Charakter, Konstitution und der Aufbau der manisch-melancholischen Psychosen unter besonderer Berücksichtigung der biologischen Grundlagen.

Von
Privatdoz. Dr. G. Ewald.

(Aus der psychiatrischen Klinik Erlangen [Direktor: Prof. Dr. G. Specht].)

(Eingegangen am 14. Juni 1921.)

Die psychiatrische Forschung hat lange Jahre hindurch der Struktur der Charaktere psychisch erkrankter Individuen und der Bedeutung der Charaktereigenschaften für den Aufbau der Psychosen nur wenig Beachtung geschenkt; erst in letzter Zeit ist ein Umschwung eingetreten. Die rein somatisch-lokalisatorische Betrachtungsweise hat an Boden verloren, psychologische Analyse und psychopathologische Forschung treten wieder mehr in den Vordergrund. Ja, man könnte sogar mitunter meinen, daß man darin ein wenig zu viel des Guten zu tun geneigt ist, und den Pfad naturwissenschaftlich orientierter Forschung — und die Psychiatrie ist letztlich doch ein Teilgebiet der naturwissenschaftlich fundierten Medizin — zu weit verläßt, und der Erforschung rein seelischer Phänomene etwas einseitig Rechnung trägt. Dieser Gefahr vorbeugen zu helfen, ist einer der Gründe der vorliegenden Arbeit. Es kann aber keinem Zweifel unterliegen, daß die frühere Vernachlässigung psychopathologischer Betrachtungsweise ein Fehler war, und daß wir uns von der Wiedergutmachung dieser Unterlassungssünde neue Fortschritte für unsere Wissenschaft versprechen dürfen.

Das Verdienst, mit größtem Nachdruck auf diese Notwendigkeit hingewiesen zu haben, gebührt Kretschmer¹⁸⁾. In seinem Buch über den „sensitiven Beziehungswahn“ hat er uns wertvolle Gedanken zur psychiatrischen Charakterlehre vermittelt, und gezeigt, wie man das Wirken der charakterlichen Struktur im Bilde von Psychosen verfolgen und den entscheidenden Einfluß derselben auf das resultierende Zustandsbild erkennen kann. Darin liegt m. E. der Hauptwert dieses schönen Buches. Kretschmer spricht mit Recht davon, daß sich in der psychiatrischen Literatur nur spärliche Ansätze zu einer Charakterlehre finden. Auf die vielen Versuche der Psychologen, — von Kant über Höffding und Ribot bis Wundt und andere moderne Psychologen, — eine befriedigende Einteilung der Charaktere zu geben, kann und soll

hier nicht eingegangen werden. Kretschmer weist auf die Tilingsche Arbeit⁸³⁾ „Individuelle Geistesartung und Geistesstörung“ hin, als einen ersten Versuch einer psychiatrisch begründeten Charakterlehre. Auch Rittershaus²²⁾ hat einen solchen Versuch unternommen. Er sucht die psychiatrische Diagnosenlehre einfach hinüberzunehmen in die normale Psychologie, und schlägt vor, die normalen Charaktere einzuteilen in ein manisch-melancholisches, ein hysterisches, ein epileptisches, ein neurasthenisches, ein präcoces Temperament. Es ist ein solcher Versuch wohl verständlich, aber ich glaube, daß man nicht berechtigt ist, Charakter oder Temperament einfach gleichzusetzen dem Begriff der Konstitution, und das geschieht doch wohl, wenn man einer solchen Einteilung nach im wesentlichen konstitutionell bedingten Erkrankungen folgt. Freilich sprechen wir auch heute noch gern von einem hypomanischen Temperament oder Charakter, und besonders der „schizoide“ Charakter macht neuerdings viel von sich reden. Warum mir dieses Analogisieren zwischen Konstitution und Charakter, das oft wohl möglich ist, nicht immer berechtigt erscheint, wird später noch erörtert werden. — In den modernen Lehr- und Handbüchern der Psychiatrie sucht man auch umsonst nach einer tiefer gehenden Charakterlehre; entweder man findet überhaupt kein einschlägiges, zusammenfassendes Kapitel, wie in der großen Kraepelin'schen Psychiatrie, oder es wird die Charakterlehre mit wenig Worten abgetan, und alles andere ist verstreut oder muß zwischen den Zeilen gelesen werden. Kretschmer fängt ganz von neuem an, macht in m. E. sehr glücklicher Weise zur Grundlage seiner Charakteranalyse den Durchgang des Erlebnisses durch die Seele von Anfang bis zu Ende, und gewinnt auf diese Weise seine Grundbegriffe der Eindrucksfähigkeit, der Rententionsfähigkeit, der intrapsychischen Aktivität und der Leitungsfähigkeit. Auf ihnen baut er weiter seine Reaktionstypen auf.

Über die Methode zur Erforschung von Charakteren sagt Kretschmer folgendes: „Wir schöpfen die klinische Kenntnis eines bestimmten Charakters einmal und vorwiegend aus der direkten Betrachtung der psychischen Struktur vor der Erkrankung, d. h. aus der Beobachtung der Summe der Einzelreaktionen, die das Individuum auf die kleinen und größeren Reize des täglichen Lebens gegeben hat.“ Es handelt sich also um Reaktionserscheinungen des Organismus gegenüber der Außenwelt, und da es sich um psychische Reize und psychische Reaktionserscheinungen handelt, so ist das Organ, das für naturwissenschaftlich-biologische Forschung in Frage kommt — denn auch Charaktereigentümlichkeiten sind in ihren Grundelementen biologisch festgelegt — immer das Gehirn, bzw. das gesamte Nervensystem. Dieses interessiert den Biologen bei seiner weiteren Forschung. Allein es ist nun keineswegs so, daß die Ergebnisse der psychologischen Charakter-

forschung für die klinische Psychiatrie irrelevant seien. Im Gegenteil, ich hoffe gerade in dieser Arbeit zu zeigen, wie außerordentlich uns die Charakterlehre zum Verständnis unserer klinischen Krankheitsbilder verhelfen kann, auch wenn es sich nicht um Krankheiten handelt, die als reaktiv entstandene, als bis ins Psychotische gesteigerte psychopathische Reaktionsformen aufzufassen sind. Wir müssen unsere Krankheitsdiagnosen selbstverständlich in weitgehendstem Maße auf die psychischen Entäußerungen, die aufs engste mit den Charaktereigentümlichkeiten verbunden, ja bis zu gewissem Grade mit ihnen identisch sind, stützen, wenn auch, wie Kraepelin¹⁷⁾ erst neuerdings wieder betont hat, die größere Sicherheit stets auf Seite der somatischen Erscheinungen zu suchen ist, — nur daß uns diese nicht annähernd in zu reichendem Maße zur Verfügung stehen.

Eine wohl begründete und genaue Kenntnis des einer erkrankten Persönlichkeit zugehörigen, vorpsychotischen Charakters und der charakterlichen Reaktionsweisen ist deswegen so außerordentlich wichtig, weil nur sie uns davor schützen kann, daß wir eine uns auffallende psychische Reaktion oder Reaktionsform als Ausfluß der Krankheit und zum Krankheitsbild gehörig annehmen, während es sich tatsächlich nur um einen — vorher vielleicht nur wenig hervortretenden — Charakterzug handelt; und umgekehrt ist es auch denkbar, daß ein tatsächliches Krankheitssymptom, eine durch die Krankheit selbst direkt bedingte psychische Reaktion, als nicht allzuseltener Charakterzug gedeutet und darum bei Bewertung der Vielgestaltigkeit eines Krankheitsbildes vernachlässigt wird.

Zum Zweck der Durchführung einer solchen Trennung von charakterlichen Komponenten einerseits, von Krankheitssymptomen andererseits, ist es aber notwendig, daß man sich über die biologischen Grundlagen des Charakters und die biologisch-pathogenetischen Grundlagen der betreffenden Krankheit einmal klar wird; denn nur dann wird man ein Urteil darüber zu gewinnen imstande sein, inwieweit an die Möglichkeit einer durch die Krankheit bedingten Abbiegung oder Änderung des Charakters gedacht werden kann (z. B. bei der charakteristischen epileptischen Charakterveränderung), so daß nunmehr auftretende psychische Reaktionen als Neulinge, als eng mit der Pathogenese der Krankheit zusammenhängend, aufzufassen sind, oder inwieweit die Krankheit und der Charakter einander nur wenig oder gar nicht berühren. Freilich müssen wir uns darüber klar sein, daß wir noch überaus weit davon entfernt sind, die biologischen Grundlagen zu übersehen, ja es erscheint gar für die biologische Grundlage feinerer Charakterzüge gänzlich ausgeschlossen, daß wir je zu einem erschöpfenden Resultat kommen können. Die feinere Charakterologie wird immer psychologisches und psychopathologisches Forschungsgebiet bleiben.

Versuchen wir das, was wir über die biologischen Grundlagen des Charakters wissen können, zusammenzufassen: Als Grundlage des Charakters kommt in erster Linie das Gehirn, bzw. die nervöse Substanz überhaupt, in Betracht, deren Reaktionen uns das psychische Geschehen vermitteln, insbesondere werden hierher gehören die Substrate, die als Träger der Affektivität und ihrer Entäußerungen anzusehen sind, ganz besonders also das vegetative Nervensystem mit seinen vorläufig noch unbekannten, übergeordneten cerebralen Stationen. Eine individuell verschiedene durch Erbfaktoren bestimmte Reizbarkeit desselben muß ein wesentlicher Faktor für die Charakterausprägung sein. Dann aber kommen die gesamten Hirngebiete in Frage, die der Wahrnehmung (Eindrucksfähigkeit), der Merkfähigkeit (Retentionfähigkeit), der assoziativen Verarbeitung (intrapsychischer Aktivität), den Willenserregungen und zentrifugalen Äußerungen (Leitungsfähigkeit) dienen, die zwar sämtlich in engstem Zusammenhang mit der Affektivität stehen, aber ihrerseits auch wieder in verschiedenem Maße ansprechbar sein können. Neigt man zu streng lokalisatorischem Denken, so kann man eine verschieden starke Erregbarkeit der sensorischen Zentren, verschieden starke Fähigkeit der Engraphierung, verschieden ansprechbare und lebhafte assoziative Fähigkeiten, und verschieden leichte Entladung von motorischen Entäußerungen annehmen; hinzu kommt eine individuell verschiedene Reflexansprechbarkeit, von den niedersten Reflexen bis zu den höchsten zentralen Reflexen.

Nun wissen wir aber, daß das vegetative Nervensystem auch auf alle Organe mit innerer Sekretion seinen Einfluß erstreckt, und daß diese Organe ihrerseits wieder mit ihren Sekreten die Reaktionsfähigkeit der nervösen Substanz vermehren oder vermindern. Es wird also die psychische Reaktionsfähigkeit eines Organismus weiterhin abhängig sein von dem Grade der Ansprechbarkeit seiner innersekretorischen Organe auf die diesen vom vegetativen Nervensystem zufließenden Impulse, weiterhin aber auch von der individuell ererbten, also konstitutionell bedingten Zusammensetzung der innersekretorischen Organe selbst, nach Qualität und Quantität dieser Organe, und auch nach dem konstitutionell bedingten mehr oder weniger guten Zusammenarbeiten dieser korrelativ miteinander verbundenen endokrinen Drüsen. Als Beispiel hierfür gelte der nervös bedingte Basedow. Es kann ein solcher nur zustande kommen, entweder wenn der nervöse Reiz auf die normale Schilddrüse ein ganz besonders intensiver ist, oder wenn ein nervöser Reiz eine an sich labile Schilddrüse trifft. Wahrscheinlich wirken meist beide Faktoren zusammen. Der das Nervensystem in bezug auf seine Reaktionsfähigkeit beeinflussende Reiz eines Hyper- oder Dysthyreoidismus ist aber bekannt genug, und braucht nicht erwähnt zu werden. Ferner hat erst kürzlich H. Fischer⁶⁾ auf die große Bedeutung der

Genitaldrüsen für das Zustandekommen eines „normalen“ Charakters hingewiesen, und hat die Bedeutung der rechtzeitig einsetzenden „Vergeschlechtlichung“ des Organismus, die Bedeutung für das regelrechte Zusammenarbeiten der korrelativen Organbeziehungen hervorgehoben und den die Charakterbildung störenden Einfluß einer solchen mangelhaften oder nicht rechtzeitig erfolgenden „Vergeschlechtlichung“ aufgezeigt.

Weiter ist es endlich von Bedeutung, wie intensiv die nervöse Substanz ihrerseits auf die verschiedenen innersekretorischen Produkte anzusprechen vermag. Auch hier können sich die einzelnen Teile der nervösen Substanz wiederum den einzelnen Hormonen gegenüber verschieden verhalten, und es ist keineswegs gesagt, daß die nervöse Substanz für alle Hormone gleichmäßig ansprechbar sein muß; das einzelne Hormon kann unter Umständen eine intensive Einwirkung auf das Nervensystem haben, während andere Hormone viel weniger erregend oder hemmend, je nach ihrer Wirkungsweise, eingreifen. Inwieweit die chemische Forschung es einmal aufdecken wird, daß die Hormonwirkung keine rein chemische ist, sondern mehr in einer physikalisch-chemischen, kolloidalen Umstimmung des Blutserums zu suchen ist, ist für diese prinzipielle Erörterung gleichgültig. An die Stelle der chemischen Wirkung tritt eben dann die kolloidal abgeänderte Serumzusammensetzung als reizerhöhendes oder reizverminderndes Agens. Endlich wird die verschiedene Ausbildung des lymphatischen und hämatopoetischen Apparates und die, immer konstitutionell bedingte Zusammensetzung des Blutes an wirksamen Ionen eine Bedeutung für die verschiedene Ansprechbarkeit des Nervensystems besitzen, vielleicht auch noch viele andere Faktoren, deren Bedeutung wir heute noch nicht kennen. Die Ansprechbarkeit des Nervensystems auf verschiedene chemische Blutzusammensetzung braucht dabei keineswegs identisch zu sein mit der Ansprechbarkeit auf psychische Reize; es kann das Gehirn unter Umständen auf nervöse oder psychische Reize stärker oder geringer ansprechbar sein, als auf bestimmte chemische Reize, die unter sich ja auch verschieden stark wirken, wenn auch häufig genug die Ansprechbarkeit für alle Reize erhöht oder vermindert sein wird. Immerhin muß man auch hier eine mögliche Verschiedenheit ins Auge fassen.

So sehen wir, daß biologisch ohne weiteres die Grundlage gegeben ist für eine schier unübersehbare Menge der verschiedensten Charaktere; und wie konstitutionell ein jedes Einzelwesen eben ein Individuum für sich ist, so muß dies auch charakterologisch der Fall sein. Natürlich werden wir trotzdem, ebenso wie wir konstitutionell verschiedene, klinisch zusammengehörige Gruppen sondern können, auch bestimmte Charaktertypen zu umgrenzen suchen, müssen aber natürlich hier wie dort mit dauernd fließenden Übergängen rechnen, und es kann uns nicht

wundern, wenn die fein differenzierende Sprache über eine geradezu erstaunlich große Zahl von verschiedenen Worten verfügt, um den unendlichen Nuancierungen der Charaktereigenschaften, der Gemüts- und Affektlagen gerecht zu werden.

An der Charakterbildung sahen wir die innersekretorischen Drüsen wesentlich Anteil nehmen und hoben den Einfluß der inneren Sekrete auf die Empfindlichkeit des Nervensystems hervor. Allein die inneren Sekrete haben auch einen ungeheuren Einfluß auf die Stoffwechselvorgänge, ja, sie gewährleisten direkt den regelmäßigen Ablauf unseres Stoffwechsels. Vom Stoffwechsel, der Schnelligkeit und qualitativen Gesetzmäßigkeit des Auf- und Abbaues der Zellsubstanzen, der Assimilation und Dissimilation hängt aber in hohem Maße auch das ab, was wir den Biotonus nennen. Auch er ist konstitutionell bedingt, bei jedem Organismus in spezifischer Weise festgelegt. Exogene Schädigungen aller Art vermögen einen Einfluß auf den Biotonus auszuüben, das erbbiologisch festgelegte Zusammenarbeiten des innersekretorischen Systems sorgt dafür, daß das ein für alle Male festgelegte biotonische Gleichgewicht wiederhergestellt wird — wenn es sich auch im Laufe des Lebens, gewiß auch wieder erbbiologischen Faktoren folgend, in weitem Maße verschieben kann*). Mit einem gewissen Recht dürfen wir aus unseren klinischen Beobachtungen schließen, daß ein hochgestellter Biotonus vergesellschaftet ist mit einer gehobenen Stimmungslage, mit raschem Ablauf assoziativer Prozesse, mit Neigung zu schnellem Handeln; dem hochgestellten Biotonus entspricht die Lebhaftigkeit, der lebhafte Ablauf des Stoffumsatzes; lebhafte Assimilation und Dissimilation in allen, auch den nervösen Elementen hat Lebhaftigkeit der inneren und nach außen tretenden psychischen Vorgänge zur Folge. Umgekehrt finden wir bei trägem Stoffwechsel, bei geringem, müdem Biotonus auch eine Verlangsamung und Erschlaffung aller vitalen Zellvorgänge, einschließlich der nervösen Elemente, und somit auch eine Erschlaffung und Verlangsamung der psychischen Entäußerungen. Erfahrungsgemäß besteht bei frischem Biotonus mit blühendem gesunden Aussehen ein Gefühl des Wohlbehagens, während der schlaffe Biotonus das Kraftgefühl vermissen, Müdigkeit und allgemeines „undefinierbares“ Mißbehagen und Unzufriedenheit aufkommen läßt. Unverkennbar finden wir hier die Anklänge an die hypomanische und hypomelancholische „Konstitution“, oder wie man zu sagen versucht ist, an den hypomanischen oder hypomelancholischen Charakter.

Und doch ist hier die Bezeichnung „Charakter“ vielleicht nicht richtig. Durch den Biotonus wird wohl die Intensität der den Charakter

*) Es kann z. B. in einer Erbanlage liegen, daß verschiedene Glieder einer Familie von einem bestimmten Zeitpunkt des Lebens an zu Adipositas oder zu Glykosurie neigen.

ausmachenden psychischen Reaktionen bestimmt, sie kann sich parallel dem Biotonus ändern, nicht aber die Art, die Qualität. Und auf diese kommt es beim Charakter an. Es kann z. B. ein Mensch mit hochgestelltem Biotonus ebenso gut zu hysterischen Reaktionen neigen, wie ein solcher mit müdem Biotonus. Freilich kann man sich den Biotonus vom Charakter nicht hinwegdenken, weil er eine Eigenschaft des Lebens ist, weil jeder Mensch seinen besonderen Biotonus besitzt, und eine bestimmte Tönung seiner Vitalgefühle haben und dementsprechend eine bestimmte Gemütslage erleben muß. Vielleicht könnte man hier unterscheidend von Temperament, nicht aber von Charakter sprechen. Es klingt diese Trennung sonderbar genug, und es erscheint fast unverständlich, daß der Hypomanicus keinen anderen „Charakter“ zu besitzen braucht, als der konstitutionell Depressive. Und doch glaube ich, daß es so sein muß, und hoffe, daß dies nach Erörterung der manisch-melancholischen Pathogenese verständlich werden wird.

Die moderne Psychologie gibt uns auch die Möglichkeit, diese Vorstellung zu begründen. In dankenswerter Weise hat Kurt Schneider²⁵⁾ in einer kurzen Arbeit auf die Auffassung von Max Scheler hingewiesen, der im 2. Teil seines Werkes „Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik“²⁴⁾ eine Trennung des emotionalen Lebens nach verschiedenen Schichten vornimmt. Er unterscheidet 1. zwischen den rein sinnlichen Gefühlen (Empfindungsgefühlen Stumpfs), 2. den Leib- und Lebensgefühlen (Vitalgefühlen), 3. den rein seelischen Gefühlen, die stets motiviert sind, also den bei seelischen Reaktionen auftretenden Gefühlen gleich zu setzen sind, und endlich 4. den höchsten geistigen Gefühlen, wie Seligkeit, Verzweiflung, Seelenfrieden usw. Für die Charakterlehre, die sich aufbaut auf der Beobachtung der Einzelreaktionen, die das Individuum auf die kleinen und größeren Reize des täglichen Lebens gibt, kommen erst die motivierten seelischen und die geistigen Gefühle in Betracht. Schneider weist mit Recht darauf hin, daß diese Einteilung von großer Bedeutung für die Beurteilung der endogenen und reaktiven Depressionszustände sei, die ihrer Störung nach eben in verschiedenen Schichten des emotionalen Lebens liegen und in ihrer Verschiedenheit begründet sind. Es paßt die Scheler'sche Einteilung und ihre Anwendung durch Schneider auf die Psychiatrie sehr gut zu der von mir schon früher vertretenen innersekretorischen Pathogenese des manisch-melancholischen Irreseins. Die Scheler'sche Einteilung ist aber gemünzt auf das normale Seelenleben, und es ist mir dadurch Gelegenheit gegeben, meine Auffassung von der Bedeutung des innersekretorisch bedingten Biotonus mit seinem psychischen Äquivalent der Vitalgefühle für die Zusammensetzung der Persönlichkeit nach ihrer biologischen Seite hin von psy-

chologischem Standpunkt aus bestätigt zu sehen. Wir müssen also wohl unterscheiden einerseits zwischen diesen endogenen, durch die Vitalgefühle, bzw. den Biotonus bedingten Grundstimmungen (vielleicht kommt dies dem jeweiligen Biotonus speziell des vegetativen Nervensystems mit seinen zentralen übergeordneten Hirnelementen gleich), und andererseits den durch die rein seelischen Gefühle determinierten Charaktereigenschaften, die, stets motiviert, der psychischen Reaktivität ihr Gepräge verleihen, und die biologisch zurückgehen auf die besondere ererbte Partialveranlagung der einzelnen Gehirngebiete (und der eingangs geschilderten Zusammenhänge) hinsichtlich ihrer Reagibilität auf psychische Reize.

So viel von der „normalen“ Konstitution und dem von ihr abhängigen „normalen“ Charakter. Wie ist es nun mit der psychopathischen Konstitution und mit dem psychopathischen Charakter? Psychopathische Konstitution ist Bereitschaft zur Geisteskrankheit ganz allgemein. Was Martius¹⁹⁾ für die übrige somatische Medizin dargetan hat, gilt auch für die Psychiatrie: „Konstitutionell im engeren Sinn nennt man heutzutage noch diejenigen Krankheiten, bei denen die Krankheitsanlage (E) so sehr überwiegt, daß der exogene pathogene Faktor (*p*) dagegen fast ganz verschwindet.“ Hierher gehören für den Psychiater in erster Linie das manisch-melancholische Irresein und die Dementia praecox. Bei den symptomatischen Psychosen und der Epilepsie dürfte das Verhältnis von *C*: *p* schon ein sehr wechselndes sein. Sehr verschieden ist es aber gewiß bei den psychogenen Psychosen; während den einen schon eine Lappalie, ein sehr unbedeutendes psychisches Trauma aus dem Gleichgewicht wirft, sind in anderen Fällen schwerste psychische Erschütterungen nötig, das *p* also sehr groß, das *C* sehr klein. Einen solchen Fall hat Villinger³⁶⁾ geschildert: ein psychisch durchaus normal und widerstandsfähig erscheinendes junges Mädchen wurde durch den schweren Stoß — und die Größe des psychischen Traumas wird in solchen Fällen wieder besonders durch die charakterliche Eigenart, wie Stolz und Selbstbewußtsein bedingt sein — der Schwängerung durch einen Russen mit anschließendem Kindsmord in eine Psychose hineingetrieben. Eine gewisse Veranlagung zur geistigen Erkrankung, wenn auch ein sehr kleines *C*, muß aber doch vorgelegen haben, denn in dieser Richtung nicht psychopathisch veranlagte Individuen würden auch unter einem gleichen psychischen Stoß nicht an solcher Psychose erkrankt sein. Am meisten Anrecht darauf, als Konstitutionskrankheiten bezeichnet zu werden, die aus psychopathischen Konstitutionen herauswachsen, haben aber, wie gesagt, das manisch-melancholische Irresein und die Dementia praecox. Man sollte den Namen Psychopathie und Psychopath nicht, wie es so gern geschieht, nur für die zu psychogenen Erkrankungen neigenden, für die reaktiv Labilen, reservieren.

Gewiß, die reaktiv Labilen präsentieren uns ihre Krankheitsbereitschaft, ihre psychopathische Veranlagung, in besonderem Maße, weil der psychische Indicator so ganz besonders fein ist, und wir die abnormen seelischen Produkte und Reaktionen schon im täglichen Leben allzeit vor Augen haben. Die Krankheitsbereitschaft zu einer Manie, zu einer symptomatischen Psychose kann ganz latent bleiben, oder nur zeitweise erkennbar werden; darum besteht sie aber doch. Hören wir davon, daß jemand ein Psychopath sei, so muß sofort die Gegenfrage gestellt werden: „Was für ein Psychopath?“, ist er ein reaktiv labiler oder ein autochthon labiler, ist er ein epileptoider oder ein zu symptomatischen Psychosen neigender Psychopath. Das Vorzeichen darf nicht fehlen; denn Psychopathie besagt weiter nichts als Bereitschaft zur Geisteskrankheit. Freilich werden wir oft genug, z. B. bei der „symptomatischen Labilität“ Kleists oder auch bei der Kranken Villingers, die krankhafte Veranlagung erst aus dem Überstehen der ersten Krankheitsattacke schließen können; das kann aber an der prinzipiellen Auffassung, daß die psychopathische Konstitution allgemein Bereitschaft zu Geisteskrankheit bedeutet, nichts ändern.

Gehört nun zu jeder psychopathischen Konstitution auch notwendig ein psychopathischer Charakter? Ich glaube nicht. Es kann ein Hypomanicus ebenso einen ganz normalen Charakter haben, wie ein konstitutionell Depressiver, und trotzdem sind beide Psychopathen. Kretschmer sagt, wir werden „als psychopathischen Charakter einen solchen bezeichnen, der krankhafte Störungen als Reaktion auf Erlebnisse leichter als der Durchschnittscharakter hervorzubringen vermag“; eine „psychopathische Erkrankung“ ist für ihn gebunden an ein real bedingtes Erlebnis. Er fährt dann fort: „Wir gewinnen eine klare Abgrenzung der Psychopathie gegen die beiden anderen Gruppen psychischer ‚Minderwertigkeit‘, die klinisch manchmal mit ihr zusammen vorkommen, auf der einen Seite gegen den Schwachsinn und gegen alle nicht reaktiven stabilen seelischen Mißbildungen, auf der anderen Seite gegen die autonomen Anlagen, d. h. die zu den autonomen, biologisch bedingten Geisteskrankheiten gehörigen Dispositionen und Abortivzustände.“ Damit kommt zum Ausdruck, daß auch Kretschmer die Schwierigkeit empfindet, die in der Verneinung eines psychopathischen Zustandes z. B. bei einem Hypomanicus liegt. Mit der Verneinung eines psychopathischen Charakters hat er ganz recht; denn das Wesentliche am psychopathischen Charakter liegt nur in seiner abnormen Reaktivität. Weil ihm aber Psychopathie gleichbedeutend ist mit abnormer Reaktivität, nennt er den Hypomanicus eine „psychische Mißbildung“ oder spricht von psychischer Minderwertigkeit, obgleich für meinen Geschmack der Kriegshysteriker, der den wilden Mann spielt, eine solche Bezeichnung eher zu verdienen

scheint, als ein leistungsfähiger, überproduktiver Hypomanicus. Da er ganz von psychologischer Warte aus urteilt, vom Charakter allein ausgeht, ist seine Umgehung immerhin ein Ausweg. Nur kann man von biologischer, und also auch psychiatrischer Seite aus nicht anerkennen, daß der Begriff Psychopathie, psychopathische Konstitution und psychopathische Erkrankung nur für diejenigen Erkrankungen gelten soll, die reaktiv entstehen und bei psychopathischen Charakteren und entsprechendem Schlüsselerlebnis sich entwickeln. Wie ich eben sagte, der Hypomanicus ist auch ein Psychopath, und die Manie entwickelt sich auf Grund einer psychopathischen Veranlagung; der Hypomanicus und der Maniacus braucht aber deshalb noch lange keinen psychopathischen Charakter zu haben. Ich glaube, daß die biologische Betrachtungsweise für die Psychiatrie die zweckentsprechendere ist, wenigstens wenn sie nicht die Fühlung mit der übrigen Medizin verlieren will. Es würde sich dann also wohl empfehlen, zu unterscheiden nach den verschiedenen Konstitutionen, den reaktiv labilen Psychopathen, der seinen psychopathischen Charakter hat, zu trennen von dem autochthon labilen Psychopathen (Kretschmer spricht von „autonomer“ Anlage), wie Kleist¹⁴) es tut; auch der „symptomatisch“ labile Psychopath [Kleist¹⁵)] würde sich hier anschließen, bei dem es vorerst unentschieden bleiben mag, wie weit man ihn vorpsychotisch als solchen erkennen kann. Auch einen epileptoiden Psychopathen kennen wir, vielleicht lernen wir auch noch einmal den „schizoiden“ näher kennen. Einen psychopathischen Charakter dürfen wir vielleicht bei allen den Geisteskrankheiten erwarten, bei denen an der Reagibilität der nervösen Substanz etwas nicht oder nicht mehr in Ordnung ist. Wenn wir aber zugeben, daß es Geisteskrankheiten gibt, die die nervöse Substanz hinsichtlich ihrer Reagibilität durch ihr pathogenetisches Geschehen direkt nicht berühren, und ich glaube, daß es solche gibt, hoffe das für das manisch-melancholische Irresein im folgenden zeigen zu können, dann dürfen wir auch den Begriff der Psychopathie und der psychopathischen Konstitution und Erkrankung nicht reservieren für diejenigen Erkrankungen, die mit einem psychopathischen Charakter einhergehen, bzw. aus ihm herauswachsen. Denn hier wie dort handelt es sich um Bereitschaft zu Geisteskrankheiten, und auch in der übrigen somatischen Medizin bedeutet abnorme oder pathologische Konstitution nichts anderes als Krankheitsbereitschaft. Daß sich natürlich die autochthone Labilität gelegentlich auch einmal verbinden wird mit einer anderen psychopathischen Sonderkonstitution, z. B. mit einer reaktiven Labilität, ist klar; der hierbei resultierende psychopathische Charakter geht dann aber auf Rechnung der reaktiven Labilität, nicht aber auf Rechnung der autochthonen.

Die reine Psychologie und Psychopathologie mag sich darauf be-

schränken, die gegebene Phänomenologie der „psychopathischen Charaktere“ und deren Reaktionsformen zu analysieren. Die Psychiatrie wird aus derartigen Studien nur Vorteil ziehen. Der Psychiater, der gleichzeitig Naturwissenschaftler ist, muß aber versuchen, auch den zugrunde liegenden biologischen Vorgängen näher zu kommen, Pathogenese und Konstitution zu studieren.

Die Konstitutionsfrage wird in erster Linie Sache der Erbforschung sein. In großen Zügen ist diese Aufgabe von Rüdin und seinen Mitarbeitern [Kahn¹⁰)¹¹)] in Angriff genommen. Es bestehen natürlich große Schwierigkeiten für einen exakten Nachweis der Vererbung. Anlagen können viele Generationen hindurch latent geblieben sein, und dann plötzlich, scheinbar gänzlich unmotiviert, wieder durchschlagen. Über den vererbbaaren Genotypus wissen wir nichts; was wir an unseren Kranken und Psychopathen beobachten, sind wohl fast immer schon recht komplizierte Phänotypen, und mendeln läßt sich mit dem Menschen nicht. Wenn wir von diesem mühevollen Arbeitsgebiet absehen, so kommt die serologische Forschung für Klärung konstitutioneller Verhältnisse in Frage; sie war bisher vorzugsweise klinisch-differentialdiagnostisch interessiert, und hat uns für die Konstitutionsforschung wenig besagen können. Ich kann mir auch vorerst nicht allzuviel von dieser Seite an Aufklärung versprechen, es kommt eben für die Serologie, ebenso wie für die Erbforschung das Moment in Betracht, daß sich viele Anlagen, die eine für einen bestimmten Genotypus charakteristische serologische Veränderung hervorrufen würden, in demselben Individuum vereinigt finden werden. Vielleicht können wir von ganz reinen Fällen aus, wenn wir einmal geeignete Untersuchungsmethoden zur Verfügung haben, weiter kommen. Was aber sind ganz reine Fälle? Wer hat nicht irgendwann einen Schizophrenen und einen Manisch-depressiven auf seiner Ahnentafel? Fälle, die dem einen klinisch ganz rein erscheinen, haben für den anderen einen schizoiden Einschlag, und wenn der andere eine Dementia praecox als rein und nicht bestreitbar erkennt, so kommt der eine nicht davon los, daß im Krankheitsbild manische Beimischungen nicht verkennbar seien. Jedes katatone Symptom, das in der Manie oder einer symptomatischen Psychose auftritt, erscheint dem Erbforscher als Zeichen einer schizophrenen Belastung (vorläufig vielleicht erst, wenn eine Schizophrenie in näherer oder weiterer Verwandtschaft zur Beobachtung kam), während der lokalisierende Psychiater eine Reizung bestimmter Hirnelemente darin sieht, deren Reizbarkeit, m. E. mit Recht, noch lange nicht im Sinne einer schizophrenen Belastung gedeutet werden muß. Wo soll da nun der Serologe mit seiner Forschung einsetzen, was darf er an Spezifischem von seinen Ergebnissen erwarten? Wir müssen nicht nur auf qualitative sondern auch auf überaus feine quantitative serologische Untersuchungsmethoden

hoffen, ehe wir uns auf irgendwie gesichertere Resultate gefaßt machen dürfen. Ein fernes Wunschland gleich dem des genotypischen Zeitalters, und doch ein Weg, den man zu verfolgen auch nicht ermüden darf. Denn die körperlichen Veränderungen bleiben nun doch einmal die sicherste Grundlage für die Erkennung pathogenetisch wichtiger Besonderheiten.

Vorläufig müssen wir uns bescheiden, auf Grund klinischer Beobachtung die hervorstechendsten Gruppen zu sondern. Und wir sind auf diesem Wege vorwärts gekommen. Gute körperliche Beobachtung und Untersuchung, gute psychologische Analyse und Betrachtung hat uns doch das gelehrt, was der Erbbiologie z. B. erst wegweisend wurde. Psychologie und biologische Betrachtungsweise sahen wir sich begegnen in der Auffassung der Vitalgefühle für das Seelenleben einerseits, der ihnen zugrundeliegenden biotonischen Erscheinungen andererseits. Wir sahen, daß Vitalgefühle und innersekretorische Störungen in besonderem Maße beteiligt erschienen an der Pathogenese des manisch-melancholischen Irreseins. Davon soll im folgenden die Rede sein.

Wenn wir dem Aufbau der manisch-melancholischen Erkrankungen näher zu kommen versuchen wollen, müssen wir den Möglichkeiten ihrer pathogenetischen Grundlagen nachgehen, in zweiter Linie auf die Möglichkeit des Hinzukommens anderer partial-konstitutionell festgelegter, pathogenetisch für das manisch-melancholische Irresein gleichgültiger Faktoren achten (Charakter), und endlich an konditionell mitwirkende Einflüsse denken. Fassen wir zuerst die pathogenetische Grundlage des manisch-melancholischen Irreseins ins Auge. Wir sagten, daß im großen und ganzen der Biotonus bei manischen Erkrankungen vermehrt, bei melancholischen vermindert erscheine. Da könnte man zunächst daran denken, daß der Biotonus von einem cerebralen Zentrum geregelt würde, das durch seine jeweilige Erregung den Gesamtbiotonus, den Gesamtstoffwechsel in der einen oder anderen Richtung beeinflusst, mit anderen Worten, das pathogenetisch wichtige Krankheitszentrum könnte intracerebral, vielleicht im Gehirnstamm, gelegen sein. Dann wäre aber zu erwarten, daß klinisch bei jeder Manie der Biotonus generell in allen Gebieten erhöht sei, daß man auf allen Gebieten eine Funktionssteigerung beobachtete. Das stimmt aber sehr wenig zu den Mischzuständen von einer Melancholia agitata bis zum manischen Stupor. Man kann dies nicht allein mit einer verschieden ansprechbaren erbbiologischen Veranlagung z. B. der dem Psychomotorium zugrundeliegenden Hirnelemente erklären, da ja beim manischen Stupor auf dem Gebiet des Psychomotoriums ausgesprochene Hemmung herrscht, und man den manischen Stupor plötzlich in eine bewegliche Manie, die erregte agitierte Melancholie in einen melancholischen Stupor übergehen

sieht. Rein psychologisch läßt sich der Mischzustand des manischen Stupors auch unmöglich erklären. Will man schon intracerebral bleiben, so muß man ein zentral hemmendes Zentrum neben dem erregenden Zentrum anerkennen, die nebeneinander ihre Wirksamkeit auf dem Umweg über das endokrine System entfalten. Was mir gegen die Annahme einer intracerebral gelagerten pathogenetischen Grundlage des manisch-melancholischen Irreseins, spricht, habe ich an anderem Orte bereits auseinandergesetzt⁵⁾. Ebendort findet sich auch meine klinische Begründung für die Hypothese einer endokrinen Genese des manisch-melancholischen Irreseins. Die reinen Formen der Manie und der Melancholie lassen sich von solchem Standpunkt aus unschwer verstehen, sie bedeuten gleichmäßige Steigerungen oder Hemmungen aller Gehirn- und dementsprechend seelischen Funktionen, ohne daß darum das psychologisch Verständliche aufhört, es sei denn, daß sich die Manie zu höchster Verworrenheit steigert. Auf der Höhe einer solchen manischen Erkrankung gewinnt man nicht selten den Eindruck, daß es zu einer Erschöpfung der Hirnelemente kommt. Die Kranken verlieren ihren ausgesprochenen Affekt, werden stumpfer, der Redestrom ist nicht mehr klassisch ideenflüchtig, wird abgehackt, die Kranken antworten nurmehr in kurzen Sätzen oder einzelnen Worten, sind vorzugsweise ablenkbar, selten erfolgt ein witziges Wort. In den Bewegungen werden sie ärmer, einförmiger, mitunter stereotyp. Sie verharren wohl auch stumpf unter der Decke, um beim Näherkommen des Arztes hervorzukommen und ein paar Worte ihm an den Kopf zu werfen. Dabei besteht meist immer noch ausgesprochenes Wohlbefinden. Das Körpergewicht, das bei langsamem Beginn der Manie in die Höhe gehen kann, sinkt rapid, die Dissimilation überwiegt die Assimilation, bis mit dem Abebben des allzustark fließenden Stoffwechselstromes das Körpergewicht wieder steigt, nicht selten das rein manische Bild zurückkehrt, und die Kranken genesen. Es ist nicht richtig, daß das Körpergewicht dem psychischen Zustand absolut parallel geht, daß zur Zeit der größten Bewegungsunruhe das Körpergewicht am geringsten sei, die Bewegungsunruhe den Kräfte rückgang erkläre. Gerade in dem wochenlang anhaltenden mehr apathischen, oft geradezu bewegungsarmen Zustande der Kranken, die ich eben skizzierte, erreichte das Körpergewicht den größten Tiefstand, eben genau so lange, als die Dissimilation die Assimilation überdauerte. Melancholische Kranke — und keineswegs nur die agitierten Angstmelancholischen — magern auch ab. Sie magern eben ab, weil bei ihnen der Stoffwechselumsatz so sehr verlangsamt, „gehemmt“ wird, vielleicht überhaupt zu wenig assimiliert wird; selbst während der absolutesten Ruhe reicht die Menge der assimilierten Stoffe nicht aus, um den für die Erhaltung des Stoffwechselgleichgewichtes notwendigen Stoffverbrauch zu decken. Freilich kommt oft

genug der Kampf mit der Appetitlosigkeit und der Nahrungsverweigerung hinzu, von denen erstere möglicherweise eben darauf beruht, daß der Körper die Menge der ihnen zugeführten Stoffe nicht assimilieren kann.

Es muß nun gleich noch hinzugefügt werden, daß wir um die Annahme einer gewissen allgemeinen Minderwertigkeit des Gehirnes wohl kaum herumkommen*). Denn nicht immer wird sich die assimilatorische und dissimilatorische Störung, die wir angenommen haben, auf den gesamten Organismus erstrecken, nicht immer kommt es z. B. bei Melancholien zu einem erheblichen Gewichtssturz. Wir müssen dann annehmen, daß eben speziell die nervösen Elemente durch die innersekretorischen Reizwirkungen in dem einen oder anderen Sinne hinsichtlich ihres Stoffumsatzes beeinflußt wurden. Es muß überhaupt betont werden, daß die in Frage kommenden Reize und Zellstoffwechselumstellungen wahrscheinlich außerordentlich geringe sind, mit kaum einer exogenen Noxe in Parallele zu setzen wären. Es genügen schon ganz minimale Änderungen des Zellstoffwechselumsatzes, um bei dem ungeheuer feinen Indicator, den die psychische Entäußerung darstellt, für den Beobachter gewaltige Verschiebungen offenkundig werden zu lassen, und wir können es dann auch verstehen, wie bei im übrigen scheinbar völlig intaktem Organismus sich starke psychische Abänderungen einstellen können. Ein wie ungeheuer feines Reagens die nervöse Substanz sein kann, wissen wir aus experimentellen Adrenalinversuchen. So bewirkt Adrenalin beim isolierten Froschbulbus noch in einer Verdünnung von 1: 20 Millionen Mydriasis (Ehrmann, Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. 53).

Fast niemals tritt nun auch im Stoffwechsel trotz der Störung von Assimilation und Dissimilation eine Schädigung der nervösen Elemente in dem Sinne auf, daß es zu einer Vergiftung ähnlich der durch toxische Stoffwechselprodukte oder andere echte Gifte kommt, und damit zu einer schwereren Beeinträchtigung des Zellebens, zu einer Bewußtseins-trübung. Ganz seltene Fälle dieser Art kennen wir zwar; einmal soll auf der Höhe der verworrenen Manie eine solche Bewußtseins-trübung bestehen können; sicher ist mir das nach meinen Beobachtungen nicht, es wäre aber bei der reißenden Schnelligkeit des Stoffumsatzes**) in

*) Vgl. hierzu Kleist, Autochthone Degenerationspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 69, 1921. (Während des Druckes dieser Arbeit erschienen.) „Wahrscheinlich beruhen die autochthonen Degenerationspsychosen aber nicht ausschließlich auf extracerebralen Vorgängen, sondern auf dem Zusammenwirken dieser mit abnormen Gehirnbeschaffenheiten.“

**) Wenn im folgenden öfter die Rede ist von „gewaltigen“ oder „schweren“ Störungen im Stoffwechselumsatz, so ist das immer relativ zu verstehen, absolut bleiben die Stoffwechselstörungen wohl immer, wie schon gesagt, sehr gering, sie rufen aber gewaltige Abänderungen in der psychischen Entäußerung hervor.

solchen extremen Fällen wohl verständlich. Bei den eigentlich deliranten Formen der Manie aber darf man vielleicht zurückgreifen auf eine angeboren spezifische Schwäche des Gehirns oder auf eine angeboren fehlerhafte Abwicklung im Stoffwechselablauf, im Sinne der deliranten Äußerungsform Kraepelins¹⁷⁾, also einer gleichzeitig bestehenden besonders gearteten Partialkonstitution, vielleicht der gleichen Partialkonstitution, die einen symptomatisch Erkrankten immer wieder und nur am deliranten Symptomenkomplex erkranken läßt.

Wir kennen dann weiter Fälle, in denen die eine oder die andere Seite des Seelenlebens, beziehungsweise die ihr entsprechenden Hirnelemente, intensiver befallen zu sein scheint. So kann z. B. die sensorische Komponente im Vordergrund stehen. Dann kommt es zu einer exzessiv gesteigerten Wahrnehmungstätigkeit, zu ganz im Vordergrund stehendem Anknüpfen an äußere Sinneseindrücke. Es kann auch nicht abgelehnt werden, daß auf diese Weise primitive Visionen und Akoasmen zustande kommen, bei Auftreten echter Halluzinationen wird es sich wohl um eine ganz besonders gesteigerte Tätigkeit der dem Vorstellungsleben zugrundeliegenden Gehirnvorgänge handeln, so daß die Vorstellungen Wahrnehmungscharakter annehmen. Ob die Erinnerungstäuschungen immer nur durch die exzessiv gesteigerte Affektivität bedingt sind, bleibe dahingestellt. Jedenfalls muß man eine besondere Veranlagung gewisser Hirnelemente auch für diese stark halluzinierenden Patienten zugeben, die der sprachhalluzinatorischen Äußerungsform Kraepelins nicht fernsteht. Recht häufig begegnen wir einer abnormen Überempfindlichkeit des Psychomotoriums, die gar nicht so selten so weit geht, daß direkt das Bild der Motilitätspsychose [Wernicke, Kleist¹³⁾] erzeugt wird. Die psychomotorische Erregung beherrscht dabei vollkommen das Bild, nicht selten unter Ausschluß der sprachmotorischen Gebiete, Affektivität, assoziative Tätigkeit, sensorische Erregbarkeit bleiben erheblich zurück, wenn die Erregung auch dieser Gebiete meist nicht ganz fehlen wird.

Ein derartiges Beispiel sei hier kurz skizziert:

Fall 1. S. KL., 21 J., Näherin.

Angaben des Vaters: Eltern gesund, nur Vater etwas jähzornig. Eine Schwester des Vaters als Idiotin gestorben, ein Bruder der Patientin starb mit einem Jahr an Hydrocephalus. Zwei Schwestern der Patientin lernten sehr gut, sind sehr lebhaft, auch eine weitere Schwester ist auffallend lebhaft. Patientin ist spuria. Als Kind nur Masern, war immer brav, ruhig, fleißig. Mittelmäßige Schülerin. 1916, im Alter von 16 Jahren, wurde Pat. plötzlich aufgeregt, zeigte ein zanksüchtiges Wesen, arbeitete in einem fort. 3 Tage vor der ersten Aufnahme sehr geschwätzig, auch nachts, war unruhig, blieb nicht im Bett, ließ sich auf den Boden fallen, blieb mit geschlossenen Augen liegen, vernachlässigte Essen und Kleidung, zerriß Wäsche, schrie unverständliche Worte oder lallte Gesprochenes mechanisch nach. Seit 3 Wochen Abmagerung.

Erste Aufnahme in die psychiatrische Klinik Erlangen: 12. II. 1916.

„Patientin befindet sich ständig in motorischer Unruhe. Ihre Bewegungen sind nicht frei und ungebunden, sondern ausgesprochen monoton. Mit den Händen fährt sie nach dem Kopf und nach dem Gesicht, macht immer die gleichen Bewegungen mit dem Rumpf, beugt sich rückwärts, bis der Kopf an die Bettkante anstößt, wiegt sich dann wieder nach vorn. Streckt die Zunge heraus, verdreht die Augen, bevorzugt die sitzende Stellung.“ Deutlicher Rededrang einförmigen Charakters. Zwischendurch unartikulierte Laute, bald heulend, bald lachend. Ablenkbar, faßt schnell, aber ungenau auf. Affekt labil, scheinbar nicht sehr tiefgehend. Körperlich schlechter Ernährungszustand, sonst alles normal. Keine Temperaturen.

15. II.: Die motorische Unruhe beherrscht dauernd das Bild, bevorzugt sind in oben beschriebener Weise Gesicht und Arme. Viel ziellose Greifbewegungen, wirft die Haare hin und her, schlägt die Bettdecke zurück, holt sie wieder hoch. Schlägt mit dem Kopf gegen das obere Bettende, bleibt einige Sekunden liegen, verdreht die Augen, streckt die Zunge heraus, kehrt dann in ihre alte Sitzstellung zurück. Ständiger Rededrang, dabei sehr viele Wortwiederholungen; Nachsprechen zufällig aufgenommener Worte aus der Umgebung.

20. II.: Wesentlich ruhiger, gibt etwas Auskunft über den Beginn ihrer Erkrankung. Bei Besuch des Vaters freundlich, erinnert sich an all das „dumme Zeug“, das sie gemacht. Krankheitseinsicht. Noch Neigung zu Bewegungswiederholungen.

21. II. Heute mehr akinetisch. Initiativ mutazistisch.

23. II. Sehr bewegungsarm. Zeigt Katalepsie. Alle Bewegungen langsam, kraftlos. Initiativ mutazistisch. Auf Fragen langsame, tonlose Antwort.

26. II. War nachts ängstlich erregt, viel geweint, nichts gesprochen.

5. III. Katalepsie geschwunden. Große Bewegungsarmut.

10. III. Steht auf, sitzt bewegungsarm umher. Initiativ stumm, auf Fragen prompte Antworten.

30. III. Dauernd bewegungsarm. Gesamtbild unverändert.

10. IV. Etwas regsamer, hilft bei der Hausarbeit, spricht etwas.

15. IV. Vom Vater gebessert abgeholt.

Die Diagnose lautete im Hinblick auf das starke Vorherrschen motorischer Erscheinungen auf hyperkinetisch-akinetischen Zustand nach Infektion (Pat. machte wenige Tage vor der Erkrankung eine leichte Angina durch).

Angaben der Mutter: Bald nach der Entlassung wieder ganz die alte. Mit 18 Jahren Eintritt der Menses. Immer ordentlich, fleißig, religiös, sittlich einwandfrei. Wurde Näherin. Ein halbes Jahr vor ihrer zweiten Aufnahme sehr still, machte auf Veranlassung der Eltern einen Tanzkursus mit, blieb aber immer sitzen, weil sie so wenig sprach. Erst gegen Ende des Kurses lebhafter. Vor 14 Tagen erregbarer, dabei Abmagerung, seit 2 Tagen große Erregung, motorische Unruhe, schlechtes Aussehen, Angstgefühl. Zuletzt sehr erregt durch eine spartakistische Schießerei in ihrem Heimatsort.

Zweite Aufnahme in die psychiatrische Klinik: 31. III. 1920.

Wiederum steht durchaus im Vordergrund die starke motorische Unruhe: „Sie ist in ständiger Bewegung. Bald legt sie sich auf den Rücken, bald setzt sie sich auf, bald beugt sie den Oberkörper vornüber. Dann schüttelt sie sich wieder. Die Arme hat sie bald vor dem Gesicht gekreuzt, einmal mit nach abwärts, dann wieder mit nach außen gekehrten Ellenbogen, bald hinter dem Kopf verschränkt, dann wieder streckt sie sie nach vor, klatscht auch in die Hände. Beim Niederlegen schlägt sie sich oft den Kopf gegen die Bettkante, ohne sich eigentlich wehe zu tun. Alle Bewegungen haben etwas Ruckartiges, Zappeliges, Ausfahrendes. Die Augen hält sie fast ständig geschlossen; zeigt oft die Zunge,

schneidet Gesichter.“ Also ein geradezu erstaunlich getreues Bild des Psychosebeginns vor 4 Jahren. Affektiv ziemliche Schwankungen, doch vorwiegend heiter. Zu einem Gespräch nicht zu bringen, wirft nur abgerissene Satzstücke hin. Ablenkbarkeit nicht sehr deutlich. Ideenflucht angedeutet, aber unsicher. Einförmig in ihren Äußerungen, wie in ihren Bewegungen, viele Wiederholungen.

3. IV. Bewegungsunruhe völlig unverändert, beschränkt sich auf Gesicht, Oberkörper und Arme. Spricht jetzt mehr, bald ideenflüchtig, bald unzusammenhängend, wiederholt Worte, die sie in der Umgebung aufschnappt. Zunehmend ablenkbar.

15. IV. Gänzlich unverändert. Wenig Schlaf. Immer die motorische Unruhe ganz im Vordergrund.

Im Bett ständig Beuge- und Drehbewegungen des Rumpfes, flügelartiges Schlagen mit den Armen in unausgesetzter Folge, dabei Ergänzung zu Händeringen bei gestrecktem oder gebeugtem Ellenbogen, oder sie schlägt die Hände vors Gesicht; immer symmetrische Bewegungen. Außer Bett tänzelnde Bewegungen, kniet hin, dreht sich, legt sich auf den Fußboden, wendet den Rumpf hin und her; das Spiel der Arme bleibt dabei unverändert. Die Augen werden immer zugekniffen gehalten. Auf Nadelstiche rasches Zurückzucken unter Kichern und Schreien, auf akustische Reize Zurückfahren unter Lachen, ohne die Augen dabei zu öffnen.

Sprachlich inkohärent-ideenflüchtiger Rededrang bei auffallendem Mangel an Produktivität. Starke innere und äußere Ablenkbarkeit. Stimmung euphorisch, neckisch, selten ins Weinerliche umschlagend.

23. IV. Immer das alte Bild der einförmigen motorischen Unruhe. Etwas besser zu fixieren, ideenflüchtig: (Warum halten sie sich das Taschentuch vor die Stirn?) „Warum, weshalb, woher? Die Wörter hab' ich auch nicht zusammengebracht. Die Welt ist der Untergang, die Welt ist der Lohn. Aller Anfang ist schwer. Selig sind, die nicht sehen und doch glauben. Denn das Augenlicht ist das Beste, und die Ohren erst recht. Der Geruch, das Gehör, der Geschmack und der ... und der ... der Geschmack und der Sinn. Es braust ein Ruf wie Donnerhall, hab' ich auch nicht singen können. Das hab' ich immer erst gelernt. In der Realschule, Karl Fleischmann hat er geheißen. Von der niedersten Klasse bis zur höchsten Klasse, und die höchste Klasse ist im Himmel droben.“

27. IV. Im Garten sehr unruhig, springt, tanzt, singt Lieder, hält sie beständig die Augen zu oder kneift die Lider zusammen. Will mit der Wärterin ringen, zerreißt Wäsche und Zeitungen, wirft in albern-kindischer Weise mit den Fetzen nach Mitpatientinnen.

12. V. Zunehmend das Bild einer heiteren, ideenflüchtigen Manie mit psychologisch motiviertem Beschäftigungsdrang. Häufig aber auch noch die rhythmisch wiederholten, schleudernden und ausfahrenden Pseudospontanbewegungen.

3. VI. Wesentlich ruhiger. Gewichtszunahme.

10. VI. Das Bild einer leichten reinen, heiteren Manie.

Juli 1920. Viel ruhiger, heiter, gefällig, fleißig, dabei motorisch noch immer besonders lebhaft.

13. VIII. Seit heute auffallend ruhig, spricht fast nichts, macht Flickarbeiten, lacht bei Anrede verlegen.

2. IX. Immer etwas gehemmt, besonders motorisch. Nicht eigentlich depressiv.

10. IX. 1920. Von der Mutter abgeholt. Seither gesund.

Man muß annehmen, daß in solchen Fällen, die jedem wohlbekannt sind, eine besondere Schwäche der dem Psychomotorium dienenden

Hirnelemente vorliegt. Nach der Kraepelinschen Einteilung der Äußerungsformen käme hier wohl nur die schizophrene in Betracht. Ich möchte vorsichtiger zunächst ganz allgemein von einer motorischen Äußerungsform sprechen, und möchte es vermeiden, die Äußerungsform auch nur durch den sprachlichen Ausdruck in nähere Beziehung zu einer bestimmten Krankheitsgruppe zu bringen, um den Eindruck zu vermeiden, daß irgendein innerer Zusammenhang zwischen dieser Äußerungsform und einer Erkrankungsart besteht, der noch nicht bewiesen ist. Kraepelin spricht auch nicht von einer manisch-melancholischen, sondern allgemein und gewiß sehr mit Recht von einer emotionellen Äußerungsform¹⁷⁾. Kahn¹²⁾ ist ja neuerlich bestrebt, den Zusammenhang zwischen der schizophrenen Äußerungsform und der schizophrenen Erkrankung erbbiologisch zu begründen. Daß der exakte Beweis auf diesem Wege nicht möglich ist, weiß er. Um so vorsichtiger sollte man sein, derartige Zusammenhänge durch sprachliche Formulierung nahe-zulegen, ehe sie hinreichend begründet sind. Die Möglichkeit eines tatsächlichen derartigen Zusammenhanges will ich damit nicht bestreiten. In unserem Fall und anderen von mir daraufhin ausgeforschten Fällen ließ sich familienanamnestisch nichts eruieren, in einigen aber waren auch schizophrene Erkrankungen in der Aszendenz vorgekommen. Natürlich ist nicht von der Hand zu weisen, daß in den negativen Fällen die Angaben der Angehörigen fehlerhaft oder unzureichend waren, auch besteht immer die freilich unbeweisbare Möglichkeit, daß eine in früheren Generationen vorhandene Schizophrenie nun wieder einmal in der Gestaltung der Psychose sich auswirken konnte.

Haben wir bisher von Varietäten der Manie gesprochen, bei denen sich nur einzelne Teile des Seelenlebens durch besonders intensive Erscheinungen auszeichneten, bzw. die diesen psychischen Entäußerungen zugrundeliegenden Hirnelemente sich für die vom Blut ihnen zuströmende erregende Wirkung besonders ansprechbar erwiesen, so kommen wir jetzt zu den Mischzuständen, bei denen neben der Erregung gewisser Hirngebiete andere ausgesprochen gehemmt erscheinen. Eine psychologische Erklärung für die Mischzustände zu geben, erscheint kaum möglich. Versuchen wir die innersekretorische Theorie zur Hilfe heranzuziehen, so lassen sich folgende Überlegungen anstellen: Für die Hebung beziehungsweise Senkung des Biotonus und Stoffumsatzes im Körper müssen zwei Systeme bestehen, von denen die Produkte des einen hemmend, die des anderen fördernd auf den Stoffumsatz einwirken. Diese Vorstellung hat nichts besonders Unwahrscheinliches. Wir wissen von der Physiologie des Einzelstoffwechsels her, daß solche miteinander in Gegensatz stehende Organsysteme existieren, die durch beständiges Spiel und Widerspiel einen gesetzmäßigen Ablauf des Stoffwechsels garantieren. Für den Zuckerstoffwechsel kommt z. B. Schild-

drüse, Hypophyse und chromaffines System auf der einen Seite als den Zuckerumsatz fördernd, Pankreas, Epithelkörperchen und vielleicht auch die Genitaldrüsen auf der anderen Seite als den Zuckerumsatz hemmend in Betracht. Die Einrichtung zweier einander die Wage haltender, entgegengesetzt wirkender Organsysteme ist also etwas im allgemeinen biologischen Geschehen Bekanntes überall, wo es sich um das Erhaltenbleiben eines labilen Gleichgewichtes handelt. Welche Organe oder Organsysteme für die Pathogenese des manisch-melancholischen Irreseins in Frage kommen, müssen wir vorläufig noch offen lassen, wahrscheinlich ist mir, daß zum mindesten die Schilddrüse stark daran beteiligt ist*).

Wollen wir nun die Frage aufwerfen, wie stellen wir uns das pathogenetische Geschehen beim Auftreten der Mischzustände vor, so antworte ich nur zögernd und unter Vorbehalt, daß es sich um Gedanken handelt, die dem Bedürfnis entspringen, eben eine biologisch pathogenetische Grundlage zu haben für Seelenzustände, die uns psychologisch nicht verständlich erscheinen, die wir uns aber irgendwie auf einer biologischen Grundlage erwachsen denken müssen, um Gedanken, die mir schon lange zu schaffen gemacht haben, und die bei anderen vielleicht auch bereit liegen, ohne daß man es recht wagt, ihnen eine klare Formulierung zu erteilen. Man begnügt sich eben damit, daß vielleicht innersekretorische Substanzen an der Arbeit seien, wie sie aber die wechselvollen Bilder uns erklären sollen, darüber schweigt man lieber.

Gerät durch irgendeinen unbedeutenden Anstoß des täglichen Lebens und physiologischen Geschehens (wir nennen das autochthone oder endogene Entstehung), das erbbiologisch labil veranlagte, den Biotonus fördernde System in Erregung, so wird das hemmende System versuchen, die Störung wettzumachen; allein es kommt nicht nach, das Gleichgewicht läßt sich nicht wiederherstellen, die Erregung siegt, die Manie tritt — eine gewisse erbbiologische begründete allgemeine Schwäche des Gehirns vorausgesetzt — in Erscheinung. Allein in dem beständigen Streben, die Störung wettzumachen, wird das hemmende System gleichsam mit Hochdruck weiterarbeiten, wird mehr seiner Hormone in den Kreislauf schleudern, als unter normalen Verhältnissen. Vielleicht nehmen wir nun nicht zu Unrecht an, daß die individuelle Ansprechbarkeit der einzelnen Hirngebiete für die verschiedenen Hormone eine verschiedene ist. Es ist dann wohl vorstellbar, daß die hemmenden Hormone auf manchen Gebieten das Übergewicht bekommen, daß nunmehr in diesen nicht nur ein Intaktbleiben gegenüber der Norm auftritt, sondern daß sie im Gegensatz zu anderen Gebieten sogar ge-

*) Vgl. hierzu Kleist, Autochthone Degenerationspsychosen, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 69, 1921.

hemmt erscheinen. So kann man sich die unproduktive stumme Manie entstanden denken, so den manischen Stupor, so vielleicht auch die agitierte Melancholie, wenngleich hier eine psychologisch-verständliche Komponente, die im Charakter begründet liegt, zum mindesten stark mitsprechen dürfte. Gewinnt nun beim manischen Stupor schließlich die wachsende Überlegenheit der erregenden Hormone allgemein die Überhand, so geht er in eine flotte Manie über, siegen die hemmenden Hormone, so kann es zu einer Depression kommen. Auffallend bleibt, daß eine Manie, eine Melancholie, ein Mischzustand geradezu über Nacht verschwinden kann, und daß selbst am gleichen Tage Schwankungen nach oben und unten eintreten können. Das so plötzliche Zurückgehen in den normalen oder gar den entgegengesetzten Zustand bietet dem biologischen Verständnis freilich gewisse Schwierigkeiten, es ist aber nicht ohne Analogie in der übrigen Medizin. Wenn man bedenkt, wie ungeheuer schnell der Organismus auf pharmakologische Produkte, auf Adrenalin, Pituitrin und dgl. zu reagieren vermag, wie andere Nervengifte, das Coffein, Morphin u. dgl. m., fast augenblicklich wirken, Gefäßtonus und andere Organe beeinflussen und überaus schnell in ihren Wirkungen nachlassen, so läßt sich das plötzliche Abbrechen der manisch-melancholischen Symptome nach Ausgleich des Biotonus doch verstehen, der Stoffwechsel und die Zellerregbarkeit ist in kurzem wieder normal. Den Anlaß für das Nachlassen der innersekretorischen Gleichgewichtsstörung kennen wir ebensowenig, wie den für den Beginn. Meist klingt die Erkrankung langsamer ab, das gegenteilige Hormonsystem bekommt die Überhand, es tritt die Nachschwankung ein. Daß in den schweren zirkulären Fällen ein fast beständiges Schwanken in dem krankhaften Erregtsein der beiden einander entgegenarbeitenden Systeme besteht, versteht sich von selbst. Bei den periodischen Manien und Melancholien erscheint nur das eine der beiden Systeme autochthon erregbar; die Nachschwankungen sind auch bei ihnen nicht selten, und gut verständlich.

Nun aber noch zu dem Übergangsstadium von manischer zu melancholischer Erkrankung. Es ist eine bekannte Tatsache, daß sich auf der Scheide zwischen Manie und Melancholie ein paranoisches Stadium einschiebt, die Kranken erscheinen ohne recht ersichtlichen Grund mit einem Male nörglerisch, unzufrieden, fühlen sich dauernd beeinträchtigt, sind mißmutig, verstimmt, aber noch nicht eigentlich depressiv, zuweilen mehr ratlos. Gewiß spielen hier psychische Ursachen mit herein, bei den Manien ein gewisses peinliches Gefühl bei Erkennen der Dinge, die sie in der Zeit der Erkrankung zuwege brachten, ähnlich bei der Melancholie. Ich glaube aber, daß hier doch vorwiegend biologische Faktoren wirksam sind. Bis der Biotonus, der Stoffwechselumsatz, die assimilatorischen und dissimilatorischen Vorgänge ihr Gleichgewicht

wieder gefunden haben, entstehen gewisse Mißempfindungen im Organismus, ein biologischer Reizzustand, wenn man es so nennen darf, der die Vitalgefühle eine besondere Tönung annehmen läßt, so daß der Boden für eine weitere paranoische Einstellung gegeben ist, so wie wir uns auch in unbehaglicher körperlicher Verfassung gereizt und empfindlich zeigen. Hier erweist sich besonders deutlich, wie der Körperzustand das psychische Geschehen zu beeinflussen vermag. Wenn G. Specht³⁰⁾³¹⁾ bei der Paranoia manische und melancholische Komponenten bei psychologischer Analyse herauskrystallisieren zu können glaubte, so hat er damit vielleicht doch viel weitgehender recht gehabt, als man ihm zugeben wollte, und die biologische Analyse rechtfertigt eine solche Auffassung wenigstens gewisser Paranoiaformen vollauf. Vom biologischen Standpunkt aus hindert uns nichts, anzunehmen, daß bei bestimmt veranlagten Individuen ein meist zu bestimmtem Zeitpunkt des Lebens beginnender, mitunter sich periodisch im Leben wiederholender ständiger Kampf um die Vorherrschaft der gleichmäßig autochthon labil veranlagten, einander paralysierenden Organsysteme einsetzt, gleichsam ein beständiges Oszillieren des gesamten in Frage kommenden endokrinen Apparates bzw. des gesamten Gehirnstoffwechsels, wodurch über Jahre und Jahrzehnte hinaus dieser eigentümliche unbestimmte Zustand des Biotonus und der Vitalgefühle erzeugt wird, auf dessen Boden sich dann paranoische Zustandsbilder entwickeln. Bald überwiegt das hemmende Organsystem um ein wenig, im anderen Falle das erregende, und wir bekommen dann die mehr depressiv oder mehr expansiv gefärbten Paranoiabilder. Daß natürlich der Charakter und das Milieu ihren Anteil liefern werden zur Herauentwicklung dieses Seelenzustandes versteht sich, wir werden auf die Bedeutung des Charakters noch zu sprechen kommen. Aber daß die geschilderten biologischen Momente beim Zustandekommen einer Paranoia eine Rolle spielen, daß es sich bei der Paranoia sicher nicht um eine nur reaktive Erkrankung handelt, davon bin ich überzeugt. Wir verstehen ohne weiteres, daß das Gesetz der spontanen Gemütsberuhigung bei solchen Kranken nicht zur Geltung kommt, biologisch ist dafür gesorgt, daß eine solche Gemütsberuhigung nicht eintreten kann.

Und wie ist es nun bei den anderen, nicht „reinen“ Formen der Manie, die wir zumeist noch nicht den echten Mischzuständen zurechnen, z. B. bei der zornmütigen Manie. Ist bei dieser vielleicht nur der Charakter ausschlaggebend, oder kommen auch hier innersekretorische, besonders biologische Verhältnisse in Frage? Man wird geneigt sein, wenigstens bei den leichteren Erkrankungsformen nur den Charakter für die Färbung des Bildes verantwortlich zu machen. Wie aber, wenn eine schwere Manie mit einem ausgesprochen gefährlich zornmütigen Stadium beginnt, um dann in die heitere, größenwahnsinnige Form überzugehen,

oder umgekehrt einem heiter expansiven Stadium ein zornmütiges folgt? Warum tauchen zu bestimmten Zeiten dem Kranken immer affektbetonte Komplexe unangenehmer Art auf, zu anderen Zeiten aber nicht? Wir haben einen Kranken seit vielen Jahren in der Klinik, bei dem sich seit langer Zeit kurze manische und stuporöse Attacken von einer Dauer von 2—3 Wochen in ununterbrochener Kette ablösen. Die manischen Attacken beginnen aber mit fast absoluter Regelmäßigkeit mit einem gefährlichen zornmütigen Stadium, um nach 2—3 Tagen einem expansiven, fast möchte man sagen paralytischen Größenwahn mit höchster Euphorie zu weichen; ist dieses Stadium eingetreten, so hat man selten noch etwas Schlimmes von dem Patienten zu gewärtigen. Es drängt sich mit für mich geradezu zwingender Notwendigkeit der Schluß auf, daß in dem zornmütigen Stadium die Manie, vielleicht darf ich sagen, noch nicht recht im Gange war, das erregende endokrine System hatte noch nicht restlos die Oberhand, aus dem Kampf der beiden Systeme hatte sich eine unangenehme Färbung der Vitalgefühle entwickelt, die, wohl überwiegend positiv gefärbt, doch noch nicht zu reiner Euphorie geführt hatte, und so zu einer Stimmungslage führte, die wiederum Beeinträchtigungsvorstellungen auslöste, peinliche Erinnerungen auftauchen ließ, aber doch bei dem überwiegenden positiven Vorzeichen zu gehobenem Selbst- und Kraftgefühl und zu Angriffslust führte. Es ist gewiß auch vorstellbar, daß durch die verschieden starke Beteiligung der an dem hypothetischen Organsystem teilnehmenden Einzelorgane eine solche besonders gefärbte Stimmungslage hervorgerufen wird, für diese Behauptung würde uns aber erst recht jeder Boden fehlen.

Ich weiß, daß wir uns mit all diesen Auseinandersetzungen auf recht unsicherem Boden bewegen; wenn wir aber an das Studium des Aufbaues einer Psychose gehen, müssen wir uns auch über derartige pathogenetische Möglichkeiten Rechenschaft geben.

Bei den Melancholien kann ich mich kurz fassen. Es liegen hier die Verhältnisse im Prinzip wohl genau so, für unsere Studien sind sie weniger geeignet, weil bei ihnen infolge des im allgemeinen herabgesetzten Biontonus und des mangelhaften Ablaufes allen Stoffumsatzes die psychischen Varietäten sich viel weniger markant von einander unterscheiden. Vieles wurde schon früher gesagt, es sei an die unzureichende Assimilation erinnert, die gleichsam zu einem Hungern der Zellelemente führen kann und damit zu einem Absinken aller Lebensvorgänge, einschließlich der psychischen Entäußerung. Ferner sei erinnert an die Bedeutung einer möglichen, verschieden starken Ansprechbarkeit bestimmter Hirngebiete für die Hormone, über die Mischzustände wurde schon gesprochen.

Nur noch ein Wort über die *Melancholia agitata*. Gewiß kennen wir aus dem normalen Seelenleben die Erscheinung des Umhergetrieben-

werdens von Angst, und können auf diese Weise das Umherrennen in der *Melancholia agitata* verstehen. Und doch hat G. Specht³²⁾ vielleicht nicht so unrecht, wenn er in der motorischen Unruhe eine manische Komponente sieht. Wir können es oft erleben, daß eine agitierte Melancholie plötzlich übergeht in einen Angststupor, ohne daß man sich davon überzeugen könnte, daß die Angst zu- oder abgenommen habe. Dann handelt es sich eben um das Wirksamwerden des hemmenden Hormons auf dem psychomotorischen Gebiet, das noch am längsten durch die im Verhältnis zum hemmenden Hormon geringeren — absolut vielleicht sogar vermehrten — erregenden Hormone in Tätigkeit, ja übermäßiger Tätigkeit gehalten war. Dabei war eben das psychomotorische Gebiet durch erbbiologische Bedingtheit den erregenden Hormonen an sich zugänglicher, als den hemmenden. Die charakterliche Veranlagung mag bei dem Zustandekommen der *Melancholia agitata* gewiß auch eine Rolle spielen, sie reicht aber für bestimmte Fälle sicherlich nicht aus, wie eben z. B. für das Übergehen einer *Melancholia agitata* in einen Angststupor gezeigt wurde. Es kann also doch sehr wohl möglich sein, daß psychologisch in der Angst sich manische und depressive Komponenten auswirken, wie erregende und hemmende Einflüsse biologisch nebeneinander hergehen, vielleicht auch eine besondere Tönung des Biotonus und der Vitalgefühle hervorbringen, die die Psyche infolge des Überwiegens der negativen Elemente mit den Zeichen der Angst beantwortet. Daß an dem Auftreten der Angst auch exogene Faktoren beteiligt sein können und sehr oft beteiligt sein werden, wird bei Erörterung des Einflusses konditioneller Bedingungen noch zu erwähnen sein.

Es bedarf nun aber noch ein Punkt der Klärung. Wenn wir annehmen, daß beim Auftreten zornmütiger, paranoischer oder ängstlicher Zustände es sich um eine Art Mischwirkung der beiden um die Vorherrschaft ringenden endokrinen Organsysteme handelt, warum treten dann nicht immer, wenigstens im Beginn, ehe das eine der beiden Systeme die Vorherrschaft erlangt hat, und warum treten nicht bei den Mischzuständen, bei denen doch beide Systeme sogar als wirksam in Erscheinung treten, auch solche Mischungen auf, die zu zornmütigen, paranoischen oder ängstlichen psychischen Einstellungen führen? Man bedarf hierfür wohl noch einer Hilfshypothese. Ich möchte annehmen, daß bei den zornmütigen, paranoischen und ängstlichen Bildern sich innerhalb des Stoffwechselgetriebes ein viel heftigerer Kampf um die Vorherrschaft einstellt, daß es gleichsam zu Stoß und Gegenstoß, zu einem Hin- und Herschwanken kommt, und gerade durch diese Unruhe im Stoffwechselablauf, durch dieses ständige Schwanken von bald assimilatorischem bald dissimilatorischem Übergewicht wird jene unbehagliche Tönung der Vitalgefühle erzeugt, die zur Konzipierung

von Beeinträchtigungsvorstellungen und folgender paranoischer Verarbeitung (bei Verhaltung), zu zornmütigen Entladungen oder ängstlichen Gedanken prädestiniert. Bei den Mischzuständen verläuft alles viel glatter — wir finden übrigens auch bei ihnen gelegentlich Phasen von Beeinträchtigungswahnbildungen, Angstzuständen und Zornreaktionen dazwischen geschaltet —, es handelt sich gleichsam um ein ruhigeres Sichgegeneinanderstemmen, auf dem einen Gebiet überwiegt das erregende Hormon, auf anderen das hemmende, ohne daß es innerhalb der Zellen zu einem Stocken oder Schwanken der assimilatorischen oder dissimilatorischen Vorgänge kommt. Die Schlacht steht hier gleichsam, aber auf verschiedenen Punkten verschieden günstig, während es sich bei den paranoischen, ängstlichen und zornmütigen Zuständen um ein ständiges Schwanken und Schwingen auf der ganzen Linie handelt.

Bei Zusammenfassung dessen, was wir über die pathogenetische Grundlage des manisch-melancholischen Irreseins soeben gehört haben, läßt sich folgendes sagen: Wir sind zu der Annahme genötigt, daß bei manisch-melancholischen Erkrankenden eine Minderwertigkeit bestehen muß in der Erregbarkeit des Gehirnzellstoffwechsels einerseits, in den innersekretorischen Organen, die den Stoffwechsel regeln, andererseits. Die allgemeine Minderwertigkeit des Gehirns benötigen wir, da kaum anzunehmen ist, daß jedes Gehirn auf die offenbar verhältnismäßig geringen Änderungen der Blutzusammensetzung so intensiv reagieren würde, auch mitunter das Gehirn das einzige Organ des Gesamtorganismus zu sein scheint, das nachweisbar in Mitleidenschaft gezogen wird. Das endokrine System aber benötigen wir, weil es sich in den meisten Fällen offenbar um eine Zustandsänderung des gesamten Organismus im Sinne einer Erhöhung oder Verminderung des Biotonus handelt. In leichten Fällen bleibt die Struktur der Persönlichkeit erhalten, es scheint durchschnittlich das affektive Gebiet das ansprechbarste zu sein, die affektiven Erregungen oder Hemmungen haben dann nur ihre normalpsychologischen, leicht verständlichen Folgen auf den übrigen Gebieten des Seelenlebens, erst bei relativ schweren Störungen kommt es zu fremdartigeren Symptomen, in den schwersten Fällen vielleicht zu direkten Bewußtseinstrübungen (delirante Formen); doch gehört hierzu wahrscheinlich schon eine besondere Partialveranlagung. Eine besondere Partialveranlagung bestimmter Hirngebiete (psychomotorische, sensorische) müssen wir auch beim Auftreten geistiger Störungen vom Charakter der Motilitätspsychosen und stark halluzinatorisch gefärbter Psychosen annehmen (erbbiologisch bedingt, doch kaum nur im Sinne schizophrener Belastung). Die innersekretorische Komponente der Veranlagung hat man sich mangels zureichender Kenntnisse vorläufig vorzustellen als die Wirkung zweier endokriner Organsysteme, die einander die Wage halten und so das Gleichbleiben des Biotonus

normalerweise gewährleisten. Dem Biotonus des Körpers entspricht auf psychischem Gebiet die individuelle Färbung der „Vitalgefühle“, die auch von psychologischer Seite als Zwischenschicht zwischen den sinnlichen und den psychischen Gefühlen gefordert werden. Bei labiler Veranlagung der beiden endokrinen Organsysteme genügen schon normale, physiologische Reize (sog. autochthone Entstehung), um dem einen oder dem anderen Organsystem das Übergewicht zu geben. So entstehen die reinen Formen von Manie und Melancholie. Vom Organismus wird eine Paralisierung des übererregten Systems durch angestregtes Arbeiten des Gegensystems erstrebt, daher beim Abklingen die Nachschwankung nach der anderen Seite. Dieses Gegenstemmen des Gegensystems kann aber auch die Mischformen erklären, da — einer Veranlagung entsprechend — gewisse Hirnpartien (z. B. das Psychomotorium) für das Gegensystem ansprechbarer sein können als für das primär erregte. Dann bekommt auf diesem Teilgebiet das Gegensystem das Übergewicht, der Mischzustand tritt in Erscheinung. Der Kampf zwischen primär erregtem und entgegenarbeitendem System kann aber auch zu Schwingungen und Stockungen im Zellstoffwechselablauf führen, die dem Vitalgefühl eine unangenehm peinliche Note geben, wodurch der Boden gegeben ist für zornmütige Färbung bei Überwiegen der erregenden Hormone, für mißtrauische Färbung bei gleichmäßigem Intensitätsgrad beider oder für ängstliche Färbung bei Überwiegen der hemmenden Hormone. Ein derartiges Ineinandergreifen von pathogenetischen Mechanismen müssen wir bei Beleuchtung des Aufbaues manisch-depressiver Psychosen m. E. zur Grundlage machen und uns über die hierdurch gegebenen Varianten der Basis, auf der weiter gebaut werden soll, klar sein.

Ich bin mir bewußt, daß ich mit dieser Hypothese ein Novum nicht schaffe, viele andere vor mir — genannt seien Meynert, Thalbitzer³⁴), Stransky³³) und Rittershaus²³); auch Kleist und G. Specht verdanke ich mancherlei persönliche Anregung — haben versucht, dem manisch-melancholischen Irresein eine einheitliche Grundlage zu geben. Keine Theorie hat recht befriedigt. Für mein Empfinden vermag die von mir aufgestellte Hypothese, bei der ich versuchte, sowohl klinische als biologische, als erbbiologisch-konstitutionelle, als psychologische Erfahrung und Erkenntnisse, so wie sie heute vorliegen, zu verwerten, am besten allen von uns beobachteten Erscheinungsformen des manisch-melancholischen Irreseins Rechnung zu tragen. Sie wird wie alle Arbeitshypothesen durch Erschließung neuer Erkenntnisse überholt werden, für die Gegenwart scheint sie mir den Forderungen zu genügen.

Auf den soeben dargelegten pathogenetischen Grundlagen fußend, sollen die weiteren Faktoren besprochen werden, die sich am Aufbau

der manischmelancholischen Erkrankungen beteiligen. Zunächst soll untersucht werden, wie andere Partialkonstitutionen das Krankheitsbild zu variieren imstande sind. Es ist klar, daß sich theoretisch jede andere Partialkonstitution einer manisch-melancholischen Krankheitsveranlagung zugesellen kann. Die wenigsten haben für uns Bedeutung. Den Anhänger einer endokrinen oder Stoffwechselgenese des manisch-melancholischen Irreseins befriedigt es, zu bemerken, daß sich in der Familie Manischmelancholischer auffallend häufig Zuckerkrankheit, Gicht, pathologische Adipositas findet, da es sich um Erkrankungen handelt, die gleichfalls auf innersekretorische oder Stoffwechselstörungen zurückgeführt werden. Basedow und Myxödem sind sogar direkt bei den Kranken selbst nichts ganz Seltenes. Im übrigen erscheinen Manischmelancholische im Durchschnitt recht gesunde Individuen zu sein, und man hat den Eindruck, daß es, vielleicht dank des guten Biotonus, gerade den Hypomanikern oft besonders gut gelingt, körperliche Krankheiten zu überwinden. Statistische Untersuchungen in dieser Richtung liegen wohl nicht vor, sie würden auch sehr schwer zu genaueren Resultaten führen, da die suicidalen Neigungen Zirkulärer in depressiven Phasen und die der Melancholischen eine Aufstellung sehr erschweren. Bei den Manischen dürfte die Neigung zu frühzeitiger Arteriosklerose — auch wieder eine besondere, pathogenetisch noch ungeklärte Partialkonstitution, die aber wiederum gern mit den endokrinen Drüsen in Zusammenhang gebracht wird — die Lebensdauer etwas beeinträchtigen.

Aber alle diese Partialkonstitutionen interessieren uns hier weniger, uns interessiert im überragenden Maße die besondere Veranlagung des Gehirnes selbst und der nervösen Elemente überhaupt, und hier wieder des Gehirns in bezug auf seine Reagibilität auf äußere, insbesondere psychische Reize. Die Summe der psychischen Einzelreaktionen, die ein Individuum auf die kleinen und größeren Reize des täglichen Lebens gegeben hat und gibt, verhilft uns aber zur Kenntnis seines Charakters. Diese Reaktionen, alias der Charakter, sind abhängig in allererster Linie von der verschiedenen Reagibilität des Gehirns in allen seinen Teilen. Wir werden also den Einfluß des Charakters als individuell stets verschiedener Partialkonstitution zu untersuchen haben. Wir sind jedoch über die Zuordnung bestimmter Hirngebiete zu Charaktereigenschaften — *sit venia verbo* — so wenig orientiert und werden es immer bleiben (es ist eben ein Unding, höhere psychische Leistungen streng lokalisieren zu wollen), daß wir uns nunmehr von der biologischen Betrachtungsweise mehr entfernen und einer charakterologischen, psychologischen Denkweise zuwenden müssen, wenn wir vom Einfluß des Charakters auf das Zustandekommen eines eigentümlichen Krankheitsbildes reden.

Wir hatten bisher schon verschiedentlich auf Partialkonstitutionen des Gehirns zurückgegriffen, um uns ein Bild des pathogenetischen Geschehens bei Mischzuständen, bei Motilitäts- und vorwiegend halluzinatorischen Psychosen machen zu können. Dabei handelte es sich aber um eine Partialkonstitution im Sinne einer Überempfindlichkeit gegenüber chemischen, im Körper entstandenen Substanzen, und wahrscheinlich auch um eine Überempfindlichkeit bzw. Labilität in Richtung auf die Schnelligkeit des Stoffwechselumsatzes der Zellen*). Jetzt handelt es sich um eine verschieden starke Reaktionsfähigkeit der Zelle als Ganzen, insbesondere um eine verschieden starke Reaktionsbereitschaft beim Auftreffen psychischer Reize.

Die Trennung der Charakterkomponente von den zur Krankheit gehörenden Symptomen ist mitunter eine sehr schwierige Aufgabe, aber außerordentlich wichtig, da sie prognostisch von großer Bedeutung sein kann. Dabei liegt es in der Natur der Sache, daß, je intensiver die Erkrankung den Organismus befallen hat, um so unsicherer unsere Schlüsse sein werden, was nun noch charakterologisch bedingt, evtl. an charakterologischer Eigenart durch den Krankheitsprozeß nur herausgehoben wurde und was schon eigentliches, zum pathogenetischen Geschehen gehöriges, Krankheitssymptom ist. Wir werden daher zweckmäßig zur ersten Illustration uns eines einfach gelagerten Falles bedienen.

Fall 2. Fr. B., Lithograph, 54 J.

Kommt auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses vom 23. IV. 1920 zur Einweisung: „B. ist ein schwerer Psychopath vom Typus des unsozialen Erotikers. Er exhibitioniert den ganzen Körper nach verschiedentlich begründeten Aussagen vor Frauenspersonen. Dazu kommen hypomanische Züge von querulatorischem Charakter (vgl. die aus den Akten hervorgehende Vielschreiberei), die wir indes für sekundär halten. Wir sind eher geneigt, auch diese Ergüsse als den Ausdruck des Entartungsirreseins, insbesondere sexueller Verirrungen zu halten im Sinne sadistischer Koprolalie; denn er watet in diesen Schriftstücken in einer Flut von Schweinereien usw.“

Anamnestisch sei zu dem Fall folgendes bemerkt: Familiäre Belastung ist nicht nachzuweisen, doch scheint der Bruder ein Hypomaneus zu sein. Er selbst gibt an, er sei der einzige „Verliebte“ in seiner Familie. Als Kind von 5 Jahren Hirnhautentzündung, seither taub (inwieweit die Taubheit die Charakterentwicklung beeinflußt hat, braucht uns hier nicht zu beschäftigen). Liest glänzend vom Munde ab, hatte in der Taubstummenschule und in der Sonntagsschule immer „sehr gut“. Mit 21 Jahren auf Wanderschaft, war in mehr als 24 Städten, auch im Auslande, bald beruflich beschäftigt, bald „zum Vergnügen“; wanderte weiter, sobald ihn „die Lust zwang“. Mit 30 Jahren geheiratet (1896), die Ehe war aber unglücklich, die Frau schenkte ihm über ihr Vorleben keinen reinen Wein ein, während er ihr gestand, daß er 2 uneheliche Kinder habe und viel geliebt habe.

*) Wer sich an den Ausdruck „Zelle“ stößt, kann, ohne daß sich sachlich dadurch etwas ändert, den weiteren Begriff „nervöse Elemente“ setzen.

Im Jahre 1900 kam es nach vielfachen Streitereien zur Scheidung. Er nahm sein Wanderleben wieder auf, kam überall gut durch, arbeitete als „Metallpolierer und Metallätzer, als Lithograph und Chemograph, als Chromograph und Stein-drucker, als Lichtdruckpräparator und Farbenätzer“, rühmt sich sehr seiner acht Berufe; auch Ringkämpfer war er vorübergehend und sei nur einmal in seinem Leben geworfen worden. Seit 1903 lebte er in L., hatte Verkehr mit seiner Hauswirtin. Am 2. VI. 1909 wurde er in eine psychiatrische Klinik eingeliefert wegen Verdacht auf geistige Störung, er mache verkehrtes Zeug, zerstöre Hausrat, wüte ohne Grund und schlage alles kurz und klein. Über seine Hausfrau schrieb er skandalöse Briefe, die sie in ihrer Ehre beeinträchtigten. Die Diagnose lautete: Degeneratio, Tabes dorsalis. Nach 4 Wochen wurde er gebessert entlassen. Nun ging es anscheinend wieder gut bis 1918. Er war damals von München nach Nürnberg verzogen. Am 4. XII. 1918 wurde er in das Nürnberger Krankenhaus polizeilich eingewiesen, wiederum, weil er über eine Frau, bei der er in M. wohnte, Karten beleidigenden Inhaltes geschrieben hatte. Im Krankenhaus ist er hochgradig erregt, schwer ideenflüchtig, ganz obszön in seinen Reden, läßt jedes Schamgefühl vermissen, spricht in verletzender Weise von seiner Hauswirtin, gibt zu, jene Karten aus Rache geschrieben zu haben. Nach weniger als 3 Wochen hatte er sich soweit beruhigt und führte sich so gut, daß er entlassen werden konnte. Zwei Jahre später kam er im Nürnberger Krankenhaus wieder zur Aufnahme und wurde am 19. V. 1920 in die psychiatrische Klinik Erlangen überführt. Der Anlaß zur Aufnahme war wieder der gleiche. Er lockte verschiedene Frauen in seine Wohnung, und als sie ihm nicht zu Willen waren, schrieb er abermals die gemeinsten Karten und Briefe an deren Ehemänner, um sich an ihnen zu rächen.

Er zeigt sich bei der Aufnahme in Erlangen als der, der er nach der Vorgeschichte sein muß, als ausgesprochener Maniacus, voll hohen Selbstbewußtseins, als Tugendheld, der nie etwas Unrechtes begangen. Wohl gibt er zu, daß er sehr stark erotisch veranlagt sei, doch habe er nie jemand bedroht. Ideenflüchtig schweift er ab, erzählt in schamlosester Weise alle Einzelheiten seines Verkehrs mit den Frauenspersonen (die ihrerseits zwar den Verkehr ablehnen, was aber doch recht fraglich erscheint). Voller Entrüstung schreibt er eine Eingabe nach der anderen, viele Bogen lang, voll schamlosesten Inhaltes. Dabei aber doch im Verkehr mit den Ärzten stets Höflichkeit bewahrend, nur äußerst renommistisch. Nach einigen Wochen weitgehende Beruhigung. Während er anfangs den ganzen Krankensaal mit seinen Schweinereien versuchte, spricht er jetzt wenig mehr von diesen Dingen. Er hat sich mit seiner Internierung abgefunden, arbeitet, zeichnet, malt sehr fleißig und nicht ungeschickt für die Klinik. Auch malt er selbst in Öl und Wasserfarben, vorzugsweise Damen in großer Toilette, beim Ball oder im *Chambre séparée*, mit Herren scharmierend, will diese kitschigen Bilder für 300, 500, 1000 Mark verkaufen. Immer heiter und fröhlich, fügsam, der klassische Hypomanicus.

Der hier geschilderte Patient ist von Hause aus ein konstitutioneller Hypomanicus. Gleichzeitig enthielt sein Charakter eine stark erotische Komponente, die ihn zu einem geregelten Eheleben nicht kommen ließ, ihn aber sonst sozial nicht besonders auffällig machte, es gibt ja genug andere Menschen, die ihm an sexuellem Bedürfnis nicht nachstehen; während unserer Beobachtung jedenfalls hat sich kein Anlaß geboten, ihn in dieser Richtung als krankhaft veranlagt zu bezeichnen. Mit 43 Jahren steigerte sich die Hypomanie offenbar bis zur krankhaften

Höhe der Manie, er zerschlug, demolierte, redete wirres Zeug, gleichzeitig kam es zu unszialem Handeln, zu unglaublicher Bloßstellung seiner Hauswirtin, mit der er 6 Jahre gut ausgekommen war. Nach 4 Wochen trat Beruhigung ein, und erst nach 9 Jahren kam es wiederum zu einer stärkeren Erregung, die wieder eine höchst erotische Note trug; die Erregung klang abermals nach wenigen Wochen ab, um nach 2 Jahren von neuem einzusetzen, abermals wieder unter der starken Hervorhebung der sexuellen Komponente, die sich in schamlosester öffentlicher Preisgabe der intimsten Vorgänge dokumentierte. Die Neigung gegen seine Umgebung mißtrauisch eingestellt zu sein, teilt er wohl mit vielen anderen Schwerhörigen, auch diese Einstellung kam in seinen Briefen, besonders gegenüber seinem Bruder zum Ausdruck. Mit Eintritt der Beruhigung trat sowohl der scheinbar extrem erotische wie auch der querulatorische Zug wieder ganz in den Hintergrund. Mit der Diagnose „Degeneratio“ ist uns aber wenig gedient, ebenso wie es falsch sein dürfte, ihn als „Psychopathen vom Typ des unszialen Erotikers“ zu bezeichnen, oder ihm gar sadistische Motive wegen seiner schmutzigen Schreibereien zu unterlegen. B. ist ein Hypomanicus mit stark sinnlicher Charakterkomponente, die ihn auch schon bei leicht manischen Attacken wegen der dadurch bedingten Heraushebung der Charaktereigenschaften unszial werden läßt.

Schwieriger pflegt die Differentialdiagnose oft zu sein, wenn die manischen Erregungszustände ein ausgesprochen hysterisches Gepräge annehmen; handelt es sich um eine manische Erregung oder um eine Reaktionspsychose bei einer hysterisch veranlagten Person? Diese so schwer zu klärende Frage gibt vielfach Anlaß, die Diagnose offen zu lassen oder eine Kombination beider Psychosen anzunehmen. Ich glaube, daß sich in sehr vielen Fällen eine befriedigende Lösung für diese Frage finden wird, wenn man in Erwägung zieht, daß die Manie es mit sich bringt, daß Charakterzüge, insbesondere auch eine reaktive Labilität, eine Neigung zu hysterischer Theatralik oder eine an sich wenig auffallende Launenhaftigkeit und Sprunghaftigkeit in der Psychose auf Grund der oben niedergelegten Pathogenese bis zu erstaunlichen Graden gesteigert, herausgehoben werden kann. Es ist natürlich kein Zufall, daß wir gerade bei den Frauen so häufig in die Lage versetzt sind, derartig hysterisch-reaktive Züge das Krankheitsbild färben und verwischen zu sehen; die große emotionell-reaktive Ansprechbarkeit der Frau ist ja bekannt. Hierfür einige Beispiele.

Fall 3. H. E., 30 J., Köchin.

Familienanamnese: Vater Trinker, starb an Diabetes mellitus. Mutter, vier richtige, drei Stiefgeschwister gesund. Die Großmutter soll geisteskrank gewesen sein.

Angaben der Verwandten: Als Kind stets gesund, in der Schule ziemlich schlecht gelernt. Nach der Schule Papparbeiterin, wechselte die Stellen nicht.

Als Kind soll sie von ihrem Vater monatelang mißbraucht worden sein, er nahm sie zu sich ins Bett und spielte an ihrem Genitale. Anfangs sei sie ihm sehr zugetan gewesen, habe sich später vor ihm gefürchtet. Im Umgang mit Freundinnen war sie munter, leicht ausgelassen, aber auch leicht gekränkt. Vor ihrer Firmung sehr ernst, die Firmung machte ihr tiefen Eindruck, sie habe sich alles sehr zu Herzen genommen, habe sich vorgenommen, alle 14 Tage zur Beichte zu gehen, habe dann immer dasselbe gebeichtet, Dinge, die sie selbst heute nicht mehr als Sünde ansehe. Mit 16½ Jahren kam sie in eine Missionsgemeinschaft. Den dortigen Prediger habe sie 3 Jahre als Lehrer verehrt, ihn dann aber geliebt, diese Liebe aber, wie sie einer Freundin mitteilte, immer unterdrücken müssen. In einer Versammlung der Missionsgemeinschaft bekam sie einen Anfall, wurde durch die Gläubigen gesundgebetet. 1910 (1 Jahr später), im Alter von 20 Jahren, zum ersten Male in einer Heil- und Pflegeanstalt.

Auszug aus dem Krankenprotokoll: Außerordentlich starke Stimmungsschwankungen, bald ängstlich erregt, bald wieder heiter, lacht, ruft „ich bin närrisch“, schluchzt dann wieder laut auf; doch macht dies einen sehr gemachten Eindruck. In ihren Reden unzusammenhängend, motorisch sehr unruhig.

In den kommenden 2 Monaten dauernd außerordentlich unruhig, „verworren und zerfahren“ in ihren Reden, geziert und gespreizt in ihrem Benehmen, sehr wechselnd in ihrer Stimmung, mitunter aggressiv, zerreißt und wirft. Stark erotisch, entblößt sich gern. Gegen den Arzt sehr abweisend, schreit geradehinaus, wenn man etwas von ihr haben will, gebärdet sich wie ein ungezogenes Kind. Nach 3 Monaten etwas ruhiger, bekommt aber oft mutwillige Anwandlungen, „ich schlag Ihnen gleich Ihren Zwicker herunter“; dann wieder kreischt und quiekt sie geradehinaus, wenn man sich mit ihr beschäftigen will. Mitunter scheint sie zu halluzinieren. Im kommenden Monat zunehmend stuporös, zwischendurch aber auch wieder höchst wechselnd in ihrer Stimmung, weint und lacht durcheinander. Weiterhin ziemlich unverändert, bald mehr erregt, bald mehr stuporös, immer exaltiert. Nach dreiviertel Jahren völlige Beruhigung, wird geheilt entlassen.

Über Ereignisse kurz vor der Einlieferung findet sich im Protokoll nichts vermerkt, die Diagnose lautete „Manie“.

Nach der Entlassung wurde Pat. Dienstmädchen, hatte die erste Stelle 3 Jahre inne, die zwei nächsten je 5 Vierteljahre, die letzte 4 Jahre. Sie hatte gute Zeugnisse, man war stets mit ihr zufrieden. Bei der Missionsgemeinschaft verkehrte sie weiterhin. Kurz vor ihrer neuerlichen Erkrankung erzählte sie ihrer Freundin, sie habe jenen Prediger von Kind auf geliebt und liebe ihn noch heute. Sie habe die Liebe aber immer unterdrückt, jetzt wolle sie endlich auch zu ihrem Recht kommen. In der letzten Zeit wohnte sie bei diesen Predigersleuten. Der Prediger sollte sich von seiner Frau scheiden lassen und sie heiraten. Die Frau des Predigers und sie selbst seien aufeinander eifersüchtig gewesen, die Frau habe ihren Mann dann verlassen und eine Karte geschrieben, er solle machen, was er wolle. Später gibt die Pat. an, die Wochen vorher schon in etwas eigentümlicher Stimmung gewesen zu sein, alles habe eine besondere Bedeutung für sie gehabt. Fünf Tage vor der Einlieferung wurde sie krank, nahm nur von ihrer Freundin Essen an, erklärte, alles sei vergiftet. Der Prediger und seine Frau, die zurückgekehrt war, hätten auch an ihrem Bett gewacht. Sie wurde dann ins Nürnberger Krankenhaus gebracht, dort von der inneren Station unter der Diagnose Hysterie auf die Nervenstation verlegt (28. IX. 1920).

Krankenhaus Nürnberg 28. IX. bis 2. XI. 1920: Direkt nach der Einlieferung heftige Erregung, wirft Bettstücke umher, zieht sich nackt aus, will augenblicklich wieder fort. Begrüßt dann den Arzt als „rettenden Engel“, er habe

„so schöne, gute Augen“, drückt ihm mit Emphase die Hand, hat in ihrem Benehmen etwas Süßliches, Fades. Stimmung vorwiegend heiter, mitunter plötzliches heftiges Schluchzen, direkt elementar. Redet mit langsamer, gezielter Sprache, fragt, ob sie die Wandsprüche umhängen dürfte, eine Spinnweben wegnehmen solle, den Ring des Arztes, das Hörrohr anfassen dürfe, will ihren Stuhl neben den des Arztes rücken, die Krankengeschichte mitlesen. Leichte motorische Unruhe, Ablenkbarkeit, Rededrang, fade lächelnder Gesichtsausdruck.

Körperlich normal.

Während der ganzen Dauer ihres Aufenthaltes im Nürnberger Krankenhaus erotisch, berechnend, exaltiert, mitunter schwere zornige Erregungszustände, launisch, dann wieder zu dummen Streichen aufgelegt, geziert, süßlich-fad. Bei der Untersuchung durch Referenten war sie derartig theatralisch in ihrem Auftreten und Reden, daß an einen hysterischen Zustand gedacht werden mußte, zumal ein Komplex gegeben schien. Die Diagnose in Nürnberg lautete auch auf Hysterie.

2. XI. 1920: Aufnahme in Erlangen. Liegt bei der ersten Visite über das Bett einer anderen Pat. gelehnt, die Arme weit ausgebreitet, als ob sie jemanden umarmen wolle, macht verliebte Augen, flüstert: „Ich brauchte ein Zimmerchen mit einem Bettchen, ganz allein oder zu zweien.“ Freundet sich in kürzester Frist mit einer schweren Hysterica an, hockt mit ihr in einem Bett, der anderen gegenüber, beide die Haare aufgelöst und in diese eingehüllt, voll von Theatralik, beide erotisch, mit ausgesprochener Freude am Vorbeireden. Nach einigen Tagen tritt bei der Pat. aber ein ideenflüchtiges Abschweifen immer deutlicher hervor, ist äußerst ablenkbar, wird motorisch sehr unruhig. Der Schalk sitzt ihr den ganzen Tag im Nacken. Über ihre Vorgeschichte kann sie keine geordneten Angaben machen, wie Kraut und Rüben geht alles durcheinander. In wenigen Minuten hat sie von einigen 20 Personen erzählt, die alle mit ihrem Erlebnis in Zusammenhang stehen. Sie schreibt die Personennamen auf, unterstreicht sie drei- bis viermal, knüpft an jeden eine besondere Geschichte; versinkt hin und wieder auch in Träumen, „den hab' ich sehr lieb gehabt“. Zuweilen scheinbar ganz inkohärente Schreibereien, die sich aber nach Wochen bei einer Durchsprache als durchweg ideenflüchtig verknüpft erweisen (sie erinnerte sich genau an alle Einzelheiten jener Untersuchung). Ganz vorwiegend gehobener Stimmung. Immer erotisch, schmachtend, küßt dem Arzt die Hände, wirft Augen. Zwischendurch ein Tag, an dem sie verträumt umhersitzt; dann wohl leicht gereizt, aber nicht depressiv. An manchen Tagen höchst launenhaft und ungezogen. Motorisch sehr unruhig, oft deutlicher Beschäftigungsdrang, staubt beständig ab. Körpergewicht hat stark abgenommen.

Um die Jahreswende wird sie etwas ruhiger, aber noch immer sehr ideenflüchtig. Anfang Februar die ersten wirklich gehemmten Tage, ist traurig, still, zum Weinen geneigt, bald darauf noch einmal Aufflackern der Erregung, aber weniger intensiv, dabei auch nicht mehr so stark erotisch. Wieder blühendes Aussehen. Im März zunehmende Besserung, im April wieder leicht verstimmt, nachdenklich, bewegungsarm; darf allein ausgehen.

5. V. 1921. Geheilt entlassen, wieder in Stellung. Die Diagnose lautet auf manisch-melancholisches Irresein bei einer hysterischen Persönlichkeit.

Fall 4. S. Cr., geb. Sch., 27 J., Ingenieursgattin.

Familienanamnese: Vater „sehr nervös“, vor 10 Jahren an Magenkrebs gestorben, Mutter gesund, eine Großtante mehrfach wegen Schwermutsanfällen in Anstalten, ein Vetter, „eigenartig“, zu Schwermut neigend, eine Kusine exaltiert, sehr beeinflussbar.

Angaben der Mutter: Normale Entwicklung, kein Bettnässen, keine Krämpfe. Neun Jahre in höherer Töchterschule, sehr gut gelernt. Liebte wilde Spiele, sehr ausgelassen, himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt. Sehr eigenwillig, egoistisch, tat nur, was ihr paßte, zeitweise sehr patzig, dann wieder, „wenn es sich um ihren Vorteil handelte“, sehr liebenswürdig. Log viel, um ihre Zwecke zu erreichen, launisch, unstet und unruhig. Wusch sich oft tagelang nicht, war, zur Rede gestellt, grob, direkt unerziehbar. Nach einjährigem Pensionsaufenthalt zunehmend renitenter. Fing alles mögliche an, ließ es dann liegen. Vergnügungs- und putzsüchtig, poussierte sehr viel mit Offizieren, oft recht verschwenderisch, dann wieder verstimmt, sich selbst in Anklagen ergehend. Das Verhältnis zu ihren Angehörigen blieb sehr oberflächlich, weil sie kalter, egoistischer und berechnender Natur war. 1912 in B. in einem Sanatorium wegen Erregungszustandes, war damals genau wie jetzt. 1914 mit Arzt verlobt. Verlobung ging bald zurück. Sie sei so launisch gewesen, und habe ihren Bräutigam so schlecht behandelt, daß dieser sich von ihr löste. (Sie selbst behauptet, sich den Pflichten einer Hausfrau nicht gewachsen gefühlt zu haben, und habe deshalb das Verhältnis abgebrochen.) Kurz darauf wieder verlobt, 1916 Heirat. Ehe nach außen sehr glücklich, Mann sei fügsamer und gutmütiger Natur (objektiv erscheint er als ein großer Schlappschwanz). Kein Partus, kein Abortus. In der letzten Zeit soll sie mit ihrem früheren Verlobten ein Verhältnis unterhalten haben, doch weiß die Mutter davon nur vom Hörensagen.

Angaben des Mannes: 1916 Heirat, 4 Jahre glücklich; Ehe kinderlos, da Pat. keine Kinder wollte. Sie war mitunter unzufrieden, daß ihr Mann kein größeres Vermögen hatte. Die durch die politischen Umwälzungen notwendige Versetzung des Mannes von Pilsen nach Nürnberg war der Pat. nicht genehm. Vor 3 Wochen angeblich zufälliges Zusammentreffen mit dem früheren Verlobten. Seitdem öftere Zusammenkünfte. (Sie selbst sagt: „Ach Gott, und reizende Zusammenkünfte sind das gewesen im ‚Posthörnchen‘!“) Nach diesen Zusammenkünften war Pat. sehr aufgeregt, manchmal nachts sehr unruhig, sprach die ganze Nacht vor sich hin, erzählte und weinte. Der Mann wollte darauf mit ihr in den Harz. In Jena bei Bekannten jammerte Pat., daß ihr Mann so viel weniger Einkünfte hätte, wie diese. In Weimar sehr „gedankenflüchtig“, erzählte sehr viel, sprach überhastet. War sehr ergriffen beim Besuch des Goethehauses, hatte immer viel Interesse für Goethe, viel über ihn gelesen. Dort wollte sie allein sein, wollte von ihrem Manne nichts mehr wissen, äußerte förmlichen Haß gegen ihn, machte ihm alle möglichen Vorwürfe. Sprach davon, sie wolle wieder nach Nürnberg, der Dr. H. (ihr früherer Verlobter) sei ein ehrenwerter Charakter, der Mann könne unbesorgt sein, sie werde sich nichts zuschulden kommen lassen. Verließ plötzlich ihren Mann und fuhr nach Nürnberg zurück. Dort kümmerte sie sich nicht um ihren Haushalt, ließ alles stehen und liegen und suchte Dr. H. auf. Nach der Rückkehr des Mannes kam es zu einer Auseinandersetzung, der die Verbringung der Pat. ins Nürnberger Krankenhaus folgte.

Auszug aus der früheren Krankengeschichte im Sanatorium B., 1912. Diagnose: Hysterie (?). In den ersten Tagen sehr apathisch, lag bewegungslos, mit geschlossenen Augen, sprach nicht, befolgte keine Aufforderung. Dann plötzlich Erregungszustand, indem sie ihr Hemd auf den Korridor warf, „ich bin eine Majorstochter, ich lasse mir keine Vorschriften machen“. War unrein, lachte scheinbar unmotiviert und häufig. Erzählte, daß sie vor ihrer Einbringung von der Wach- und Schließgesellschaft bewacht worden sei; denn es hätten so viele Lichter gebrannt. Als Grund für ihren Erregungszustand gab sie nachträglich an, sie und ihre Mutter seien in einem Café von zwei bekannten Hamburger Herren in ein Nebenzimmer gezogen worden. Sie sei nur widerwillig mitgegangen, die

Mutter aber sehr gern. Die Herren hätten sich sehr gemein gegen sie benommen, so daß sie es gar nicht sagen könnte. Das habe sie so in Aufregung versetzt, daß sie in den nächsten Tagen nicht mehr richtig im Kopf gewesen sei. Wurde nach 7 Monaten gebessert entlassen.

Krankengeschichte Nürnberg, 24. IX. bis 3. XI. 1920: Beschwerzt sich am ersten Morgen über das Fehlen von Waschlappen, Strumpfbändern, Menstruationsbinden und tausend anderen Toiletteartikeln; all das scheint ihr viel wichtiger, als ihr Krankenhausaufenthalt. Starker ideenflüchtiger Rededrang: „Vor 3 Wochen ist ein elektrischer Schlag gewesen, in drei Personen, in mir, in Dr. H., und in meinem Mann. Die Leute haben mich so verrückt gemacht, daß ich mich nicht mehr auskenne. Was ist heute für ein Tag? September 20? Was für ein Tag ist, dazu muß ich einen Kalender haben, ich rechne nur nach Wochentagen, da ich nämlich sehr arbeitsam bin. Ich arbeite immer.“ . . . „Ich bin eben von einer Last befreit, ich sehe Zusammenhänge, die ich früher nicht gesehen habe.“ (Wodurch?) „Weil ich eben den Schlag erhalten habe oder den Tick.“ (Wer ist Dr. H.?) „Dr. H. wollte mich heiraten, aber das ging auseinander. Ich habe damals nicht den Mut gehabt, ich hab' eben gedacht, daß ich so tüchtig sei, wie ich jetzt bin. Ich weiß nicht, wenn zwei Männer um mich zittern und Angst haben, welcher mein Mann ist . . . also bitte, ganz ohne Umschweife: Ich wollte heiraten 1914, tat es aber dann nicht, weil ich meinte, meine Tüchtigkeit, wie gesagt, es war schlimmer, aber ich liebte meinen Mann, oh, meinen Mann habe ich aus Liebe geheiratet . . . Sagen Sie doch endlich einmal, daß ich meine Strumpfbänder bekomme. Ich bin das nicht gewöhnt; aber mir passiert eben alles. Einmal fiel mir auch die Hose herunter in Gesellschaft, und ich habe meine Menstruation doch gestern schon bekommen, da muß ich doch Binden zum Knöpfen haben.“ Spricht dann lange von einem Kind, das sie erwarte, sie habe schon geboren, das Kind müsse schon da sein, sie sei auch ausgekratzt worden. Der Affekt ist vorwiegend heiter; zwischendurch ist sie sehr gereizt, schwört mit Emphase dem Arzt, der ihre Einlieferung veranlaßte, Rache. Dann wieder sehr erotisch, wirft mit koketten Blicken um sich, aber nicht schmachtend. Motorisch unruhig, gestikuliert übertrieben, nimmt posenhafte Stellungen ein. Körperlich normal, entsprechend genährt, frische Farben. WaR. — — +.

28. IX. 1920. Untersuchung durch Referenten: Kommt mit lebhaften Bewegungen und strahlenden Augen herein, bleibt bei Anblick des Referenten stehen, mißt ihn von oben bis unten mit den Augen, gleicht einer selbstbewußten Ballkönigin. Gibt dann bereitwillig, doch mit etwas vornehm sein sollender Zurückhaltung Auskunft über ihre Familie und Vorgeschichte, schweift dabei häufig ideenflüchtig ab, wird durch die äußere Umgebung abgelenkt. Aus ihrer Art zu berichten und sich zu geben spricht eine gewisse Anmaßung („Ihr könnt mir alle den Buckel herunterrutschen“), egozentrische Einstellung und Exaltation. Als Referent auf ihr Verhältnis zu Dr. H. zu sprechen kommt, bricht sie kurz ab, wirft ihm einen wütenden Blick zu und erklärt patzig: „Wer sind Sie denn eigentlich, daß Sie so etwas zu fragen wagen? Seien Sie doch nicht so indiskret.“ Wird hochfahrend. Nach einigen begütigenden und scherzenden Worten befriedigt, spricht weiter, wird deutlich erotisch. Über ihr Verhältnis und ihre Ehe schweigt sie sich aus, sucht Referent beständig irrezuführen, redet in läppischer Weise vorbei, so wie man es bei oberflächlichem Flirt und Neckereien auf dem Ball tut. Schmollt, dann wieder erotisch. Auf der Abteilung oft sehr laut und sehr grob, wenn etwas nicht nach ihrem Willen geht, wirft mit Geschirr. Wird unsauber und nachlässig, schleudert Zahnbürste, Waschzeug, Handtuch zur Erde, schleift ihre Wäsche am Boden hin.

6. X. Zustand nicht verändert, immer erregt, ideenflüchtig, in den Be-

wegungen etwas einförmig, schneidet Gesichter, aber mehr nach Art eines ungezogenen Kindes, kein parakinetisches Grimassieren. Vermeidet es, den Ärzten gegenüber über ihre Affäre mit ihrem Mann zu reden, spricht sofort von etwas anderem. Man hat aber den Eindruck, daß alles für sie eine überwundene Sache, gar kein rechter Komplex mehr ist, sie macht eben, was sie will.

22. X. Immer noch das gleiche Bild ideenflüchtiger, manchmal ans Inkohärente grenzender, und dabei „stereotyp“ werdender Erregung. Dauernd launisch in höchstem Maße und sehr erotisch. Liegt bei der Visite mangelhaft bekleidet im Bett: „Oh, ich bin ja verheiratet, und vor lauter Liebe wird man aufgefressen.“ (Von wem?) „Ach, was weiß ich, jetzt bin ich 27 Jahre, ich habe kein Geld, ich habe gespart, und man hat immer Sorgen. Wie heißt mein Mann? (Und nun in pathetischem Ton und mit den entsprechenden Gesten:) Alexander . . . Walter . . . S., und ich heiße Kreszentia, Eugenie, Charlotte, Friederike, Eulalie, Elisabeth S., geb. Sch., und meine Mutter heißt (kommt ins Lachen) . . . ach, das wissen Sie ja alles, ich fürchte mich überhaupt vor nichts mehr.“

30. X. Folgendes charakteristisches Bild: Pat. hat sich mit einer anderen Psychopathin, die Kunstreiterin ist, angefreundet, und ist zu ihr ins Zimmer geschlüpft. Die Kunstreiterin sitzt unter der Bettstelle. S. steht im Nachthemd auf einem Stuhl in der Zimmerecke, springt dann über Sofa, Bett, Nachttisch und wieder zurück, erklärt dem hereintretenden Arzte lachend, sie müsse das Reiten lernen. Kurz darauf flocht sie sich einen dicken Zopf und biß ihn ab; sieht nun wirklich aus, wie aus dem Zirkus entsprungen.

Kommt körperlich sehr herunter.

3. XI. 1920. Aufnahme in Heil- und Pflegeanstalt Erlangen.

31. XII. 1920. Das Bild ist fast unverändert, vielleicht ist Pat. etwas ruhiger. Sie liefert Bogen völlig inkohärenter Schriftstücke ab, aber nichts Sinnloses. Deutsch, englisch, französisch, italienisch, tschechisch geht durcheinander. Noch immer voller Launen und Witze, starrköpfig oder patzig, bestrickend lebenswürdig oder erotisch. Alle Augenblicke passiert etwas Neues, ein neuer burschikos-er Ulk, eine unerfreuliche Szene, bald schnippisch, bald hochfahrend, bald voll beißenden Spottes. Immer schlagfertig. Gibt auch auf Fragen mitunter möglichst dumme Antwort, um den Arzt zu foppen und sich zu amüsieren auf Kosten anderer. Hat in einer Nacht furchtbar gebrüllt, gelacht und gesungen, antwortet auf die Frage, was losgewesen sei: „Mir ist mein Kalender eingefallen, der blau und mit Aluminium beschlagen ist.“ Oder: „Ich schau in meinen Himmel nein, der ist grün mit einer Schmutzdecke.“ (Sieht den Arzt schreiben:) „Wenn Sie meine Aussprüche verwerten wollen, müssen Sie mir zahlen.“ Andere Bonmots: „Halt's Maul, alter Droschkengaul“, oder „Des Lebens Würze ist eben Maggi, Knorrsoße ist aber auch gut.“

25. I. 1921. Im ganzen unverändert, viel laut und störend, aber nicht mehr so erregt wie früher. Vor allem tritt das erotische Moment noch sehr in den Vordergrund. Wenn der Arzt den Saal betritt, zieht sie sich gern nackt aus, drapiert sich dann malerisch mit einer Decke, sieht ihn herausfordernd an. In ihren Äußerungen nach wie vor stark ideenflüchtig.

5. III. 1921. Besuch durch Referenten, weiß noch alle Einzelheiten, gibt den Namen etwas entstellt wieder. Hat eine blaue Jacke an, die ihr gut stehen würde, wenn sie sich durch das Abbeißen der wüst herumhängenden Haare nicht so entstellt hätte, sieht mit dieser Chevelure direkt zweifelhaft aus. Ist sehr lebenswürdig, offenbar gespannt, was nun folgen wird. (Erinnert an Ibsens Hilde Wangel im Baumeister Solness „Das müßte spannend sein.“) Sehr heiter, deutlich ideenflüchtig, auch erotisch, kokett in ihren Bewegungen, der Kopfhaltung. Benimmt sich aber korrekt, verabschiedet sich mit gnädigem Gruß. — Die Affäre

mit ihrem Verlobten sucht sie jetzt als ganz harmlos darzustellen. Wenn man ihr Tatsachen vorhält, die damit nicht im Einklang stehen, erklärt sie alles mit kühler Ruhe und mit frecher Stirn für einfältige Lüge. Der Ernährungszustand hat sich wesentlich gehoben.

14. V. Geheilt entlassen.

In den beiden eben beschriebenen Fällen, die in möglichster Kürze mitgeteilt wurden, aber zum Zwecke dessen, was gezeigt werden soll, doch nicht ganz kurz gehalten werden konnten, hat die starke Färbung der Psychose durch die charakterlich gegebenen Komponenten dazu geführt, daß sie trotz längerer Beobachtung ihrer wahren Natur nach einmal verkannt würden. Es muß zugegeben werden, daß die Diagnose, wenigstens aus dem Querschnittsbild heraus, nicht immer leicht zu stellen war. Ich habe in den vorstehenden Protokollextrakten das Manische ein wenig unterstreichen müssen, durfte aber andererseits das Charakterliche nicht vernachlässigen, da es mir ja darauf ankam, zu zeigen, wie sehr der Charakter die Psychose zu färben vermag. Die Längsschnittdiagnose dürfte nach übereinstimmendem Urteil auf Manie lauten. Die fast durchweg gehobene Stimmungslage, die im ersten Fall von einer starken depressiven Schwankung gefolgt war, die ideenflüchtige Assoziationsstörung, die fast beständig nachzuweisen war, die Tatsache, daß sich die Gedanken keineswegs beständig um den scheinbar gegebenen Komplex drehten, die große motorische Unruhe, die bei der ersten Kranken zeitweise deutlich den Stempel der Beschäftigungsunruhe trug, liefern den Beweis. Auch handelt es sich in beiden Fällen um wiederholte Erkrankung, und im 2. Fall war erbliche Belastung vorhanden.

Allerdings, die Diagnose auf psychogene Erregungszustände lag in beiden Fällen im Beginn nahe. Waren doch stets offenbar auch Komplexe gegeben, an die die Geistesstörung anknüpfen konnte. Im ersten der beiden Fälle handelte es sich um ein sehr stark empfindendes und empfindliches, sensitives junges Mädchen. Sie hatte ihre Liebe zu einem Prediger jahrelang unterdrückt. Vor der ersten Einlieferung hatte sie in der Gemeinschaft, zu der sie sich hielt, schon einmal einen hysterisch-ekstatischen Anfall erlitten, und war dann gesund gebetet worden. Die unterdrückte Liebe zu dem Prediger erschien ein hinreichender Komplex. Es sei auch darauf hingewiesen, daß sie tatsächlich in der Kindheit ein sexuelles Trauma hinter sich hatte. Allein, die $\frac{3}{4}$ jährige Beobachtung in der Erlanger Anstalt während der ersten Psychose hatte bereits die wahre Natur des Leidens aufgedeckt, die Diagnose lautete auf Manie. Schon damals traten an ihr sonst nur wenig wahrnehmbare Charakterzüge deutlich in Erscheinung, — doch ließ sich ihre früher schon vorhandene Neigung zu Übertriebenheiten aus ihrem Verhalten nach der Firmung und ihrer Aufführung bei der Gemeinschaft entnehmen —, ihr Benehmen hatte einen ausgesprochen „gemachten“

Anstrich, sie war höchst erotisch, quiekte und schrie oft gerade hinaus, war plötzlich sehr abweisend, übertrieben, gebärdete sich wie ein ungezogenes Kind. Die 10 Jahre später sich erneuende Psychose trat scheinbar nach einer Eifersuchtsszene der Gattin des heimlich geliebten Predigers auf. Auch hier war die Kranke wieder das Urbild der Theatralik, immer exaltiert, übertrieben in Wutausbrüchen wie Schmeichelreden, voller Liebesergüsse, elementarer Schluchzscenen und süßlichfader Emphase. Mit einer anderen Hysterica suchte sie sich an Schaustellungen zu überbieten, und schließlich wurde sie wirklich für eine Hysterica gehalten, bis die zunehmende produktive Ideenflucht, die von der besten Hysterica nicht schaugestellt werden kann, die Diagnose wieder in die rechte Bahn leitete. Normalerweise nur wenig ausgesprochene durch die manische Erregung herausgehobene Charakterzüge entstellten die Psychose — wenigstens zeitweise — fast bis zur Unkenntlichkeit.

In Fall 4 war es gerade die schon vor der Psychose ausgesprochen abnorme Charakterveranlagung, die bei der ersten Attacke die Fehldiagnose „Hysterie“ veranlaßte. Ob es damals möglich gewesen wäre, auf Grund der Beobachtung die richtige Diagnose zu stellen, entzieht sich meiner Beurteilung. Die Patientin war ein ausgesprochen schwer erziehbares Kind, wild, erregbar, egoistisch, patzig, nur wenn es ihrem Vorteil galt liebenswürdig, lügenhaft, launisch, unstet, grob, vergnügungs- und putzsüchtig, zum Poussieren neigend. Angeblich nach einem psychischen Trauma, hinter das man allerdings ein Fragezeichen zu machen geneigt ist (Kaffeehauserlebnis, vgl. Krankengeschichte des Sanatoriums), kam es zu einem schweren Erregungszustand mit kindisch gefärbten Wutausbrüchen, von dem sich Patientin erst nach 7 Monaten so weit erholt hatte, daß sie gebessert entlassen werden konnte. Nach der ersten an ihrer Launenhaftigkeit gescheiterten Verlobung folgte bald die zweite, dann die Heirat, und vier äußerlich glückliche Ehejahre, die Patientin schien sich etwas gefestigt zu haben, wenn auch zu der Ruhe die Nachgiebigkeit des Mannes viel beigetragen haben mag. Wieder nach einem psychischen Stoß, einem Wiedersehen mit ihrem früheren Verlobten, das nicht das einzige blieb, plötzliche Haßausbrüche gegen ihren Mann und anschließend eine Psychose. Diese Psychose trug nun von vornherein den Stempel der Manie. Aber alle scheinbar schon überwundenen häßlichen Charakterzüge der Kindheit kamen in extrem gesteigertem Maße wieder zum Vorschein, Sie war launenhaft und egoistisch bis zum tz, versuchte die Ärzte tanzen zu lassen, wie ihre früheren Liebhaber beim Flirt, bald abweisend und patzig, bald schmolend oder extrem erotisch, mitunter ein gemachtes Schamgefühl zur Schau tragend, hochfahrend oder übermütig, dann wieder Wutausbrüche von elementarer Gewalt. Sie amüsierte sich auf Kosten ihrer Mitkranken und suchte die Ärzte durch absichtlich alberne läppische

Antworten, Vorbeireden und Lügen auf falsche Fährte zu führen, dann wieder kindische Spiele voll tollsten Übermuts, ein *enfant terrible* unter den Geisteskranken, wie sie früher ein *enfant terrible* unter ihren Gespielinnen war. Dabei immer expansiv, wenn ihr auch ein tiefes Gefühl, wie schon früher, gänzlich abging, enorm ideenflüchtig und ablenkbar, von größter motorischer Unruhe. Bezeichnenderweise trug ihre Erotik nicht den Stempel der schmachttenden, sehnenden, gemüts-tiefen Liebe, sondern, wie ihrem Charakter auch sonst die höheren ethi-schen Gefühle fremd waren, nur den Stempel sinnlicher Leidenschaft, eine Liebe, die den Namen Liebe nicht verdient*) —, und doch dabei eine klassische Manie, eine „Affektpsychose“, wieder m. E. ein Beweis dafür, wie sehr wir mit einer Schichtung des emotionalen Lebens zu rechnen haben, und wie sehr sich an der Erkrankung Manie nur die Vitalgefühle in dichter Anlehnung an biologische Prozesse beteiligen.

Die folgenden 2 Fälle machten differentialdiagnostisch Schwierig-keiten sowohl gegenüber der Hysterie, als besonders auch, wegen des starken Hervortretens eigenartiger motorischer Symptome, gegenüber der Katatonie.

Fall 5. Br. J., 27 J., Hilfsarbeiter.

Angaben des Vaters: Angeblich keine erbliche Belastung. Lernte rechtzeitig laufen, kein Bettnässen, keine Krämpfe. Mit 5 Jahren von der Stiege gefallen, 5 Stunden bewußtlos, erholte sich nach 8 Tagen. Guter Schüler. Lernte als Photograph, wurde aber nach einem halben Jahr entlassen, weil er einem Kame-raden 75 Pfennig entwendet hatte. Dann drei Vierteljahr in den städtischen technischen Werken, ging fort, weil er keinen Lohn bekam, wurde Hilfsarbeiter. War immer ein Luftikus, schon in der Schule der Hanswurst von der ganzen Klasse, stets zu Dummheiten aufgelegt, ein ausgesprochener Leichtfuß. Große Vorliebe für Volksfeste, markierte dann die Ausrufer usw. Trug sich mitunter mit dem Gedanken, sich dort anstellen zu lassen. In den letzten Tagen träumerisch; seit 6. VIII. 1920 sehr erregt, redete unaufhörlich, deklamierte, reimte.

7. VIII. 1920. Aufnahme im Nürnberger Krankenhaus: Sehr erregt, redet unaufhörlich, gehobenes Selbstbewußtsein: „Ja, die haben mich jetzt da rein-gebracht, weil sie sagen, ich sei narrisch. Aber ich bin ganz vernünftig. Ich will bloß die Jugend politisch erziehen. Oh, und da hab' ich große Erfolge gehabt. Eigentlich bin ich ein Praktikant, das ist allerhand. Und ich habe schon eine ganze Reihe von Erfindungen gemacht, und bekomme jetzt Patente darauf, das ist alles schon angemeldet, da kann ich Ihnen feine Sachen zeigen, aber ich habe jetzt keine Zeit, ich muß den Mann da ausfragen (markiert den Arzt, setzt sich an die Betten, zieht ein Notizbuch heraus, befragt den Kranken mit wichtiger Miene), der ist nervenkrank, das schreib' ich mir jetzt alles auf, das interessiert mich, und das muß ich wissen. Und dann muß ich gleich fort, weil ich die jungen Leute aufklären will über Politik. Deutschland muß wieder in die Höhe kommen, so kann das nicht weitergehen, wollen mal sehen.“ Lacht, singt, pfeift.

10. VIII. Untersuchung durch Referenten: Kommt mit starrem Blick herein, bleibt mitten im Zimmer stehen. Als Referent zu ihm tritt, läßt er sich langsam mit dummem Gesicht wie ein Stück Holz an ihn hinfallen, rutscht an

*) Vgl. hierzu Schneider²⁶): Pathopsychologische Beiträge zur psycho-logischen Phänomenologie von Liebe und Mitfühlen.

ihm herunter, und bleibt platt auf dem Bauch liegen. Redet kein Wort, benimmt sich, wie ein dummer August. Auf der Abteilung lärmt er, singt, jöhlt, pfeift. Im Garten hüpfte er eine Weile hin und her, springt die Treppe auf und nieder, läßt sich hinfallen, schlägt Purzelbäume. Klettert blitzschnell über die Gartenmauer in den Frauengarten, sieht sich dumm um und hüpfte durch das offene Fenster in das Arztzimmer. Während der ganzen Übung redet und singt er vor sich hin. Vorm Arzte sofort wieder statuenhaft, starrer Gesichtsausdruck.

17. VIII. Die letzten Tage ganz stuporös, sprach nur hin und wieder langsam und lallend vor sich hin. Deutliche Katalepsie.

24. VIII. Wieder in der alten ideenflüchtigen Erregung, singt, pfeift. Vom Klosett geht er an sein Bett, setzt sich rückwärts auf das Fußende, macht rückwärts einen Purzelbaum hinein. Klopft auf sein Kissen: „Das ist mein Kissen, das muß ich küssen mein Leben lang, sonst bin ich verloren.“ Schreit gelegentlich wie ein Ausrufer auf dem Jahrmarkt.

1. IX. Immer ideenflüchtig und heiter. Ganz im Vordergrund steht aber die motorische Unruhe, macht nichts als Faxen, macht Kopfstände, hüpfte aus dem Bett, schlägt Purzelbäume, läßt sich platt auf den Bauch fallen. Voller theatralischer Gesten, macht mit seiner Theatralik und mit seinem Streben, das Interesse der Umgebung auf sich zu lenken, einen stark hysterischen Eindruck.

10. IX. Nur noch Pantomimiker. Liegt zusammengekauert im Dauerbad, grimassiert nach allen Regeln der Kunst, über das Gesicht huscht aber doch zwischendurch ein mutwilliges, schalkhaftes Lächeln. Plötzlich Zustand allgemeiner Muskelspannung; aus dem Bad gebracht, liegt er, wie ein Brett, zunehmend Opisthotonus, allmählich *arc de cercle*. Springt plötzlich auf, macht seine gewöhnlichen Faxen, greift am Kopf umher, gibt Theatervorstellung; dann wieder *arc de cercle*.

15. IX. Völlig katatonen Zustandsbild. Sitzt mit untergeschlagenen Beinen, wie ein Türke, auf jedem Knie und in der Genitalgegend eine Birne, streckt die Zeigefinger bei leicht erhobenen Armen nach oben, starrer Gesichtsausdruck; verharret lange Zeit in dieser Stellung regungslos. Später wieder Pantomimen, bewegt die Lippen, ohne zu reden.

23. IX. Einen Tag lang traurig gestimmt, lag stuporös im Bett. Dann wieder wie früher.

28. IX. Gestern saß Pat. im Bett, mit der rechten Hand die Suppe löffelnd, reckt die linke nach oben, hat auf den kleinen Finger ein Stück Brot gespießt. Lächelt still vor sich hin.

30. IX. Aufnahme in der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen. Zunächst sprachlich wieder sehr erregt, höchst ideenflüchtig, macht den Eindruck eines großartigen Schauspielers.

1. X. Morgens beim Erwachen fassungsloses Weinen, dann stuporös. Körperlich: Grazil gebaut, Ernährungszustand entsprechend.

4. X. Gesichtsausdruck maskenhaft starr; zwischendurch huscht ein Lächeln über seine Züge. Dann wieder Starre. Voll theatralischer Pose, völlig mutazistisch, geschräubte Haltung, cyanotische Hände. Bald ganz gleichgültig gegenüber der Umgebung, bald hat man wieder den Eindruck, daß er doch alles verfolgt.

15. X. Albernes, „läppisches“ Benehmen, grimassiert viel, lacht „blöd“ vor sich hin, Bewegungen automatenhaft, muß zu allem geschoben werden, rennt dann wieder sinnlos umher. In den letzten Tagen viel zerrissen, sammelt, was er findet, steckt es in Mund und Nase.

26. X. Meist recht „läppisch“, springt auf Tisch und Bänke, wirft Stühle um, nimmt plötzlich eine verschrobene Haltung an, verharret in dieser eine halbe Stunde lang. Wirft sich auf dem Gang platt auf den Bauch. Untersuchung durch Referenten: Ist scheinbar zum völligen Automaten geworden, läßt alles mit sich

geschehen, eine absolute Gliederpuppe. Läßt sich von Referenten mit schnellem Griff unter den Arm nehmen, wie ein Brett. Dabei bemerkt man aber doch ein geschmeidendes Entgegenkommen von seiner Seite. Als man vor seinen Ohren davon spricht, daß er es gar so gut verstehe, den Clown zu spielen, huscht momentan ein verständnisvolles Lächeln über seine Züge, dann sofort wieder maskenhafte Starre des Gesichtsausdruckes.

28. XI. Spielt weiter den dummen August, macht Faxen, neckt auch seine Mitpatienten. Hat sich ein Tagebuch angelegt, macht von Zeit zu Zeit Einträge, in denen er sich über die Behandlung beschwert.

5. XII. Seit dem frühen Morgen erregt, verlangt in die Kirche; bei Verweigerung höchste Erregung, will ein Fenster hinausschlagen, sich die Pulsader aufbeißen. Im Dauerbad rasche Beruhigung.

16. XII. Immerfort der Clown der Abteilung, macht allen Katatonikern ihre Bewegungen nach, wiederholt ihre Worte, macht zwischendurch einen Witz. Stellt sich dann wieder in verschrobener Haltung in die Ecke, dabei läppisch lachend. Tanzt und singt jetzt auch wieder, springt über Tische und Bänke. Seine Zeichnungen haben einen „verschrobenen“ Charakter, spiritistische und kabbalistische Zeichen spielen in ihnen eine große Rolle.

Jahreswende 1920/21. Deutliche Besserung. In den Briefen fällt eine sonderbare Ausdrucksweise auf: „Da ich heute gerade Zeit habe, muß ich meinen Zeitungsbrief mitteilen.“

8. I. 1921. Weitgehende Besserung, kann sich aber zur Arbeit nicht entschließen, er will mit „solchen Leuten“ nicht arbeiten.

Vom 29. I. bis 5. II. 1921 beurlaubt. Kommt strahlend heiter zurück, geht regelmäßig mit zur Gartenarbeit.

23. II. In den letzten Tagen weitere Besserung, in seinen Bewegungen noch immer etwas „manieriert und verschoben“. Willig und fleißig. Begegnete Referenten vor einigen Tagen bei der Arbeit, winkte und rief ihm schon von weitem zu, jetzt gehe es ihm wieder gut. Geheilt entlassen.

4. III. 1921. Der Vater gab dem Fürsorgearzt an, sein Sohn sei ganz wie früher, man merke ihm überhaupt nichts mehr an. Nimmt wieder photographische Kurse, eine Stelle hat er noch nicht.

Fall 6. K. M., Kaufmannstochter, 25 J.

Angaben des Bruders: Erbliche Belastung angeblich nicht vorhanden, Ahnen alle in sehr angesehenen Stellungen.

Als 8jähriges Kind schwerer Typhus, war 8 Tage ohne Besinnung. Vor 2 Jahren Grippe. Mittelmäßig gelernt. Schon als Kind sehr erregbar, jähzornig, vertrug keinen Tadel. Kam aber über Ärger rasch hinweg. Immer sehr sprunghaft in ihren Liebhabereien, interessierte sich für alles mögliche „glühend“, aber der Eifer erlosch immer bald. Heiter, lebenswürdig, ausgesprochen kokett. Tanzte gern, liebte Sport, war sehr temperamentvoll in ihren Bewegungen, hatte Vorliebe für Theater und Ballett. Seit drei Viertel Jahren verlobt mit einem Schweden, auf den sie jahrelang wartete. In der Zwischenzeit ein Verhältnis mit einem anderen Herrn, der ihr jetzt wieder geschrieben hatte, und mit Tätlichkeiten bei der Trauung drohte (der Bruder hat den Brief selbst gelesen). Ob im unmittelbaren Anschluß daran, ist ungewiß, wurde sie vor wenigen Tagen sehr erregt, sang, betete, ging viel in die Kirche, begann für den Pfarrer zu schwärmen. Riß am Tage vor der Einlieferung Kirchengeräte vom Altar. Seit 4—5 Wochen verschlossen und traurig. Der Bruder vermutet, das sei eine Reaktion auf den inzwischen wieder aufgenommenen Briefwechsel mit dem Liebhaber gewesen.

11. VII. 1920. Aufnahme ins Nürnberger Krankenhaus: Stärkste Erregung, singt und schreit. Motorisch sehr unruhig, spricht viel von ihrem „geliebten

Axel“, ist süßlich und kindisch in ihrer Art. Dann wieder heftig, ergreift das Tintenfaß, setzt es an. Als man ihr Wasser zum Nachtrinken gibt, schleudert sie das Glas zu Boden. Höchst theatralisch in ihren Bewegungen und Reden, eine vollendete Schauspielerin. Dabei extrem erotisch, fällt dem Arzt um den Hals, sucht ihn zu küssen. Ihre Reden drehen sich immer um den geliebten Axel: „Ach, mein Axel, du mein Geliebter, ich bin deine Rose, ich bleibe dir ewig treu, ja treu bis in den Tod.“ Später klatscht sie lachend in die Hände und ruft: „Das ist so herrlich, wenn man so geknechtet wird!“

19. VII. 1920. Untersuchung durch Referenten: Exaltiert, theatralisch, zunehmend erregt, wenn der Arzt kommt. Sehr erotisch, alles dreht sich um Liebe, wirft Augen. Sieht auf einem Bild zwei Menschen, sagt sofort: „Das ist Mann und Frau, die haben miteinander verkehrt, das ist Blutschande, das ist pervers.“ Taucht im Dauerbad unter, sprudelt, ist motorisch ungeheuer unruhig, dabei immer übertrieben in Gesten. Wird während der Unterhaltung zunehmend ideenflüchtig, allmählich auch produktiv, schweift von ihrem Komplex ab, kommt auf tausend andere Dinge. — Gewichtsabnahme um 4 Pfund.

31. VII. Stimmung ist umgeschlagen. Die letzten Tage gewaltige Jammer-szenen. Schlechter Schlaf. Dann stuporös. Zwischendurch sehr gereizt, zorniges Aufspringen, schlägt den Arzt. Liegt meist in ihre Decke gehüllt auf ihrer Matratze. Nahrungsaufnahme wechselnd, weitere 6 Pfund abgenommen.

6. VIII. Seit 2 Tagen wieder zwischendurch motorisch erregt, zerreißt, erotisch, kauert dann wieder ohne Kleider auf dem Bettrand. Dann wieder thea-tralisch, stiert den Arzt mit großen Augen an, flüstert: „O Gott, o Gott, bin ich nun die Maria oder die Martha, ich weiß es nicht mehr. Die böhmische Karten-schlägerin hatte doch ein Verhältnis mit dem Metzgermeister, Polen, Polen, Oberschlesien. Ich affektiertes Aas, ich hab' renommiert.“ Stößt den Arzt weg, gibt ihm aber schließlich doch die Hand, drückt sie kräftig: „Servus, meine Herr-schaften.“ Gedankengang geht in seiner Ideenflucht bis ans Inkohärente.

7. VIII. Beim Öffnen der Türe hockt Pat. auf der Matratze, macht mit beiden Händen Abwehrbewegungen, verzieht das Gesicht unwillig: „Ach Gott, ach Gott, was wollt Ihr mit dem Menschen?“ Richtet sich mit hochmütiger Miene auf, wendet sich theatralisch weg: „Dazu bin ich zu stolz.“ Schüttelt den Kopf, schlägt sich an die Stirn, spricht mit leiser Stimme: „Ja, ja, Axel, ich soll die Frau Mayer sein; das ist doch nicht möglich, die ist doch eine Pariserin; und soll das Kind von einem Hund sein. Sie ist blond, und war mit mir auf dem Kirchhof, und ihr Vater war ein polnischer Jude. Alle sind Juden, Juden, nicht wahr Axel?“ (spricht das letzte mit zärtlich-weicher Stimme).

17. VIII. Zunehmend stuporös, zwischendurch erotisch, sucht den Arzt anzufassen.

28. VIII. Völlig stuporös, liegt grimassierend zu Bett, ganz mutazistisch eckig und maniert in ihren Bewegungen. Katatones Zustandsbild, nestelt höchstens etwas an ihren Haaren, befolgt keine Aufforderung.

7. IX. Aufnahme in die Heil- und Pflegeanstalt Erlangen: Stuporös, nur zwischendurch zornig erregt, schimpft dann in obszönen Ausdrücken. Grimassiert.

12. IX. Unverändert stuporös, flüstert vor sich hin, jammert zuweilen, scheint zu halluzinieren. Körperlich o. B. Stark reduziert.

19. IX. Wieder erregt, in den Bewegungen etwas eckig, grimassiert immer noch. Urinierte gestern in den Spucknapf. Zwischendurch auch theatralisch.

27. IX. Von neuem ganz mutazistisch. Ist aber auf. Geht mit rollenden Augen im Zimmer umher, die Haare aufgelöst. Mitunter sitzt sie auch stumpf umher. Steckte gestern die Schuhe ins Klosett, tanzte wie ein Clown im Saale umher. Untersuchung durch Referenten: Deutlich affektiv ansprechbar, kennt

Referenten sofort, bleibt aber stumm, nähert sich dessen Begleiter erotisch, wirft ihm Augen zu. Als die Pflegerin von ihren gestrigen Unarten erzählt, reißt sie blitzschnell ihren einen Schuh herunter, schwingt ihn theatralisch in hohem Bogen durch die Luft, und tritt gleichzeitig knallend mit dem anderen Fuß auf, schlägt aber nicht zu. Bei Erörterung einer anderen ihr peinlichen Angelegenheit wiederholt sie das gleiche Spiel, schießt einen flammenden Blick auf die Pflegerin, kann aber nach dieser dramatischen Szene doch ein Lächeln nicht unterdrücken.

13. X. Höchste motorische Erregung. Kann im Dauerbad nicht gehalten, muß gewickelt werden. Zerrißt, wirft mit Gegenständen. Dabei ganz mutazistisch. Scheinbar gewaltige Affektspannung.

3. XI. Wieder ganz stuporös, mutazistisch, negativistisch. Spricht auch mit ihrem Bräutigam nicht, macht aber mit ihm einen Spaziergang um die Anstalt. Affekt nicht erkennbar. Schnitt sich in unbewachtem Augenblick die Haare ab.

2. I. 1921. Scheu, mutazistisch, in sich gekehrt. Verkehrt mit niemand, sitzt fast ganz stuporös umher.

9. I. Sprach gestern zum erstenmal einige Worte. Sang heute zu Klavierbegleitung: „O alte Burschenherrlichkeit.“ Drückt dem Arzt freundlich die Hand.

16. I. Beteiligt sich bei einem Anstaltsfest lebhaft am Tanz, lebte förmlich in der Musik auf, spricht aber noch wenig. Meist nur Kopfnicken oder Kopfschütteln.

25. I. Wieder sehr lebhaft beim Tanz, tanzte ein Solo, offenbar auf einen anwesenden Arzt berechnet; wird wieder erotisch. Spricht noch wenig.

25. II. Wieder fast wie früher. Spricht sehr viel und lebhaft, immer freundlich und heiter, schelmisch, erotisch, Gedankengang geordnet, geht mit der Pflegerin in die Stadt spazieren.

5. III. Untersuchung durch den Referenten: Sehr lebhaft, heiter, lacht schallend, schnippisch, deutlich erotisch. Sitzt auf der Kante des Stuhles, wippt kokett mit den Füßen, wirft Augen nach allen Seiten. Plötzlich eine Affektschwankung, bekommt fast Tränen in die Augen, gleich darauf wieder heiter. Spricht noch nicht gerade viel, springt etwas ab, geht auf ihr früheres Verhalten nicht recht ein. An die dramatische Schuhszene vom 27. IX. erinnert sie sich gut, lacht geradeheraus. Ausgesprochen graziös in ihren Bewegungen, weiß das sehr wohl, kokettiert damit.

Körperlich blühendes Aussehen, frische Farben und blitzende Augen.

Inzwischen geheilt entlassen.

Eine erbliche Belastung wurde in den beiden vorstehenden Fällen abgelehnt. Ob dies zutrifft, mag dahingestellt bleiben; jedenfalls war den Angehörigen ein Fall von Geistesstörung in der Familie nicht bekannt. Bei dem ersten Kranken lag wegen des gewaltig übertriebenen, gemachten Hanswurstgebarens der Gedanke an eine psychogene Geistesstörung nahe. Man hätte daran denken können, daß er, in seinem Beruf unzufrieden, einen Anlaß gehabt hätte, sich in die Krankheit zurückzuziehen. Allein irgend eine Sicherheit in dieser Richtung bestand nicht, und dann war gleich im Beginn der Erkrankung die produktive Ideenflucht und das gehobene Selbstbewußtsein, die euphorische Stimmung so ausgesprochen, daß die Diagnose Manie gesichert erschien. Allein mit der Zeit wurde man doch zweifelhaft, ob es sich nicht um eine erregt beginnende Katatonie handeln könne, die motorischen Erscheinungen traten so kraß in den Vordergrund, die Katalepsie wurde so ausgespro-

chen, die Haltungen vielfach so deutlich verschroben, daß die Prognose getrübt erschien. Doch das alles fand seine Aufklärung durch die Charaktereigentümlichkeit des Patienten vor seiner Erkrankung. Er war von Kind auf ein Luftikus, ein Hanswurst, schon in der Schule bekannt dafür, daß er sich meisterhaft darauf verstand, andere zu karikieren und nachzuäffen. Dazu kam seine Vorliebe für Schaubuden und Volksbelustigungen. Das alles finden wir potenziert in seiner manischen Erkrankung wieder. Er fällt platt auf den Bauch, wie der dumme August im Zirkus, schlägt Purzelbäume, überrascht durch seine Gewandtheit im Springen und Klettern. Auch der hysterische *arc de cercle* steht ihm zur Verfügung. Die auffallende Starre in seiner Mimik ist ebenfalls nur etwas Gemachtes. Wir alle kennen Menschen, die imstande sind, die dümmsten Witze mit ernster Miene vorzutragen, trotz aller umgebenden Lachsalven ihren ernstesten Gesichtsausdruck zu wahren und dadurch die Komik nur zu erhöhen. Diese Fähigkeit besaß auch unser Patient. Sein „läppisches“ Benehmen, seine Steifheit oder gliederpuppenhafte Biegsamkeit war nur gemacht. Bei guter Beobachtung merkte man ein ganz feines Entgegenkommen seinerseits, wenn man ihm seine scheinakaleptischen Glieder bog, und das blitzartige verständnisvolle Lächeln, das, wie ein nur schwer zurückgehaltenes Lachen, mitunter momentan seine Züge überflog, zumal wenn er sich durchschaut sah, bewies die Scheinnatur seines katatonen Zustandsbildes. Dazu kam, daß die „Manieren“ und „verschrobenen“ Haltungen zum wenigsten teilweise den anderen Katatonikern abgeguckt waren, gegen Ende der Erkrankung wurde das Kopieren von anderen Kranken sogar zur absoluten Gewißheit. „Manieriertheit“, „Verschrobenheit“, „wächserne Biegsamkeit“, das waren bei ihm alles nur aus der früheren Persönlichkeit übernommene Züge, die, durch die manische Erregung unterstrichen, erst ihr krankhaftes Gepräge und ihre eine Katatonie vortäuschende Intensität annahmen. Und wenn er bei seiner Entlassung noch immer etwas „Manieriertes und Verschrobenes“ in seinen Bewegungen hatte, so war das eben die schon vorpsychotische, eigentümliche Hanswurstnatur des Patienten, die ihn zum Komiker bestimmt erscheinen ließ, und die seinen Vater auch nicht auffiel, da er vor seiner Psychose schon nicht anders gewesen war.

Schwieriger ist die Deutung des Bildes bei der anderen Patientin (Fall 6). Vielleicht wird die Kranke von manchem Leser für eine psychogen Erkrankte gehalten werden, manchem erscheint sie heute noch als Katatonie*). Für mich ist es nicht zweifelhaft, daß auch sie eine manisch-melancholische Attacke hinter sich hat. Was mich zu dieser Auffassung veranlaßt, war der mehrere Wochen dauernde, leicht de-

*) Die Kranke ist inzwischen geheilt entlassen und wird nunmehr auch von den erst zweifelnden Kollegen als „wahrscheinliche Manie“ aufgefaßt.

pressive Beginn, der dann in eine expansive Phase von 3—4 Wochen Dauer übergang, um einem Stuporzustand Platz zu machen, der nach kurzem in einen Mischzustand übergang, und nach 6—7 Monaten sich in einem hypomanischen Zustand löste. Im Beginn war die Kranke ausgesprochen heiterer Stimmung, wenn auch kurze depressive Schwankungen vorkamen, und zeigte namentlich eine unverkennbare, produktive Ideenflucht. Das Ausklingen der Psychose trug auch so deutlich hypomanischen Charakter, daß ich an der Richtigkeit der Diagnose nicht zweifeln kann. Was wir über die Vorgeschichte der Patientin hören, kann nur wieder dazu beitragen, um uns die schwer exaltativ hysterische Färbung verständlich zu machen. Sie war von jeher erregbar, jähzornig, übertrieben in ihren Ausdrücken und Bewegungen, sprunghaft in ihren Neigungen, sie interessierte sich für Tanz und Ballet, fürs Theater, war von jeher kokett und etwas sinnlich veranlagt. Die exaltativ-hysterische Färbung des Psychosebeginns war allerdings dann sehr intensiv, der „geliebte Axel“, um den sich all ihr Denken anfangs dreht, dessen „Rose“ sie ist, dem sie „treu bis in den Tod“ bleibt, und das Glücksempfinden, wenn man „so geknechtet“ wird, ist höchst suspekt auf Psychogenie. Das ist ja natürlich auch ein höchst hysterisches Gebaren von der Patientin, aber eben doch erst in solcher Intensität und Aufgetragenheit herausgehoben durch die Manie. Ein psychisches Trauma war gegeben, und es ist nichts Geringes, wenn ein früherer Liebhaber einem jungen Mädchen mit Störung der Trauung droht. Aber das affektbetonte Erlebnis fiel erst in eine Zeit, in der die Patientin bereits psychisch verändert war. Daß sich dann im manischen Erregungszustand dieser affektbetonte Komplex bei der reaktiv labilen Persönlichkeit nach allen Richtungen hin auswirkte, kann nicht wundernehmen; tatsächlich mutet der Zustand vom 7. VIII. auch fast wie ein hysterischer Dämmerzustand an. Allein der Beginn der Erkrankung lag doch schon vor dem affektbetonten Erlebnis. Der starke Gewichtssturz bei der Patientin spricht auch wieder sehr für eine endogene Erkrankung. Nach 6 bis 7 Wochen hat sich das Zustandsbild so verändert, daß nunmehr auch an eine andere endogene Erkrankung gedacht werden muß, an eine Katatonie. Die Kranke ist fast stuporös, und im Vordergrund stehen schwere motorische Symptome, starkes Grimassieren im Sinne parakinetischer Muskelverzerrungen, eckige, manierte Bewegungen, von der früheren Eleganz ist nichts mehr zu merken; dabei völliger Mutazismus, Halluzinieren und Neigung zu impulsivem Losschlagen. Zu dem letzteren sei allerdings gleich bemerkt, daß es wohl durchweg psychologisch verständlich motiviert war. Ich bin überzeugt, daß es sich bei der Patientin, die von Haus aus mit einem ansprechbaren Psychomotorium versehen war, um eine besonders intensive Erkrankung der betreffenden Hirnsubstrate handelte; sprachmotorisch, wahrscheinlich auch assoziativ war sie

vollkommen gehemmt, im übrigen Psychomotorium nicht ganz, im Gegenteil, zum Teil übererregt. Der starke, meist zornmütige Affekt vermochte allerdings von Zeit zu Zeit die Hemmung zu durchbrechen, Theatralik und Übertriebenheit traten dann sofort wieder zutage. Dann aber bricht die manische Komponente mit einem Schlage wieder durch mit dem Lied: „O, alte Burschenherrlichkeit.“ Und nun löst sich alles Schritt für Schritt. Die Parakinesen sind geschwunden, noch besteht etwas Bewegungsarmut, aber ihre Liebe zum Tanz überwindet diese. Auch das erotische Moment wird wieder deutlich, sie tanzt ein Solo „für einen Arzt“. Und endlich wird auch die Sprache wieder frei, und in leichter Schwankung nach der positiven Seite ist sie wieder das strahlend heitere, lebhafte, kokette junge Mädchen wie zuvor. Gerade diese Art der Lösung des Stupors macht es mir ganz unmöglich, an eine Katatonie zu glauben.

Aber eine andere Auffassung ist wohl der Erwähnung wert: Wäre es nicht denkbar, daß der katatone Zustand im Verlaufe der Erkrankung unserer Patientin bedingt war durch eine katatone Erbkomponente, wenn ich so sagen darf, die die Patientin latent mit sich herumtrug, die aber unter dem Einfluß der schweren manisch-melancholischen Erkrankung zum Ausdruck kam, eine Auffassung zu der Kahn¹²⁾ neigt, und die auch in Richtung des Popperschen schizophränen Reaktionstypus²¹⁾ bei hysterischen Psychosen gehen würde? Wir streiften diese Frage schon bei Besprechung des ersten Falles. Dieser Standpunkt ist natürlich nicht zu widerlegen; zwar ist familienanamnestisch — und es handelte sich um eine gebildete Kranke — nichts zu erheben gewesen trotz aller Bemühung. Wer will aber beweisen, daß nicht in höherer Aszendenz doch einmal eine Katatonie sich auf der Ahnentafel der Patientin findet? Versuchen wir vorpsychotische Charakterkomponenten bei der Patientin aufzufinden, die sie als eine „schizoid“ Veranlagte charakterisieren würden, so kommen wir auch nicht recht weiter. Man kann doch unmöglich jeden Jähzorn als „schizoid“ ansprechen. Ganz anders bei der früheren Patientin S. Cr. (Fall 4). Bei dieser fanden wir zwar manisch-melancholisches Irresein in der Aszendenz, aber ein zu Schwermut neigender Vetter wird nebenher als „eigenartig“ bezeichnet; und dann der vorpsychotische Charakter der Patientin! Ein eigensinniger Querkopf, widerspenstig, unerziehbar, boshaft, kaltherzig, despotisch, der mit Vorliebe seinen Mitmenschen das Leben zu Hölle machte, Eigenschaften, die sich um die Zeit der geschlechtlichen Reifung noch zu vermehren schienen, das Mädchen wurde zunehmend renitenter. Ein klassischer Fall „schizoiden“ Charakters nach H. Hoffmann⁸⁾. Das mußte stutzig machen, und man hat gerade auf diesen vorpsychotischen Charakter gestützt, die Kranke auch als Dementia praecox aufzufassen versucht, hat sich später jedoch von der Irrigkeit dieser Annahme überzeugen müssen. Es kann weder nach dem klinischen Bild,

noch nach dem Verlauf, wie ich ihn oben schilderte, einen Zweifel geben, daß die Kranke zweimal in ihrem Leben eine manische Attacke durchmachte; von einer affektiven Einbuße oder anderen Defekten kann bei ihr auch nicht im geringsten die Rede sein. Aber hätte man bei solcher „schizoiden“ Charakterveranlagung nun nicht erwarten dürfen, daß sie sich bei dem Auftreten der manischen Psychose in irgendeiner typischen Weise herausheben würde, ähnlich vielleicht wie bei der vorigen Patientin? Das war aber nicht der Fall; die Kranke zeigte nur eine Steigerung ihrer vorpsychotischen, durch Erziehung und Erfahrung doch allmählich etwas gemilderten Charakterzüge; von Zügen, die an eine schizophrene Psychose in spezifischer Weise erinnert hätten, bot sie so gut wie nichts. Das gibt denn doch zu denken. Wenn ich auch keineswegs bestreiten will, daß sich auf dem Wege erbbiologischer Forschung viel Gewinnbringendes für unsere klinische Auffassung erzielen läßt, so ist doch sicherlich große Vorsicht geboten, und nichts gefährlicher, als zu generalisieren.

Sieht man sich die von H. Hoffmann mit viel Liebe und Mühe herausgestellten Psychopathentypen an, die er unter dem Namen der „schizoiden“ Typen zusammenfassen will, so sind es doch sehr heterogene Charaktere, die unter einen Hut kommen sollen, und es sind Typen darunter, die ich in meiner eigenen Verwandtschaft und Bekanntschaft auch finde, obwohl sich da weit und breit nichts von *Dementia præcox* nachweisen läßt. Kann man es nicht vorerst, bis sichere Feststellungen gelungen sind, dabei bewenden lassen, festzustellen, daß die und die Charaktertypen besonders häufig vorpsychotisch oder in der Deszendenz von Schizophrenien auftreten? Müssen diese Typen bereits als „schizoid“ bezeichnet, und so, mehr oder weniger im Sinne des Autors, in pathogenetischen Zusammenhang mit der Erkrankung Schizophrenie gebracht werden? Wird der Begriff des „Schizoiden“ nicht sehr leicht ein Ziehharmonikabegriff, in den sich unendlich Verschiedenes hineinbringen läßt? Noch mehr gilt dies vom schizophrenen Reaktionstyp*). Ich fürchte, wir machen es uns damit in der Konsequenz doch etwas zu leicht. Ebenso wie wir es uns vielleicht auch etwas zu leicht machen, wenn wir jedes katatone Zustandsbild auf eine schizophrene Erbkomponente zurückführen wollen. Gewiß, auch ich halte es für möglich, daß wir damit gelegentlich das Richtige treffen können. Aber kann es nicht auch anders sein? Wir sehen doch bei organischen Gehirnerkrankungen gar nicht so selten auch ausgesprochen katatone Bilder, nicht nur bei Paralyzen und symptomatischen Psychosen, sondern auch bei gewissen

*) Popper will allerdings von einem pathogenetischen Zusammenhang zwischen seinem „schizophrenen Reaktionstyp“ bei Hysterischen mit der Erkrankung Schizophrenie nichts wissen, während Kahn eine strenge Scheidung nicht zugeben mag.

Hirntumoren, bei Enzephalitiden und anderen größeren Gehirnkrankheiten. Und keineswegs ist es immer so, daß diese Erscheinungen nur als Folge des allgemeinen Hirndrucks oder einer diffusen Hirnschädigung aufzufassen wären, daß man eine Willenslähmung — im psychologischen Sinne — dafür verantwortlich machen könnte. Kann es sich da bei einer symptomatischen Psychose und auch bei einer manisch-melancholischen Erkrankung denn nicht, ähnlich wie bei lokalisierbar organischen Erkrankungen, um eine elektive Lahmlegung gewisser Hirnbahnen und Hirngebiete, wenn auch nicht im Sinne einer anatomisch nachweisbaren Schädigung, so doch im Sinne funktioneller Außerkraftsetzung, handeln? Meines Erachtens kann man sehr wohl das katatonische Zustandsbild bei unserer letzten Patientin in diesem Sinne deuten, und mangels jeder nachweisbaren erblichen Belastung, und angesichts des vollkommenen Fehlens spezifisch psychopathischer Züge im vorpsychotischen Leben bleibt kaum eine andere Deutung übrig, wenn man nicht, wie gesagt, auf eine irgendwann in der unbekannten Aszendenz vorgekommene *Dementia praecox* zurückgreifen will.

Wir haben uns mit der Besprechung dieser Krankheitsbilder schon sehr weitgehend Erkrankungen genähert, die man als atypische Verlaufsformen des manisch-melancholischen Irreseins zu bezeichnen pflegt. Schröder²⁸⁾ hat vor nicht langer Zeit die klinische Stellung dieser und ähnlicher Psychosen einer Untersuchung unterzogen, und kam dabei zu einer Trennung dieser Psychosen vom manisch-melancholischen Irresein im engeren Sinne; er denkt daran, daß in diesen seinen „Degenerationspsychosen“ es sich um eine Art Mischung verschiedener Formen des Entartungsirreseins handeln könnte. Ich glaube man sollte derartige Degenerationspsychosen auch einmal daraufhin untersuchen, inwieweit es sich um durch endogen manische oder depressive Stimmungsschwankungen herausgehobene Charaktereigentümlichkeiten und hervorgerufene Reaktionsweisen der Kranken handeln könnte, und ich glaube, daß eine derartige Betrachtungsweise befruchtend ist. In seinem 1. Fall schildert Schröder einen Kranken, der „ein Manisch-Depressiver in dem heute üblichen Sinne“ nach dem Gesamtbilde seiner wiederholten Krankheitsattacken ist. Nach verschiedenen leichten manischen und melancholischen Schwankungen erkrankte dieser Patient zweimal an schweren melancholischen Psychosen, bei denen in beiden Fällen ein intensiver Halluzinosekomplex auftrat, bei der ersten längeren Attacke ausgesprochener, als bei der zweiten kürzeren. Der Patient befand sich in mittleren Jahren, für eine Annahme exogener Einflüsse besteht kein Anhalt. Wir müssen m. E. annehmen, daß dem Patienten eine besonders starke Erregbarkeit in den Vorstellungs- oder den Sinneszentren eignete, so daß der biologische Krankheitsprozeß in diesen Gebieten zu besonders heftigen, in den Halluzinationen sich äußernden

Reizerscheinungen führte. Daß es sich um Melancholien, also um im allgemeinen herabgesetzten Bionus, handelte, spricht nicht gegen meine Auffassung. Wir sahen, daß das „Gegensystem“ immer bestrebt ist, durch angespanntes Arbeiten das Gleichgewicht wiederherzustellen. Es kann also bei einer schweren Melancholie sehr wohl auch zu Erregungen in gewissen Zentren kommen, eben in den Zentren, die vermöge ihrer Partialkonstitution den erregenden Einflüssen besonders zugänglich sind. Schematisieren und pressen lassen sich diese Vorstellungen natürlich auch nicht; wer hier schon von einem Mischzustand sprechen will, der mag es tun. Auf seinen 2. Fall muß ich später zu sprechen kommen. Schröders 3. und 4. Fall ähneln bis zu gewissem Grade dem eben von mir geschilderten Fall 5, auch bei Schröder fielen die starken akinetischen und hyperkinetischen Phasen auf, so daß man die Diagnose mit Sicherheit auf Katatonie glaubte stellen zu dürfen. Auch hier glaube ich wieder, daß es sich um Individuen mit besonders ansprechbarem Psychomotorium gehandelt haben muß. Gewiß kann man die Gegenfrage stellen, warum z. B. in Fall 3 von den vier manisch-depressiven Attacken nur die dritte Attacke zu dem katatonen Zustandsbild führte, die übrigen Erkrankungen nahezu rein verliefen. Auf diese Frage werden wir vorläufig eine Antwort vielfach nicht zu geben vermögen. In Schröders 3. Fall darf man vielleicht die Intensität des biologischen Prozesses dafür verantwortlich machen; wenigstens würde die gewaltige Gewichtsabnahme um 26 Pfund in wenig Wochen für eine sehr starke Stoffwechselstörung sprechen. Im 4. Fall könnte man ja den präpsychotisch erwähnten „Eigensinn“ wiederum in Richtung eines „schizoiden“ Charakters und entsprechender Erbkomponente verwerten, was mir freilich ein etwas kühnes Unterfangen scheint; ich vermute, daß es sich auch hier um eine Art Motilitätspsychose handelte, um eine besonders starke Empfindlichkeit der psychomotorischen Hirnsubstrate. Daß die Affektlage dabei eine verhältnismäßig nur wenig erregte sein kann, erklärt dann gerade den läppischen Eindruck, den dieses Mißverhältnis zwischen Affektivität und Motilität bedingt. Ähnlich dürften die Verhältnisse im 5. Schröderschen Falle liegen. Im 6. Schröderschen Falle darf man vielleicht annehmen, daß irgendeine psychogene Komponente hereingespielt hat, leider ist über die Charakterveranlagung des Patienten anamnestisch wenig zu erfahren. Die Theatralik im Benehmen des Kranken während seiner ersten Psychose, das übertriebene Verhalten bei Anrede, das bogenförmige Heben des Körpers, das Vorbeireden erinnert stark an das Verhalten Hysterischer, die phantastischen Ideen in der ersten Psychose nach der depressiven, in der zweiten Psychose nach der expansiven Seite hin weisen dagegen Anklänge auf an Wahnbildungen, wie wir sie bei Psychopathen mit labilem Persönlichkeitsbewußtsein finden. Würde sich diese atypische Psychose nicht

vielleicht doch befriedigender als manisch-depressive Psychose bei einem Psychopathen mit labilem Persönlichkeitsbewußtsein und hysterischen Zügen auffassen lassen, als atypische Form des manisch-depressiven Irreseins? Es ist natürlich ungeheuer schwer, auf Grund fremder Krankengeschichten Diagnosen zu stellen, und man muß mit der Möglichkeit rechnen, daß man sich erheblich irrt. Allein die interessanten Schröderschen Krankengeschichten scheinen es doch zu verdienen, daß man sie auch einmal von dieser Seite beleuchtet. Auch die weiteren Schröderschen Krankengeschichten scheinen mir Züge zu tragen, die sich sehr möglicherweise würden aus der Persönlichkeit der Kranken verstehen lassen; da ist Fall 7 mit seinem „pathetisch-theatralischen Wesen“, dem „träumerischen Gesichtsausdruck“, „den traumhaft-phantastischen“ Äußerungen, den „Anfällen“, in denen sie niederknien, schreien und beten muß, oder glaubt sterben zu müssen, und die 8. Patientin, die „immer leicht erregbar“, „ideal und phantasievoll“ veranlagt war. Sie war nach der zweiten Entbindung „sehr nervös“, „lag oft auf der Erde und schrie“, „machte viele Szenen“. Sie blieb dann „leicht erregbar“. Während der eigentlichen Psychose ist sie vorwiegend paranoisch-ängstlich; auf die Bedeutung reaktiver Labilität für das Zustandekommen paranoischer Zustandsbilder werden wir gleich noch zu sprechen kommen. Schröder hebt selbst hervor, daß die Kranke in ihrem Vorleben psychopathische, degenerative Züge hatte; diese aber haben gerade das eigentümliche Zustandsbild zustande gebracht, das bei einem anderen Individuum, dem solche Züge nicht eigneten, gewiß nicht zustande gekommen wäre, wenn es, gleich der Schröderschen Kranken, von einem manisch-depressiven Irresein befallen worden wäre. Auch in dem 10. Schröderschen Falle finden wir vorpsychotische Eigentümlichkeiten während der Psychose potenziert wieder. Die Kranke ist eine unzweifelhaft schwer degenerative Persönlichkeit, geboren mit einer Atresia ani, immer „Sorgenkind“, allerlei Angewohnheiten, dabei sehr zurückhaltend, seit langem mit einem Tick im Gesicht behaftet, der im Anschluß an eine Todesnachricht reaktiv aufgetreten sein soll; die Diagnose lautete „psychogene Chorea“. Im Winter 1912—1913 wurde das empfindliche Mädchen durch eine Liebesaffäre weiter beunruhigt. Im April 1914 trat eine akute Psychose auf, die durchsetzt ist mit hysterischen Zeichen, arc de cercle, tickartigem Zucken des ganzen Körpers, das sehr groteske Formen annahm, sie war stark erotisiert, die Liebe zu einem der Ärzte spielte die ganze Psychose über eine große Rolle. Sehr viele Züge traten auf, die an eine Dementia praecox erinnerten; in dieser Beziehung ist es vielleicht nicht bedeutungslos, daß ein Vetter und eine Kusine der Kranken „geisteskrank“ waren. Nach der ersten stark motorisch (Hyper- und Parakinesen) gefärbten Phase wurde das Zustandsbild manisch, voll übermütiger Ausgelassenheit, die beiden späteren

Attacken waren depressiv gefärbt, voll Insuffizienzgefühl und selbstzerpflückender Kritik, einem „andauernden Widerstreit zwischen Wollen und Können“, wieder zunehmendes Zucken im Gesicht, Weinkrämpfe und leichte Erregbarkeit. Ein Jahr nach Abklingen der letzten Attacke berichtet die Mutter von selten gutem Wohlbefinden ihrer Tochter seit der Entlassung. Schröder führt die Kranke als Beispiel dafür an, in wie vielen Gestaltungen die Degenerationspsychosen auftreten können. Das gleiche gilt von seinem letzten Fall, der nur noch intensiver nach der hysterischen und der schizophrenen Seite hin — auch diese Kranke ist schwer mit Geisteskrankheit, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit nach der schizophrenen Seite, belastet — betont ist. In allen diesen Fällen werden auch expansive oder depressive Symptome erwähnt, in den meisten die Zugehörigkeit zum manisch-melancholischen Irresein erwogen. Über den letzten Fall wage ich kein Urteil; aber in allen anderen Fällen scheint es mir überaus wahrscheinlich, daß es sich im Grunde doch um ein manisch-melancholisches Irresein gehandelt hat. In den ersten Fällen (1—6), die schon soundso oft an manischen oder melancholischen Attacken erkrankten, ehe sie ihre aus dem gewöhnlichen Rahmen herausfallenden Symptome boten, ist dies ja auch Schröder nicht zweifelhaft. Aber auch die von Schröder als Degenerationspsychosen aufgefaßten und schön geschilderten späteren Fälle muß ich für das manisch-melancholische Irresein in Anspruch nehmen. Reaktiv entstanden sind sie nicht; und wenn sie von dem manisch-melancholischen Irresein abweichend, in den verschiedensten Farben schillerten, besonders auch hysterische Züge trugen, so lag dies in ihrer Persönlichkeit begründet. Warum traten denn diese Züge immer erst deutlich massiv in Erscheinung, wenn die Stimmung sich hob oder sank, wenn der Schlaf sie mied und allerlei „neurasthenische“ Erscheinungen auftraten? Eben deshalb, weil die biologische manische Übererregung auch diese Züge in ihrer Intensität steigerte, oder weil auf Grund der veränderten Vitalgefühle der Boden für die entsprechenden Gedankengänge bereitet war, sie gerüstet waren für psychopathologische Reaktionsformen, die bei ihnen sonst nur durch starke emotionelle Erschütterungen in der einen oder anderen Richtung hin hätten ausgelöst werden können*). Deswegen glaube ich es ablehnen zu müssen, daß hier wirklich eine Mischung zweier pathogenetisch verschiedener Erkrankungen vorliegt, es handelt sich im Grunde um eine durch eigenartige biologische Vorgänge bedingte Umstimmung der Vitalgefühle, die je nach der Charakterveranlagung, verschiedene psychische, bzw. psychotische Zustandsbilder hervorrufen kann, die aber ihre Entstehung eben

*) Auch die ersten Fälle der „ungewöhnlichen periodischen Psychosen“ Schröders²⁷⁾ gehören bei solcher Betrachtungsweise zum manisch-melancholischen Irresein.

nur der Grundkrankheit des manisch melancholischen Irreseins verdanken.

Nicht anders dürfte es sein mit der expansiven Autopsychose durch autochthone Ideen, wie sie kürzlich wieder von Bostroem¹⁾ aus der Kleistschen Klinik beschrieben wurde. Bostroem sagt mit Recht, es lasse sich diese Psychose wegen ihrer Entstehung auf endogener, konstitutioneller Grundlage und wegen ihres autochthonen Auftretens, ihres Verlaufes und Ausganges in Beziehung setzen zum manisch-depressiven Irresein. Symptomatologisch, meint er, passe sie jedoch nicht recht in den Rahmen der reinen Manie wegen des Fehlens der Ideenflucht und der manischen Vielgeschäftigkeit und Bewegungsunruhe; auch als Mischzustand sei das Krankheitsbild nicht zu deuten. Die expansive Autopsychose lasse sich einordnen in die große Gruppe der autochthon Labilen; es handle sich um eine autochthone Labilität der Autopsyche und der Stimmung. Ich möchte noch weitergehen, ich möchte auch die expansive Autopsychose ebenso wie vielleicht auch die depressive Form, die Kleist ihr an die Seite stellt, und die ausgezeichnet ist durch besonders stark hervortretende Depersonalisationserscheinungen, direkt zum manisch-melancholischen Irresein rechnen. Richtig ist, daß wir bei der Analyse des Bildes nicht mit einem einfachen Mischzustand auskommen. Wir müssen auf dem Gebiet der Charakterveranlagung nach dem gestaltenden Faktor des Krankheitsbildes suchen. Ich kann mich Bostroem nur anschließen, wenn er diesen Faktor in einer Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins sucht. Aber wir müssen uns darüber ganz klar bleiben, daß wir es hier mit einer lokalisatorisch in keiner Weise faßbaren psychischen Erscheinungsform zu tun haben, um eine psychische Größe. Wenn es sich um eine besondere Labilität der Autopsyche, des Persönlichkeitsbewußtseins, der Stellung der Persönlichkeit gegenüber der Umwelt handelt, so ist das eine besondere charakterliche Veranlagung. Die expansive oder depressive Autopsychose auf Grund autochthoner Ideen kann entstehen, wenn ein auf dem Gebiet des Persönlichkeitsbewußtseins besonders labiles Individuum von einer manischen oder melancholischen Attacke befallen wird. Es ist dies eine bei ganz ausgesprochener Charakterveranlagung entstehende Variante des manischen oder melancholischen Irreseins, ebenso wie eine schwere Hysterica oder ein besonders sinnlich veranlagter Mensch, oder ein nach einer anderen Charakterseite besonders ausgeprägtes Individuum eine typische Färbung der Psychose haben wird. Ich glaube nicht, daß es tunlich ist, solche rein charakterlich bedingten Varianten als besondere Krankheitsform an die Seite zu stellen solchen Formen, die wir uns durch die partialkonstitutionell bedingte Labilität oder Empfindlichkeit einer der Grundfunktionen des Seelenlebens ganz allgemein (Affektivität, assoziative Tätigkeit, Psychomotilität, Psychosensorium) zustande gekommen den-

ken. Wenn ich es grob ausdrücken darf, ich kann mit Begriffen, wie Psychomotilität, sensorische Zentren, assoziative Zentren und auch schließlich Affektivität, die Vorstellungen gewisser lokalisatorisch mehr oder weniger begrenzter Hirngebiete verbinden, das kann ich bei Begriffen wie Autopsychie oder Persönlichkeitsbewußtsein nicht.

Daß Charaktere von starker Explosivität, die sthenischen Primitivcharaktere Kretschmers, wenn sie von einer Manie befallen werden, zu Bildern führen müssen, die der Zornmanie sehr gleichen, ist leicht begreiflich; während ihrer Psychose dauernd zornmütig Manische bzw. Hypomanische werden wohl in normalem Zustand wenigstens in geringem Ausmaß eine Kurzschlüssigkeit in ihren seelischen Entäußerungen nicht vermissen lassen. Bei melancholischen Attacken dürften eine gewisse Mürrisheit, Reizbarkeit und Unfreundlichkeit vorherrschen. Daß eine zornmütige Einstellung auch lediglich auf Grund der biologischen Grundlagen des manisch-melancholischen Irreseins vorkommen kann, nämlich bei gewissen, expansiv etwas stärker betonten Mischzuständen, hörten wir schon bei Besprechung der Pathogenese. Nur so konnten wir es uns erklären, daß zornmütig Manische in heitere Manien übergehen und umgekehrt. Ähnlich liegt es wohl auch bei den Angst-erkrankungen; auch diese können auf dem Boden von Mischzuständen bei Überwiegen der unangenehmen Tönung der Vitalgefühle vorkommen, geben bei jedem auch nicht reaktiv labil veranlagten Menschen Anlaß zu einer ängstlich-hypochondrischen Einstellung und entsprechenden Gedankengängen. Aber solche Angst kann gewiß besonders leicht auftreten bei beginnenden Insuffizienzgefühlen, wenn es sich um ein charakterlich sensitives, ängstlich-schreckhaftes Geschöpf handelt, und bei derartig veranlagten Manisch-Melancholischen dürfte eine übertriebene Schreckhaftigkeit und Ängstlichkeit bei allen möglichen Anlässen in Erscheinung treten, die dann weiter verarbeitet werden und zu ängstlich-hypochondrischen Vorstellungen Veranlassung geben. Ängstlich aufgeregte Neurastheniker und Hypochonder gehören hierher und all die vielen ängstlichen Psychosen mit aufgepfropften psychogenen Störungen. Sie erleben infolge ihrer ängstlich-erregten Stimmungslage auch reaktiv intensiver als sonst und neigen daher nun doppelt zu psychopathologischen Reaktionstypen und krankhaften Verarbeitungen.

Von größter Bedeutung aber dürfte die charakterliche Veranlagung sein für das Auftreten von Beeinträchtigungsvorstellungen, für das Zustandekommen paranoischer Zustandsbilder. Die Entwicklung paranoischer Bilder bei bestimmten Charakterveranlagungen, sowohl bei sensitiven als bei expansiven Charakteren, hat Kretschmer in so mustergültiger Weise in seinem Buch über den sensitiven Beziehungswahn geschildert, daß sich ein Wort hierüber zu verlieren erübrigt. Kretschmer glaubt jedoch, daß ein durchgreifender Unterschied

zwischen reaktiver Entwicklung eines paranoischen Wahnsystems und „Selbstentwicklung“, wie Kraepelin es für seine Paranoiker fordert, nicht bestehe. Dieser Auffassung kann ich nur in beschränktem Maße zustimmen. Daß sich reaktiv ein Beziehungswahn entwickeln kann, ist ganz allgemein anerkannt. Kretschmer sagt nun sehr mit Recht, daß sich auf der Grundlage der Charakterfähigkeiten die Charaktergewohnungen entwickeln; „wir verstehen darunter die Gesetzmäßigkeiten, die im Seelenleben des Individuums durch die Wiederkehr der durch seine Fähigkeiten bedingten Reaktionsformen entstehen, die grundsätzlichen Richtungen seines Gemüts und Willens, die nun ihrerseits wieder auf jede neue Reaktion modifizierend mit einwirken.“ Gewiß, auf diese Weise kann sich ein mißtrauischer, ein paranoischer Charakter entwickeln, und je nach der zugrunde liegenden Charaktereigentümlichkeit, wird bei einem bestimmten Erlebnis, einem „Schlüsselerlebnis“, sich bei dem einen ein sensitiver, bei dem anderen mehr ein expansiver, von Kampf Stimmung getragener Beeinträchtigungswahn, evtl. auch ein Größenwahn entwickeln können. Hinzukommen muß sicherlich wenigstens bei dem Wunschparanoiker noch eine gewisse Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins, ehe es bei den Kranken zu einer bis ins Psychotische gesteigerten Reaktion kommen kann. Bei einem bestimmten Schlüsselerlebnis, sagten wir, wird sich der Beziehungswahn entwickeln. Hier liegt meines Erachtens der springende Punkt. Kretschmer sagt weiter: „Denn dies ist klar: Bei jedem nicht nur pathogenen Erlebnis ist der äußere Erlebnisstoff Nebensache, die Hauptsache aber das Innenerlebnis, das, was die erlebende Persönlichkeit für sich daraus formt, so daß man — cum grano salis — sagen möchte: jeder Mensch erlebt das, was er ist.“ Zur Beleuchtung dessen, wie verschieden ein Erlebnis auf verschiedene Individuen wirken kann, führt er die Schwärmereien junger Mädchen für einen berühmten Operntenor an, Dichter, die sich mit absurder Leidenschaft in hochgestellte, unerreichbare Damen verlieben, die sie nur ein paarmal flüchtig gesehen haben. Ihnen stellt er einen Paranoiker an die Seite, den beim Anblick einer hochgestellten Dame „die romantische Verliebtheit“ erfaßt. Und nun fragt er, ist dies schon etwas Krankhaftes? Hier muß ich mich von ihm trennen; etwas Krankhaftes ist das gewiß noch nicht; aber etwas Abnormes, der Beweis für eine abnorm hohe Reaktivität, für eine abnorm ausgeprägte Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins. Bei einem entsprechenden Schlüsselerlebnis haben diese Personen nach unseren bisherigen Erfahrungen alle Aussicht, reaktiv psychotisch zu erkranken. Nun möchte ich aber energisch bezweifeln, daß jener Paranoiker Kretschmers, der beim Anblick einer hochgestellten Dame von romantischer Verliebtheit erfaßt wurde, zum ersten Male in seinem Leben eine solche Begegnung hatte. Viele werden ihm schon

unter die Augen gekommen sein. Und wenn sich an dieses letzte Erlebnis bei ihm eine Krankheit, ein paranoischer Wahn anschließt, womöglich von lebenslänglicher Dauer, wenn es sich nicht um eine „harmlose Spielart physiologischer Erotik“ handelt, wie bei jenen phantastischen Dichtern und Dichterlingen, dann war er eben bei jenem letzten Erlebnis nicht mehr der gleiche, wie vorher, es hatte sich auf Grund biologischer Veränderungen eine nunmehr wirklich krankhafte Steigerung seiner abnormen Charakteranlagen vollzogen, vielleicht langsam und schleichend, in unmerkbarer Zunahme; und bei dem nun einsetzenden Erleben erlebte er eben das, was er jetzt war, er erlebte das, was nur ein Hypomanischer oder Manischer in seinem hohen Selbstbewußtsein erleben kann, den ersten Liebesblick seiner objektiv unerreichbaren Herzensdame, den ersten Liebesblick seiner Prinzessin. Und nun haben wir die endogene Entstehung, die dafür Sorge trägt, daß das Gesetz der spontanen Gemütsberuhigung, das bei jedem reaktiven Psychopathen wirksam bleibt, nicht mehr zur Geltung kommen kann, solange nicht zur Geltung kommen kann, bis der endogene biologische Prozeß wieder zur Ruhe gekommen ist.

Es soll hier nicht die Frage nach der Existenz der Paranoia als besonderer Krankheitsform wieder aufgerollt werden; sicher ist mir, daß der überwiegende Teil der als Paranoia diagnostizierten Fälle pathogenetisch zurückzuführen ist auf eine manisch-melancholische Grundlage, meist wohl bei besonderer Charakterveranlagung (expansive und sensitive Charaktere, Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins). Ich will hier nur einen Fall mitteilen, der das Gesagte erläutert, und gleichzeitig zu weiteren theoretischen Auseinandersetzungen die Grundlage abgeben soll.

Fall 7. H. H., Realschulprofessor, 46 J.

Angaben des Bruders: Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Großvater war Tabiker, der Vater ein brutaler Mensch, Alkoholiker, der an einem Säuerherzleiden starb. Die Mutter war eine sehr ängstliche, feinfühlige, herzensgute Frau. Als sie mit dem Pat. schwanger ging — sie war bereits vor der Hochzeit geschwängert —, war sie besonders ängstlich, und bezog alles auf sich. Der Kranke ist das älteste Kind. Entwickelte sich normal. In der Schule vorzüglich, auch später fleißig, gewissenhaft, strebsam, dabei sparsam bis zum Geiz. Das habe ihm auch ermöglicht, nach Abschluß seiner Volksschullehrerbildung noch zu studieren. Machte alle Examina mit „sehr gut“, wurde Realschullehrer. An Kameraden hat er sich wenig angeschlossen, hatte nur einen oder zwei Bekannte, mit denen er verkehrte, war stets mimosenhaft empfindlich für seine Person. Dabei außerordentlich jähzornig, schlug seine jüngeren Brüder um jeder Kleinigkeit willen in brutaler Weise. Der Mutter machte er noch als Student und angehender Oberlehrer große Szenen, wenn ihm eine Kleinigkeit nicht paßte, war ein gefürchteter Haustyrann. Dann auch wieder sehr sorglich, wußte es durchzusetzen, daß sein jüngerer Bruder das humanistische Gymnasium und keine geringere Schule besuchte. Trotz seines Jähzornes und seiner Brutalität wieder ängstlich bis zur Feigheit. Wenn sein Bruder in der Gymnasialzeit einmal aus-

gehen wollte, zwang er ihn, daheimzubleiben, aus Angst, daß der Bruder erwischt und dimittiert werden könne. Dabei war er auch wieder höchst eitel, sprach auf der Straße sehr laut, um die Blicke auf sich zu lenken, kleidete sich modern, geradezu auffallend; schrieb aus seiner ersten Lehrerstelle, daß die Leute von seiner tadellosen Erscheinung und von seinem glänzenden Gebiß sprächen. Über seine Umgebung pflegte er sehr abfällig zu urteilen, sprach von „Pseudomensch“ und „Aftermensch“, in Gesellschaft dagegen fiel dem Bruder wiederum die außerordentliche Schüchternheit und Ungewandtheit, besonders beim Umgang mit Damen auf. In seiner ersten Lehrtätigkeit soll er beliebt gewesen sein bei seinen Vorgesetzten, aber auch bei den Schülern. Später wurde er furchtbar streng, von dem Pfarrer einmal zur Rede gestellt, weil er die Kinder „Kreaturen“ nannte; auch weiß der Bruder, daß er einmal ein Bauernmädchen um einer Kleinigkeit willen auf ein Scheit Holz knien ließ. Während seiner Universitätsstudien verkehrte er etwas mehr in akademischen Kreisen, allerdings ohne im geringsten ein „Betriebsmensch“ zu werden. Er bezeichnete sich selbst schon von jeher als eine „freudlose Erscheinung“. Der Kranke selbst gibt sehr bestimmt an, er sei von Jugend auf mißtrauisch gewesen, habe sich deshalb so wenig an Menschen angeschlossen; er gibt auch zu, daß das heute noch „sein Fehler“ sei.

Im Alter von 30 Jahren begann sein jetziges Leiden, das seitdem nur vorübergehend ein paar Jahre gemildert erschien, nunmehr 16 Jahre dauert. Seit 1905 bemerkt er, daß ihn jeder Mensch bedeutungsvoll ansieht, daß anzügliche Reden über ihn geführt werden, er erfahre Hinweise auf einen Schuldpunkt in seiner Vergangenheit oder auf sein nahes Ende durch Krankheit oder Selbstmord. Alles „klappt und stimmt“. An einem Ort, wo er einmal zu einem Mädchen zärtlich wurde, habe er 5 Jahre später zwei Gendarmen getroffen. Auch habe er öfter einen Sarg tragen sehen. Wozu das alles inszeniert würde, wisse er nicht genau, aber wahrscheinlich werde er als rüdiges Schaf der verletzten Standesehre des Lehrerstandes geopfert. In dem letzten Monat vor seiner Einlieferung wurde der Schlaf schlecht, der Stuhlgang träge, der Appetit gering. Von allen Seiten strömten ihm die Beeinträchtigungen nur so zu, in der Schule, im Wirtshaus, auf der Straße, in den Zeitungen, von der Polizei. Er dachte an Selbstmord und wurde von seinen Angehörigen wegen seines zunehmenden „aufgeregten“ Wesens in ein Sanatorium verbracht.

Dort war er vom 22. XI. 1909 bis 20. XI. 1910. Er brachte unentwegt die unglaublichsten Anschuldigungen über Nachstellungen, Anfeindungen, Andeutungen und Weissagungen vor, war vorherrschend depressiv-hoffnungsloser, oft verzweifelter Stimmung, machte einen, freilich etwas schwächlichen Versuch, sich die Pulsadern mit einem zerbrochenen Glas zu öffnen. Glaubte, der Doktor sei dazu da, ihn verrückt zu machen, fragte, ob er Paranoia habe, las über diese Erkrankung nach. Schlußbemerkung des Krankenprotokolls: War bis zum Schluß mißtrauisch und geneigt, jeder Äußerung und jeder Handlung die übelste Deutung zu geben.

Er lebte wieder bei seiner Familie von 1910 bis 1914. Machte erst eine große Studienreise, auf der es ihm auffallend gut ging; dann aber ging es wieder los. Die Angehörigen haben namenlos unter ihm gelitten, besonders die Mutter wurde von ihm beschimpft und bedroht, weil er in ihr die Ursache seines Leidens sah. Dann starb die Mutter. Der Bruder mußte sich von dem Kranken trennen, da er nicht mehr sicher vor ihm war. Pat. war aufs äußerste empfindlich gegen jeden Lärm, glaubte, es stecke Absicht dahinter, Stecknadeln und Nägel würden ihm ins Bett getan, und die Polizei beobachte ihn. Kurz vor seiner zweiten Einlieferung am 17. III. 1918 wurde es ganz unerträglich. Er hatte mit allen möglichen Zivilpersonen Zusammenstöße, jedes Geräusch war eine absichtliche Be-

leidigung. Gegen seine Hauswirte war er aufs höchste erbittert, bedrohte sie, weil sie die Wasserhähne im zweiten und vierten Stock immer ihm zum Tort mit einem besonders infamen Geräusch aufdrehten. Seinem Bruder gegenüber drohte er mit einer gewaltsamen Lösung des Konfliktes, so daß seine polizeiliche Einweisung notwendig wurde. Er selbst gab hierzu an: „Meine Mietsleute haben den Auftrag, mich zu beobachten; der alte Bann in dem ich stehe, beherrscht mich in meinem Hause. Ich befinde mich in einer Pariastellung werde fortwährend beleidigt und auf der Straße angepöbelt, dabei werden mir Prügel angeboten . . . Wenn die Frauen in meinem Hause einen bestimmten Wasserhahn aufdrehen, macht dies ein ganz besonderes Geräusch, das mich zur Verzweiflung bringt; dahinter steckt etwas. Gegen mich arbeitet ein Gesetz!“

Nach kurzem Aufenthalt im Nürnberger Krankenhaus wurde er wieder entlassen. Am 27. IV. 1918 Selbstmordversuch, neuerliche Einschaffung ins Nürnberger Krankenhaus, von wo er am 6. VI. 1918 in die Erlanger psychiatrische Klinik übergeführt wurde. Dort noch heute. Schon wenige Tage nach der Einlieferung beklagt er sich in einem Brief, daß er durch Roheiten fortgesetzt beleidigt werde. Schließt sich an niemand an, hat das ruhigste Einzelzimmer. Trotzdem fortgesetzt Beschwerden über absichtliches Türzuschlagen, über bedeutungsvolles Husten. Verschlössen, finster. Auftritte mit Mitpatienten, dabei beißend und hochfahrend. Beschwert sich beim Pfleger über den Geruch auf dem Klosett, worauf dieser einen pornographischen Vers zitiert habe. Der Pfleger müsse solches tun, auf höheren Befehl. Ein anderer Pfleger habe ihm nachgerufen, als er zufällig hinter einem Fürsorgezögling über den Gang ging: „Da kommt ein Lausbub hinter dem anderen.“ Den Pfleger wolle er nicht tadeln, er tadle das System. Andere Pfleger grüßen ihn unehrerbietig. Es wird das Wort „heut“ wiederholt besonders betont, das ist eine Anspielung auf seinen ähnlich klingenden Namen. Vermerk vom 11. III. 1920: Depressiver Affekt dauernd vorherrschend, doch mit deutlichen Schwankungen. Dabei gesteigertes Selbstgefühl, feindselige Stellung gegen alle Personen der Umgebung. Deutet alle Geschehnisse im Sinne der Eigenbeziehung und des Mißtrauens, das als Grundton aller Erlebnisse vorherrscht. Kombiniert, kommt aber nicht mit allem zurecht. Vieles, was gegen ihn gerichtet ist, ist ihm in seinen Motivierungen noch rätselhaft. Gibt zu, die „fernerliegenden“ Gründe, die treibenden Kräfte oder Urheber seiner vermeintlichen Anfeindungen, Schikanen, Anpöbelungen, des „Kesseltreibens“ gar nicht zu kennen. Wütend, hört vor seiner Tür ewig Anspielungen auf seinen Namen, mit ganz besonderer Betonung immer das „heut, heut, heut noch“ oder „heute nacht“. Doppelt unangenehm, wenn es von einem solchen Menschen (Mitpatient) kommt, der aussieht wie eine „moles“, „Molch möchte man sagen“.

1. VI. Tag für Tag das gleiche Bild ungeheurer Affektspannung, unbegrenzten Mißtrauens, unausgesetzter paranoischer Umdeutung der kleinsten Erlebnisse. Der leiseste Widerspruch eines Pflegers bringt ihn in rasenden Zorn, wirft donnernd die Türe, schimpft unflätig. Den Ärzten gegenüber immer Selbstbeherrschung, aber oft auch maßlose Affektspannung. In der letzten Zeit empfindet er wieder besonders deutlich, daß alles zusammenarbeite, ihn zu kränken; „die Erfahrung hat mir so manches erklärt“, meint er in seiner beliebten Art, nur Andeutungen zu geben; schließlich kommt es heraus, die Ärzte müßten es in Befolgung eines neuen psychiatrischen Behandlungssystems dahin bringen, daß er sich nicht mehr wohlfühlen könne, gewissermaßen hinausgeekelt würde. Er wolle die Handlungen der Ärzte auch nicht persönlich nehmen, denn diese handelten ja auch nur im Sinne ihres neuen Systems. Er stelle sich vor, daß man die Kranken vielleicht nicht versinken lassen wolle oder so ähnlich. Mißtrauen gegen einzelne Personen, besonders gegen die Ärzte, habe er eigentlich nicht, sein Mißtrauen

richte sich gegen das ganze System. In diesen ewigen Schikanen müsse System liegen, es müsse Absicht dahinterstecken. Zieht mit seinen Vorwürfen sich immer hinter das „System“ zurück. Macht einen gequälten, stets verdrossenen, resignierten und mißtrauischen Eindruck. Auf die Frage, wie es ihm gehe, heißt es stets: „Nun ja, schlecht, wie es halt immer geht, wie soll's einem anders gehen.“

August 1920. Stets das gleiche unerfreuliche, verdrossen-mißtrauische, depressive oder mehr zornig erregte Bild. Vor seinem Zimmer werden gerade die Lieder gesungen, die er in den Tod nicht leiden könne, es werden Anspielungen auf seine Konfession gemacht durch Rufe wie „Jesuit“ u. dgl. m. Die Mitpatienten sind Schurken, Quäler, Bestien, Lümmel, Rohlinge, Banausen, Pöbel. Die Pfleger kommen ins Zimmer, ohne sein „Herein“ abzuwarten, sie schieben zum Zeichen der Mißachtung die Stiefel mit dem Fuß zur Seite, sie lassen im Bad absichtlich Haare schwimmen, grüßen ihn gar nicht, oder mit kriechender höhnischer Unterwürfigkeit. Der Friseur schneidet ihm den Schnurrbart absichtlich schief, er bekommt zum Essen ein auffallend scharfes Messer, eine Anspielung, daß er sich das Leben nehmen solle, andere Male sind die Messer extra für ihn schartig gemacht. So geht es Tag für Tag weiter.

November 1920. Einige bessere Tage. Gibt zu, daß es sich eigentlich bei den Belästigungen immer um Bagatellen handele. „Wissen Sie, Herr Doktor, ich bin so empfindlich wie ein Mensch, der keine Haut mehr hat, die geringste Berührung empfinde ich als Schmerz.“ Hat sich mit selbstgesammeltem Holz etwas eingeheizt, erklärt, daraufhin angeredet, sich selbst bemitleidend: „Wer denkt denn sonst an mich?“ Auf Vorhalt, daß doch der Arzt an ihn denke, lacht er, und meint, halb witzelnd, halb ironisch: „Ja, das merke ich, daß Sie an mich denken.“ Nach 5 besseren Tagen wieder schlechter; vor der Tür wird aus dem „Freischütz“ das Lied vom „Jungfernkranz“ gepfiffen, Anspielungen auf seine Internierung und sein Ledigsein.

8. XI. Nochmals besser, dann wieder das alte Lied, immer geladen wie ein „Explosionsstoff“. Um die Jahreswende wieder bis oben gefüllt mit Beziehungs-ideen, überzeugt von dem gegen ihn arbeitenden System. Er solle eben zugrunde gerichtet werden, in letzter Zeit würden ihm auch wieder so viele Pollutionen gemacht. Das sei früher nicht gewesen. Da habe der Pat. Schampensis seine Hand im Spiele, in dessen Namen ein deutlicher Anklang an Penis liege. Dieser Pat. sei extra wegen seines Namens hereingebracht worden, damit man ihn (H.) dann damit quälen könne; das liege im System. Ärzte und Unterbeamte seien die ausführenden Organe des Systems. In solcher Weise geht es mit geringen Schwankungen tagaus, tagein.

Pat. hat seit Monaten freien Ausgang, treibt sich auf weiten Spaziergängen in einsamen Gegenden herum, botanisiert mit Eifer, meidet Menschen und Wirtshäuser, fährt selten mit der Bahn, und dann nur von oder bis zur Station vor Erlangen. Bei schlechtem Wetter studiert er in seinem Zimmer Mathematik, Chemie, übersetzt Thukydides, Homer u. a., läßt sich von der Bibliothek Kommentare kommen. Er ist ein hochgebildeter Mensch von weitem Gesichtskreis und einem erstaunlich großen Wissensschatz, von vorzüglichem Gedächtnis. Er beherrscht mehrere Sprachen, weiß interessant von seiner griechischen und italienischen Studienreise zu erzählen. Er schreibt viel und sehr lange Briefe an seinen Bruder, entweder voll von Klagen über die nicht endenden Schikanen, mitunter aber auch voller Wünsche, wie sie nicht schöner und reichhaltiger von einem Maniker vorgebracht werden könnten; so erbat er in einem Briefe den großen Toussaint-Langenscheidt und den Muret-Sanders zur französischen bzw. englischen Lektüre. „Aus der Tauchnitz-Edition bitte ich um Kissling, Kein und Meredith, Richard Fernal (beide weiß broschiert), ebenso

um Symonds, Italien, Sketches (rot gebunden). Die drei Bädeler von Italien und die zwei noch zu Hause befindlichen brosch. Gregorovins - Bände (Wanderjahre in Italien), ebenso zwei Inselromane, den Simplizissimus und das Kajütenbuch von Sealsfield, die Homerübersetzung von Voß (Reclam, geb.), die von mir zurückgelassenen Nummern der Weltliteratur und ein grau-gebundenes Büchlein in Quartformat, die römische Campagne (Verlag Seemann). Wenn Du mir diese Bücher und dazu das Tagebuch meiner italienischen Reise von 1911 (lose Blätter, z. T. auf Hotelrechnungen geschrieben) schicken würdest, hätte ich eine Freude. Natürlich kannst Du noch andere Bücher mitschicken. Sonst vermisste ich namentlich ein Mundwasser, bitte schicke mir etwas Thymol und Menthol, vielleicht bekomme ich hier etwas Alkohol behufs Herstellung einer dto.-Lösung, ferner einen Taschenspiegel und eine Gabel. Meine Kopfbedeckungen sind sehr hart mitgenommen, die Winterhandschuhe zerrissen, ebenso der eine Leinenkragen, der zweite ist ein Sommerkragen, die übrigen zehn bis zwölf träumen zu Hause. Warum kriege ich sie nicht? Dies zum xten Male! Für ein Bild unseres Bruders wäre ich Dir sehr dankbar. Du kannst mir auch noch einige Sepiadrucke und Seemannsbilder schicken, wenn anders Du mir eine Freude bereiten willst. Da meine Zigaretten in Bälde verbraucht sind, bitte ich Dich, mir eine gute Sorte zu kaufen, vielleicht u. a. einige Seti (Lessing). Ich empfehle meine Bücher, Kleider usw. Deiner besonderen Sorgfalt. Mit herzlichen Grüßen Dein Bruder H.“

Dieser Kranke scheint nach seinem Charakter absolut zum Paranoiker geboren oder wenigstens zu immer erneuter Konzeption von Beziehungsideen bestimmt. Von seinem Vater hat er die brutale Ellenbogennatur, von der Mutter die mimosenhafte Empfindlichkeit, in seinem sthenischen Charakter den asthenischen Stachel, um mit Kretschmer zu sprechen. Es wäre von psychologischem Standpunkt aus an sich wohl zu verstehen, daß durch Charaktergewöhnung und unter dem Einfluß von Milieu und Erlebnis sich bei ihm ein Beziehungswahn entwickelte. Allerdings müßten wir dann schon annehmen, daß von ihm all die kleinsten Erlebnisse des Alltags derartig erlebt wurden, daß gewissermaßen in Summe dadurch eine hinreichende Erlebnisgrundlage geschaffen war zur Entwicklung eines Beziehungswahnes. Ich glaube, daß man von rein psychologischem Standpunkt aus gegen eine solche Auffassung nicht viel sagen kann; man muß schließlich den Mangel eines handgreiflichen Erlebnisses gelten lassen. Und ein solches Erlebnis konnte unser Kranker einfach nicht nennen. Es erscheint mir nun nicht ohne Interesse, was der Kranke über den letzten Abend vor seiner Einlieferung in das Sanatorium 1909 berichtete: Er habe in H. an seinem Stammtisch mit Ärzten und Kollegen gesessen, und da habe man folgendes inszeniert, was er als übelste Vorbedeutung und düsterste Aufforderung habe deuten müssen: 1. habe einer der Herren vor dem Entenbraten sich die geschlachtete Ente hereinbringen lassen; 2. ein anderer habe ihn gefragt, ob er nicht heute mit ihm zu „Hamlet“ gehen wolle; 3. hätten die Tischgenossen dreimal das Licht abgedreht. War das nun nur eine durch Charaktergewöhnung hervorgerufene seelische

Verfassung, die ihn solche harmlose Erlebnisse in so schwerer, düsterer Form erleben ließ? Auch dies wird man von psychologischem Standpunkt aus prinzipiell bejahen können. Aber ist damit doch nicht zu einseitig die psychologische Betrachtungsweise auf ein psychiatrisches Problem übertragen? Wäre es nicht weit natürlicher und einleuchtender, hier anzunehmen, daß besondere biologische Vorgänge zu einer psychischen Konstellation geführt haben, die eine derartige, dauernd fortschreitende, weiterhin kombinatorische Wahnentwicklung ermöglichen? Können wir uns nicht zwanglos vorstellen, daß die eigenartige biotonische Änderung, die biologischen Vorgänge des manisch-melancholischen Irreseins, eine solche Steigerung der vorpsychotischen Charaktereigenschaften bedingten, daß jetzt erst ein wahrhaft pathologisches Erleben möglich wurde, und es nunmehr zum echten paranoischen Dauerwahn kam, ebenso wie wir bisher schon immer gesehen haben, wie normalreaktive Vorgänge unter dem Einfluß des biologischen manisch-melancholischen Geschehens zu pathologischen gesteigert wurden; wie die normale überwertige Idee zur pathologischen, die noch normale Charaktereigenschaft zur abnormen, der psychologische Reaktionstyp zum psychopathologischen wurde?

Bei dem vorstehenden Kranken haben wir auch Anhaltspunkte dafür, daß der eigentlichen Erkrankung körperliche Veränderungen zugrunde lagen, ich erinnere an die nach klinischer Erfahrung so wichtige Schlafstörung, Appetit- und Verdauungsstörung. Klinisch bot er während der Psychose reichlich Zeichen, die im Sinne des manisch-melancholischen Irreseins zu deuten sind; das Mißtrauen hatte eine stark depressive Färbung, es kam ja auch zu Suicidversuchen, und die Gedanken, daß man ihn in den Tod treiben wolle, herrschten von Anfang an vor, heute freilich nicht mehr mit solcher Intensität, doch kommt er immer wieder einmal darauf zurück. Nach der manischen Seite hin geht das außerordentlich hohe Selbstbewußtsein, der an Ideenflucht grenzende Gedankengang seiner schriftlichen Niederlegungen, und der objektiv sowohl an seiner unendlich vielseitigen Privatarbeit nachweisbare, als auch aus seinen Schriftstücken zu uns sprechende Beschäftigungsdrang.

Und nun noch einmal zu der vorpsychotischen Persönlichkeit unseres Kranken. Er selbst gibt uns sehr bezeichnende Auskunft: von je her „eine freudlose Erscheinung“, von jeher mißtrauisch. So hat er sich selbst — seinen Vitalgefühlen und seinem Charakter entsprechend — schon in seiner Jugend als Persönlichkeit erlebt. Der Umgebung aber erschien er uneinheitlich und widerspruchsvoll, ein rücksichtsloser Ellenbogenmensch, und auch wieder fürsorglich, reizbar-aufbrausend und ängstlich-schüchtern zugleich; eine hypoparanoische Konstitution und ein gemischt sthenisch-asthenischer Charakter, eine disharmonische unerfreuliche Persönlichkeit. Nun möchte man fragen: Ist die

hypoparanoische Konstitution wirklich nur eine Charaktergewöhnung der sthenisch-asthenischen Persönlichkeit? Oder ist vielleicht die sthenisch-asthenische Reaktionsform, die paranoische Reaktionsform, nur eine Folge der hypoparanoischen Konstitution? Von rein psychologischem Standpunkt aus wird man zu sagen geneigt sein, daß die Charaktergewöhnung die Gemütslage, die Stimmungslage, also auch die paranoische oder hypoparanoische Konstitution ausmache; denn alles psychische Geschehen soll reaktiv sein. Von biologischem Standpunkt aus kann man aber auch umgekehrt sagen, alles ist endogen, auch die Charaktereigenschaften sind gebunden an ein materielles Substrat, auch sie sind endogen bedingt, und die Art der Charaktergewöhnung ist auch endogen bedingt; dieser Mensch kann auf das und jenes Erlebnis nur so oder so reagieren, so oder so sich gewöhnen, weil ihm biologisch nur ein entsprechendes Zentralnervensystem, eine entsprechende Organisation, erbbiologisch gegeben war. Hier psychologische Betrachtungsweise, dort biologische.

Unsere klinisch-nosologische Stellungnahme kann aber weder durch die eine noch durch die andere einseitige Betrachtungsweise geklärt werden. Auf der einen Seite sträuben wir uns dagegen, die Paranoia als eine Reaktionspsychose anzusehen, auf der anderen Seite fühlen wir uns von einer rein endogenen Auffassung auch nicht voll befriedigt, obwohl die Übergänge von manischen zu melancholischen Attacken uns lehrten, daß durch rein endogene Vorgänge eine Stimmungslage geschaffen werden kann, auf der sich paranoische Gedanken und Einstellungen gerne entwickeln. Müssen wir ein Kompromiß schließen? Ich glaube nicht, daß man es so nennen darf. Klinisch können wir sicher unterscheiden zwischen endogen und reaktiv. Aber auch auf psychologischem Gebiet dürfen wir Endogenes sehen in dem Schwanken der Vitalgefühle, reaktiv sind erst die in höherer Schicht des emotionalen Lebens gelegenen psychischen Gefühle. Auf biologischem Gebiet sehen wir das Endogene in dem Schwanken des durch die äquilibrierten endokrinen Organsysteme geleiteten Biotonus, das Reaktive aber in der durch alle möglichen Einflüsse bestimmten Reagibilität des gesamten cerebros spinalen Nervensystems. Beide Faktoren, sowohl bei biologischer wie bei psychologischer Betrachtung, sind aufs engste miteinander verknüpft, weitgehend voneinander abhängig und ohne einander nicht zu denken. Wie zur Betrachtung der psychischen Gesamtpersönlichkeit, und nicht nur des rein reaktiven Charakters (darin lag wohl der Fehler der bisherigen, durch Kretschmer ausgeführten psychologischen Betrachtungsweise), die Berücksichtigung der Vitalgefühle gehört, so gehört zur Betrachtung der psychophysischen, bzw. psychopathischen Gesamtkonstitution die Berücksichtigung sowohl der Reagibilität der nervösen Substanz, als auch die Berücksichtigung des Biotonus.

Betrachten wir unter diesem Gesichtswinkel die Frage der Paranoia, so werden wir meines Erachtens zu einer befriedigenderen Auffassung kommen müssen als bisher. Nicht nur endogen labil veranlagt und nicht nur reaktiv. Beide Komponenten finden wir beim Paranoiker, eine endogene Labilität, vorzugsweise als endogene Affektlabilität sich äußernd, und eine reaktive, einen psychopathischen Charakter sthenisch-asthenischen Gepräges*). Krank wird der zum Paranoiker Prädestinierte aber auf Grund seiner endogenen Labilität; unter dem Einfluß der pathogenetisch dem manisch-melancholischen Irresein zugehörigen endogenen Bionusänderungen (oder Bionuszustände) entwickelt sich je nach dem gegebenen Charakter der Beziehungswahnsinnige aus dem mehr sensitiven, der Kampfparanoiker aus dem vorzugsweise sthenischen, der Wunschparanoiker aber aus einem mit labilem Persönlichkeitsbewußtsein ausgestatteten Charakter, ohne daß für den Beobachter ein deutlich greifbares affektbetontes Erlebnis nachweisbar zu sein braucht. Nur so verstehen wir das allmähliche Entstehen und gar erst das verhältnismäßig plötzliche, scheinbar unmotivierte Aufflammen der Krankheit zu irgendeinem Zeitpunkt des Lebens, nur so die größeren oder geringeren Schwankungen im Krankheitsverlauf, nur so die meist nicht erschöpfbare Dauer der Psychose. Diese endogene Labilität beruht aber im Grunde auf den gleichen biologischen Vorgängen, wie das manisch-melancholische Irresein, und darum muß man in der Paranoia von pathogenetischem Standpunkt aus nur eine besondere, durch die Charaktereigentümlichkeit bedingte Variante des mehr oder weniger chronisch verlaufenden manisch-melancholischen Irreseins erblicken, wie G. Specht schon auf Grund seiner klinischen und psychopathologischen Erwägungen seit langem befürwortet.

Bei einer derartigen Auffassung verstehen wir auch, wie es kommt, daß sich unter Menschen mit besonders exponierter oder gedrückter Lebensstellung, wie Lehrer oder Gouvernanten, so häufig Beziehungsneurotische finden, und daß sie auch einen verhältnismäßig hohen Prozentsatz der Paranoiker bilden. Das Leben bietet diesen Leuten so viel Anlässe zu Erregungen, die kleinen psychischen Traumata von oben und unten folgen sich in so ununterbrochener Kette, daß auch der ursprünglich nur wenig reaktiv labil Veranlagte zunehmend mißtrauisch wird, daß sich eine feindselige Stellungnahme gegenüber der Umwelt

*) Ich habe damit meine Stellung zur Paranoiafrage gegenüber einer früheren Arbeit⁴⁾, in der ich die Bedeutung der reaktiven Labilität für die Erklärung des Paranoiaabildes wohl erwog, aber schließlich doch ablehnte, geändert. Wenn ich heute glaube, der reaktiven Labilität eine bedeutsame Rolle beim Zustandekommen der Paranoia zuerkennen zu müssen, so tue ich es hauptsächlich unter dem Einfluß der trefflichen psychologischen Analyse Kretschmers, die er uns in seinem „sensitiven Beziehungswahn“ geschenkt hat.

herausbildet — hier kann man von Charaktergewöhnung sprechen*). Solche reaktiv labil Gewordene, durch Gewöhnung mißtrauisch Gewordene, finden wir unter den Lehrern verhältnismäßig häufig. Zur Paranoia aber brauchen wir noch die endogen affektlabile Konstitution, die solche Menschen eines Tages zum manifest Geisteskranken werden läßt. Verzichten wir aber andererseits auf die reaktiv affektlabile Komponente, auf die Charaktereigentümlichkeit oder Charaktergewöhnung, so wird uns die Bevorzugung gewisser Berufsstände unerklärbar bleiben.

Durch diese Verbindung charakterlicher Besonderheit mit manisch-depressiven Krankheitsvorgängen erklären sich weiter zwanglos die nörglerisch gefärbten Manien und der Querulantenwahn, dessen nosologische Sonderstellung von den meisten Autoren lange schon aufgegeben ist. Der nach seinem Charakter nörglerisch-unzufrieden veranlagte Mensch wird, wenn er in eine manische Erregung gerät, zu dem unleidlichen nörglerisch Manischen; besonders die chronischen Nörgler, Unruhestifter und Schimpfer finden auf diese Weise ihre Erklärung. Sie bekommen durch ihre Vielgeschäftigkeit, ihre Radaulust und Beharrlichkeit ein anderes Gepräge, als es den rein charakterlich nörgelnden Menschen eigen ist. Gerade in ihrer nach allen, nicht nur in einer Richtung hin sich betätigenden, unerfreulichen Beschäftigungsunruhe und in ihrer geschickten Einarbeitung in Gedankengänge und Angelegenheiten auch anderer liegt ihre manische Komponente. — Querulanten vom Typ der chronischen Manie sind allgemein bekannt. Natürlich gibt es auch querulatorische Individuen, bei denen eine manische Kom-

*) Man lese über diesen Punkt nur einmal in der philologischen Literatur nach. In einem kürzlich erschienenen Aufsatz der Halbmonatsschrift für höhere Schulen Bayerns, „Neuland“, 1920, Nr. 3 von Schöffel wird die ungeheure Not der Lehrer infolge der Berufsüberfüllung geschildert, die allen Idealismus ertötet, die mit tödlicher Sicherheit alle Freude am Beruf nimmt. „Was wird das Ende sein, wenn jahrzehntelanger Fron die ersehnte Stunde der Erlösung schlägt? (Gemeint ist, das Aufsteigen in eine unabhängigere Stellung.) Ein verbrauchter Mann, der als Mensch unter der Not des Alltags verkümmert ist, mit dem gedrückten Selbstbewußtsein der Lohnsklaven, ein Mann, der als Lehrer nun an anderer Stätte nicht mehr anders arbeiten kann, als er es bisher gelernt hat, dem die Freude an seinem Beruf genommen ist, der zu jenem Typus geworden ist, durch den nicht zuletzt der „Oberlehrerhaß“ entstanden ist... Man denke nur einen Augenblick an die Arbeitslosigkeit, an die Bettelgänge zu den Direktoren der Pressefabriken, wenn die Not unerträglich wird! Wie lange wird es dauern, bis auch ein starker Charakter unter solchen Bedingungen Schaden nimmt?“ Würde wirklich die Paranoia nur ein Produkt von Milieu, Erlebnis und Charakter oder Charaktergewöhnung sein, man müßte sich fragen, warum wir nicht noch viel mehr Paranoiker finden; denn die sthenischen Charaktere mit asthenischem Einschlag und die asthenischen mit einem sthenischen Stachel sind gewiß nicht so selten. Vorübergehende reaktive Wahnbildungen oder Beziehungs- und Kampfneurosen finden wir bei Lehrern sehr häufig, die Paranoia aber bleibt ein seltenes Krankheitsbild.

ponente sich nicht findet, die rein aus einer charakterlich bedingten Rechthaberei heraus, und namentlich unter dem suggestiven Einfluß einer verhetzenden Umgebung und kleiner Teilerfolge, die sie selbst errangen, oder andere, die mit dem gleichen Mittel der Verwirklichung ihres Wunsches oder ihres Rechtes nachstreben, erringen sahen, immer wieder zum Rechtsstreit ihre Zuflucht nehmen. Sie pflegen aber doch mit der Zeit des Kampfes müde zu werden. Werden sie nicht müde, so wird man kaum bei ihnen die chronisch-manische Komponente vermissen, man muß nur darauf achten, und muß daran denken, daß diese Komponente nicht immer mit der Aufdringlichkeit in Erscheinung treten wird, wie wir sie bei einem flott Manischen vorgeführt bekommen. Die assoziative Erleichterung des Gedankenablaufes mit mehr oder weniger ausgeprägtem ideenflüchtigem Abschweifen, die motorische Unruhe in Mimik und Gesten, die ewige Geschäftelhuberei auch im übrigen Leben können am besten leitend sein.

Der Vollständigkeit halber sei noch darauf hingewiesen, daß die seltenen Manien bei Schwachsinnigen naturgemäß höchst unproduktiv ausfallen werden, nicht im Sinne des Mischzustandes der unproduktiven, gedankenarmen Manie, bei der eine Denkhemmung besteht, sondern die vorgebrachten Gedanken erscheinen auffallend einförmig, man merkt, daß der Vorstellungsschatz ein geringer ist, die Beschäftigungsunruhe hat ebenfalls etwas Einförmiges und kindisch Albernese an sich. Ähnlich liegt es bei manischen Erregungen im Kindesalter, auch hier herrscht eine gewisse Ideenarmut vor, trotz der Ideenflucht und Ablenkbarkeit, und große Neigung zu einfachem Lärmen und Schreien, wenn auch ein vorlautes Wesen sehr charakteristisch die manische Hemmungslosigkeit kundtut. Alle Züge erklären sich aus der noch unvollständigen Entwicklung des kindlichen Gehirns. Bei ihnen findet man übrigens die charakterlichen Komponenten auch schon ausgesprochen, die einen erotisch, andere zornig und widerspenstig, wieder andere mehr lebenswürdig gefärbt.

Als dritter Faktor am Aufbau einer Psychose kommen die konditionellen Einflüsse hinzu. Diese sind natürlich sehr zahlreich und wirken, soweit sie als Ausfluß der Lebensstellung, der Bildung, des Milieus, auch des Lebensalters usw. zu betrachten sind, vorzugsweise gestaltend auf den evtl. Wahninhalt und die vorgebrachten Vorstellungen. Es sei nur noch darauf hingewiesen, daß das Auftreten bestimmter Arten von Halluzinationen, z. B. ob optische, ob akustische, von dem Beruf des Erkrankten abhängen kann, ein Moment, auf das Bonhoeffer¹⁾ hingewiesen hat. Zuweilen wird es vielleicht (z. B. bei Künstlern) auch hier so liegen, daß der betreffende Beruf zum Teil deshalb gewählt wurde, weil eine besondere Eindrucksfähigkeit und Vorstellungsgabe gerade

auf dem betreffenden Gebiete gegeben war. Diese Art konditioneller Einflüsse soll uns hier nicht weiter beschäftigen, wir wollen nur versuchen, die Frage der psychogenen und exogenen, einschließlich der traumatischen Einflüsse, hinsichtlich ihres Zusammenhanges mit der Pathogenese, zu würdigen.

Daß schwere psychische Erschütterungen eine manische oder melancholische Attacke auslösen können, wird kaum bestritten werden. Eine manisch-melancholische Veranlagung ist allerdings Vorbedingung. Auch hierüber herrscht im großen und ganzen Übereinstimmung. Wie können wir uns nun einen Zusammenhang denken, zwischen dieser psychischen Einwirkung und dem nach unserer Auffassung endokrin bedingten manisch-melancholischen Irresein? Ich glaube, daß zwei Modi möglich sind. Einmal kann man sich vorstellen, daß die seelischen Erregungen, namentlich wenn sie längere Zeit anhalten, z. B. Überarbeitungen, eine schwere physiologische Erschöpfung des Gehirnes und seiner Zellelemente herbeiführen, daß auf diese Weise ein Locus minoris resistentiae geschaffen werden kann. Das in der Veranlagung gegebene labile endokrine Organsystem kann nunmehr seinen deletären Einfluß auf das Zentralorgan geltend machen, ein Einfluß, der bei nicht gegebener physiologischer Erschöpfung nicht zur Geltung kommen konnte. Man kann mit Recht dagegen einwenden, daß eine durch Erschöpfung ausgelöste Attacke des manisch-melancholischen Irreseins dann viel häufiger vorkommen müßte, als dies tatsächlich der Fall ist. Da wäre aber darauf hinzuweisen, daß es sich vielleicht immer um ein unglückliches Zusammentreffen handeln muß, es muß der Zeitpunkt der Erschöpfung gerade in eine Phase fallen, in der das endokrine, labile Organsystem sich in einem krankhaft erregten Zustande befindet, der bei wenig widerstandsfähig veranlagtem Gehirn (wie wir es als zweite Vorbedingung für das Zustandekommen eines manisch-melancholischen Irreseins forderten), schon an sich zu einer Attacke geführt hätte. Bei solch unglücklichem Zusammentreffen mag Erschöpfung zu manisch-melancholischen Attacken führen.

Ich darf hier vielleicht parallele Erscheinungen aus dem Gebiete der somatischen Medizin anführen. Die Psoriasis wurde in letzter Zeit aufgefaßt als eine „parakeratotische Diathese“; alle möglichen Reize der Haut sollen bei psoriatisch Veranlagten beantwortet werden mit psoriatischen Eruptionen. Allein es kann keinem Zweifel unterliegen, daß auch dies nur in sehr beschränktem Maße zutrifft. Einmal beobachtet man gar nicht selten, daß die Psoriasis vorzugsweise in den Herbstmonaten auftritt, weiter gibt es Psoriatiker, die stark zu Urticaria neigen, die mit stärkstem Kratzen, also schweren Hautreizungen beantwortet werden, und doch bis zu ihrer im Herbst fälligen Attacke frei bleiben von psoriatischen Eruptionen. Neueste Untersuchungen haben nun

auch ergeben, daß es mehrfach gelungen ist, mit zweimaliger Thymusbestrahlung (Reizdosis) die Psoriasis zu beseitigen; mehr denn je neigt man dazu, der inneren Sekretion eine ausschlaggebende Rolle für das Zustandekommen der Erkrankung einzuräumen. Auch hier sind es also mehr oder weniger aus dem Alltäglichen hinausfallende Reize, die, wenn eine Attacke fällig ist, zum Manifestwerden der Krankheitserscheinungen führt; die Parallele zur Erschöpfungsgenese des manisch-melancholischen Irreseins liegt auf der Hand.

Daß stark affektbetonte Erlebnisse ebenso wie Überarbeitung zu einer schweren Erschöpfung führen können, hat wohl jeder von uns schon gesehen. Insonderheit handelt es sich dabei um eine affektive Erschöpfung, die das Affektleben vermittelnden Hirnelemente [der Sympathicus mit seinen zentralen Bahnen (?)] aber erschienen uns gerade als die ansprechbarsten für alle nur denkbaren, auch die innersekretorischen Reize. So können wir uns vorstellen, daß mit dem schweren psychischen Schock die Vorbedingung für das Angreifen der endokrinen pathogenetischen Komponente gegeben ist. Auch hier ist es wieder notwendig, daß das betroffene Individuum eine latente Labilität des für das manisch-melancholische Irresein wichtigen endokrinen Apparates besitzt, sonst müßte diese Erkrankung viel häufiger noch durch psychogene Anlässe ausgelöst werden. Vielleicht ist auch hier die latente Bereitschaft oder das latente Bestehen einer Attacke notwendig. Allein noch ein anderer Modus ist speziell bei diesen starken emotionellen Erlebnissen denkbar. Es könnte durch die intensiven Erschütterungen, die das vegetative Nervensystem erleidet, eine so starke Reizung des endokrinen Organ-systems hervorgerufen werden, daß nunmehr auch bei einem sonst gesunden Gehirn das Individuum in die Krankheit hineingetrieben wird. Einen Zusammenhang zwischen manisch-melancholischem Irresein und psychischem Trauma kann man natürlich nur annehmen, wenn die Erkrankung unmittelbar oder wenige Tage nach dem Erlebnis zum Ausbruch kommt. Und wichtig bleibt es natürlich, darauf zu achten, ob das psychische Trauma nicht bereits in die Zeit des Beginnes der manischen oder melancholischen Erkrankung fiel, womöglich dadurch erst als wirklich schweres Trauma empfunden wurde. Daß dieses dann besonders inhaltlich, aber auch symptomfärbend auf das manische oder melancholische Krankheitsbild einwirken kann oder wird, versteht sich von selbst. Es wird die Aufgabe der Analyse des Einzelfalles sein, hier die oft sehr schwierige rechte Beurteilung zu finden.

Daß Schädeltraumen zu manisch-melancholischen Erkrankungen führen können, muß zugegeben werden. Ganz kurz will ich einen von mir selbst beobachteten Fall hier berichten.

Fall 8. O. E., Gastwirtstochter, 28 Jahre.

Vater Hypomanicus. In den 30er Jahren 2 Jahre lang epileptische Anfälle.

Mutter gesund, ruhig, 11 Geschwister, alle sehr lebhaft. Geisteskrankheiten in der Familie nicht vorgekommen. Sie selbst als Kind immer gesund, lustig, sang gern bei der Arbeit, doch nicht so lebhaft wie die Geschwister. Vertrug sich gut, war beliebt, lernte gut in der Schule. Stets sehr religiös, ging eifrig zur Kirche. Konnte nicht tanzen, weil ihr schwindlig wurde, immer etwas weichmütig, ängstlich, furchtsam, ging nicht gern ins Dunkel. Noch keine Liebschaft. Bei der Feldarbeit fleißig und verlässig, verblieb Jahre in ihren Stellungen.

Am 28. VI. 1918 Unfall, rannte bei der Arbeit so heftig mit dem Hinterkopf an einen Balken, daß sie bewußtlos zusammenbrach und einige Minuten liegenblieb. Bei dem Erwachen Übelsein, kein Erbrechen, keine retrograde Amnesie. Wußte zunächst nicht, wo sie sich befand. Sehr heftige Kopfschmerzen. Andern Tags traurig gestimmt, fühlte sich verachtet und verspottet, blieb nicht im Bett, drängte ängstlich zur Türe. War völlig orientiert. Der Bezirksarzt fand sie am 3. VII., also nach 5 Tagen, in ausgesprochen trauriger Verstimmung, und ordnete, da die Kranke mit Selbstmord drohte, die Verbringung in die zuständige Heil- und Pflegeanstalt an. Dort melancholisch, ängstlich, weinte, war trostlos, hatte schwere Gedanken, redete von religiösen Dingen, war immer völlig orientiert. Nach einem Monat Umschlag der Stimmung, Heiterkeit bis zur Ausgelassenheit. allmählich größte motorische Unruhe, Zerstörungswut, lachte unsinnig, mischte sich in alle Vorgänge der Umgebung, so daß sie isoliert werden mußte. Nach 5 Monaten Beruhigung, noch etwas mürrisch, schimpfte lebhaft, nach einem weiteren Monat geheilt entlassen.

Ich habe in meinem Gutachten nicht gewagt, den Zusammenhang zwischen der Gehirnerschütterung — und um eine leichte *Commotio cerebri* hat es sich gewiß gehandelt — und der Geistesstörung, die sich so unmittelbar anschloß, abzulehnen. Daß ein manisch-melancholisches Irresein vorlag, kann auch nicht angezweifelt werden. Ich glaube, man ist berechtigt, bei der Kranken eine latente manisch-melancholische Veranlagung anzunehmen; der Vater war sicherlich ein ungewöhnlich lebhafter Mensch, eine gerade Natur von hohem Selbstbewußtsein, die Geschwister alle sehr lebhaft; die Kranke selbst gemächlich stark veranlagt, vorwiegend heiter, aber auch ernste Züge ihrem Wesen nicht fremd. Eine gewisse nervöse Überempfindlichkeit war ihr eigen, wie die Neigung zu Schwindel und die Ängstlichkeit verraten. Rechnet man noch hinzu, daß der Vater im Interesse des Rentenanspruchs bestrebt war, die Kranke vor dem Unfall als möglichst gesund, die Familie als normal zu schildern, so darf man wohl annehmen, daß eine latente manisch-melancholische Veranlagung in der Familie sich forterbte.

Pathogenetisch darf man sich in solchen Fällen wiederum vorstellen, daß durch das Trauma eine Schwächung der Widerstandsfähigkeit der Hirnelemente geschaffen, und dadurch die Gelegenheit geboten wurde, daß das erbbiologisch labile endokrine System nunmehr am Gehirn anzugreifen vermochte. Wir müssen auch hier die Annahme machen, daß — wenn ich so sagen darf — eine „latente Attacke“ des manisch-melancholischen Irreseins gerade im Anzug oder im Ablauf war; denn nur so können wir uns das seltene Vorkommen manisch-melancholischen Irreseins im Anschluß an Schädeltraumen erklären. Es müßte das eine

viel häufigere Beobachtung sein, wenn bei allen manisch-melancholisch Veranlagten ein Schädeltrauma eine Attacke auslösen könnte; es erleidet ja auch mancher manifest Zirkuläre ein Schädeltrauma, ohne im Anschluß daran eine Attacke zu bekommen. Die endokrine Konstellation war eben nicht danach. Eines muß uns allerdings immer klar bleiben: es handelt sich in solchen Fällen niemals um eine traumatische Psychose, sondern stets um eine manisch-melancholische Erkrankung; das Trauma ist nur ein auslösendes oder vielleicht besser ein unterstützendes Moment.

Hierher gehört nun auch die Frage, inwieweit frühere Traumen von Bedeutung sein können für das spätere Auftreten manisch-melancholischer Attacken. Da scheint mir denn doch die allergrößte Vorsicht angezeigt. Es ist richtig, daß man in einem gewissen Prozentsatz der Manisch-Melancholischen von Encephalitiden oder Hirnhautentzündungen in der Kindheit, von Kommotionen und anderen Schädeltraumen hört. Es ist möglich, daß solche Schädigungen des kindlichen Gehirns dasselbe so beeinträchtigen, daß eine dauernde verminderte Widerstandsfähigkeit des Gehirnes bleibt, und so der Einwirkung des erbbiologisch festgelegten labilen endokrinen manisch-melancholischen Organsystems die Bahn frei gemacht wurde. Es ist auch nicht ganz ausgeschlossen, daß ein schweres Schädeltrauma des späteren Lebens eine gleiche, für unsere Beobachtung nicht wahrnehmbare allgemeine Anfälligkeit des Gehirnes hinterläßt, — und hiermit nähere ich mich ein wenig der Auffassung Pilczs²⁰⁾ und Rittershaus²³⁾ von der Bedeutung des Schädeltraumas für das Auftreten manisch-melancholischen Irreseins, — so daß auch in diesem Fall die spezifische manisch-melancholische Veranlagung die Möglichkeit des Angreifens findet. Das Wichtige aber bleibt immer die spezifische, von uns in das labile endokrine Organsystem verlegte Veranlagung zur manisch-melancholischen Erkrankung; auch hier wieder, nicht posttraumatische Psychose, sondern manisch-melancholisches Irresein.

Was hier für das Schädeltrauma gesagt wurde, gilt *cet. par.* auch für die Auslösung manischer oder melancholischer Erkrankungen bei Infektionen und anderen toxischen, auch arteriosklerotischen Einflüssen. Die toxische Allgemeinschädigung des Gehirns ist nur das unterstützende Moment, das der endokrinen manisch-melancholischen Veranlagung zum Durchschlagen verhilft. Ein gleiches läßt sich für die erst im hohen Alter oder bei Arteriosklerotikern auftretenden manischen oder melancholischen Erkrankungen behaupten.

Etwas anderes als diese Auslösung oder unterstützende Ursache der exogenen Momente ist nun der symptomgestaltende Einfluß derselben auf das Krankheitsbild der manisch-melancholischen Psychosen. Seelert²⁰⁾ hat diese Verbindung endogener und exogener Faktoren

und ihre Bedeutung für das resultierende Symptomenbild in einer Monographie eingehend gewürdigt. Seine Erörterungen über das Zustandekommen der Rückbildungsmelancholie und der Angstpsychose passen gut zu dem, was ich eben erörtert habe. Seelert nimmt an, daß die organische Änderung der Gehirnstruktur (bei arteriosklerotischen, Involutions- und anderen exogenen Einflüssen) eine Änderung der Affektivität schafft nach Grundstimmung, Ansprechbarkeit, Intensität und Dauer, und daß unter dem Einfluß dieser Affektivität der durch die endogene Konstitution vorgezeichnete depressive Symptomenkomplex entweder, wenn er schon erkennbar ist, verstärkt wird, oder, wenn er sich anamnestisch nicht nachweisen läßt, aus der Latenz heraustritt und manifest wird. Der wichtigste Faktor ist auch ihm die endogene (für uns endokrine) Krankheitsdisposition; der exogene Faktor, sagt er, „hat nur die Bedeutung einer mitwirkenden, das Symptomenbild verändernden, vielleicht auch manchmal einer auslösenden Ursache“. Von der auslösenden Wirkung exogener Faktoren sprachen wir in den vorigen Absätzen, jetzt interessiert uns die Änderung im Symptomenbild, die Änderung der Affektivität. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß unter Mitwirkung organischer Gehirnveränderungen eine rein depressive Stimmungslage eine ängstliche Färbung annimmt, ja, sich bis zu äußerster Angst steigern kann. Hier haben wir eine 3. Variante für das Zustandekommen der Angst. Sie konnte, wie wir früher besprochen, auftreten beim Mischzustand, sie konnte auftreten als charakterliche Komponente, sie kann, und das ist wohl das häufigste, auftreten unter dem Einfluß von organischen Gehirnveränderungen. Es ist gut vorstellbar, daß durch die organischen Gehirnveränderungen die sonst glatt sich abwickelnden Stoffwechselvorgänge in den Gehirnelementen eine Störung erfahren, oder daß durch das Altern bedingte Vorgänge in den Zellen den Vitalgefühlen eine besondere Tönung geben, die nunmehr mit dem Gefühl der Angst und der Konzeption entsprechender Gedankengänge beantwortet wird. Beim Auftreten von ausgesprochener Angst wird man immer gut tun, an exogene Einflüsse zu denken. Ebenso scheinen exogene, insbesondere Alterseinflüsse die Neigung zu haben, den Kranken in Hypochondrie hineinzuführen. Weiter weist Seelert darauf hin, daß das langsame Altern des Gehirns, der Verlust an Widerstandsfähigkeit, wie ich sagen möchte, oft dazu führt, daß ein vorpsychotisch mißtrauischer oder eifersüchtiger Mensch in eine paranoide Psychose hineingleitet. Sehr richtig sagt Seelert, daß die Gedanken und Handlungen des Patienten eine psychotische Form annehmen, liege nicht an einer Intensitätssteigerung der endogenen psychischen Eigenarten, sondern an der Wirkung des jetzt in der Psychose vorhandenen, durch die Altersinvolution des Gehirns erzeugten psychischen Defektzustandes. Ich möchte sagen, die durch Altersinvolution

herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des Gehirnes ermöglicht nunmehr der konstitutionell gegebenen endokrinen Veranlagung ihre Wirksamkeit zu entfalten, und schafft damit die Vorbedingung für ein derartig affektstarkes Erleben, daß es unter Mitwirkung der charakterlichen Eigentümlichkeiten zu paranoischen Wahnbildungen, z. B. einer Involutionsparanoia kommen kann. Vielleicht darf man auch hier nicht ganz mit Unrecht annehmen, daß im alternden Gehirn es verhältnismäßig oft zu leichten Störungen im Zellstoffwechsel kommt, die mit unangenehmer Tönung der Vitalgefühle und daraus resultierender Neigung zu paranoischer Verarbeitung von Erlebnissen verbunden sind, daß also auch der Affekt des Mißtrauens gewissermaßen durch exogene Vorgänge verstärkt werden kann.

Gerade die Involutionsparanoia kann uns lehren, wie wichtig für das Verständnis der Psychosen die Berücksichtigung der 3 Faktoren Konstitution, Charakter und exogene Momente ist. Der endogen affektlabile Zustand ist gegeben und prägt sich in den vorpsychotischen Dezennien der Erkrankten schon deutlich aus. Vieles (Reizbarkeit, Empfindlichkeit) weist auch schon auf eine reaktiv affektlabile Veranlagung hin. Aber erst mit der Involution, mit dem Zurückgehen der Widerstandsfähigkeit des Gehirns, vielleicht auch unter dem Einfluß der innersekretorischen Involutionsumwälzungen kann das konstitutionell gegebene endokrine manisch-melancholische Element zum Durchschlag kommen, die Psychose in Erscheinung treten. Dem Inhalt nach stehen durchaus im Vordergrund sexuelle und andere nicht realisierbare Wünsche, denen die Kranken sich, ihrer charakterlich reaktiv-labilen Veranlagung folgend, gänzlich hingeben. Meist handelt es sich um Wunschparanoiker mit labilem Persönlichkeitsbewußtsein, nicht selten kombiniert mit einem stark sthenischen Einschlag, so daß die Kampfpsychose nebenher geht. Die Steigerung zur Psychose aber ist erst möglich geworden, obwohl vorher auch schon Wünsche (besonders wohl sexueller Art), auch schon Ansprüche bestanden, seitdem das endokrine manisch-melancholische System den Angriffspunkt im involutiv geschwächten Gehirn gefunden hatte, das Gehirn von einer krankhaften Erregung, von einem krankhaften Stoffwechselumsatz in seinen Zellen befallen war, sich auf Grund der biotonischen Änderung die Vitalgefühle hoben, zu krankhaft erhöhtem Selbstbewußtsein führten. Alle Widerstände, die sich einstellen mußten, wurden auf Grund der durch den manisch-melancholischen Krankheitsvorgang herausgehobenen reaktiven charakterlichen Veranlagung schwerer empfunden und hatten schwerere Folgen, alle Wünsche wurden als erreichbarer, berechtigter und realisierbarer erkannt, die Vorbedingung für psychopathologische Verarbeitung war jetzt besonders günstig, und dafür, daß eine Erschöpfung, ein Müdewerden im Hoffen und Ringen nicht erfolgen konnte,

trug Sorge die konstitutionelle, biologisch bedingte, manisch-melancholische Grundstörung.

Auch das seltenere Auftreten manischer Psychosen im hohen Lebensalter bei vorpsychotisch mehr oder weniger ausgesprochener Veranlagung wird erklärt durch die mit dem Alter abnehmende Widerstandsfähigkeit des Gehirnes. Diese manischen Alten haben aber selten den reinen heiteren Affekt der klassischen Manie, wenngleich auch das vorkommt: meist tragen sie den Stempel der zornmütigen Reizbarkeit. Hier dürfen wir wohl wiederum annehmen, daß die alternden nervösen Elemente nicht mehr den schnellen Assimilations- und Dissimilationstendenzen der manischen Erregung gerecht zu werden vermögen, daß es zu Stokungen kommt mit unangenehmer Betonung der Vitalgefühle, dabei aber doch im Sinne der Manie Überwiegen der positiven Elemente. Auch eine erhöhte reaktive Ansprechbarkeit der Zellelemente mag hinzukommen, und nun haben wir das Bild der zornmütigreizbaren Manie.

Und endlich scheint mit den Altersvorgängen im Gehirn es gegeben zu sein, daß besonders leicht Halluzinationen in der Psychose auftreten, ohne daß deswegen stärkere Defekte, Merkdefekte, Urteilsschwäche u. dgl. eingetreten wären. Es ist das eine klinisch gegebene Tatsache, die gewiß am besten zurückzuführen ist auf die organischen Prozesse, die sich im gesamten Gehirn, besonders in der Rinde, abspielen, die zu Reizungen Anlaß geben, die dann als Halluzinationen in Erscheinung treten. Diese Halluzinationen der Alternden sind höchstwahrscheinlich etwas ganz anderes als die Halluzinationen der Schizophrenen, und erst recht der jugendlichen Manischen oder Melancholischen. Symptomatologisch mögen sie diesen weitgehend gleichen, pathogenetisch sind sie gewiß etwas anderes, wie die Halluzinationen z. B. jener Manischen, die mit einer besonderen Ansprechbarkeit der, sagen wir, halluzinatorischen Gebiete ihres Gehirns ausgestattet sind, und bei denen jede neue Attacke von starken Halluzinationen begleitet wird. Auf verschiedenem Wege wird dasselbe Symptom erzielt. Gehört zu diesen letzten Kranken der erste Schrödersche Fall, den er in seiner oben besprochenen Monographie anführt, so gehört zu den ersten Kranken, die unter Altersvorgängen im Gehirn zu halluzinieren beginnen, sein 2. Fall. Es ist nicht einzusehen, warum es nicht „senile“ Erscheinungen oder Vorgänge gewesen sein sollen, die nach vielen früheren ohne Halluzinationen verlaufenen Attacken nun in den 70er Jahren bei der Kranken Schröders hinzutreten, zumal Schröder selbst hervorhebt, sie wären im Rahmen des übrigen Bildes als etwas Fremdartiges erschienen. Daß gegen diese Annahme das Abklingen der Halluzinationen mit Schwinden der Manie spricht, leuchtet mir nicht ein. Wenigstens wenn man mit mir in der allgemeinen biologischen Stoffwechselstörung, oder besser

in dem Steigen oder Sinken des Biotonus, der Stoffumsatzverhältnisse (unter dem Einfluß endokriner Substanzen) das Wesentliche in der Pathogenese des manisch-melancholischen Irreseins erblickt, so wird einem dies Verhalten der Halluzinationen in diesem Fall ohne weiteres verständlich. Die Mühle klappert stärker, wenn mehr Wasser über das Rad läuft, die Reizerscheinungen im Gehirn werden an Intensität zunehmen und sich bis zu pathologischer Höhe steigern, solange der Stoffwechselstrom mit krankhafter Gewalt den Organismus durchflutet.

Was kann nun aus allen vorstehenden Erörterungen für die Nosologie entnommen werden?

Aus unseren pathogenetischen Erwägungen ging hervor, daß wir bei allen in der Arbeit gestreiften Spielarten des manisch-melancholischen Irreseins es zu tun haben mit einer Konstitution, die sich gründet auf eine autochthone Labilität zweier miteinander im Gleichgewicht befindlicher endokriner Organsysteme, von denen der Zellstoffwechselumsatz, der Biotonus, die Tönung der Vitalgefühle abhängig sind. Außerdem müssen wir eine allgemeine geringe Widerstandsfähigkeit des Gehirnes gegen Einflüsse der innersekretorischen, den Zellstoffwechsel regelnden Substanzen annehmen. Für gewöhnlich pflegt der Einfluß auf die Affektivität der größte zu sein, mitunter sind bald das Psychomotorium, das Psychosensorium oder die Assoziationssubstrate ebenso stark oder stärker beeinflufßbar. So entstehen die reinen Manien oder Melancholien, die Motilitätspsychosen, halluzinatorisch gefärbte Bilder oder besonders stark assoziativ erregte Psychosen. Durch den Widerstreit der beiden einander sich ausgleichenden fördernden oder hemmenden Organsysteme können, beruhend auf besonderer partieller, erbbiologisch festgelegter Ansprechbarkeit bestimmter Hirngebiete für die fördernden oder hemmenden Substanzen, die Mischzustände entstehen.

Wir haben also als gleichwertige Psychosen anzuerkennen die Manie, die Melancholie und ihre Mischzustände, Psychosen vom Charakter der Motilitätspsychosen, halluzinatorisch gefärbte und assoziativ erregte Bilder. Sie können sich im Laufe der Psychose durchdringen und ineinander übergehen.

Varianten dieser Psychosen werden erzeugt durch besondere charakterliche Veranlagung. Hierher gehört in erster Linie die Paranoia, die sich (vielleicht) auf Grund eines besonders gefärbten und pathogenetisch eigenartigen Mischzustandes entwickelt, wenn eine mehr expansiv-reaktive oder sensitiv-reaktive Charakterveranlagung gegeben ist. Es entstehen die Kampfparanoiker oder die Sensitivparanoiker. Bei ausgesprochener Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins entwickelt sich bei gegebener hypomanischer bzw. chronisch-manischer Grundlage der Wunschparanoiker, bei periodisch manischer Erregung die expansive Auto-

psychose, bei periodischer Depression die depressive Autopsychose*). In gleicher Weise macht der Charakter den einen Maniker zum Nörgler und Schimpfer, den anderen zum Querulanten, wieder einen anderen zum unsozialen Erotiker. Hypochondrische und ängstliche Färbung der Depressionen kann durch Charaktereigentümlichkeit erzeugt werden. Starke hysterische Färbung der manischen oder melancholischen Psychosen entsteht bei von Haus aus mehr oder weniger deutlich hysterisch veranlagten Personen; auch „schizoide“ Charaktere zeigen ihre Eigenart in der Färbung der Psychose; vielleicht lassen sich manche katatone Bilder so erklären. Die Charaktereigentümlichkeiten werden auf Grund des manisch-melancholischen, pathogenetischen Vorganges vielfach herausgehoben und verstärkt; soviel Charaktereigentümlichkeiten, so viel Nuancierungen in der manisch-melancholischen Psychose.

Endlich entstehen unter dem Einfluß exogener Schädigungen und unter dem Einfluß des Alterns besondere Spielarten der manisch-melancholischen Psychose, die Angstpsychose und die Rückbildungsmelancholie, hypochondrische Bilder, paranoide Involutionpsychosen, zornmütigmanische Erregungen oder stark halluzinatorische Bilder.

Ob diese Bilder erwachsen sind auf dem Boden von Mischungen der endokrinen Organkomponenten und unter Mithilfe von besonderer Gehirnveranlagung, ob charakterliche Einflüsse, ob exogene Schädigungen die Abweichungen von der Norm bedingen, muß im einzelnen Fall analysiert werden. Pathogenetisch gehören alle diese Bilder aufs engste zusammen, sie sind gebunden an eine bestimmte, erbbiologisch festgelegte Partialkonstitution auf innersekretorischem Gebiet. Ich kann es daher nicht für berechtigt halten, wenn man die Paranoia, die Rückbildungsmelancholie [Bumke³], die Degenerationspsychosen im Sinne Schröders²⁸), soweit sie eine deutlich manisch-melancholische Grundlage enthalten, von dem reinen manisch-melancholischen Irresein abzugrenzen sucht. Man kann selbstverständlich alle diese pathogenetisch zusammengehörenden Psychosen unter dem Namen der „autochthonen Degenerationspsychose“ zusammenfassen, wie Kleist¹⁶) es tut, der in vielen Punkten zu einer sehr ähnlichen Auffassung gekommen ist wie ich**). Man kann aber schließlich auch den Namen des manisch-

*) Nach einer persönlichen Mitteilung Bostroems scheint sich interessanterweise der eine von seinen Fällen von expansiver Autopsychose in Richtung der Paranoia weiterzuentwickeln, also chronisch zu werden, was durchaus für die von mir vertretene Auffassung des engen Zusammenhanges zwischen Wunschparanoia und expansiver Autopsychose spricht.

**) Allerdings lehnt Kleist in der während des Druckes erschienenen Arbeit „Autochthone Degenerationspsychosen“, diese Zeitschr. 69, 1921, die Einheitlichkeit der pathogenetischen Grundlage aller dieser autochthonen Psychosen noch ab, eine Auffassung, der ich mich nach den obigen Darlegungen nicht anschließen kann, biologisch gehören diese Psychosen zusammen.

melancholischen Irreseins, der sich so außerordentlich eingebürgert hat, beibehalten, nur die Motilitätspsychose in ihren reinsten Formen dürfte deutlichere Affektschwankungen oder eine krankhafte Affektivität manchmal vermissen lassen. Dem Einwurf aber, daß das manisch-melancholische Irresein in dem hier geschilderten Umfang eine viel zu weite Fassung angenommen habe, möchte ich mit den Worten Schröders begegnen, die dieser auf den Umfang seines degenerativen Irreseins gemünzt hat, und die mir in ihrer prinzipiellen Bedeutung aus dem Herzen gesprochen waren: „Ist die innere Berechtigung dieser Gruppe erwiesen (und für mich scheint die Berechtigung zu einer so umfassenden Auffassung des manisch-melancholischen Irreseins auf Grund biologischer Erwägungen gegeben zu sein), so dürfen auch die jetzt öfter geäußerten Bedenken gegen zu umfangreiche Krankheitsformen in der Psychiatrie nicht geltend gemacht werden. Mit demselben Recht müßte der Arzt für Lungenleiden Bedenken haben gegen die übergroße Zahl von Fällen, die er der Lungentuberkulose zuzuzählen gezwungen ist ... Geisteskrankheiten sind die unmittelbaren krankhaften Äußerungen nur eines Körperorgans, und ob wir überhaupt berechtigt sind, bei ihnen eine größere Anzahl verschiedener Krankheitsformen zu erwarten, steht dahin ... Leicht anstellbare Überlegungen ergeben, daß die Zahl der bekannten Krankheitsformen bei je einem Körperorgan kaum je mehr als ein halbes Dutzend ausmacht, mitunter noch weniger.“

Auch die Frage der kombinierten Psychosen wird bei einer derartigen Betrachtungsweise, wie sie hier angeregt wurde, im besonderen Lichte erscheinen; wir werden viel seltener als bisher auf die Mischpsychose zurückzugreifen brauchen. Imboden⁹⁾ sagt in seiner ausführlichen Arbeit über die Kombination des manisch-depressiven Irreseins mit der Hysterie, es werde das letzte und entscheidende Wort hier, wie überhaupt in der Frage der Kombination der Psychosen, die leider erst in den Anfängen stehende ätiologisch-anatomische Erforschung der Geisteskrankheiten zu sprechen haben. Ätiologisch anatomisch freilich ist die hier vorliegende Auffassung der manisch-melancholischen Erkrankungsformen auch nicht begründet, aber es sollte versucht werden, sie auf einen einheitlichen biologischen Nenner zu bringen unter Zugrundelegung unserer jetzigen Kenntnisse von den biologischen Zellvorgängen, insbesondere von den innersekretorischen Verhältnissen. Wie weit sich diese Betrachtungsweise durchsetzen wird, muß der Zukunft überlassen bleiben. Mir gewährt es eine gewisse Befriedigung, wenn sich anscheinend nosologisch nicht unterzubringende Krankheitstypen in das System einordnen lassen. Ich glaube, daß dies bei dem größten Teil der Degenerationspsychosen und ungewöhnlichen periodischen Psychosen zwanglos geschehen kann. Aber auch der von Imboden so sehr ausführlich geschilderte Fall einer Kombination von manisch-depressiver

Psychose mit Hysterie muß meines Erachtens aufgefaßt werden als eine Psychose der ersten Art bei einer von Haus aus reaktiv veranlagten Persönlichkeit. Wir müssen uns nur gegenwärtig halten, daß durch die manischen Erregungen abnorme Charakterzüge, auf Grund des lebhaft angeregten Stoffwechselumsatzes in den Hirnelementen, eine intensivere Ausprägung erfahren können, daß nunmehr der Boden geebnet ist für psychopathologische Reaktionstypen, daß evtl. auch wahnhafte Erlebnisse der manischen oder melancholischen Psychose zu affektbetonten Erlebnissen werden können, die nunmehr bei der gleichzeitig gegebenen, evtl. biologisch noch gesteigerten reaktiv-labilen Charakterveranlagung zu Reaktionen führen, die aufs Haar echten reaktiv entstandenen Psychosen, z. B. hysterischen Psychosen, hinsichtlich ihres psychischen Reaktionstyps gleichen. Nur bleibt das eigentlich krank Machende die pathogenetische manisch-melancholische Zellstoffwechselstörung. Im bodens Kranke bekam gegen das Ende ihrer schweren fast 2 $\frac{1}{2}$ Jahre anhaltenden Melancholie einen delirösen hysterischen Dämmerzustand. Mir will es scheinen, daß es sich um ein hysterisches Reagieren auf ihre Erlebnisse während der melancholischen Psychose handelt, in der sie sich anklagte, ihren an Selbstmord zugrunde gegangenen Vater ermordet zu haben. Der Tod des Vaters, $\frac{1}{2}$ Jahr vor ihrer Erkrankung, hatte sie schon damals sehr beschäftigt, ohne daß es zu einer Reaktivpsychose gekommen wäre. Jetzt, unter dem Einfluß der melancholischen Erkrankung hat sie das alles viel schwerer in ihrer Erinnerung und unter Erinnerungsfälschungen noch einmal erlebt, bei langsamer Rückkehr in die Gesundheit, als ihr eine Verarbeitung der Erlebnisse wieder möglich wird, reagiert sie nun in der in ihrer Veranlagung liegenden hysterischen Reaktionsform. Wenn gesagt wurde, daß die manischen Erregungen die Charaktereigenschaften herausheben, so ist darum noch nicht gesagt, daß in melancholischen Zuständen, die biologisch zwar mit einer Verlangsamung des Stoffwechselumsatzes einhergehen mögen, darum nicht auch psychopathologische Reaktionen in Erscheinung treten können. Vollkommen gehemmt ist die assoziative Tätigkeit nur in den extremsten Fällen, in allen anderen Fällen wird aber Erlebtes verarbeitet, oft unter der veränderten Affektivität krankhaft erlebt, in einer krankhaften Intensität, die den Boden abgeben kann für psychopathologische Reaktionstypen: Es kann der Melancholische, trotz seines herabgesetzten Bionus, in der Schicht der psychischen Gefühle krankhaft stark reagieren, und so auch unter Umständen zu hysterischen Reaktionen im Verlaufe seiner Erkrankung kommen. Das mußte noch gesagt werden. Ob man in solchen Fällen eine Kombination zweier Psychosen annehmen will, ist beinahe Geschmacksache. Für mich handelt es sich in diesen Fällen lediglich um psychopathologische bzw. hysterische Reaktionsformen

einer hysterisch veranlagten Person unter dem Einfluß einer manischen oder melancholischen Erkrankung. Eine reaktive, eine hysterische Psychose muß meiner Auffassung nach entstehen im Anschluß an ein affektbetontes Erlebnis aus gesunden Tagen heraus. Nur dann kann man von einer selbständigen Psychose sprechen, im anderen Fall ist es ein psychopathologischer Reaktionstyp, wie er schließlich bei jeder das Affektleben in Mitleidenschaft ziehenden Psychose und reaktiver Labilität vorkommen kann. Gaupp⁷⁾ sagt schon 1903, man müsse beachten, daß wir nicht eine Kombination zweier Erkrankungen vor uns haben, wenn Geisteskranke uns gleichzeitig hysterisch vorkommen, sondern eine Krankheit bei einem von Haus aus anders reagierenden Menschen, dessen Eigenart durch die Psychose nicht völlig verwischt, sondern teilweise erhalten, teilweise gewissermaßen karikiert erscheint. Das deckt sich vollkommen mit der hier vertretenen Anschauung.

Daß gegen die von mir auf Grund meiner biologischen Erwägungen geforderte weite Fassung des manisch-melancholischen Krankheitsbegriffes Einspruch erhoben werden wird, darauf bin ich gefaßt. Trotzdem kann ich nicht glauben, daß sie einen Rückschritt bedeutet. Kein Geringerer als Kraepelin¹⁷⁾ hat erst kürzlich wieder betont, daß wir in den körperlichen Symptomen der Geisteskrankheiten stets das sicherste Kriterium für die Abtrennung gewisser Krankheitsgruppen besitzen werden. Ich glaube, daß in der von mir aufgestellten Hypothese der innersekretorischen pathogenetischen Grundlage des manisch-melancholischen Krankheitsprozesses ein solches körperlichbiologisches „Symptom“ gegeben ist; zwar nicht ein Symptom, das wir im Reagensglas oder im Mikroskop demonstrieren können, aber ein Symptom oder Symptomenkomplex, der uns bei biologisch geschultem Blick und biologischem Verständnis klinisch immer wieder vor Augen tritt. Ich glaube nicht, daß man das Aufstellen einer solchen Hypothese als Phantasiegebäude bezeichnen kann; ich hoffe, mich im Rahmen des sachlich Begründbaren gehalten zu haben. Mir scheint es, daß sich unter dieser biologischen Betrachtungsweise psychologisch Unverständliches klärt. Ich lasse der psychopathologischen Forschungs- und Betrachtungsweise unbeschränkt ihr Gebiet und erkenne ihr volle Berechtigung zu. Was aber dem einen recht ist, das ist dem andern billig; wir Psychiater müssen Psychologen sein, aber auch Naturwissenschaftler; und nicht nur Anatomen und Serologen; auch die biologische Betrachtungsweise hat ihre Bedeutung.

Literaturverzeichnis.

- 1) Bonhoeffer, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Fischer, Jena 1901. — 2) Bostroem, Die expansive Autopsychose durch autochthone Ideen (Wernicke) und ihre klinische Stellung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol.

- u. Psychiatr. **60**, 213. 1920. — ³⁾ Bumke, Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909. — ⁴⁾ Ewald, Paranoia u. manisch-depressives Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **49**, 270. 1919. — ⁵⁾ Ewald, Das manisch-melancholische Irresein und die Frage der „Krankheitseinheit“. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **63**, 64. 1921. — ⁶⁾ Fischer, H., Zur Biologie der Degenerationszeichen und der Charakterforschung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **62**, 261. — ⁷⁾ Gaupp, Zur Frage der kombinierten Psychosen. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1903. — ⁸⁾ Hoffmann, H., Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Ref. **22**, 116. — ⁹⁾ Imboden, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. **65**, 791. 1908. — ¹⁰⁾ Kahn, Konstitution, Erbbiologie und Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **57**, 280. 1920. — ¹¹⁾ Kahn, Erbbiologisch-klinische Betrachtungen und Versuche. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **61**, 264. 1920. — ¹²⁾ Kahn, Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **66**, 273. 1921. — ¹³⁾ Kleist, Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med. **69**, 109. — ¹⁴⁾ Kleist, Die Streitfrage der akuten Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **5**. 1911. — ¹⁵⁾ Kleist, Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Springer, Berlin 1920. — ¹⁶⁾ Kleist, Neurol. Centralbl. 1920, Nr. 22, S. 743. — ¹⁷⁾ Kraepelin, Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **62**, 1. 1920. — ¹⁸⁾ Kretschmer, Der sensitive Beziehungswahn. Berlin 1918, Springer. — ¹⁹⁾ Martius, Konstitution und Vererbung. Berlin 1914, Springer. — ²⁰⁾ Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901. — ²¹⁾ Popper, Der schizophrene Reaktionstyp. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **62**, 194. 1920. — ²²⁾ Rittershaus, Journ. f. Psychol. u. Neurol. **15**, 61. 1909. — ²³⁾ Rittershaus, Die klinische Stellung des manisch-depressiven Irreseins unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zu organischen Gehirnkranke und zur Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **56**, 10. 1920. — ²⁴⁾ Scheler, Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Bd. II. Halle a. S. 1916, Niemeyer. — ²⁵⁾ Schneider, K., Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **59**, 281. 1920. — ²⁶⁾ Schneider, K., Pathopsychologische Betrachtungen zur psychol. Phänomenologie von Liebe und Mitfühlen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **65**, 109. 1920. — ²⁷⁾ Schröder, Ungewöhnliche periodische Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. **44**, 261. 1918. — ²⁸⁾ Schröder, Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen. Beiheft z. Monatsschr. Nr. 8. Berlin 1920, Karger. — ²⁹⁾ Seelert, Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbild und der Pathogenese von Psychosen. Beiheft z. Monatsschr. Nr. 6. Berlin 1919, Karger. — ³⁰⁾ Specht, G., Über den pathol. Affekt in der chron. Paranoia. Festschrift d. Erlanger Universität 1901. — ³¹⁾ Specht, G., Chronische Manie und Paranoia. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. 1905. — ³²⁾ Specht, G., Über den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. 1907. — ³³⁾ Stransky, Das manisch-depressive Irresein. Aschaffenburgs Handbuch f. Psychiatr. Leipzig u. Wien 1911, Deuticke. — ³⁴⁾ Thalbitzer, Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. 1908. — ³⁵⁾ Tiling, Individuelle Geistesartung und Geistesstörung. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Wiesbaden 1904, Bergmann. — ³⁶⁾ Villinger, Gibt es psychogene, nicht hysterische Psychosen auf normaler psychischer Grundlage? Ein Beitrag zur Psychogenielehre. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **57**, 174. 1920.