht überwiegen dabei etwas die ernsten, sittlich strengen, die gern zurückgezogen lebten, die still und bescheiden ihre Pflicht erfüllten, denen jedenfalls Theatralik, übertriebene Beschäftigung mit der eigenen Person, absolut ferne lag. Um so auffälliger ist dann ihr Verhalten während der Erkrankung. Depressiv-Konstitutionelle, die das Leben besonders schwer nahmen, die bei jeder Gelegenheit mit leichten Verstimmungen reagierten, sind darunter höchst selten. Uneinheitlich ist die *erbliche Belastung*, die meist in irgendeinem Sinne vorhanden ist. Auffallend ist die gehäufte familiäre Neigung, in diesem Alter zu erkranken, wobei beide Geschlechter vertreten sind. Zu den ätiologischen Faktoren sei hier schon gesagt — es wird im Schlußabschnitt zusammengefaßt zu behandeln sein — daß neben den erbbiologischen, neben den zu vermutenden somatogenen Faktoren des Alters mit seinen verschiedentlichen Abbauprozessen — auch psychogene Faktoren zu finden sind. Diese äußeren Erlebnisse sind aber meist so geringfügig, daß sie von einer besonderen Bedeutung kaum sein können. Hier scheint doch weniger vorhanden zu sein als bei Frauen. Die Erlebnisse werden nicht einmal in der Psychose immer verarbeitet, sie werden in manchen Fällen, wo sie zeitlich bestimmt am Anfang standen, als Ursache vom Kranken geleugnet und zwar gerade dann, wenn sie nach ihrer Schwere am ehesten noch die Verursachung erwarten ließen. Siehe auch hierfür ein Beispiel! Als Besonderheit der Symptomatologie sei noch erwähnt, daß in einigen Fällen (etwa 5%) paranoische Einstellung hinzu kommt, die schließlich das ganze Bild einnimmt. Man kann diese Fälle auch zur nächsten Gruppe rechnen, obwohl in der immer bleibenden depressiven Verstimmung doch ein Unterschied vorhanden ist. Die Entwicklung solcher Wahnvorstellungen, die immer depressiven Inhalt haben, ist in unserem Fall klar zu erkennen. Aus dem Vernichtungsgedanken kommt es zum Beeinträchtigungswahn, der zuerst körperlicher Art, dann allgemeiner Art ist, und von diesem zu krankhafter Eigenbeziehung ist bei entsprechender Anlage, die sich aber nicht immer nachweisen läßt, nur ein Schritt. Das Wahnsystem beherrscht schließlich das Bild so sehr, daß man dann von einer Wahnpsychose des höheren Lebensalters sprechen kann. Diese Form ist

vielleicht eine besondere Entwicklungsart der Erkrankung. Noch einige Worte über den Verlauf! Es ist von den Psychosen bei Frauen bekannt, daß der Verlauf ein „schleppender“ ist, wie *Birnbaum* sagt. Ähnlich ist es auch hier, die Prognose ist wenig günstig, bestimmt immer mit größter Vorsicht zu stellen, niemals so sicher gut wie in andern Lebensabschnitten. Oft geht die Erkrankung in ein chronisches Siechtum über. Oft kommt es nach vorübergehender Besserung zu erneuten Verschlechterungen, manchmal entwickelt sich wie bei den Frauen eine periodische Depression mit dauernd ungünstiger ablaufenden Phasen. Das Hinzutreten organischer Hirnsymptome, die anfangs nicht vorhanden waren, dürfte wohl auf eine hinzutretende Arteriosklerose zurückzuführen sein. Im Anfang fehlen fast immer die Zeichen der Arteriosklerose in wenigen Fällen sind Herzveränderungen vorhanden, niemals hirnarteriosklerotische Zeichen. Die Patienten sind aber meist übermäßig gealtert.

Die Fragen der Sexualität, die bei dem Problem des sog. Klimakterium virile besonders interessieren, spielen eigentlich eine sehr geringe Rolle. Von einer primären bewußten Abnahme der Potenz und Libido kann man nie sprechen. Wenn eine solche schon vor der beginnenden Psychose vorhanden war, so hat sie weder bei der innerlichen Verarbeitung noch im äußeren Leben irgendwelche entscheidende Bedeutung gehabt. Sie wird von den Kranken niemals als Ursache der Erkrankung empfunden. In den meisten Fällen hat sich eine Impotenz, überhaupt die völlige Interesselosigkeit für geschlechtliche Dinge erst in der Depression eingestellt, so daß man wohl ziemlich sicher an eine sekundäre Veränderung des Sexuallebens denken muß. Von annähernd solcher Bedeutung wie das Sistieren der Menstruation bei der Frau kann nicht gesprochen werden, ein Vorgang, der der Frau als sicherer Beweis des Alterns, auch ohne daß körperliche Beschwerden dabei vorhanden sind, immer vor Augen treten muß und dementsprechend verarbeitet wird. Damit ist an sich noch nicht gesagt, daß eine Keimdrüsenveränderung auch beim Manne, wenn eine solche vorhanden ist, einen Einfluß auf die Entstehung der Erkrankung hat. Auch ist dafür nicht der geringste Beweis erbracht. Die Involutionmelancholien des Mannes sind symptomatologisch und in ihrem Verlauf denen der Frauen sehr ähnlich, nur daß sie etwa $\frac{1}{2}$ —1 Jahrzehnt später auftreten. Der Zusammenhang mit einem sog. Klimakterium ist sehr zweifelhaft und in keiner Weise bewiesen, involutive Einflüsse sind wegen der Besonderheiten des Symptombildes als sicher anzunehmen. Die Häufigkeit dieses Krankheitsbildes entspricht bei Männern nicht ganz dem der Frauen, da in diesem Alter bei Männern luetische und alkoholische Psychosen eine weit wichtigere Rolle als bei der Frau spielen und einen größeren Prozentsatz ausmachen. Unter den involutiven Erkrankungen steht die Depression an erster Stelle.

II. Die paranoischen Erkrankungen des höheren Lebensalters.

Neben den depressiven Erkrankungen des höheren Lebensalters sind die mit Wahnideen verbundenen von größter Bedeutung, sind aber auffallenderweise in unserem Material lange nicht so reichhaltig und so häufig wie bei Frauen vertreten. Auf den Streit der Autoren um die Frage der Involutionsparanoia und der Involutionsparaphrenie, deren Unterschiede und Abtrennung von der schizophrenen Form der Wahnpsychose dieses Lebensabschnittes, braucht hier nicht näher eingegangen zu werden. Auf die häufige Verquickung mit depressiven Bildern wurde oben schon hingewiesen.

Im folgenden seien einige typische Beispiele erwähnt.

Fall 6. Fritz B., Arbeiter, 41 Jahre.

Mutter ist vorübergehend im Involutionsalter geisteskrank gewesen. War etwa 6 Monate in einer geschlossenen Anstalt. Patient hat eine Volksschule besucht, wo er ganz gut lernte, ist bis zur 1. Klasse gekommen. Hat erst dem Vater dem Fischen geholfen und dann in der Landwirtschaft als Schweizer sich beschäftigt. War in erster Ehe ganz glücklich verheiratet, Frau starb an Kehlkopftuberkulose. Hat nicht aktiv gedient, war im Kriege, wurde nicht verwundet. Heiratete nach dem Kriege zum zweiten Mal, Ehe ist leidlich gut. Hat nach dem Kriege in verschiedenen Fabriken gearbeitet, war immer fleißig und solide. Hat zeitweise ziemlich reichlich getrunken, zuletzt seit mehreren Jahren nicht mehr. Die jetzige Erkrankung begann im Anschluß an ein körperliches Leiden. Er wurde wegen Osteomyelitis am rechten Oberschenkel in der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik im November 1929 operiert. Während der dortigen Beobachtungszeit wurde noch nichts Krankhaftes beobachtet, so daß er als fast geheilt am 27. 1. 30 entlassen werden konnte. Nach Angaben seiner Frau, die einen durchaus glaubwürdigen und intelligenten Eindruck machte, trat die erste Veränderung fast sofort nach seiner Entlassung aus der Klinik ein. Er wurde nachdenklich, begann über seine Krankheit zu grübeln. Bildete sich ein, er sei syphilitischkrank, spricht von einem früheren außerehelichen Verkehr (vor etwa 8 Jahren), der derartige Folgen gehabt haben soll. Sein Blut sei verseucht, er habe die ganze Verwandtschaft angesteckt und sei eine Gefahr für die Umgebung. Trotzdem bei zweimaliger, auf seinen Wunsch vorgenommener Untersuchung sein Blut gesund war, war er von dieser Idee nicht abzubringen. Hatte keine Ruhe mehr, glaubte, er sei unheilbar, wollte sich aufhängen oder in den Pregel gehen, lag den ganzen Tag zu Hause und grübelte, weinte auch viel. Aß und schlief schlecht. Äußerte ständig Selbstmordideen, wurde immer erregter.

Bei der Aufnahme hier war er sehr ängstlich, gab an, daß ihm gleich bei der Entlassung aus der chirurgischen Klinik der Gedanke gekommen war, daß er innerlich schwer krank sein müsse, weil die Lippen sehr trocken waren, weil er innerlich einen „komischen“ Geschmack gehabt habe. Er könne es sich auch erklären, weil er sich vor 8 Jahren bei einem außerehelichen Verkehr eine Geschlechtskrankheit geholt habe. Man habe zwar gesagt, es sei ein Tripper, er sei aber überzeugt, daß es Syphilis sei. Er sei traurig, weil er sich solche Krankheit geholt habe und daß er alle damit anstecke. Er habe in Büchern darüber nachgelesen, wonach er glaube, daß er deswegen operiert worden sei, wenn auch die Ärzte das bestritten hätten. Ein Chirurg habe gesagt, er sei verrückt. Er halte sich aber nicht für krank. Er müsse immerfort an diese Dinge denken, er leide sehr darunter. Er habe wohl schon viele Leute auf dem Gewissen. Sein Bein heile auch nicht zu, das könne nur damit zusammenhängen. Er wisse nicht mehr, was er machen solle.

Seine allgemeine Angst habe sich derart gesteigert, daß er sich an eine fromme Sekte gewandt habe, wo ein Verwandter Prediger sei. Dort habe man versucht, ihm seine Gedanken auszureden, jedoch glaube er es nicht. Er habe sich nicht mehr „getraut“, unter Menschen zu gehen. Seine Gedanken kämen ganz von selbst, er könne nichts dagegen machen. Man habe ihn aber bald schon schief angesehen, so daß er annehmen müsse, daß man schon die Allgemeinheit vor ihm gewarnt habe. Er habe ja das Gefühl, daß man es gut mit ihm meine, aber sein „Gewissen“ lasse ihm keine Ruhe.

Bringt alle seine Äußerungen mit ziemlicher Affektbetonung vor, ist ängstlich-deprimiert, auf der Abteilung später immer für sich, beginnt aber bei jeder Visite mit seinen Ideen, dabei sehr einförmig und monoton. Somatisch: o. B. Beinwunde, die anfangs noch offen war, hat in ganz normaler Weise sich mit Schorf bedeckt und ist schnell verheilt.

Vorübergehend zu Hause, ist er nicht zu der einfachsten Tätigkeit zu bewegen, kann kaum ein Stückchen spazieren gehen, beginnt sofort zu zittern und monoton zu klagen. Wiederholt seine Selbstmordideen, bleibt im übrigen bei seinem Wahn. Bei der 2. Aufnahme hier ist er zwar äußerlich ruhiger, bleibt aber unverändert bei seinen Wahnvorstellungen. Er dürfe nicht weiterleben, müsse sich aufhängen, denn Eiter fließe aus der Harnröhre, er habe einen „komischen“ Geruch und einen „komischen“ Husten. Auch sei ihm verschiedenes an seiner Beinwunde, die zwar jetzt geheilt sei, aufgefallen, sie sei nicht gleich kalt geworden wie andere Wunden, sie sei immer warm geblieben. Nachts, wenn er aufwache, kämen die Selbstmordideen. Er schrecke dann manchmal auf und wisse nicht, was er machen solle. Ist hier meist ruhig und unauffällig, fängt nur mitunter an, lauter zu werden, man solle das „Saustücke“ aufhängen, das ihn auf dem Gewissen habe. Man habe ihn in der Fabrik betrunken gemacht und dann sei das Unglück geschehen. Bittet auch einmal um Salvarsan und Quecksilber.

Der Patient kommt dann unverändert in eine Heil- und Pflgeanstalt.

In diesem Fall, der in manchen an den Fall 3 erinnert, beginnt die Erkrankung auch typisch depressiv. Ein bis dahin gesunder Mann, der sich um seinen Körper nie sonderlich gekümmert hat, kommt über eine an sich nicht bedeutende körperliche Erkrankung (Osteomyelitis, die operativ vollständig zu heilen war) nicht hinweg. Ganz geringe Zufälligkeiten, wie die etwas langsamere Heilung seiner Wunde, dann die selbstverständliche Wassermannuntersuchung usw. werden von ihm gleich in einem bestimmten Sinne gedeutet, daß er eine Syphilis habe. Diese Idee, Syphilis zu haben, hat manchmal einen zwanghaften Charakter, da er selbst daran zuerst zweifelt, da er selbst angibt, daß sich dieser Gedanke aufdränge, daß er ihn nicht los werde. Aus dieser anfangs mehr oder weniger zwanghaften Idee entwickelt sich eine Wahnidee mit der typischen Gefühlsbetonung, mit der psychischen Verarbeitung und dem absoluten Realitätswert, an dem er festhält, obwohl ihm immer wieder von fachkundiger Seite das Gegenteil seiner Annahme bewiesen wird. Daß er gerade auf diese Idee gekommen ist, liegt an dem früheren Erlebnis, der wahrscheinlich tatsächlichen Untreue und dem außer-ehelichen Verkehr, bei dem er sich einen leichten Tripper geholt hat. Er gibt selbst an, daß ihn das Gewissen nicht in Ruhe lasse. Seine übrigen Wahnideen sind nur sekundärer Art, ebenso seine Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, seine Befürchtungen, daß er andere anstecke

usw. Sein äußeres Verhalten ist in erster Linie depressiv, angeblich sekundär wegen seiner Krankheit und wegen der Furcht vor den Folgen. Wahrscheinlich ist aber, daß neben dem Wahnbedürfnis eine depressive Stimmung zugrunde liegt. Sekundär ist die Angst, die motorische Unruhe, die verschiedenen sonstigen hypochondrischen Ideen, die Selbstmordgedanken. Auffallend ist in der Entwicklung der Psychose die ziemlich schnell zunehmende Affektstumpfheit. Auch dieser Fall steht an der Grenze zwischen den rein paranoiden Psychosen und den Melancholien des höheren Lebensalters. Wegen seiner ziemlich reichlich ausgebildeten Wahnbildung, die allerdings sich in erster Linie mit dem eigenen Körper beschäftigt, gehört er mehr zu den paranaoiden Erkrankungen wegen seines depressiven Grundaffektes, der ziemlich schnell abstumpft, zu den Melancholien. Seelische Erlebnisse und körperliche Krankheiten werden hier verknüpft und verarbeitet.

Bei dem nächsten Fall steht das Wahnsystem im Vordergrund und von Depression kann keine Rede sein. Nur werden sich klassifikatorische Schwierigkeiten ergeben, soweit diese noch bei der neueren Analyse und Diagnostik von Geisteskrankheiten von Wichtigkeit sind. Es handelt sich um einen *Eifersuchtswahn* (ohne Trunksucht), dessen Einordnung immer nicht ganz leicht ist. Die Frage, ob es sich um eine paranoische Entwicklung oder um eine Prozeßpsychose handelt, ist oft behandelt, nie für alle Fälle gelöst worden, was auch nicht zu erwarten war, da Eifersuchtswahn unter den verschiedensten Umständen sich entwickeln kann. Im folgenden Fall ist der Eifersuchtswahn nicht ganz rein, er ist zwar primär, er ist die Grundwahndee, er wird aber sekundär von den verschiedensten anderen psychotischen Erscheinungen umrankt.

Fall 7. August R., 48 Jahre, Bahnarbeiter.

In der Familie ist keine hereditäre Belastung in irgendeinem Sinne, es finden sich auch keine abnormen Charaktere, keine Trinker. Ausbildung, Jugendentwicklung haben beim Patienten keine Besonderheiten geboten. Er war ein bescheidener, äußerst anständiger, ruhiger Mensch, der intellektuell vielleicht etwas tief stand und mindestens sehr primitiv war. Er hat eine 6 klassige Volksschule besucht, leidlich gelernt, ist bis zur 1. Klasse gekommen, ist dann erst als Laufbursche tätig gewesen, hat bis zum Kriege als Arbeiter in Fabriken und auf Gütern sich beschäftigt, ist nach dem Kriege bei der Eisenbahn eingetreten, wo er seit 1919 bisher immer zur Zufriedenheit der Behörde seine Pflicht tat, ohne wesentliche Konflikte zu haben. Er war nie mißtrauisch, nicht aufgeregt, mehr „spaßhaft“, hat nicht getrunken, minimal geraucht, war nicht geschlechtskrank. Im Kriege war er im Felde, bekam 2 Lungensteckschüsse, derentwegen er heute noch Kriegsrente bezieht. Seine Frau hat er 1906 kennen gelernt, er war 24, sie 23 J. Die Ehe war anfangs gut. Seine Frau war ruhig, bescheiden, arbeitsam, sie haben nie Streit gehabt. Die Frau hatte vor der Ehe schon 2 Kinder, von denen sie sagte, daß sie tot seien, was sich nachher als unwahr herausgestellt haben soll. Darüber hat er sich nicht aufgeregt. Seine ersten „Beobachtungen“ und Vermutungen, daß seine Frau ihm nicht treu sei, gehen bis auf 1923 zurück, als er 41 Jahre alt war. Damals hatte er oft langen Dienst, auch mal Nachtdienst, und es fiel ihm eines Tages auf, daß seine Frau plötzlich nach Hause fahren wollte, und daß sie die kleinen

Kinder zurückließ. Die Vermutung, die erst nur ganz unsicher war, bekam eine weitere Bestätigung, als sie nach der Rückkehr von der Reise (sie war nur 2 Tage weg) angab, daß sie schwanger war. Nun stand es für ihn fest, daß sie ihn betrogen habe, da nach seiner Ansicht ein mit dieser beginnenden Schwangerschaft zusammenhängender Coitus nicht stattgefunden hat. Da er nicht an andere Männer dachte, glaubte er, daß sie mit ihrem Vater, der ein biederer Mann war, sich eingelassen habe. Obwohl das alles völlig unbewiesen war, obwohl er nicht einmal genau sagen konnte, in welcher Zeit er vor der Schwangerschaft den letzten Geschlechtsverkehr gehabt hatte, — er weiß nur ganz unbestimmt, daß es längere Zeit her war — war er der festen Überzeugung, daß das später zur Welt gekommene Kind nicht seines sei, und hat nun ständig seiner Frau darüber die schwersten Vorwürfe gemacht, sie sogar mehrfach ziemlich erheblich geschlagen. Seit dieser Zeit hat sich sein Mißtrauen maßlos gesteigert, er hat dann retrospektiv alle früheren Kinder bis auf 2 auch nicht mehr als seine anerkannt. Trotz weitgehendster Beobachtungen bemerkte er nichts bis 1925, wo sich weitere Anzeichen einer Untreue bemerkbar machten. Er habe, wenn er vom Dienst gekommen sei, Männer aus dem Hause kommen sehen. Er habe sie nicht ansprechen können, weil sie meist schon weitergegangen seien, er habe ferner beobachtet, daß die Männer untereinander Ähnlichkeit hatten, aber nicht dieselben waren, so daß er vermutete, es seien etwa 4 Brüder. Bei seinen weiteren Nachforschungen hat er auch angeblich die Namen dieser Brüder erfahren und sich an deren Mutter gewandt, die aber nichts davon wußte. Man hat sich damals allgemein über sein Wesen gewundert, er war sonst immer so ruhig, jetzt gereizt, jähzornig, schlug oft die Frau, trank auch hin und wieder einen Schnaps. 1926 ist die Frau von ihm weggegangen, auch hatten damals beide die Ehescheidung eingereicht. Später sind beide wieder zusammengezogen, aber schon gleich nach ihrer Rückkehr (1927) beobachtete er, daß sie, wenn er von der Nacharbeit zurückkam, nicht geschlafen habe, das habe er ihr an den Augen angesehen. Außerdem äußerte sie, daß sie sich schon immer nicht viel aus ihm gemacht habe, daß es aber zuletzt noch viel schlimmer geworden sei, daß sie ihn nicht mehr leiden könne. Als Ausrede für ihr schlechtes, übernächtiges Aussehen gab sie an, daß ihr schlecht gewesen sei. Es stellte sich aber bald heraus — nach seinen Worten — daß sie heimlich wegging. Er ist ihr einmal heimlich nachgegangen, hat beobachtet, daß sie in eine bestimmte Straße, zu einem Herrn ging, den er auch aufsuchte, der ihm aber sagte, daß er die Frau nicht kenne, der aber hinzufügte, daß er nicht der schlechteste sei, daß er ihm helfen wolle, wenn es notwendig sein sollte. Außerdem soll er noch hinzugefügt haben, daß er bitte, nicht soviel über diese ganze Angelegenheit zu sprechen, da er verlobt sei. Daraus glaubte der Patient unbedingt schließen zu müssen, daß hier etwas vorgegangen war. Es handelte sich um einen Obersekretär bei der Eisenbahn, wie sich nun allmählich immer mehr Liebhaber einfanden, die aus einer anderen Gesellschaftsklasse stammten als der Kranke. Als er mit seiner Frau über diese Dinge sprach, soll sie ziemlich patzig gesagt haben: „Es macht sich auf der Chaiselongue ganz gut.“ Seit dieser Zeit sah er oft, wenn er nach Hause kam, schon von weitem sie mit einem Liebhaber am Hause stehen, einmal soll einer der „feinen, Herren“ über den Kirchhof geflohen sein. Er konnte sie nicht verfolgen, weil er auf der Straße von vielen Menschen aufgehalten wurde, die dort standen und „sicher“ mit dem besseren Herren unter einer Decke steckten. 1928 kam es zur endgültigen Trennung, er machte ihr Vorwürfe, sie ließ es sich nicht sagen, darauf verletzte er sie nicht unerheblich, worauf sie mit allen Kindern floh. Im Juni 1928 ist die Ehe geschieden worden, er wurde für den schuldigen Teil erklärt, da von seinen Angaben nichts bewiesen werden konnte, es nur feststand, daß die Ehe zerrüttet war, weil er sie dauernd grundlos beschimpfte, bedrohte und oft schwer schlug. Im Berufungsverfahren vor dem Oberlandesgericht wurde seine Berufung zurückgewiesen, da weiterhin keine Beweise für die angebliche Untreue der Ehefrau

erbracht werden konnten. 1929 war Patient zum ersten Male in unserer Klinik. Er gab damals an, daß er durch die unglückliche Ehe und die vielen Aufregungen krank und schwach geworden sei. Er war äußerlich ganz ruhig, schilderte in großer Ruhe und Breite seine Erlebnisse, behauptete auch, daß seine Frau ihm alles gestanden habe, daß die Kinder größtenteils nicht von ihm stammen. Außerdem sprach er noch von verschiedenen Verfolgungen, die damals schon begonnen haben, später aber schlimmer wurden. Man habe ihm auf der Straße nachgerufen, daß er seine Frau nicht befriedigen könne. Einmal sei er durch eine innere Stimme auf einen außergewöhnlichen Weg gewiesen worden und dort habe er auch einen Liebhaber getroffen, dessen Namen er polizeilich feststellen ließ, der aber sich „sicher“ einen falschen Namen angelegt hatte. Überall werde er scharf angesehen, im Dienst werde er gehänselt, der Rottenführer mache eigentümliche Bemerkungen, die sich darauf beziehen, daß er so eine feine Frau habe, die sich mit besseren Herren einlasse. Auch habe er herausbekommen, daß sie sich mit seinem Bruder eingelassen habe, die Zahl aller Liebhaber übersteigt 10. Er habe auch den Eindruck, daß das Gericht falsch und ungerecht geurteilt habe, denn sonst hätte man doch seine Zeugen auch vernehmen müssen, vielmehr habe man sie einfach übergangen. Man begnügte sich damit, ihn als eifersuchtswahnsinnig zu bezeichnen. Ein Reichsbahnrat, der juristisch vorgebildet sei, der auch mit seiner Frau etwas vorgehabt hatte, soll in dem Prozeß „Richter gespielt“ haben. In diesem Jahr im November ist Patient wieder in die Klinik gekommen, weil er sich in seiner Wohnung nicht mehr sicher glaube. Man habe die Absicht, ihn zu beseitigen, da er den hohen Herren gefährlich werden könnte. Er habe in seinem Zimmer einen eigentümlichen Geruch von Weihrauch und „Myrrhen“ beobachtet, sei ängstlich aufgesprungen, weil er das Gefühl hatte, daß er betäubt werden sollte, es sei ihm auch schon sehr eigentümlich zu Mute gewesen. Er sei aber nicht mehr richtig aus dem Bett gekommen, es sei etwas auf ihn zugekommen, das er nicht erkennen konnte, außerdem habe man ihm die Sachen, die er in der Hand hatte, weggezogen, sodaß er nackt im Hemd auf die Straße springen mußte, wo er dann die ganze Nacht herumirrte. Später wurde er ins Krankenhaus gebracht. Man verfolge ihn jetzt systematisch, man wolle ihn auch im Dienst nicht mehr haben. Seine Wahl habe man belauscht, man habe sich ein Geheimzeichen an den Briefumschlag gemacht, denn schon am Tage nach der Wahl wußte man, wie er gewählt hatte. Man rief ihm zu, er solle mal in den Stahlhelm gehen, er soll sich ein Hakenkreuz umhängen, in der Arbeiterrotte habe er nichts mehr zu suchen.

Einmal sei er wegen Beleidigung seines Bruders und einmal wegen unerlaubten Waffenbesitzes bestraft worden, er hatte sich einen Revolver angeschafft, weil er sich überall bedroht fühlte. Macht hier einen etwas schwachsinnigen und sehr schwerfälligen Eindruck, ist nur mit seinem Wahnsystem beschäftigt, das er bei der Exploration jedesmal etwas ausschmückt und neu ergänzt. Immer kommen neue Ideen hinzu. Spricht langsam, monoton, faßt sehr schwer auf, findet schwer den Faden wieder, wenn er unterbrochen wird. In seinem Gesichtsausdruck ziemlich starr, ausdruckslos, in seinen Bewegungen langsam und bedächtig. Klagt spontan nie, bleibt aber immer bei seinen allgemeinen körperlichen Beschwerden. Ist ein fleißiger und hilfsbereiter Arbeiter. Sondert sich von den anderen Kranken ab, spricht kaum mit jemand. Somatisch: o. B. Zur Zeit der Niederschrift dieser Arbeit befindet sich Patient noch in der Klinik.

Bei diesem jetzt 48 jährigen primitiven und grundehrlichen Mann, der sich früher weder mit Gedanken sehr beschwert hatte noch besonders mißtrauisch war, hat sich im Alter von etwa 41 Jahren ein Eifersuchts-wahn eingestellt, der Mitte der 40er seinen Höhepunkt erreichte. Aus nichtigen Anlässen, die selbst nach seinem eigenen Urteil sehr unsicher

waren — Annahme einer Schwangerschaft ohne Coitus in der vorhergehenden Zeit — entwickelte sich — allerdings über Jahre — ein ausgesprochener Eifersuchtswahn mit zahlreichen Erinnerungsfälschungen, Mißdeutungen, Heimlichkeiten, Bedeutsamkeiten, Pseudohalluzinationen und schließlich auch einigen echten Halluzinationen. Das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, besonders auf geschlechtlichem Gebiet ist von vornherein dagewesen und kehrt in seinen Ideen wie in seinen Sinnestäuschungen immer wieder. Daß aber die Wahnbildung nicht allein abhängig von der Ehe, von dem Zusammenleben mit seiner Frau ist, daß sie nicht mit sexuellen Dingen zusammenhängt, geht hier selten deutlich daraus hervor, daß auch noch Jahre nach der Trennung und Scheidung sich immer wieder neue Wahnideen, die mit dem alten Eifersuchtswahn zusammenhängen, bilden, daß alle irgendwie nicht alltäglichen oder nicht erwarteten Vorkommnisse in bestimmter Richtung gedeutet werden. So wird der verlorene Ehescheidungsprozeß in dem Sinne gedeutet, daß die Richter, alle Beteiligten, unter einer Decke stecken, so wird vielleicht ein mehr scherzhaft gemeintes Wort seiner Umgebung, seiner Arbeitskollegen, seiner Vorgesetzten in dem Sinne ausgelegt, daß man ihn beseitigen wolle. Auch dafür finden sich schnell Erklärungen, man wolle die „besseren Herren“, die sich mit einer „Arbeiterfrau“ eingelassen haben, nicht bloßstellen. Und so entwickelt sich Wahnidee aus Wahnidee, es ist ein ausgesprochenes Wahnbedürfnis vorhanden und nachzuweisen. Etwas im Gegensatz zu dem sonst meist beobachteten Stimmungsbild und Affektzustand steht hier eine gewisse Stumpfheit und Gleichgültigkeit, die aber sicher nicht immer vorhanden gewesen ist, wie aus seinen Wutausbrüchen seiner Frau gegenüber, die vielleicht auch nicht immer den ganz richtigen Ton gefunden hat, hervorgeht. Noch ein Wort zu den Halluzinationen! Es ist an sich schon bei anderen Paranoiden nicht ganz leicht nachzuweisen, ob wirkliche Halluzinationen vorhanden sind oder ob es sich nur um Wahngebilde handelt, die in dieser Richtung verarbeitet werden, wobei eine Erinnerungsfälschung oft eine große Rolle spielt. Hier ist es besonders schwierig, an wirkliche Halluzinationen zu glauben. Vielmehr ist es sehr wahrscheinlich, daß die sog. Zurufe, die er gehört haben will, die sonstigen Beobachtungen aller Art mehr Gedanken und Mißdeutungen waren. Nur das Erlebnis in der Nacht, bei dem er verschiedene Gerüche wahrgenommen hat, Verschiedenes sah und hörte, auch an seinem Körper fühlte, fällt aus dem ganzen Rahmen, ist auch neu, so daß man daran denken kann, daß das ganze Krankheitsbild zur Zeit in einer Wandlung nach der schizophrenen Seite hin begriffen ist. Darauf deutet die Affektveränderung im Sinne einer Abstumpfung, die immer mehr um sich greifenden Wahnkomplexe, deren Inhalt anfängt zu zerflattern, so daß die Geschlossenheit des Systems nicht mehr gewahrt ist, das Auftreten von Sinnestäuschungen auf allen Gebieten, besonders auf dem körper-

lichen und das Gefühl einer körperlichen Veränderung usw. Die Prognose des Falles ist an sich schon klar, sie ist absolut infaust, die Wahnideen bleiben bestehen, der Inhalt wird sinnloser, der Affekt geringer und schließlich läßt auch seine Arbeitsfähigkeit nach, die bisher noch immer erhalten war, zuletzt aber auch schon anfang, zu erlöschen. Zu denken wäre hier auch noch an das Hinzukommen von Alterserscheinungen, die sich zwar körperlich noch nicht bemerkbar machen. Dafür konnte vielleicht auch die Abstumpfung und das Nachlassen der Intelligenz (schwere Auffassungsgabe usw.) sprechen. Von den übrigen Eifersuchts-wahnfällen unterscheidet sich dieser durch seine Vielseitigkeit auf dem Gebiet der Wahnideen und durch die Affektlage, da die anderen meist gereizt, aktiv, hypomanisch sind. Der Eifersuchtswahn ist ja in diesem Alter besonders häufig, erklärt er sich doch leicht aus dem Alterungsprozeß, der prädisponierten Persönlichkeiten vor Augen tritt und das Gefühl der eignen Insuffizienz erweckt, besonders auf geschlechtlichem und allgemein-somatischen Gebiet. Merkwürdigerweise empfinden diese Kranken nicht, daß der Ehepartner ebenso altert, sie tun Einwände dann am einfachsten damit ab, daß sie sagen, es sei Geschmackssache oder Ähnliches. Der Zusammenhang mit dem Alterungsprozeß ist jedenfalls sehr leicht verständlich, ohne daß deswegen unbedingt ein Klimakterium virile vorhanden sein muß. Als Beweis kann das nicht gelten, denn die Eifersuchtsideen sind in diesem Alter bei Frauen — wenn man die männlichen Trinker abrechnet — häufiger und werden konstant mit dem Klimakterium auch inhaltlich verarbeitet und logisch begründet, während bei den Männern nicht eine absolute Impotenz oder ein wesentliches Nachlassen der Libido vorauszu gehen braucht.

Erwähnt sei weiterhin ein Beispiel für den in diesem Alter nicht selten beginnenden *Querulantenwahn*, der ja auch unter den Wahn-erkrankungen eine Sonderstellung eingenommen hat, dessen Zusammenhänge mit Alterungsprozessen weniger deutlich sind. Nur könnte man daran denken, daß das gereifte Alter ein verstärktes Selbstbewußtsein entstehen läßt und daß das Gefühl des verletzten Rechtes leichter entsteht als bei jüngeren Menschen.

Fall 8. Adam A., 48 Jahre, Leuchtfeueroberwärter.

Keine hereditäre Belastung. In der Volksschule gut gelernt, war erst Fischer, dann Schiffszimmermann, später bei der Marine, von wo er in den Zivildienst beim Hafenbauamt übergang. Bei dem Hafenbauamt sei er seit 20 Jahren beschäftigt. Er ist kein Trinker, war im wesentlichen immer gesund, war nicht geschlechtskrank. Seine Frau ist 1924 verstorben, die Ehe war gut, er hat 3 Kinder, die kränklich sind. Wie aus den Personalakten hervorgeht, war er früher meist fleißig und unauffällig, hatte aber hin und wieder Streitigkeiten mit den Kollegen, klagte schon seit 1919 über eine schlechte und feuchte Dienstwohnung und über die ungünstige Wirkung der Seeluft, bat deshalb um Versetzung von seinem Standort. 1924 stellte er selbst den Antrag, nach Heydekrug oder Wehrdamm versetzt zu werden und als die Versetzung nach Wehrdamm geschah, bat er sofort um Rückgängigmachung, da er, wie er angab, sich wirtschaftlich verschlechterte und die Wohnung

noch ungesünder sei. Dieses Gesuch wurde abschlägig beschieden, ebenso ein erneutes Gesuch an den Minister. A. schrieb nun Gesuch auf Gesuch, stellte alle möglichen Behauptungen auf, z. B., daß der Oberpräsident nichts von der Geschichte wisse. Er meldete sich krank, und als er gesund geschrieben war, bekam er die Aufforderung, sich in seiner neuen Dienststelle zum Dienst zu melden. Er erwiderte, daß ihm die Verfügung des Hafenamtes nicht maßgebend sei, daß er auf eine weitere Verfügung des Oberpräsidenten warte. Außerdem behauptete er, daß er durch die vielen Verfügungen, die nur die Folge seiner ewigen Anfragen und Gesuche waren, krank geworden sei. Er behauptete ferner, daß ihm das Hafenbauamt „in allen Obliegenheiten, ob Dienst oder privat, die größten Schwierigkeiten bereitet“, daß dauernde Schikanen von dort ausgingen, daß man ihn brotlos machen wolle. Außerdem behauptete er, er wisse nicht, welchen Dienst er antreten solle. Den erneuten Anordnungen, seinen Dienst aufzunehmen, kam er nicht nach, auch nicht, als ihm das Gehalt entzogen wurde. Als ihm ein Brief von der vorgesetzten Behörde durch einen Boten gebracht wurde, sagte er: „Den Brief nehme ich, aber die Empfangsbescheinigung unterschreibe ich nicht, ich werde euch schon zeigen, ihr habt genug Schikane mit mir getrieben.“

Nach seinen eigenen Angaben, die der Patient während seines hiesigen Aufenthaltes machte, halte er sich für ganz gesund, wisse nicht, warum ihn die Behörde in die Klinik geschickt habe. Nach seiner Meinung sei der ganze Konflikt, der ihm durchaus nicht angenehm sei, dadurch gekommen, daß er in seinem Versetzungsgesuch Dinge angegeben habe, die nicht „genehm“ waren. Daß man sein Gesuch um Rückgängigmachung seiner Versetzung nicht bewilligt, liege daran, daß man ihn loswerden wolle, weil man sich über seine Äußerungen über die feuchte Wohnung geärgert habe. Daß er nicht zum Dienst gegangen sei, liege daran, daß er es für zwecklos halte, da die Versetzung nicht in Frage komme. Diese sei ungesetzlich und man müsse sie wieder rückgängig machen. Es sei alles Schikane, fühle sich nach wie vor völlig im Recht, habe auch nichts verbrochen, sich auch niemals im Ton vergangen, könne daher nicht einsehen, warum man ihn so hart bestrafe. Er sei schon Monate lang ohne Geld. Seine Sprache ist hastig, er ist dauernd leicht erregt, über Zeit, Ort, die letzten Vorgänge sehr gut orientiert. Beherrscht fast den ganzen Inhalt der sehr umfangreichen Akten, führt Gesetzesparagrafen an, die er auswendig hersagen kann. Ist in seiner Angelegenheit völlig uneinsichtig, unbelehrbar, verharrt auf seinem Standpunkt, den er für den einzig richtigen hält und beschuldigt eine Reihe von Vorgesetzten der Schikane und der Bereitung von Schwierigkeiten. Äußert dabei Beeinträchtigungs-, Beziehungs- und Verfolgungsideen, die aber nicht ein geschlossenes Wahnsystem darstellen und für die er keine ausreichende Erklärung abgeben kann. Auf der Station ist er im Gegensatz zu der ausgesprochenen Reizbarkeit und Lebhaftigkeit bei der Besprechung seiner Angelegenheit sehr ruhig, zurückhaltend, geordnet, unauffällig, kümmert sich wenig um die Umgebung, ist bescheiden, äußert keine besonderen Wünsche. Ein Intelligenzdefekt läßt sich nicht nachweisen. Somatisch bis auf eine Blutdruckerhöhung von 145 o. B. Patient wird nach Begutachtung entlassen (§ 51 zugebilligt).

Fassen wir kurz zusammen, so sehen wir einen bisher gesunden Mann vor uns, der von jeher dazu neigte, fortgesetzt Gesuche einzureichen, sich zu beschweren, andere anzuzeigen, der im 47. Lebensjahre anfängt, auf ein abgelehntes Gesuch, das an sich schon etwas merkwürdig war, weil es eine von ihm selbst gewünschte Versetzung rückgängig zu machen wünschte, abnorm zu reagieren. Es treten psychische Veränderungen auf, die sich dadurch bemerkbar machen, daß er in unbelehrbarer Weise

auf der Erfüllung seines zweiten Wunsches bestand und anfang, alle Anordnungen seiner vorgesetzten Behörde zu ignorieren resp. als Schikane auszulegen. Es läßt sich an seinen immer wieder an alle möglichen Stellen gerichteten Gesuchen erkennen, wie seine geistige Störung dauernd Fortschritte macht, wie er täglich neue Wünsche äußert und schließlich jeden bezichtigt, ihm übel zu wollen. Dabei verstieg er sich zu den kühnsten Behauptungen, die den Tatsachen grob widersprachen wie z. B., ein bestimmter Vorgesetzter habe nichts zu sagen oder er wisse nicht, welchen Dienst er antreten solle. Gerade hierin scheint sich besonders die Schwere seiner geistigen Veränderung bemerkbar zu machen, daß er täglich um eine Dienstanweisung bat, obwohl er ebenfalls fast täglich eine solche erhielt. Entstanden auf einer zum Querulieren neigenden Anlage entwickelte sich aus einem nichtigen Anlaß die Wahnpsychose, die mit Beziehungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen sowie einem starken Mißtrauen, gesteigerter Reizbarkeit und nervöser Übererregbarkeit einhergeht. Während im allgemeinen beim Querulantenwahn das Wahnsystem in sich geschlossen und logisch verknüpft ist, und man eigentlich nur von einer krankhaften Steigerung des vermeintlich oder wirklich verletzten Rechtsbewußtseins sprechen kann, ist in diesem Fall weit darüber hinaus eine allgemeine psychische Störung vorhanden, bei der eine Unzahl unsinniger Handlungen begangen wird, die ihm selbst schaden können und die mit der anfänglichen, angeblich ungerechten Behandlung nichts zu tun haben. Auch insofern ist hier die Störung weitgehender als der Kranke von Schikanen und absichtlichen Schwierigkeiten usw. spricht und ein ihm zugefügtes Unrecht tatsächlich nicht vorhanden war, während ein mehr oder weniger großer Anlaß vorhanden zu sein pflegt. Auch sind die Begründungen recht schwach und unvollständig, das ganze System ist nicht festgefügt. Vielleicht hängt das mit der ziemlich geringen Bildungsstufe zusammen. Weder unterscheidet sich dieser Querulantenwahn von dem der Frauen noch von dem anderer Lebensalter. Man kann nur von einer gewissen gesteigerten Neigung, mit Querulantenwahn zu erkranken, in diesem Lebensalter sprechen.

Zum Schluß dieser schwierigen und uneinheitlichen Gruppe von paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters sei noch ein Beispiel für die zahlenmäßig größte Gruppe erwähnt, für diejenigen Krankheitsbilder, die man allgemein als *Dementia paranoides* bezeichnet und zur Schizophreniegruppe rechnet. Wenn aber frühere Schübe nicht vorhanden waren, so muß man doch daran denken, daß das Lebensalter bei der Entstehung dieser Erkrankung mitbeteiligt ist. Die präsenilen Erkrankungen mit Beeinträchtigungswahn, die bei beiden Geschlechtern vorkommen, können hier weggelassen werden, da es sich dabei um eine sichere Arteriosklerose handelt.

Fall 9. Franz R., Postschaffner, 42 Jahre.

Keine hereditäre Belastung. Besuchte eine Volksschule, lernte gut, wurde dann Schreiber, diente aktiv und ist seit 1911 bis heute bei der Post. Im Felde erlitt er eine leichte Verwundung. Heirat 1919, die Ehe war leidlich gut, die Frau hatte vor ihrer Heirat und während der Ehe je einen Schub einer Schizophrenie durchgemacht, war leicht erregbar, hörte oft Stimmen, konnte sich aber leidlich beherrschen und besorgte die Wirtschaft gut. Zeitweise hat Patient reichlich Alkohol getrunken, hat aber dann völlig aufgehört. Auch sein früherer Leichtsinn hatte nachgelassen, er war ordentlich, fleißig, sparsam, häuslich. Sorgte gut für die Familie. Der Beginn der Erkrankung war etwa Anfang 1930. Er wollte bei der Bahnpost beschäftigt werden, mußte dazu ziemlich viel Geographie lernen und mußte eine Probefahrt machen. Hat sich dabei ziemlich angestrengt und aufgeregt. Glaubte, die Vorgesetzten belästigten ihn mit ihren Gedanken, lief nachts erregt zum Pfarrer, betete viel, las in der Bibel, wollte seine Sünden beichten, glaubte sich verfolgt, unterhielt sich in Gedanken mit seinen Vorgesetzten. Hier war Patient leidlich ruhig, erzählte gleich unumwunden von seinen Stimmen, die ihn auffordern, ihnen seine Seele zu geben. Es sei eine Verschwörung gegen ihn. Es hänge mit dem Jungdeutschen Orden zusammen, in dem seine Vorgesetzten seien, er aber nicht mehr hineingehen wolle, weil er sich sonst dem Teufel verschriebe.

Alles sei jetzt darauf zurückzuführen, daß er einmal ein Verbrechen begangen habe. Er habe sich als 14-jähriger Junge am Vieh vergangen, er habe sich damals nicht viel dabei gedacht. Im vorigen Jahr habe ein Kollege darüber gesprochen und dabei angedeutet, daß er etwas davon wisse. Jetzt werde er immer in seinen Stimmen aufgefordert, zu bekennen. Im Amt seien Hellseher, die seine Gedanken lesen. Man wolle es herausbekommen, weil er für den Fahrdienst geprüft werden soll. Es sei eine Prüfung auf Ehrlichkeit. Auch ihn habe man zum Hellsehen ausbilden wollen, er habe auf die Stimmen Antwort geben müssen. Es seien ihm auch Bilder vorgeführt worden, er sah Gesichter, sah im Packraum die Kollegen arbeiten, hörte auch dort die Unterhaltung. Nachts sei ihm manchmal, als wenn er hochgehoben werden solle. Sei sehr ängstlich, habe in seiner Verzweiflung zur Bibel gegriffen und sei zum Pfarrer gefahren. Ist bei diesen Angaben äußerlich ruhig, innerlich aber sehr gespannt, ängstlich, macht sich Selbstvorwürfe. Später auf der Station oft sehr erregt, könne seine Gedanken nicht los werden. Läuft in Erregung auf dem Korridor auf und ab. Behauptet später, man mache mit ihm hier Experimente, er habe Ahnungen, man habe ihn mit einem Mädchen geäfft, es liege etwas in der Luft, halluziniert sehr viel, steht ständig unter seinen Wahnideen, will seine Frau angreifen (Begründung, sie habe ihm nicht gesagt, daß sie Gott abgeschworen habe). Kommt später völlig unverändert in eine Heilanstalt.

Hier entwickelt sich im Anschluß an eine etwas größere geistige Belastung, die ihm ungewohnt ist, ein Wahnsystem, das sich anfangs mit dem Gegenstand der seelischen Erlebnisse, einer Prüfung für einen bestimmten Dienstzweig beschäftigt, das aber bald völlig zerfahren ist, das nur insofern einheitlich bleibt, als ein gewisser depressiver Grundaffekt zu bestehen scheint und daß es sich immer um Kleinheitswahnideen handelt, die zum Teil durch eine angebliche frühere Schuld erklärt werden, zum Teil auf Insuffizienzgefühle zurückgeführt werden. Das Gesamtverhalten, die Zerfahrenheit, die motorischen Störungen, die Affektschwankungen und die Sinnlosigkeit eines Teiles der Wahnideen, der schnelle Zerfall der Persönlichkeit deuten darauf hin, daß es sich hier um eine schizophrene Störung handelt. Zwei Dinge sind noch zu

erwähnen, einmal, daß die Ehefrau dieselbe Krankheit hat, daß man im allerersten Anfang eine an gewisse Beeinflussung denken könnte, daß aber natürlich die Schwere und lange Dauer der Krankheit nicht dazu paßt, und ferner der früher ziemlich reichliche Alkoholgenuß, der an eine Alkoholpsychose denken ließe. Dagegen spricht die Art der Erkrankung und die lange Spanne zwischen dem Beginn der Psychose und der völligen Alkoholabstinenz. Man kann aber hier ebenso wie durch die Krankheit der Ehefrau an eine gewisse Förderung der Erkrankung denken, wozu noch psychogene Faktoren hinzukommen, das angebliche frühere Erlebnis, das aber zweifelhaft ist, und vor allem die Sorgen um die Prüfung sowie die geistige Überanstrengung und schließlich vielleicht auch die somatogenen Einflüsse des beginnenden Alters, sicher aber die von dieser Seite herkommenden psychischen Einflüsse, denn die depressive Grundstimmung, die Insuffizienzgefühle, die Versündigungs-ideen passen so recht zum Involutionalter.

So haben wir in diesem Abschnitt eine Reihe paranoischer Bilder gesehen, die Wesensverschiedenheiten aufweisen, die nur das eine gemeinsam haben, daß sie im „höheren Lebensalter“ auftreten. Wie aus unseren Beispielen hervorgeht, sind die Verhältnisse hier nicht restlos klar, im Grunde aber den Ergebnissen bei den Frauen ähnlich. Die hereditäre Belastung ist ähnlich wie bei den Depressionen besonders dadurch charakterisiert, daß sich immer wieder direkte Vorfahren finden, die ebenfalls um die Zeit der Involution oder später psychisch erkrankten. Von einer typischen Abnormität der präpsychotischen Persönlichkeitsentwicklung kann nicht gesprochen werden. Die von *Kleist* angenommene hypoparanoide Charakteranlage, die sich durch „herrisches selbstbewußtes, dabei empfindliches und mißtrauisches Verhalten“ auszeichnen soll, war nur im Fall des Querulantenwahns angedeutet, nicht in anderen Fällen vorhanden. Im großen und ganzen sind es ähnlich wie bei den Depressionen primitive, bescheidene fleißige Menschen, die ihre Pflicht getan haben, die im beginnenden Involutionalter (zwischen 40 und 55) mit einer Wahnpsychose erkranken, deren Beginn und Verlauf in den einzelnen Gruppen ganz verschieden ist. Während im Fall 6 der Beginn typisch depressiv ist und die depressive Grundlage bestehen bleibt und dementsprechend die Wahnideen einen depressiven Grundcharakter immer behalten, sodaß man bei der Frage der Klassifikation dieser Psychose zweifeln kann, ist im Fall 9 der Beginn an ein mit Angst verbundenes äußere Erlebnis geknüpft, das aber sogleich durch die Fülle der Sinnestäuschungen und Wahnideen in den Hintergrund gedrängt wird. Im ersten Fall bleibt die Gesamtpersönlichkeit erhalten, das Gefühl der Krankheit ist immer vorhanden, es bleibt auch im wesentlichen bei derselben Wahnidee, im anderen Falle wird sofort die Gesamtpersönlichkeit ergriffen, die Psychose ergreift alle Zweige des Seelenlebens, die Wahrnehmungen, die Ideen, das Denken, das Affektleben, die Handlungen,

Triebe usw., der Kern der Persönlichkeit wird zerstört, ein typisch schizophrenes Bild resultiert. Die Wahnideen, die anfangs logisch miteinander verknüpft und durch verständliche Erklärungsideen verbunden sind, werden bald auseinandergerissen, es kommen zahlreiche andere Ideen dazu, deren Grundstimmung zwar auch depressiv ist, wenigstens überwiegen die Kleinheitsideen, wobei aber die Affektlage dauernd wechselt und nicht adäquat ist. Hier ist also ohne Schwierigkeit einzusehen, daß hier zwei ganz verschiedene Krankheiten vorliegen müssen, deren Gemeinsamkeit nur die Wahnidee ist, deren trennende Unterscheidung aber in dem Einfluß auf den Kern der Persönlichkeit liegt.

Wir sehen demnach bei Männern ganz so wie bei Frauen in diesem Alter einmal Depressionen mit Wahnideen oder anders ausgedrückt Wahnpsychosen mit depressiver Grundstimmung und andererseits typische Fälle einer Dementia paranoides auftreten. Diese beiden Gruppen machen zusammen etwa $\frac{2}{3}$ aller Fälle in unserem Material aus. Die andern beiden Beispiele, die wir erwähnten, stehen für sich da, sie gehören, besonders der Fall von Querulantenwahn, zur Gruppe der paranoiden Entwicklung, bei ihr bleibt die Persönlichkeit erhalten, das Wahnsystem bleibt ziemlich isoliert und geschlossen. Ähnlich war es auch in einigen Fällen von Eifersuchtswahn, während in dem von uns angegebenen Beispiel das Wahnbedürfnis so weitgehend ist, daß selbst, nachdem das Objekt der Eifersucht längst aus dem Gesichtskreis des Kranken verschwunden ist, nachdem alle Anlässe für eine Eifersucht genommen sind, immer neue andere Wahnideen der Verfolgung, der Beeinträchtigung und der Beziehung auftreten, so daß der Rahmen eines üblichen Eifersuchtswahns weit überschritten wird. Allerdings bleibt die Persönlichkeit im großen und ganzen erhalten, die soziale Brauchbarkeit beginnt erst sehr spät zu sinken, und die Wahnideen sind inhaltlich mit dem Eifersuchtswahn immer noch logisch verbunden und Erklärungsideen sind reichlich vorhanden. Insofern unterscheidet sich auch dieser Fall von Fall 9. So könnte man in diesen beiden Fällen von einer Art Paranoia sprechen, die etwa den Involutionsparanoiafällen anderer Autoren entsprechen könnte. Die Frage ist nur dabei wie bei den beiden anderen Beispielen zu beantworten, ob irgendwie spezifische involutive Einflüsse sich in der Symptomatologie oder in der Verlaufsart nachweisen lassen. Der erste Fall dieser Gruppe ist durch seine hypochondrische Einstellung, durch sein wehleidiges und theatralisches Verhalten typisch für dieses Lebensalter. Diese Erkrankung muß man unbedingt als durch die Involution gefärbt bezeichnen. Man kann sie Involutionsparanoia mit depressivem Beginn und Grundaffekt oder Involutionsdepression mit paranoiden Ideen nennen. Schwieriger ist es schon bei dem letzten Beispiel. Ein wesentlicher Unterschied gegenüber den Bildern anderer Lebensalter ist nicht vorhanden. Man kann den involutiven Faktor

hier schwer nachweisen, will man ihn nicht als auslösende Ursache der Psychose ansehen. Dafür fehlt aber jede Begründung. Es ist zwar auch eine gewisse depressive Grundstimmung vorhanden, äußere Erlebnisse geben auch den Anstoß wie häufig im Involutionalter, Selbstvorwürfe, Grübeleien, Versündigungsideen färben zwar auch das Bild, wie wir es zuweilen bei Psychosen in der Involution finden, auch ist der Angstaffekt wichtig beteiligt, aber das Hauptcharakteristikum, die körperlichen Insuffizienzgefühle, fehlen ganz, und alle übrigen Erscheinungen könnten ebenso in einem anderen Lebensalter auftreten. Wir finden allerdings auch bei Frauen häufig solche Bilder, bei denen die körperliche Seite ohne Bedeutung ist, bei denen die Kleinheitsideen, an ein äußeres Erlebnis anknüpfend, sich in ähnlicher Weise wie hier entwickeln. Der Fall von Eifersuchtswahn, den wir erwähnten, setzt ja eine gewisse körperliche Beeinträchtigung oder deren Gefühl voraus oder ist mit ihr eng verknüpft. Wenn wie in diesem Fall irgendwelche Anlässe fehlen, ist es meist das Gefühl, geschlechtlich, körperlich, gesundheitlich, manchmal in einem anderen Niveau auch geistig, dem Partner nicht zu genügen, wodurch der Gedanke entsteht, daß der andere sich Abhilfe verschafft, woran sich alle anderen Ideen anknüpfen. In unserem Fall läßt sich das nicht nachweisen, wenigstens nicht für den Anfang, wenn auch später Ideen auftreten, daß er geschlechtlich nicht genüge usw. Auch ist das Bild nicht rein, da sich sekundär, wie oben mehrfach erwähnt wurde, immer neue Ideen anschlossen. Will man nicht in der Eifersuchtsidee als solcher schon ein Zeichen einer sexuellen Insuffizienz oder das Gefühl einer solchen sehen, und will man diese Insuffizienz bei einem bis dahin ganz gesunden Menschen nicht als Beweis für eine Involution des Körpers und des Geistes ansehen, dann ließe sich auch in diesem Fall eine involutive Beeinflussung nicht klar erkennen. Das Bild eines Eifersuchtswahns ist in anderen Lebensaltern, in denen er an sich seltener ist, sehr ähnlich. Nur könnte man sagen, daß es bei diesem Mann ohne Involution nicht dazu gekommen wäre. In anderen Fällen ist der Zusammenhang klarer, besonders bei Frauen, bei denen das Sistieren der Menses das Gefühl einer geschlechtlichen Minderwertigkeit aufkommen läßt, ähnlich wie man nicht selten bei Frauen mit sehr vielen Schwangerschaften Eifersucht entstehen sieht. Zu allem muß noch eine besondere konstitutionelle Veränderung hinzukommen, da selbst schwerste Beeinträchtigungen der Geschlechtslust nicht unbedingt Eifersuchtsideen entstehen lassen. Schließlich hatten wir noch einen Fall von Querulantenwahn, der ebenfalls in diesem Alter entstanden ist. Auch hier wieder äußere Anlässe ganz geringfügiger Art, hier wieder ein deutlich ausgeprägtes Wahnbedürfnis ohne sonstige Erscheinungen einer geistigen Involution.

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß die in diesem Lebensabschnitt auftretenden Fälle von Wahnpsychosen, seien es paranoide Psychosen, seien es paranoische Entwicklungen, mit oder ohne schizo-

phrene Symptome, nicht so charakteristische Zeichen einer Involution aufweisen wie die Depressionen. Ein ganz ähnliches Ergebnis fanden wir auch bei den Frauen, wie überhaupt die Formen und die Verlaufsarten sehr ähnlich sind. Nur ist die Verarbeitung der involutiven Vorgänge der Keimdrüsen bei den Frauen deutlicher. Von einer Widerspiegelung der „normal-psychologischen Eigentümlichkeiten des Involutionalters“ (*Serko*) kann man nur insofern sprechen, als Insuffizienzgefühle, Beeinträchtigungen und Kleinheitswahnideen ganz allgemein das Bild beherrschen, daß in wenigen Fällen irgendein Versagen, das mit dem Alter und dessen Folgezuständen zusammenhängt, die Psychose auslöst. Außerdem ist wie bei den meisten Fällen dieses Alters die Prognose ungünstig, und selbst dann, wenn eine äußere Beruhigung wieder eintritt, bleiben die Wahnideen bestehen. Der Grundaffekt ist entweder depressiv oder gereizt, in einigen Fällen des Eifersuchtwahns auch heiter gemischt mit zörniger Erregung. Das hypochondrische Bild fehlt meist. Der psychogene Einfluß, der bei Frauen sowohl in der Vorgeschichte wie im Beginn der Erkrankung von Bedeutung ist, sich auch bei der Involutiondepression der Männer zeigt, ist hier meist nicht vorhanden oder sehr geringfügig. Auffallend ist die einwandfrei präpsychotische Persönlichkeit, zu der das ziemlich plötzliche Auftreten meist im größten Gegensatz steht, und, vielleicht auf dem exogenen Einfluß des „Klimakteriums“ oder der Involution beruhend, ist der Verlauf so ungemein ungünstig. Als Gesamtergebnis der Untersuchungen über die paranoiden Erkrankungen des höheren Lebensalters bleibt bestehen, daß in diesem Alter neben den depressiven Erkrankungen paranoide nicht selten auftreten, daß die Bilder verschiedenartig sind, daß ein direkter Einfluß des Involutionalters sich psychologisch nicht nachweisen läßt. Schon hieran kann man sehen — es wird in der Schlußbetrachtung noch einmal darauf eingegangen werden —, daß die Existenz eines männlichen Klimakteriums sehr fraglich ist und dadurch, daß man über den Zeitpunkt nichts weiß und daß beim Kranken selbst eine Veränderung in sexueller Beziehung nicht zum Bewußtsein kommt, die Verhältnisse weit schwieriger als bei Frauen sind. Als einziger Beweis für endokrine oder hirninvolutive Vorgänge bleibt nur die Tatsache bestehen, daß eine vermehrte Tendenz, seelisch zu erkranken, vorhanden ist.

III. Die Spätschizophrenien.

In diesem schwierigsten und ungeklärtesten Kapitel handelt es sich um Erkrankungen, die einen schizophrenen Charakter haben und erstmalig im höheren Lebensalter auftreten. Daß solche Krankheitsfälle beobachtet werden, ist bekannt, ein Teil der Autoren hat von jeher eine Besonderheit abgelehnt, hat diese Erkrankungen zur Schizophrenie gerechnet. Bei einigen Fällen war immer aufgefallen, daß der Verlauf

und das Symptomenbild so abnorm ist, daß eine Sonderstellung berechtigt erscheint. Das sind besonders die bei Frauen auftretenden sog. Spätkatatonien, die einen typisch organischen Eindruck machen, bei denen von französischer Seite auch an Störungen der Ausscheidung der stickstoff- und kohlesäurehaltigen Körper, also an urämische und hyperglykämische Prozesse, gedacht worden ist. Bei Männern sind diese Erkrankungen nach unserem Material sehr selten, in den letzten Jahren ist kein Fall dieser Art hier zur Beobachtung gekommen, während bei Frauen sie auch von uns mehrfach gesehen wurden. Auch in der Literatur wird stets von Frauen gesprochen. Auch sind spät auftretende Schizophrenien nicht wahnhaften Charakters mit katatonen Symptomen oder nach dem Bilde der Dementia simplex so gut wie nie zu beobachten. In einigen Fällen, in denen man erst an eine spät beginnenden Dementia simplex denken konnte, handelt es sich um schwere organische Veränderungen, um Hirnveränderungen im Sinne der *Alzheimerschen* Erkrankung oder der *Pickschen* Atrophie oder der Arteriosklerose.

Im folgenden sei ein Fall erwähnt, der vielleicht als Dementia simplex aufzufassen ist, da ohne Vornahme der Sektion nichts Bindendes gesagt werden kann und da sichere exogene Erscheinungen vorhanden sind. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang noch der Vortrag von *Fünfgeld* (in Baden-Baden 1930), nach dem in 13 Fällen von Involutionspsychosen, teilweise ängstlichen Verwirrtheiten mit psychomotorischen Beimengungen, teilweise ängstlichen Erregungen mit Denkhemmung — sich Drusen fanden, die als Zeichen einer senilen Hirninvolution aufzufassen sind. Der Autor glaubt allerdings nicht, daß diese Veränderungen das Substrat der Psychose seien.

Fall 10. Theodor W., Landwirtschaftsbeamter, 49 Jahre.

Keine hereditäre Belastung. Besuchte eine ländliche Volksschule, auf der er gut lernte, war dann 4 Jahre beim Vater in der Landwirtschaft beschäftigt. Hat dann in der Landwirtschaft als Eleve gelernt, und hatte bis zum Kriege mehrere Stellen als Inspektor auf Gütern. Nach dem Kriege war er 3 Jahre Kanzleiange-stellter auf dem Finanzamt, wurde dann wegen Personalverringerung abgebaut, war dann 4 Jahre Postagent bis zum September 1929. Hatte aktiv gedient, wurde 1914 eingezogen, hatte sich im Kriege eine Lungenkrankheit zugezogen, wurde deswegen entlassen, hat auch Militärrente, erst 40%, dann 60% bekommen. Ist unverheiratet. War früher nie krank, hat früher mäßig getrunken, jetzt nicht mehr. Raucht mäßig, keine Geschlechtskrankheiten. War immer einsam, für sich, hat wenig gesprochen, sich wenig um die Welt gekümmert, aber immer gute Zeugnisse gehabt. Die jetzige Krankheit hat vor etwa 2 Jahren begonnen, hatte Schmerzen in den Beinen, die allmählich stärker wurden. Konnte deswegen schlecht gehen. Hatte auch Schmerzen in der Magengegend, wurde gleichzeitig in allem langsamer, schwerfälliger, gleichgültiger, war auch mal traurig, meist aber ohne Initiative, ohne Wünsche, ohne Ziele. Sein Gedächtnis ließ nach, so daß er im September 1929 seine Arbeit aufgeben mußte. Das Denken ist auch schlechter geworden, das Rechnen ist ihm schwer gefallen, auch das Sprechen. Außerdem kommen ihm immer die die Tränen, wenn er etwas erzählt. Sitzt zu Hause herum, kann sich nicht einmal zum Essen aufrufen, manchmal liegt er auch tagelang im Bett.

Macht hier bei der Aufnahme einen sehr schwerfälligen, verlangsamten und etwas depressiven, in erster Linie stumpfen, apathischen, affektlosen Eindruck. Körperlich sehr hinfällig, außerordentlich früh gealtert. Bis auf eine gewisse Steifigkeit der Muskeln keine wesentliche neurologische Veränderung. Allgemeinsomatisch: Keine besonderen Veränderungen am Herzen oder den Gefäßen, keine sicheren Anzeichen einer Arteriosklerose. An der rechten Hand finden sich vasoneurotische Störungen im Sinne einer beginnenden Reynaudschen Gangrän. Innersekretorische Störungen werden von internistischer Seite vermutet, zumal auch der Blutdruck sehr niedrig ist. Nebennierenstörungen und Keimdrüsenveränderungen werden angenommen, da sexuelle Störungen auch vorhanden sind, eine fast völlige Impotenz, doch sind darüber seine Angaben wechselnd und unsicher. Im weiteren Verlauf der Beobachtung ist der Befund wechselnd, manchmal zeigt sich ein monotones Jammern und Stöhnen, wiederholt meist in stereotyper Weise dieselben Beschwerden, meistens ist er völlig stumpf, fast mutistisch. Verharrt oft stundenlang in derselben Haltung, läßt auch die Glieder in Haltungen lange stehen, die passiv hergestellt worden sind, gibt dafür keine Erklärungen ab. Sinnestäuschungen oder Wahnideen sind nicht vorhanden. Von einer Zerrahrenheit kann man auch nicht sprechen, alle Funktionen sind verlangsamt und erschwert, vor allem ist Handeln und Wollen stark beeinträchtigt. Die Intelligenz ist leidlich erhalten, nur ist eine geringe Merkschwäche vorhanden. Orientierung ist ganz normal. Patient beschäftigt sich hier nie, seine einzigen Äußerungen sind körperliche Klagen ganz allgemeiner Art. Ißt wenig und muß schließlich gefüttert werden. Liegt dann meist im Bett, nimmt von der Umgebung nicht die geringste Notiz. Ändert sich auch später nicht, kommt schließlich in eine Anstalt.

Bei diesem Mann, der früher immer gesund war und dessen eigene wie Familienvorgeschichte in keiner Beziehung Besonderheiten bietet, entsteht Ende der 40er eine eigentümliche geistige Erkrankung mit einem anfänglichen depressiv-hypochondrischen Bild, das aber auffallend schnell zu einem allgemeinen geistigen Verfall führt. Es resultiert ein Gemisch organischer und endogener Symptome, die durch ihre Abulie, Apathie, Affektlosigkeit, angedeuteten psychomotorischen Störungen, durch eine gewisse Monotonie des Jammerns und Klagens, einer Dementia simplex ähnlich sind, so daß man hier beinahe eine Spätkatatonie vor sich zu haben glaubt, zumal auch negativistische Züge vorhanden sind. Dann ähnelt das Bild wieder sehr schweren arteriosklerotischen oder anderen senilen Hirnprozessen, einmal einem Parkinsonsyndrom, dann wieder einer senilen Demenz, dann wieder den Bildern, die man bei der *Alzheimerschen* Erkrankung usw. sieht. So ist das Bild symptomatisch ungemein vielgestaltig. Gegen die Annahme einer rein organischen Hirnerkrankung spricht das Fehlen neurologischer Symptome und körperlicher Anzeichen für eine Arteriosklerose. Auch ist eine typisch organische Demenz nicht vorhanden, zwar ist eine gewisse Merkschwäche zu finden, aber eine Desorientiertheit und ähnliche Symptome sind nicht festzustellen. Eine rein schizophrene Erkrankung ist auch nur gezwungen anzunehmen, da viele organische Zeichen sich finden und da man von einer schizophrenen Denkstörung kaum sprechen kann. Allerdings ist noch am ehesten an eine — allerdings stark gefärbte — Dementia simplex zu denken, wie aus dem schnellen

Allgemeinverfall und der Zerstörung der Gesamtpersönlichkeit sowie den Veränderungen auf affektivem und psychomotorischem Gebiet zu folgern ist. Eine restlose Erklärung dürfte hier wohl erst die Sektion bringen, wenigstens könnte sie, wenn sich keine wesentlichen pathologischen Veränderungen finden, unsere Annahme einer Spätschizophrenie rechtfertigen oder bei anderem Ergebnis uns andere Wege der Diagnostik weisen. Bemerkenswert scheint in unserem Zusammenhang in diesem Fall einmal das hypochondrisch-depressive Anfangsbild, die Rührseligkeit, die sexuellen Störungen und die endokrinen Veränderungen, wodurch der involutive Einfluß — hier sowohl von seiten der Keimdrüsen wie der Regression der Hirnrinde — ziemlich deutlich erscheint, wodurch sich auch das Überwiegen der exogenen Faktoren in diesem Krankheitsbild erklärt. Abgesehen von mancher Unklarheit in diesem Fall, der aber diagnostisch sehr interessant ist, sei noch einmal erwähnt, daß in unserm Material solche Bilder selten sind, sicher viel seltener als bei Frauen, wo gerade diese exogen gefärbten schizophrenen Bilder recht häufig zu beobachten sind.

IV. Psychogene Veränderungen.

Zum Schluß unserer Betrachtung sei auf die psychogenen Veränderungen im Involutionsalter des Mannes eingegangen, womit auch gleichzeitig die Frage des „Klimakterium virile“ näher zu beleuchten wäre. Dieses Kapitel muß von den bisherigen ganz gesondert betrachtet werden, handelt es sich doch um ganz andere Vorgänge und es sind nur solche Fälle dabei zu verwerten, bei denen spezifische involutive Erscheinungen sich finden oder das Altern oder die Involution der Keimdrüsen oder des Gehirns irgendwie inhaltlich verarbeitet wird. Diese Fälle sind nur deswegen als psychogene bezeichnet worden, als es nicht psychotische sind und als die psychischen Vorgänge die Grundlage des Krankheitsgeschehens ausmachen, womit hier noch nicht gesagt werden soll, daß nicht auch körperliche Vorgänge als Mitursache eine Rolle spielen.

Fall 11. Max C., Lehrer, 46 Jahre.

In der Familie nichts Belastendes. Selbst: In der Dorfschule gut gelernt, später auf dem Seminar und der Präparandenanstalt mehr durch Fleiß als durch Begabung erreicht. Seit 1905 Lehrer, immer an der Dorfschule gewesen. Nicht aktiv gedient wegen einer Trommelfellverletzung, im Kriege reklamiert. 1911 Heirat, Frau kränklich, Ehe im ganzen gut. 4 gesunde Kinder. Kein Trinker, keine Geschlechtskrankheiten. Nie körperlich ernstlich krank gewesen, immer sachlich, ernst, bescheiden, fleißig, ohne große Ziele und Pläne. Zufrieden mit seiner bisherigen Tätigkeit. Keine Sonderinteressen, nur gewisse Naturliebe. Psychische Veränderung seit 1 Jahr (mit 45 Jahren). „Die Nerven waren nicht mehr in Ordnung“, er war vergeblich, leichter erregbar, konnte sich nicht recht konzentrieren, hatte Schwindelanfälle, Herzbeklemmungen und plötzliches Angstgefühl, manchmal auch aufsteigende Hitze. Hin und wieder Kopfschmerzen, konnte auf dem Hinterkopf nicht schlafen. Stimmung war nicht gerade schlecht, aber auch

nicht so wie früher. Auch zeigte sich eine gewisse Weinerlichkeit und eine verstärkte Beschäftigung mit sich selbst. „Ich bin nicht mehr der alte“. Keine organischen Störungen, geringe Blutdruckerhöhung, die seinem pyknisch-athletischen Habitus entspricht. Macht hier ruhig und ohne Theatralik seine Angaben. Störungen auf urosexuellem Gebiet haben sich nicht bemerkbar gemacht, nur daß in letzter Zeit das Interesse für den Geschlechtsverkehr wesentlich nachgelassen hat, zum Teil beeinflußt durch die Furcht, dadurch seinen Körperzustand nicht weiter zu verschlechtern. Hat sich krank gemeldet, weil er sich dem Unterricht nicht mehr gewachsen fühlte. Wurde hier mit Roborantien usw. behandelt, war immer zufrieden, bescheiden, gab bald an, daß seine Beschwerden sich gebessert hatten, objektiv ließ sich eine Gedächtnisstörung oder sonstige groben psychischen Defekte nicht nachweisen. Wurde nach etwa 4 wöchiger Behandlung im wesentlichen beschwerdefrei entlassen und hat seinen Dienst bald wieder aufgenommen.

In diesem Fall, der wohl am ehesten noch zu den von *Mendel* angeführten paßt, entsteht mit etwa 46 Jahren bei einem bis dahin völlig gesunden und sehr kräftigen, zufriedenen Manne eine mit hypochondrischen Vorstellungen, dem Gefühl des Nachlassens der geistigen und körperlichen Kräfte, Angstgefühlen, Unlust zur Arbeit und zum Leben einhergehende psychische Veränderung, die keine objektiven Grundlagen hat, die auch keine äußeren Anlässe aufzuweisen hat. Hierin unterscheidet sich dieser Fall von den meisten anderen unserer Beobachtung, daß äußere Anlässe in der letzten Zeit, frühere psychische Veränderungen, hereditäre Belastung und irgendwelche Wünsche (wie Renten- oder Pensionierungswünsche) fehlen. Es ist tatsächlich ein reiner Fall einer im Involutionalter entstandenen leichteren psychischen Störung mit den klassischen, von den Autoren allgemein angegebenen Symptomen der Insuffizienzgefühle, der Weinerlichkeit, der Arbeitsunlust, der vermehrten Beobachtung des eigenen Körpers usw. Die Krankheit bestand, wenn man annimmt, daß sie bei uns endgültig beseitigt wurde, was man naturgemäß noch nicht entscheiden kann, etwa 1½ Jahre. In den meisten anderen Fällen von psychischen nicht psychotischen Veränderungen in diesem Alter überwiegt die äußere Ursache oder die Besonderheit der Anlage. Dort kann man immer von einer sog. psychopathischen Konstitution sprechen, wovon hier keine Rede sein kann. Nur insofern unterscheidet sich dieser Fall auch von den *Mendelschen* als hier die sexuelle Seite eine geringe Rolle spielt. Wohl gibt hier ebenso wie in den Fällen von Depression oder Paranoia der Kranke an, daß er weniger Interesse dafür hatte, er bestreitet aber das Vorhandensein einer Impotenz, er hat vielmehr das deutliche Gefühl, daß die sexuelle Interesselosigkeit rein sekundärer Natur ist, womit aber nicht ohne weiteres gesagt werden kann, daß sie auch sekundär ist. Wir brauchen ja nur an die Depression zu denken, bei der auch der depressive Affekt oft sekundär empfunden wird. Ähnliche Fälle wie diesen haben wir auch gesehen, wenn auch in sehr geringer Zahl, meist liegen die Verhältnisse komplizierter und wir können uns die psychogenen Beschwerden durch besondere Ereignisse und eine bestimmte Konstitution erklären, während

hier als einzige Erklärung der Alterungsprozeß in Frage käme. Man muß zugeben, daß in diesem Fall eine große Wesensverwandtschaft mit den klimakterischen Beschwerden bei Frauen besteht.

Fall 12. Hugo K., Wagenmeister, 54 Jahre.

Keine hereditäre Belastung. In der Volksschule gut gelernt, dann Schlosser geworden, 1898 zur Eisenbahn gegangen, wo er sich noch heute befindet. Nicht Soldat gewesen, 1905 verheiratet, Frau und 7 Kinder gesund, Ehe gut.

Selbst nie krank gewesen, keine Geschlechtskrankheiten, keine Trunksucht. War immer ruhig, ernst, fleißig, etwas anspruchsvoll, hatte gute Leistungen, große Ziele, ziemlich ehrgeizig, wollte weiter kommen und wurde auch ziemlich gut und schnell befördert. In den letzten Jahren nicht mehr ganz wohl, hatte Magenbeschwerden, fühlte auch etwas seine Arbeitskraft erlahmen, hatte aber die Hoffnung, Werkmeister zu werden, nachdem er dessen Dienste schon lange versehen hatte. Kurz vor der Beförderung Krach mit Vorgesetztem, den er beschimpfte. Wurde denunziert und mit einer Geldstrafe und Versetzung bestraft. Hat in Gegenwart von polnischen Beamten beleidigende Ausdrücke gegen einen Vorgesetzten gebraucht, der ihn vorher wegen einer Unrichtigkeit und Ungenauigkeit im Dienst gemäßregelt hatte. Wurde von einem Kollegen, der es hörte, angezeigt. Der Patient behauptet, daß dieser Kollege ihn aus Neid und Mißgunst denunziert hätte. Seine Versetzung habe ihn sehr gekränkt, zumal ihm der kleine Ort, wo er sich jetzt befindet, nicht gefällt. Auch wegen seiner Kinder, die zum Teil ihre Beschäftigung aufgeben mußten, zum Teil nicht mehr in die entsprechende Schule gehen konnten, habe er schwere Nachteile. Wegen aller dieser Aufregungen und Kränkungen und weil er sich schon vorher nicht wohl gefühlt hatte, sei es ihm noch schlimmer gegangen. Er hat sich sofort krank gemeldet und wurde uns zugeschickt zur Begutachtung auf Verantwortlichkeit, Frage der Tatsächlichkeit der Krankheit und weiteren Dienstfähigkeit. Hier habe der Kranke eine Reihe allgemeiner Beschwerden, Ermüdbarkeit, Herzbeschwerden, Schwindelgefühl, Vergeßlichkeit, gesteigerte Erregbarkeit, mäßigen Schlaf, sehr schlechte Stimmung, die früher immer sehr gut gewesen sein soll. Außerdem hat er keine rechte Lust mehr zur Arbeit, besonders nicht in seinem neuen Tätigkeitsbereich, wo er überzählig sei und man ihn mit geringer Arbeit beschäftige. Weint hier leicht, beteuert seine Unschuld, schiebt alles den anderen „schlechten“ Menschen in die Schuhe. Eine objektive psychische Veränderung ist nicht vorhanden. Bis auf eine seinem pyknischem Habitus entsprechende Blutdruckerhöhung keine organische Störung. Der Patient wurde nach kurzer Beobachtung als erholungsbedürftig, aber noch nicht pensionsreif entlassen.

Die Symptome sind hier ähnlich wie im vorherigen Fall, nur ist hier eine äußere Ursache vorhanden. Der Menschentyp ist auch ein ganz anderer. Der Patient war wohl immer ein Stimmungsschwankungen unterworfenener, im ganzen immer etwas leicht erregbarer, heiterer hypomanischer Mann, der seine Pflicht über dem Durchschnitt erfüllt und durch einige Erfolge bestimmt große Pläne und Hoffnungen hatte, zumal er sehr ehrgeizig war. Angeblich hat sich schon seit einigen Jahren eine Verschlechterung seines Allgemeinbefindens bemerkbar gemacht, entscheidende Wendung trat aber erst nach einem dienstlichen Ärger ein, wobei die alleinige Schuld ihn traf, wenn auch zugegeben werden muß, daß die Denunziation seines Kollegen nicht gerade für diesen spricht, so daß man wohl glauben kann, daß das nur aus Neid und Mißgunst geschehen ist. Das Auffallende ist die Reaktion auf die erfolgte Bestrafung, nämlich eine sofortige

Krankmeldung und eine ausgesprochene Flucht in die Krankheit, wobei allerdings Erscheinungen auftraten, wie man sie in diesem Lebensalter unter den verschiedensten Bedingungen sehen kann. Auch hier wieder Hypochondrie, Weinerlichkeit, Insuffizienzgefühle, depressive Stimmung usw., wobei nicht recht klar ist, was der Kranke damit erreichen will. Eine Zurückversetzung und Rehabilitierung ist bei der ganzen Sachlage unmöglich, er betont auch nicht im geringsten, daß er die Beleidigungen aus Krankheit usw. heraus vorgenommen habe, es kann ihm nur vor sich selbst darauf ankommen, sich in eine Krankheit zu flüchten, um Mitleid zu erregen und um alles Vergangene irgendwie zuzudecken, vor allem will er vielleicht etwas für die Zukunft damit erreichen, nämlich eine mildere Behandlung durch seine Vorgesetzten und vielleicht eine größere Rücksichtnahme. Hier handelt es sich demnach um einen Cyklothymen, der bei einer durch sein gesteigertes Selbstgefühl und seine anspruchsvolle Einstellung begründeten Entgleisung auf die dadurch entstehenden Folgen (Strafe) nicht mit ruhigem Weiterarbeiten und doppeltem Arbeits-eifer reagiert, sondern, was eigentlich seiner robusten, selbstbewußten und energischen, zielbewußten und ehrgeizigen Charakteranlage nicht ganz entspricht, mit der Krankmeldung, mit der Flucht in die Krankheit, mit einer Entschuldigung, die diesem Mann bestimmt nicht genügen kann. Daß er so für seine Konstitution abnorm reagiert, dafür muß man andere Ursachen suchen und wenn man hört, daß er bereits vorher allgemeine Klagen hatte und weiß, daß er 54 Jahre alt ist, dann kann man nur das Alter mit seiner geringeren Widerstandskraft dafür verantwortlich machen. Außerdem muß man auch teilweise an eine reaktiv depressive Verstimmung denken, die bei seiner Anlage zu erklären wäre. In diesem Fall also „klimakterisch“-involutive Symptome als Reaktion auf ein seelisches Trauma bei einem bis dahin gesunden robusten Cyklothymiker.

Und ähnlich wie dieser Fall sind viele. Patienten, die früher gesund. niemals übertrieben empfindlich waren, erkrankten im Involutionalter mit einer hypochondrischen Depression als Reaktion auf mehr oder weniger einschneidende Erlebnisse. Nicht immer steht die Reaktion in solchem Gegensatz zur Persönlichkeit wie hier, oft sind es Menschen, die konstitutionelle Schwächen aufweisen.

Fall 13. Gottfried Sch., Arbeiter, 44 Jahre.

Familienanamnese ohne Besonderheiten. In der Volksschule gut gelernt, dann immer als ungelernter Arbeiter in den verschiedensten Stellen tätig gewesen. Aktiv gedient, im Kriege, 1916, durch Tuberkulose Verlust eines Hodens, danach ohne besondere Beschwerden entlassen, war er wieder in verschiedenen Fabriken tätig. Nach der Rückkehr aus dem Felde gleich von der Frau wegen seines Hodenverlustes verhöhnt, wurde allmählich immer unfähiger zum Geschlechtsverkehr. Völlige Impotenz erst seit 2—3 Jahren zugleich mit zahlreichen anderen Beschwerden. Hier in der Klinik zur Begutachtung, da er Kriegsrentenantrag gestellt hat. Macht einen reizbaren und empfindlichen Eindruck, ist leicht beleidigt, neigt dazu, alles

auf sich zu beziehen. Schildert seine Ehe, die seit 1910 besteht, als im ganzen früher immer gut, erst seit dem Kriege schlechter, besonders aber in den letzten Jahren, wo es wegen seiner Impotenz zu dauernden Reibereien komme. Er habe manchmal Lust zum Geschlechtsverkehr, jedoch gehe es dann nicht, weil seine Frau sehr bald zu schimpfen anfangt, daß er dahin gehen solle, wo man ihn zum Krüppel gemacht habe, er solle sich zum „Teufel scheren“, usw. Dann werde es für ihn immer schlimmer. In letzter Zeit habe sich sein Zustand im ganzen verschlechtert, er sei müde, reizbar, nur noch ein halber Mensch, sei in allem gleichgültig und sein Interesse für die Umgebung sei auch erloschen. Auch sei seine Stimmung meist sehr schlecht. Ab und zu sei er unruhig, laufe erregt hin und her und könne sich oft nicht beherrschen. Eifersüchtig sei er nicht, es sei ihm egal, was seine Frau mache, er wolle seine Ruhe haben. Somatisch: Bis auf den Verlust eines Hodens o. B. Anderer Hoden normal funktionstüchtig. Während der weiteren Beobachtung hier ohne Besonderheiten, etwas gedrückt und unwillig, auch nicht selten zu Konflikten neigend, wenn er angesprochen wird. Ist meist für sich allein. Athletischer Habitus und Blutdruckerhöhung. Nach einer Erkundigung über seine Frau ist diese ruhig, bescheiden, höflich, solide, hat einen sehr guten Ruf, von Ehestreitigkeiten ist den Nachbarn nichts bekannt. Über ihren Ehemann hat sie sich nie abfällig geäußert.

Dieser Fall ist vielfach kompliziert, einmal war ein Trauma vorhanden, das zum Verlust eines Hodens führte, dann ist die Impotenz zum Teil psychisch bedingt, dadurch, daß autosuggestive Hemmungen entstanden sind, einmal durch die Tatsache des Hodenverlustes, dann durch die angebliche Verhöhnung durch die Frau. Dazu kommt hier ein Rentenwunsch, da er hofft, wegen der Impotenz und der sekundären Störungen eine Rente zu erhalten, so daß man von seinen Beschwerden etwas abziehen muß. Auffallend bleibt nur und deswegen ist der Patient in diesem Zusammenhang mit erwähnt worden, daß ein sonst gesunder Mann, bei dem man keine Anzeichen einer psychopathischen Konstitution früher bemerken konnte, anfangs der 40er Jahre psychisch impotent wird, obwohl dazu bei seiner etwa 12 Jahre zurückliegenden Verwundung längst Gelegenheit gewesen war. Neben der psychischen Impotenz kommt es auch zu allen möglichen Beschwerden, die zum Teil durch eine mangelhafte sexuelle Befriedigung zu erklären sind, zum Teil auf Rentenwünsche zurückzuführen sind, zum Teil aber auch Folge der ganzen veränderten Lebenseinstellung in der Involution sein können. Ich sage hier ausdrücklich, „sein können“, man braucht es nicht so zu sehen. Man braucht auch nicht die Impotenz als Folge eines tatsächlichen Nachlassens der Keimdrüsentätigkeit anzusehen. Man kann sich aber denken, daß eine wohl schon seit dem Kriege etwas verminderte Potenz — zuerst rein psychisch bedingt — jetzt zur vollkommenen Impotenz führte, weil ein vielleicht vorhandenes Klimakterium ein Nachlassen der Geschlechtslust bewirkte, die aber dem Kranken, was auch verständlich ist, als Folge seiner Kriegserkrankung erscheint. Ebenso wird das Versiegen der Geschlechtsfähigkeit auch von der Frau aufgefaßt werden, wodurch es dann zu ihren Äußerungen kommt, die seine völlige psychische Impotenz herbeiführen, die nach der noch erhaltenen Funktions-

tüchtigkeit des vorhandenen Hodens durchaus noch nicht zu erwarten wäre. Es sind hier also sicher verschiedene Faktoren vorhanden, die zu der jetzigen Erkrankung führen, es bleibt aber doch bemerkenswert, daß die entscheidenden Veränderungen erst soviel später aufgetreten sind.

Fall 14. Gustav R., Tischler, 44 Jahre.

Hier zur Begutachtung auf *Invalidität*. Keine hereditäre Belastung. In der Volksschule leicht gelernt, dann Tischler geworden, keine Trunksucht. Bis auf Rheumatismus früher immer gesund gewesen. Seit 21 Jahren verheiratet, Ehe gut, 4 Kinder.

Angeblich schon etliche Jahre krank, sei „kaputt“, habe sich aber immer zusammengehalten, zuletzt sei es nicht mehr gegangen. Hatte Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche, Schwindelanfälle, Magenbeschwerden, rheumatische Beschwerden, Herzkrankheit usw. Bringt seine Beschwerden im mürrisch-verdrossenem Tonfall vor, ist wehleidig, spricht lässig, leise, undeutlich. Der Schlaf sei unregelmäßig, die Stimmung sei schlecht, er mache sich Gedanken über seine Zukunft, Sorgen auch wegen der Krankheit. Zeigt aber objektiv keinen ausgesprochenen depressiven Affekt. Behauptet, Schwindelanfälle zu haben, wenn er sich hastig umdrehe. Bei der Intelligenzprüfung pseudodemente Züge, daneben auch schwach-sinnig. Im ganzen mürrisch, ablehnend, lässig, demonstrativ. Stöhnt in demonstrativer Weise. Versucht auch hier auf der Station Temperaturerhöhung vorzutäuschen. Wird nicht invalidisiert. Somatisch keine Besonderheiten.

Bei einem schon immer kränklich gewesenen Manne entwickelt sich im Alter von etwa 44 Jahren eine mit ausgesprochenen Wunschtendenzen und starker psychogener Überlagerung einhergehende allgemein nervöse Störung, deren Symptome ähnlich denen sind, die wir bei Nichtversicherten in diesem Alter auch beobachten. Gerade hierin liegt nach meiner Ansicht eine große Wichtigkeit, daß diese Beschwerden, die hier in erster Linie zweckbetont sind, die vielleicht auch vorgetäuscht werden, bei Nichtversicherten in derselben Art auftreten können. Nur die Art der Beschwerden und wie sie vorgebracht werden, dürfte etwa anders sein, wenn auch in diesem Lebensalter sich leicht demonstrativ und theatralische Züge hinzugesellen, nur daß eine ausgesprochene Pseudodemenz und künstliche Fiebertäuschungen bei den anderen Kranken kaum beobachtet werden, wenn nicht irgendwelche anderen Wünsche dort vorhanden sind. Durch die Erkenntnis dieser Tatsache muß man auch die Fälle anders beurteilen, als es meist geschieht. Es ist ein Unterschied, ob solche Beschwerden, die einen rein psychogenen, durch Rentensucht entstandenen Eindruck machen, im Involutionalter auftreten oder zu anderen Zeiten. Es ist auch auffallend, daß bei beiden Geschlechtern — bei den Frauen wesentlich öfter, — solche Invalidenrentenwünsche sich in diesem Alter besonders häufig bemerkbar machen. Eine Invalidität kann aber erst dann angenommen werden, wenn das Gesamtverhalten darauf deutet, daß es sich wirklich um eine stärkere Störung handelt, nicht wenn man durch das Verhalten annehmen muß, daß die Kranken wesentlich weniger Beschwerden haben, als sie vortäuschen. Allerdings läßt sich einwenden, daß die vermehrte Einstellung

auf den eigenen Körper und die depressive Grundnote erst diese übertrieben erscheinenden Beschwerden entstehen lassen.

Fall 15. Friedrich R., Besitzer, 42 Jahre.

Vater Trinker, Mutter „sehr nervös“. In der Landschule gut gelernt, dann dem Vater in der Landwirtschaft geholfen, Maurer gelernt, bis 1924 als Maurerpolier tätig gewesen. Danach ein eigenes Hausgrundstück und Kolonialwarengeschäft. Erste Frau starb an Lungentuberkulose, zweite Frau lebt, ist nervös, Ehe früher immer gut gewesen. War immer sehr leicht erregbar, aber fleißig und tüchtig. Seit dem Kriege noch weitere Steigerung der Erregbarkeit. Deutliche Veränderung aber erst seit einigen Monaten: war jähzornig, schlug seine Frau, war stark in Schulden, machte unsinnige Käufe, mußte beim Grundstückkauf noch nachzahlen, seitdem läuft er sinnlos im Garten herum, stöhnt und klagt über alle möglichen Beschwerden. Wollte den Kauf rückgängig machen, was aber nicht mehr möglich war. Grübelte viel und klagte über Kopfschmerzen. Nach dem Bericht des einweisenden Arztes war er früher ein sehr guter Geschäftsmann, um so auffälliger war sein letztes Verhalten, er zeigte einen auffallenden Mangel an Merkfähigkeit und eine deutliche Ideenflucht. Soll für geschäftliche Transaktionen nicht verantwortlich sein, soll sich daher in der Klinik für ein eventuelles gerichtliches Gutachten beobachten lassen. War hier anfangs depressiv, wird aber, sobald man auf seine geschäftlichen Angelegenheiten zu sprechen kommt, munter, sehr lebhaft, spricht immer wieder spontan davon und ist kaum davon abzubringen. Fragt selbst nach der Zuständigkeit des § 51 für ihn und bittet um Atteste. Sagt selbst, daß er sehr nervös sei, sich leicht hinreißen lasse, deshalb seine Frau öfter geschlagen habe. Dauernde Kopfschmerzen, Verschlechterung des Denkens, schlechte Stimmung, starke Vergeßlichkeit, Interesselosigkeit für geschlechtliche Dinge, schlechter Schlaf, das seien seine Hauptbeschwerden. Dazu komme noch ein ziemlich häufiges Erbrechen. Das sei alles durch seinen vielen geschäftlichen Ärger gekommen, den er aber schon seit Jahren habe, der allerdings besonders schlimm erst in diesem Jahre wurde. Er habe sich überkauft, er habe viel Wechselschulden, er sei das Opfer betrügerischer Agenten. Das Land, das er sich gekauft habe, sei schlecht, außerdem sei es kleiner angegeben worden, als es tatsächlich war, sodaß er nachzahlen mußte, was er aber nicht mehr konnte. Diesen ungünstigen Kauf habe er sich zu Herzen genommen, sei im Garten immer aufgeregt hin- und hergelaufen, habe nirgends mehr Ruhe gefunden. Könne sich auf alle Vorgänge beim Kauf besinnen, nur sei er stark aufgeregt gewesen. Somatisch: Pykniker, o. B.

Patient ist später immer leicht erregt, aber geordnet. Nach wesentlicher Besserung seiner Beschwerden entlassen.

Bei diesem Maniakus mit starker Reizbarkeit entwickelt sich im beginnenden Involutionalter eine reaktive Erregung als Folge eines wirtschaftlichen Verlustes. Die Art der Reaktion scheint mir auffallend, da man bei diesem reizbaren Mann eher eine manische Erregung erwartet hätte, und statt dessen einen manisch-depressiven Mischzustand mit äußerer Unruhe, depressivem Grundaffekt, ausgesprochenen hypochondrischen Vorstellungen und übertriebenen Angaben über seine Krankheit findet, wobei zu berücksichtigen ist, daß Wunschtendenzen (Entschuldigung für unsinnige Käufe) vorhanden sind. Fragt man nach den Gründen, die zu den unsinnigen Käufen bei diesem tüchtigen Geschäftsmann führten, so muß man auch wieder daran denken, daß es sich um einen manischen Zustand handelte, in dem ihm die Übersicht

und Dispositionsfähigkeit durch seinen gesteigerten Tätigkeitsdrang, sein gehobenes Selbstgefühl und seine Kritiklosigkeit verloren ging. Es wäre demnach die Frage zu erörtern, ob dieser Fall nicht in die Gruppe der Depressionen dieses Alters hineingehört, jedoch ist die Hauptursache der Erkrankung, soweit wir sie gesehen haben neben seiner Konstitution und neben dem Alter, das aber hier nur eine gewisse Färbung (nämlich die depressiv-hypochondrische Färbung, die bei ihm schwer zu erwarten war) abgegeben hat, das Reaktive, das Psychogene, das äußere Ereignis und die darauf erfolgte Reaktion.

Wenn auch schon in diesem letzten Abschnitt bei den einzelnen Fällen das Wesentlichste besprochen wurde, sei noch einmal darauf hingewiesen, daß Veränderungen, wie sie von *Mendel* beobachtet wurden und die ihn dann veranlaßten, den Begriff „Klimakterium virile“ zu schaffen, nur selten bei uns zur Beobachtung kommen und daß in diesen Fällen die sexuelle Seite von so untergeordneter Bedeutung ist, daß man wohl die Beschwerden durch ein Klimakterium erklären *könnte*, es aber nicht unbedingt *braucht*. Es könnten auch erste Anzeichen eines beginnenden Involutionsprozesses sein und selbst dann, wenn es wieder besser wird, wie es in den Fällen von *Mendel* meist der Fall war, ist zu bedenken, daß die ersten zum Bewußtsein kommenden Anzeichen einen gewissen reaktiven Einfluß auf dem Wege über die Psyche bewirken und daß dann eine Gewöhnung eintritt, aber nicht eine tatsächliche Heilung vorhanden ist. Unser Material ist dafür nicht geeignet, mit wenigen Ausnahmen sind die Fälle schwerer und es scheinen diese Fälle leichtester Störungen, die den weiblichen klimakterischen Beschwerden verwandt sind, hauptsächlich in der Praxis beobachtet zu werden. Bei der ganzen Unsicherheit, ob es überhaupt ein Klimakterium beim Manne gibt, läßt sich dieser doch nur imaginäre Vorgang kaum als Hilfsursache einer psychischen Störung mitheranziehen. Wir wissen nur die Tatsache, daß psychische, nicht psychotische Störungen in diesem Alter häufig sind, die denen der Frau in ihrer Symptomatologie ähneln. Im übrigen werden meist Krankheitsfälle in diesem Lebensalter beobachtet, bei denen eine Reihe von Ursachen zusammen kommen. Meist ist dann eine konstitutionelle Abwegigkeit vorhanden, Cyclothyme, reizbare Psychopathen usw., dazu kommen mehrfach besondere Ereignisse in der früheren und letzten Vorgeschichte, andere körperliche Krankheiten und schließlich noch Renten- oder Pensionierungswünsche. Dem klimakterisch-involutiven Einfluß kann man nur ein bestimmt gefärbtes Symptomenbild zuschreiben, es zeigt sich eine gewisse Weinerlichkeit, hypochondrische Vorstellungen und unter Umständen auch ein Angstaffekt, immer eine Neigung zu übertreiben, seine Krankheit und sein Los schwärzer darzustellen als es ist. Das Involutionalter spiegelt sich in diesen Bildern wieder, dem Alter ist aber meist nur eine Färbung des Bildes zuzubilligen, die Hauptursachen liegen auf anderen Gebieten.

Ausgenommen ist nur der erste Fall dieser Gruppe, bei dem konstitutionelle Veränderungen wie besonders äußere Anlässe fehlen. Hier könnte, wie schon oben gesagt, das Alter die Hauptursache abgeben, jedoch sind diese Fälle hier sehr selten beobachtet worden. Die meisten sind Gutachtenfälle oder reaktiv-depressive oder reaktiv-erregte Kranke, bei denen das äußere, den Anstoß gebende Ereignis sich nachweisen läßt. Daran knüpft sich dann eine mehr oder weniger wunschbetonte Verarbeitung des Erlebnisses und in den meisten Fällen eine hypochondrisch gefärbte Depression. Bei den Invalidenrentengutachten gilt im großen und ganzen dasselbe, was bei Frauen in diesem Alter zu beachten ist. In Frage käme, wenn man von einem Klimakterium sprechen will, nur eine vorübergehende Invalidisierung, aber nur in solchen Fällen, in denen schwere psychische Veränderungen vorhanden sind, oder wenn man den Eindruck hat, daß die Kranken durch die Besonderheit ihrer Einstellung zu ihrem eigenen Körper oder zur Umwelt außerstande sind, ihrer oder irgendeiner anderen Beschäftigung nachzugehen, wobei ausgesprochene Neigung zu Übertreibungen mit pseudodementen Zügen immer den Verdacht erwecken muß, daß hier nur Rentenwünsche vorhanden sind, daß die tatsächlichen seelischen Leiden äußerst gering sind. Wichtig ist dabei auch der Gesamtkörperzustand und das eventuelle Vorhandensein irgendwelcher organischer Störungen. Außerdem ist auch in Fällen, in denen ein wirklich schweres psychisches Trauma vorausging, besonders wenn konstitutionelle und involutive Faktoren hinzukommen, eine vorübergehende Invalidisierung notwendig. Am besten wird noch meist eine Behandlung zu empfehlen sein, wobei auf psychotherapeutische Einflüsse zu hoffen ist. Zusammengefaßt sind zwar die Beurteilungen der Invalidenrentengutachten bei Männern ähnlich, nur nicht so ausgeprägt und klar wie bei Frauen. Es fehlt die Menopause, die doch immer einen gewissen Anhaltspunkt dafür gibt, daß hier irgendein größeres körperliches Ereignis vorausgegangen ist. Beim Manne fehlt etwas Ähnliches und die Vermutungen sind zu unsicher, als daß man daraus sichere Schlüsse für die Begutachtung ziehen könnte. Zum Schluß noch einige Worte über die Sexualität! Diese spielt in unseren Fällen eine sehr geringe Rolle und steht in keinem Verhältnis zu der Bedeutung bei der Frau. Es wird in vielen Fällen von einer gewissen Abschwächung gesprochen, auch sagen die Kranken nicht selten ähnlich wie bei den Depressionen, daß sie erst sekundär ein Nachlassen ihres Interesses für geschlechtliche Dinge bemerkt haben. Es wurde schon oben erwähnt, daß es noch nicht gesagt ist, daß diese Empfindung des Kranken richtig ist. Es könnte immer noch eine innersekretorische Störung, z. B. eine Altersinvolution der Keimdrüsen die Ursache der psychischen Veränderung oder mindestens der bestimmten Färbung oder wenigstens die Ursache der Bereitschaft, psychisch zu erkranken, abgeben. Das Gegenteil läßt sich nicht beweisen, die Tatsache

aber auch nicht. Nur in einem unserer Fälle handelt es sich um sexuelle Störungen, die aber psychologisch ganz anders bedingt sind.

Zusammenfassend kann zu diesem Abschnitt nur soviel gesagt werden, daß im höheren Lebensalter des Mannes, wobei die Spanne ziemlich weitgehend ist, nämlich zwischen dem 43. und 56. Lebensjahr, nicht nur eine vermehrte Tendenz, psychotisch zu erkranken, vorhanden ist, sondern auch vermehrt psychogene Reaktionen und Rentenwünsche auftreten, so daß man irgendwelche Einflüsse des Alters, seien diese nun innersekretorischer oder hirninvolutiver Art, annehmen muß.

V. Schlußbetrachtungen.

Im Schlußabschnitt muß abgesehen von einer zusammenfassenden Betrachtung auch auf die oben gestellten Fragen eingegangen werden. Als Gesamtergebnis können wir folgende Punkte herausheben.

1. Wir fanden bei einer Betrachtung aller im sog. Involutionalter (d. h. einer Zeit, die zwischen den Jahren 40 und 60 liegt), beim Manne auftretenden Geistesstörungen einschließlich der Psychoneurosen, daß zweifellos in diesem Alter eine große Neigung, psychisch zu erkranken, vorhanden ist. Im ganzen genommen überwiegen die psychischen Krankheiten zahlenmäßig bei Männern dieses Lebensabschnittes. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß wegenluetischer, alkoholistischer und krimineller psychischer Erkrankungen eine große Zahl von Männern in diesem Lebensabschnitt zur Behandlung kommt, so daß nach Abzug dieser Gruppen, die hier selbstverständlich weggelassen wurden, die Zahl der neu auftretenden Erkrankungen bei Männern geringer ist als bei Frauen. Daraus ist wohl sicher schon jetzt der Schluß zu ziehen, daß die Frau mehr als der Mann dazu neigt, psychisch in diesem Lebensabschnitt zu erkranken. Es bleibt aber immer noch die Tatsache bestehen, daß eine Reihe psychotischer und psychoneurotischer Krankheitsfälle auch beim Manne vorhanden ist, die sich durch exogene Faktoren bekannter Art nicht erklären lassen.

2. Die Frage des sog. „*involutiven Faktors*“ muß dahin beantwortet werden, daß wir bei einer Reihe von Krankheitsfällen bei Männern Veränderungen finden, die darauf deuten, daß involutive Einflüsse vorhanden sind. Diese involutiven Einflüsse (ganz allgemein gesprochen, vorläufig ohne Differenzierung zwischen Keimdrüsenalteration und Involution der Hirnrinde) zeigen sich in der vermehrten Beschäftigung mit seinem eigenen Körper, in den mehr oder weniger ausgeprägten, teilweise fast wahnhaften hypochondrischen Vorstellungen, in dem häufigen Auftreten des Angstaffektes, in der fast allen Erkrankungen dieses Lebensalters anhaftenden depressiven Affektlage, in dem protrahierten und schleppenden Verlauf, der ungünstigen Prognose, dem Übergang in geistige Schwächezustände. Hier läßt sich ähnlich wie bei der Frau,

wenn auch lange nicht so ausgeprägt, der Einfluß des Alterungsprozesses in seiner Widerspiegelung in der Färbung der Psychosen nachweisen.

3. Eine weitere wichtige Frage: *Gibt es ein Klimakterium virile?* Nach dem Ergebnis unserer Untersuchung muß die Frage, wenn sie so formuliert ist, also, wenn sie einen dem weiblichen Klimakterium entsprechenden Prozeß annimmt, negiert werden. Wir haben keine Beobachtungen, die darauf deuten könnten, daß sichere Keimdrüsenveränderungen im Sinne eines Klimakteriums vorhanden sind. Fehlen also schon alle organischen Grundlagen, so ist auch ein Analogieschluß vom Klimakterium femininum nicht zu ziehen, da wir zwar psychopathisch ähnliche Vorgänge in einigen Fällen finden, die aber bei der Frau nur eine Steigerung des normalen Unbehaglichkeitsgefühls und der Charakteränderung dieser Zeit darstellen. Es wurde schon oben gesagt, daß das Klinikmaterial nicht allein dafür maßgebend sein kann, da die leichteren Störungen nur sehr selten zur Behandlung kommen. Psychopathologische Ähnlichkeiten zwischen beiden Geschlechtern sind bei allen Erkrankungen dieses Lebensabschnittes vorhanden, jedoch läßt sich daraus noch nicht der Schluß ziehen, daß es sich hier bei beiden um Keimdrüsenveränderungen handelt. Dagegen spricht schon die Tatsache, daß man auch bei der Frau nur teilweise das Klimakterium für die Erkrankungen verantwortlich machen kann, nur dann, wenn ein zeitlicher Zusammenhang sicher vorhanden ist. Wie schwer dieser zeitliche Zusammenhang beim Manne zu finden ist, wurde schon oben erwähnt. Zum Vergleich sind nur jene psychoneurotischen Bilder zu gebrauchen, bei denen auch körperliche Beschwerden ähnlicher Art wie bei der Frau auftreten. Dabei ist zu bedenken, daß es sich um reine Alterungseinflüsse handeln kann, dagegen spricht auch nicht die Besserung, da eine gewisse Gewöhnung an die verminderten Fähigkeiten usw. eintreten kann und da mit einer späteren Wiedererkrankung zu rechnen ist, wie man ja auch nicht selten sieht, daß diese Remissionen nur kurzdauernd sind. Ein körperliches Hauptsymptom, das nur annähernd dem der Frau entspricht, die Menopause und die Involution der Keimdrüsen, fehlt ganz, da das Nachlassen und völlige Sistieren der Keimdrüsenfunktion zu den verschiedensten Zeiten des Lebens auftreten kann, wie eigentlich von allen Autoren angegeben wird. Man kann in gewissen Fällen von Psychoneurosen, die man in der Klinik kaum zu sehen bekommt, wohl an die Möglichkeit eines Zusammenhangs denken, besonders wenn über Hypofunktionen der Keimdrüsen geklagt wird, man kann es auch dann nicht beweisen. Ein wirkliches Klimakterium ist es auch dann nicht, weil es ja nur in einzelnen besonders gelagerten Fällen sich einstellt, nicht aber die Norm ist. Dasselbe gilt auch für die Psychosen, bei denen Klagen über sexuelles Nachlassen niemals mehr betont wird, als bei ähnlichen Erkrankungen anderer Lebensalter. Man muß demnach nur an dem Einfluß des allgemeinen Alterungsprozesses

festhalten, der sowohl in einer, wenn auch beim Manne gerade mäßigen Veränderung der Keimdrüsen, als auch in einer Involution des funktionierenden Hirnrindengewebes und der übrigen Körperorgane besteht. Man muß zusammenfassend *Hoches* Ansicht nur unterstreichen, man kann es so sehen wie *Mendel* — besonders wenn man diese Fälle wie *Mendel* beobachtet — aber man braucht es nicht. Für die psychotischen Veränderungen und für einen großen Teil der Psychoneurosen kommt ein sog. „Klimakterium virile“ als Ursache nicht in Frage. Nur einzelne besondere Fälle können durch eine Keimdrüseninvolution erklärt werden.

4. *Welche einzelnen Krankheitsbilder beobachten wir in der Involution des Mannes?* An erster Stelle sind die Melancholien zu erwähnen die ohne vorherige Phasen mitunter nach kleinen äußeren Anlässen, in diesem Lebensalter ausbrechen. Das Wesen der Erkrankung entspricht den Fällen anderer Lebensalter, hinzu kommt nur eine starke hypochondrische Einstellung, ein deutlich ausgeprägter Angsteffekt und mitunter, aber lange nicht so häufig wie bei der Frau, eine Mischung mit Bewegungsdrang, sodaß ein Bild resultiert, das dem manisch-depressiven Mischzustand verwandt ist. Auch ist die Prognose ungünstiger als bei Melancholien anderer Lebensalter. Von dieser Melancholie sieht man Übergänge sowohl nach der paranoiden als auch zur psychogen-reaktiven Seite hin. Es sind Fälle zu beobachten, bei denen die Unterbringung in einer Gruppe ziemlich schwer ist. Neben den Melancholien ist eine Hauptgruppe die Psychoneurosen mit allen ihren Variationen, bei denen Bilder plötzlich aufgetretener allgemeiner psychogener Beschwerden, die nur durch die Tatsache des beginnenden Alterungsprozesses sich erklären lassen, mit solchen reaktiver, nur besonders gefärbter Veränderungen abwechseln. Bei den Versicherten findet man oft in diesem Alter den Wunsch, Rente zu erhalten oder pensioniert zu werden, das Gefühl der Insuffizienz, läßt diese Versorgungswünsche leicht erklären. Auch hier sind es oft Fälle, in denen das bisherige Leben in keiner Weise einen Anhalt für das Vorhandensein einer sog. „psychopathischen Konstitution“ gibt. Die paranoiden Veränderungen dieses Lebensabschnittes sind nicht einheitlich, unterscheiden sich auch kaum von Bildern anderer Lebensalter. Das gilt besonders für die Fälle, die wir zur schizophrenen Gruppe zu rechnen pflegen, für die Dementia paranoides. Etwas anderes ist es bei jenen paranoiden Erkrankungen, die depressiv beginnen, die anfangs das typische Bild einer Involutionsmelancholie bieten, bei denen der „involutive Faktor“ mindestens anfangs eine Rolle spielt. In vielen Fällen bleibt das hypochondrisch-depressiv-wehleidige Bild bis zuletzt bestehen. Die Prognose aller dieser Erkrankungen ist ungünstig. Daß in diesem Lebensabschnitt auch Fälle reinen Eifersuchts- und Querulantenwahns auftreten, läßt sich unschwer aus der ganzen Einstellung erklären. Ein wesentlicher Unterschied in Färbung und Verlauf gegenüber ähnlichen Erkrankungen anderer Lebensalter ist nicht gegeben.

Schließlich bleiben noch diejenigen schizophrenen Fälle übrig, die in diesem Lebensabschnitt erstmalig auftreten, die wie oben auseinander-gesetzt bei uns sehr selten beobachtet wurden. Soweit sie zur Beobachtung kamen, hatten sie ein ausgesprochenes depressiv-involutives Anfangs-stadium. Es waren zwar durch den involutiven Faktor stark exogen (sowohl somatogen wie auch psychogen) gefärbte Bilder, jedoch solche ausgesprochen exogenen Krankheitsformen, wie wir sie bei der „Spät-katatonie“ bei Frauen beobachtet haben, fanden wir nicht.

5. Die Frage der Übereinstimmung der psychischen Veränderungen bei beiden Geschlechtern muß dahin beantwortet werden, daß zwar viele Ähnlichkeiten vorhanden sind, daß aber doch beim Manne nicht alles so ausgeprägt ist wie bei der Frau. Das Alter ist, wie schon oft auch von anderer Seite hervorgehoben wurde, verschieden, im allge-meinen fallen die involutiven Erkrankungen des Mannes in ein späteres Jahrzehnt, die erhebliche Belastung, die präpsychotische Persönlichkeits-entwicklung, das Hinzukommen der äußeren Ursachen (also der exogen-psychogene Einfluß) ist nicht so deutlich. Es fehlt vor allem als wichtiger, dem Kranken zum Bewußtsein kommender Faktor, der also auch psy-chogen zu verwerten ist, das Erlebnis der Menopause und damit der Involution der Keimdrüsen, wozu bei der Frau noch diese Tatsache als exogen-somatogene Mitursache hinzukommt. Auch sind die Krank-heitsbilder von denen anderer Lebensalter bei den Frauen wesentlich mehr unterschieden als beim Manne. Schließlich finden sich bei Frauen Bilder, wie wir sie beim Manne nicht sehen (die Spätkatatonie). Auch ist die Vielgestaltigkeit des Symptomenbildes bei der Frau ausgeprägter, besonders der klimakterisch-involutive Faktor deutlicher. Die Invaliden-entenwünsche sind auch anders motiviert, da ein dem Klimakterium entsprechender sinnfälliger Vorgang beim Manne fehlt. Gemeinsam ist beiden Geschlechtern die vermehrte Bereitschaft, in diesem Alter psychisch zu erkranken, und der das Bild färbende und den Verlauf ungünstig beeinflussende exogene Faktor.

6. In den meisten Fällen lassen sich eine Reihe ätiologischer Faktoren nachweisen, jedenfalls müssen wir — schon wegen der Wesensverwandt-schaft dieser Bilder mit denen anderer Lebensalter — annehmen, daß neben den exogen-somatogenen des Alters und den exogen-psychogenen der Lebenssituation sicher noch endogene Faktoren vorhanden sind, die die Erkrankung entstehen lassen.

Wir sehen also ähnlich wie bei der Frau, das Zusammenwirken ver-schiedener exogener und endogener Faktoren bei den Psychosen und Psychoneurosen dieses Lebensabschnittes. Die restlose Entscheidung wird erst dann fallen, wenn entweder der Begriff „endogen“ in seine Bestandteile aufgelöst und erklärt sein wird, oder wenn man ihn als Ursache ganz fallen lassen kann und die Psychosen durch körperliche Vorgänge zu erklären imstande sein wird.

Literaturverzeichnis.

Chatagnon, Trelles et Ballarín: Troubles de l'utilisation et de l'élimination des corps azotés de psychose involutive post-ménopausique. Zbl. Neur. **57**, 503. Ref. *E. Jacobi*. — *Church, Archibald*: Nervous and mental disturbances of the male climacterium. Zbl. Neur. **1910**, 1293. — *Fleury, de Maurice*: Sur le retour d'âge de l'homme. Neur. Zbl. **1910**, 1294. — *Fünfgeld, E.*: Involutive Psychose und Senium. Zbl. Neur. **57**, 555, Autoreferat nach einem Vortrag. — *Hoche, A.*: Die Wechseljahre des Mannes. Berlin: Julius Springer 1928. — *Hollander, Bernhard*: Klimakterium virile. Neur. Zbl. **1910**, 1282 f. — *Jacobi, E.*: Invaliditätsbegutachtungen bei psychischen Veränderungen im Klimakterium. Arch. f. Psychiatr. **87**. — Die Psychosen im Klimakterium und in der Involution. Arch. f. Psychiatr. **90**. — Die Psychosen im Klimakterium. Klin. Wschr. **1930**, 1410 f. — *Juarros, César*: Psychoneurotische Formen der männlichen Klimax und ihre Opothérapie (span.). Zbl. Neur. **41**, 418 Ref. *Reich*. — *Kryspin-Exner, W.*: Über Verlaufsformen von Psychosen des höheren Lebensalters. Arch. f. Psychiatr. **70**, 369. — *Marcuse, Max*: Zur Kenntnis des Klimakterium virile insbesondere über urosexuelle Störungen und Veränderungen der Prostata bei ihm. Neur. Zbl. **1916**, 577 f. — *Mendel, Kurt*: Klimakterium virile. Neur. Zbl. **1910**, 1124 f. — Klimakterium virile. Zbl. Neur. **29**, 385 f (1922). — *Rohde, E.*: Klimakterium virile (Schwedisch). Zbl. Neur. **47**, 214 (1927). Ref. *Zeiner-Henriksen*. — *Vaerting, M.*: Wechseljahre bei Mann und Weib. Neur. Zbl. **1918**, 306 f.