

V.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Strassburg i. E.
(Prof. Fürstner).

Ueber eine Form der acuten Verworrenheit im klimakterischen Alter.

Von

Dr. med. Ernst Beyer,
II. Assistent der Klinik.

In neuerer Zeit¹⁾ ist eine Bewegung im Gange, welche den Bestrebungen der klinischen Psychiatrie, aus der grossen Zahl der Kranken die in ihrem ganzen Verlaufe übereinstimmenden Fälle zu vereinigen und aus den so gewonnenen Krankheitsbildern eine Classification der Psychosen aufzubauen, entgegentritt; um wieder mittelst psychologischer Eintheilung der psychischen Symptome ein System der Geisteskrankheiten zu construiren, für dessen Fächer man die hineingehörigen Fälle erst aussuchen muss. Dass eine solche Anordnung nach psychologischen Principien gar leicht der Pathologie widerspricht, wurde schon oft betont; es ist, wie Kraepelin²⁾ sagt, „als wenn die innere Medicin alle Krankheiten mit Albuminurie zusammenstellen wollte“. Es dürfte daher wohl richtiger sein, zuerst die gleichartigen Fälle zu sammeln und diese dann unter gemeinsamen Gesichtspunkten zu vereinigen, anstatt „der weitergehenden Differenzirung die Zusammenfassung in grösseren Gruppen vorzugehen zu lassen“³⁾.

Die Eintheilung der Psychosen hat doch nicht nur theoretisches In-

1) Diese Arbeit ist im Winter 1894—95 verfasst worden.

2) Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig, 1893. S. 242.

3) Vergl. Cramer, Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Zeitschr. für Psychiatrie, 1894, Bd. 51. S. 286.

teresse, sondern in erster Linie practischen Werth zur Erkennung der Krankheit. Freilich hat ja bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse die Diagnose verhältnissmässig wenig Einfluss auf die Therapie. Von grösster Bedeutung ist sie aber für die möglichst frühzeitige Stellung der Prognose hinsichtlich der Dauer, Verlaufsweise und Ausgänge der Krankheit. Eine sichere Vorhersage ist aber nur möglich, wenn man recht eng begrenzte Krankheitsbilder kennt, während uns der psychologische Werth der psychischen Symptome fast ganz im Stiche lässt.

Wenn man von solchen Gesichtspunkten aus die bisher beschriebenen Krankheitsbilder betrachtet, so wird man finden, dass manche der aufgestellten Krankheitsformen noch recht verschiedenartige Fälle umfassen, welche eine weitergehende Differenzirung aus practischen Gründen erfordern und auch pathologisch berechtigt erscheinen lassen.

So ist mir in der Gruppe der acuten hallucinatorischen Verworrenheit eine Anzahl von Fällen aufgestossen, welche zunächst durch ihren raschen Verlauf imponirten. Als bald aber zeigte es sich, dass sie noch mehrere Besonderheiten aufwiesen, durch welche sie mit einander übereinstimmten, aber von den gewöhnlichen Fällen von Verworrenheit mit hinreichender Deutlichkeit zu trennen waren, so dass schon frühzeitig ihre specifische Diagnose möglich ist.

Es mögen zunächst im Auszuge einige Krankengeschichten eigener Beobachtung in der Strassburger psychiatrischen Klinik mitgetheilt werden, welche mir die Grundlage zu weiteren Studien in dieser Richtung geliefert haben.

Beobachtung 1.

T. D., geb. N., 52 Jahre, Bauersfrau.

Eltern und Geschwister psychisch gesund, eine Cousine war schwachsinnig.

Früher immer gesund. Heirath mit 38 Jahren, drei normale Geburten, kein Abort; ein Kind starb an Zahnkrämpfen; die beiden anderen gesund. — Kein Alkoholismus; in letzter Zeit keine körperlichen Krankheiten.

Seit etwa 4 Jahren ist Patientin reizbar, „es geht ihr immer alles gleich in den Kopf“. Viel Kopfweh; seit 2 Jahren Verminderung des Gehörs.

Anfang April 1892 viel Aerger in Folge Familienzwistes um Erbschaftsangelegenheiten, wodurch Patientin sich viel aufregte.

Am 26. April sass Patientin mit ihren Angehörigen im Zimmer. Plötzlich sprang sie vom Stuhle auf und rief: es werde auf der Strasse gebrüllt; was das zu bedeuten habe? Dann schwatzte sie allerei verwirrtes Zeug, z. B. ob ihre Eltern in den Himmel kämen. Nachts schlief sie nur wenige Stunden, die übrige Zeit verbrachte sie mit Singen und Beten. — Seitdem ist sie „verstört“; bei allem fragt sie, was es zu bedeuten habe, warum man ihr Unrecht

thue, ob sie in den Himmel komme etc. Hörte Stimmen, Krachen; war ängstlich und aufgeregzt, lief aus dem Hause mehrfach in eine Capelle zum Beten; will dort Erscheinungen gehabt haben. Schließt fast gar nicht mehr.

Am 30. April war Patientin derart aufgeregzt, dass ihr Schaum vor den Mund trat; sie zerriss ihre Kleider, griff ihre Angehörigen an, verlangte dann, dass Niemand das Zimmer verlasse.

1. Mai Aufnahme. — Patientin ist dabei ziemlich ruhig, aber nicht klar. Sie kann sich in die Umgebung nicht finden und wundert sich über alles. Fragen über ihre Person beantwortet sie correct; über ihre Vorstellungen giebt sie aber nicht recht Auskunft. — Im Laufe des Nachmittags ist Patientin sehr laut mit Beten und Singen, ohne Rücksicht auf die Umgebung.

2. Mai. — Morgens sehr erregt; nimmt keine Nahrung. Später leichter zu fixiren, ist nicht orientirt, wundert sich, dass sie den Arzt so oft sieht.

3. Mai. — Zeitweilig sehr heftig, selbst aggressiv, da sie durchaus durch eine bestimmte Thür hinaus will. Mittags verhältnissmässig klarer.

4. Mai. — Mehr verwirrt. Verkennt die Leute: hält andere Kranke für ihre Mutter, Schwester etc. Giebt nur wenige richtige Antworten. Sucht an an den Thüren und an der Decke; kratzt auf dem Fussboden, weil sie ihre Kinder suche. Beim An- und Auskleiden, Baden etc. sehr widerspenstig. Nahrungsaufnahme schlecht.

8. Mai. — Sehr wechselndes Verhalten, auch im Laufe eines Tages: bald ruhig und ordentlich, wenn auch nie klar; bald wieder mehr verwirrt und erregt. zieht ihre Kleider aus und wischt damit den Boden; dann wieder verlangt sie ungestüm nach ihren Kleidern, die man ihr fortgenommen habe. Sie wollte hinaus, fort von hier. Macht sich Sorge um ihre Kinder, welche sie im Hause vermuthet; auch hörte sie Leute aus ihrer Heimath rufen. — Die Sinnesstörungen sind Nachts besonders lebhaft, die Angaben der Patientin darüber aber sehr unklar und schwer verständlich.

11. Mai. — Patientin ist etwas ruhiger. Verkennt die Umgebung: ist gegen einzelne Kranke besonders zärtlich, weil sie diese für Verwandte hält. Schlaf noch schlecht, Nahrungsaufnahme leidlich. — In einem angefangenen Briefe an die Angehörigen beschwert sie sich, dass man sie „in ein so grosses Uebel geführt habe“; hier seien einige Leute gut, „die andern haben mich immer belogen“.

13. Mai. — Heute ruhig und ordentlich, anscheinend frei von Hallucinationen, aber ohne Verständniss der Umgebung.

16. Mai. — Dauernd ruhig, klarer. Schlaf und Nahrungsaufnahme regelmässig.

20. Mai. — Zuweilen noch Nachts etwas ängstlich und unruhig.

3. Juni 1892. — Entlassung mit Krankheitseinsicht, aber nur partieller Erinnerung.

In einem Briefe vom 22. October 1893 berichtet Patientin über ihr vorzügliches Wohlbefinden; sie erinnere sich gut ihrer Krankheit; sie könne alles erzählen, was sie geschen und gehört habe.

Beobachtung 2.

M. K., geb. S., 56 Jahre, Bauersfrau.

Mutter im Alter geisteskrank; eine Schwester und ein Vetter psychisch gestört; auch Schlaganfälle in der mütterlichen Familie. — Früher immer gesund. Heirath mit 30 Jahren, vier normale Geburten, kein Abort; die Kinder leben und sind gesund.

Seit der Menopause, deren Zeitpunkt nicht mehr genau festzustellen war, leidet Patientin viel an Kopfweh, besonders im letzten Winter. Patientin ist seitdem reizbar, leicht gedrückt. Abnahme des Sehvermögens. Ende April 1893 kurzer Anfall von Influenza. Danach Anfang Mai psychische Depression, welche allmälig zunahm, so dass Patientin nicht mehr arbeitete, unregelmässig ass und schlief. Sie war traurig und ängstlich; glaubte sich versündigt zu haben; äusserte Besorgniss, sie sei verdammt etc.

Am 28. Mai hochgradige Verwirrtheit mit ängstlicher Erregung. Patientin schreit, singt, betet, gesticulirt durcheinander. Schwatzt verkehrtes Zeug, man wolle sie holen und dergl. Hört Stimmen. Bleibt nicht im Bett, will fortlaufen.

30. Mai. Aufnahme. — Patientin ist ganz verwirrt, giebt keine correcten Antworten; fährt mit den Händen durch die Luft, schreit und brüllt ohne äussere Veranlassung. Wirft sich zu Boden; als man sie aufheben will, macht sie sich ganz steif. Sehr widerspendig.

1. Juni. — Läuft unruhig umher, lässt sich nicht fixiren. Scheint viel zu halluciniren.

5. Juni. — Ruhiger, bleibt im Bett. Nicht klar.

6. Juni. — Patientin sitzt mit gespanntem Gesichtsausdruck aufrecht im Bett, achtet auf alles in der Umgebung und bezieht es auf sich. Giebt ausführlicher Antwort, ist aber noch nicht orientirt. Scheint nicht mehr zu halluciniren; sagt, dass sie „schrecklich viel“ gehört und gesehen habe. Sie habe jetzt keine Angst mehr; sie sei nicht krank; sie wisse nicht, was ist. Sie sei verwirrt, man mache sie „verdirmelt“. Sie wisse nicht, wie sie heimkommen solle; alles gehe an ihr vorbei und nehme sie nicht mit. „Alle gehen fort, und es ist immer das nämliche“.

8. Juni. — Dauernd ruhig im Bett. Nahrungsaufnahme noch gering. Patientin sagt, sie könne nicht essen, sie werde bis oben vollgestopft, sie könne es nicht bezahlen. Meint, Mann und Kinder seien nicht mehr daheim; man wolle sie nicht mehr; es kümmere sich Niemand um sie.

13. Juni. — Wesentlich klarer, besser orientirt. Kümmert sich nicht mehr so sehr um die Umgebung. Patientin weiss, dass sie recht verwirrt war, sieht aber nicht ein, dass sie krank war. Hat keine Angst mehr, aber beständig Sorge: es sei draussen etwas passirt; es sei etwas vorgefallen, als ob sie den Glauben abgeschworen haben. Nun weiss sie nicht, woran sie ist. Man wird nicht zu ihr kommen; alle sind böse gegen sie, alle Welt muss sie verachten.

19. Juni. — Besuch der Angehörigen mit gutem Erfolg. Patientin ist jetzt klar und einsilbig: sie will sich noch gut erholen, bevor sie heimkommt.

20. Juli 1893 entlassen. Körpergewicht seit dem Eintritt um 4,5 Kilo gestiegen.

In einem Brief vom 23. October 1893 schreibt Patientin, sie sei „vollends ganz gesund“ und erinnere sich gut des Anfangs und Verlaufs ihrer Krankheit.

Beobachtung 3.

S. S., geb. H., 56 Jahre, Briefträgerschwester.

Keine Heredität. Früher immer gesund. Die Ehe blieb kinderlos; seit 6 Jahren Wittwe. Eintritt der Menopause nicht bekannt. Seit einiger Zeit schwerhörig; im vorigen Jahre viel Kopfweh, Brausen im Kopf.

Selt December 1892 viel Sorge und Ärger, weil in Folge Unachtsamkeit der Patientin eine Frau in einen Keller stürzte und ein Bein brach. Patientin wurde verklagt und im Anfang Juni 1893 zu einer Entschädigungssumme verurtheilt.

Schon während der Verhandlungen war Patientin deprimirt und voll Sorgen. Seit der Verurtheilung (?) ist sie ängstlich erregt, jammert und klagt, sie habe doch nichts gethan. Sie glaubte, die Gendarmen kommen, um sie zu holen. Sie hörte Stimmen und Geräusche, z. B., dass die Gendarmen vor der Thüre ständen. Schläft wenig.

17. Juni. — Aufnahme. Patientin ist nicht orientirt, beantwortet aber einzelne Fragen richtig. Sehr abweisend und ängstlich; brütet still vor sich hin; dann wieder schimpft und schreit sie.

23. Juni. — Verhält sich meist still, spricht wenig, giebt auch auf Fragen wenig Auskunft. Immer sehr grob, zuweilen unmotivirt erregt. Hat mehrfach andere Kranke angegriffen, z. B. eine alte Frau, weil sie diese für eine Jüdin hält; die sei angestellt, damit sie bei ihr beichten solle. — Essen unregelmässig.

25. Juni. — Beständig verwirrt, häufig widerspenstig und aggressiv. War mehrfach unrein.

27. Juni. — Giebt besser Auskunft, ist aber noch nicht klar. Man habe sie hergebracht „wegen der Dummheiten“; sie habe allerlei gesehen; man treibe den Narren mit ihr. Sie weiss nicht mehr, wie es angefangen hat; es ist seit ein paar Wochen. Sie hatte Angst, weil sie nicht gebeichtet hatte. Man werde sie holen, sie werde verwischt, sie werde umgebracht; sie müsse immer hier unten bleiben. Sie höre fortwährend rufen: „Herold!“, das sei, um sie umzubringen. Es sei nicht mehr werth, dass sie rede; man wolle sie ganz verrückt machen. Es sei „so viel Dings, was sie einem vorplappern; sie werde ganz dumm davon“.

28. Juni. — Patientin achtet auf alles in der Umgebung; glaubt immer, man lache sie aus; sieht sich beständig darnach um. „Was hab' ich denn gemacht? Warum machen sie mir so? Warum lachen sie über mich?“ Noch nicht orientirt.

29. Juni. — Sehr weinerlich, da sie sich über alles in der Umgebung aufhält.

30. Juni. — Deprimirt; kann nicht gut schlafen, „wenn sie alle von ihr reden und so machen“. „Man meint ja, man habe alles verschuldet!“

4. Juli. — Noch immer traurig und ärgerlich; fragt immer, was man denn mit ihr mache.

12. Juli. — Wesentlich beruhigter; macht sich Sorgen wegen der Frau, die in den Keller gefallen ist.

19. Juli. — Fühlt sich wohler, ist munter und klar. Plaudert mit den anderen und strickt fleissig.

22. Juli. Ganz klar und einsichtig. Das Körperegewicht, das anfangs von um 1,3 Kilo gesunken war, ist wieder um 3 Kilo gestiegen. — Entlassung.

Beobachtung 4.

M. K., geb. M., 54 Jahre, Ackersfrau.

Eine Cousine zweiten Grades geisteskrank, sonst keine Heredität. Früher immer gesund. Fünf normale Geburten; 2 Kinder starben früh, die anderen sind gesund. Vor 9 Jahren war Patientin ein Jahr lang „leberleidend“ (?).

In den letzten Jahren nicht recht wohl; Nahrungsaufnahme gering. Im Frühjahr 1894 wurden die Menses unregelmässig; besonders im Juni viel Schmerzen und Beschwerden. Seitdem wurde Patientin traurig, hat viel geweint und gebetet, machte sich viel Sorgen.

Ende September trat eine Aenderung ein: Patientin betete nicht mehr; sie jammerte, sie sei verloren, habe alle Leute umgebracht, sie sei in der Hölle. Sie zog sich von Allem zurück, wollte nicht mehr hinaus, sondern versteckte sich in finstern Winkeln; wollte ihre Kleider verbrennen. Sie glaubte ihren Angehörigen nichts mehr, traute den Leuten nicht. Viel Angst. Hat wenig gegessen, wollte auch keine Arznei nehmen; wenig geschlafen.

7. October 1894. Aufnahme. Patientin sitzt still, sieht mit ängstlich gespanntem Gesichtsausdruck vor sich hin, auch wohl nach der Decke; blickt scheu um sich. Auf Fragen ist nur wenig Auskunft zu erhalten; stereotype Antwort: „Ich kann nicht, ich weiss nicht!“ Nicht orientirt, hat Angst. — Gegen Abend sehr unruhig und ängstlich, schrie und brüllte die ganze Nacht.

8. October. — Scheu und verschlossen, häufig unmotiviertes Brüllen. Bei der körperlichen Untersuchung ängstlich und widerspenstig.

10. October. — Patientin ist ganz unzugänglich, lässt sich nicht waschen und kämmen. Will auch keine Nahrung nehmen; sie könne nichts nehmen. Sieht starr und ängstlich vor sich hin, schreit dann plötzlich laut.

11. October. — Sitzt still und brüllt vor sich hin; häufig schreit sie. Will nicht essen: das Essen sei schlecht, in der Suppe sei Fleisch von ihren Kindern. Hat allerlei gesehen, hörte ihre Angehörigen schreien. Sie muss brüllen, sie hat Angst. Sie ist in der Gefangenschaft; glaubt nicht, dass sie in Strassburg sei. „Ich kann mir keinen Begriff mehr machen“. Auf weitere Fragen kommt immer dieselbe Antwort: „ich weiss nicht“.

12. October. — Ueber Tag ruhig; Abends will sie nicht in's Bett, Morgens nicht aufstehen, vor Angst. Hört Nachts „immer so brüllen“. Fragt ängstlich, ob sie dableiben dürfe.

14. October. — Seit gestern bleibt Patientin im Bett; hat Nachts nicht geschlafen, war aber ruhig. Nimmt nur Milch. Giebt nur spärlich Auskunft, sonst immer dieselbe Antwort: „ich weiss nicht“. Sie weiss, dass sie krank ist; glaubt aber nicht, dass sie im Spital sei; sie sei eingesperrt. „Ich hab' Angst oder auch nicht“. Sie hat geschrien, weil sie sich gefürchtet habe; sie habe so etwas vor den Augen gesehen, allerhand, so schwarz Dings an der Wand“.

15. October. — Hat etwas Husten; als sie untersucht werden soll, ist sie ängstlich und hält die Decke fest. „Was will man denn mit mir machen? Lassen Sie mich doch in Ruhe!“ — Anscheinend keine Hallucinationen mehr. Patientin will heim; dann wieder fragt sie, ob sie dableiben dürfe. Jammert dann leise vor sich hin. Meint, sie sei schon ein Jahr hier; es ist nicht so, wie früher. Weiss nicht, wo sie ist; sie sei weiter fort, als in Strassburg. Wenn sie aus dem Fenster blicke, sehe sie nur Felsen.

16. October. — Hat noch Angst: „Wenn ich daheim wäre!“ Sagt, sie sei „verdirmelt“ im Kopf, habe Weh im Kopf; sie weiss nicht, was ist. Es ist ihr im ganzen Körper, als wenn sich etwas zusammenziehen thäte. — Nahrungsaufnahme besser.

17. October. — Nachts ruhig; Morgens weint Patientin laut: sie habe etwas zu essen gewollt und bekomme es nicht; es ist alles verloren. Sie komme nicht mehr heim; alleweil ist daheim etwas passirt; sie sind nicht mehr daheim; sie haben nichts mehr!

18. October. — Hat nicht gut geschlafen; auf einmal habe sie nichts mehr gehört und meinte, sie sei ganz allein auf der Welt. — Hat Angst, sie bekomme nichts zu essen; will Nachthaube und Jacke nicht anziehen, die sei viel zu schön für sie. Ihre Leute sind nicht mehr daheim; die sind weit von ihr und können sie nicht besuchen. Sieht freier aus, auch die Stimmung ist besser, aber sehr labil, zum Weinen geneigt. Nahrungsaufnahme besser. Pat. isst auch Suppe und Fleisch. — Abends fragt Patientin, ob sie dableiben dürfe; sie habe gehört, wie die Mädchen darüber sprachen, dass sie fort solle. Zu Hause habe sie geglaubt, es sei alles verhext; sie kabe einen Flor vor den Augen gehabt.

19. October. — Hat sich sehr über die Abends spät vorgenommene Verlegung einer anderen Kranken aufgeregt, ist misstrauisch und furchtsam. Sie hat Angst in dem fremden Hause. Sie meint, sie sei viele Millionen Stunden weit fort von daheim. Zeigt zum Fenster hinaus: dort sei ihre Heimath. Hier sei nicht Strassburg; sie sehe nur Felsen. Sie sei schon ein Jahr hier. Tag und Nacht würden so grässlich lang. — Will wieder nicht essen.

20. October. — Isst weniger; sagt, es schmecke ihr nicht, sie bringe es nicht hinunter.

22. October. — Klagt über Schmerzen in der rechten Seite, gestattet aber keine genaue Untersuchung. Giebt an, sie sehe jetzt keine Erscheinungen

mehr, habe aber genug gesehen, schwarze Gestalten etc. Als sie herkam, seien sie so weit gefahren, dass sie meinte, es nehme kein Ende. Ihr Mann und ihr Sohn hätten sie hergebracht; diese seien dann gepackt worden. Die Pflegeschwester sei damals auch gekommen, habe aber anders ausgesehen, wie jetzt. Glaubt nicht recht, dass der Arzt ein solcher sei. Man werde ihr wohl eine Larve machen.

23. October. — Im Ganzen ruhiger und klarer, spricht fliessender. Nahrungsaunahme mit einiger Nachhülfe besser. — Sagt u. A., sie habe oft gemeint, sie höre ihren Mann jammern.

25. October. — Anscheinend keine Sinnestäuschungen mehr, ist aber noch sehr misstrauisch. Sonst nicht eigentlich deprimirt.

27. October. — Hat Nachts mehrfach geschrien, angeblich wegen Schmerzen in der rechten Seite; lässt jetzt eine Untersuchung zu, wobei aber nichts Abnormes aufzufinden ist. — Isst besser.

28. October. — Erster Besuch des Mannes. Patientin „sah ihn wie ein Wunder an“, da sie geglaubt hat, er sei gefangen. Zu Hause sei alles todt; es führe ja keine Eisenbahn hierher. Freute sich sehr.

31. October. — Sieht jetzt alles klar, ist aber noch nicht orientirt. Stimmung zuweilen scherhaft, aber sehr labil. — Isst noch wenig, will nur Kaffee und Brot nehmen, davon allerdings grosse Portionen

2. November. — Körperlich wenig Fortschritte, nimmt nur Kaffee, Milch und Brot. Meint lächelnd, man gebe ihr nicht, was sie wolle. Will heim; fragt, ob ihr Mann nicht wiederkomme. Fängt dann an zu weinen: man lasse sie nicht hinaus, sie müsse immer hier liegen; draussen laufen sie vorüber.

3. November. — Als Patientin auf eine andere Abtheilung verlegt werden soll, wird sie sehr ängstlich und erregt: „Lasst mich leben!“ — Noch nicht orientirt; glaubt noch nicht, dass sie in Strassburg sei.

6. November. — Schläft gut; hat keine Schmerzen im Leibe mehr. Isst besser. — Will heim; man solle ihrem Manne schreiben, dass er sie hole. Hat noch Angst wegen dem Heimkommen. Morgens immer noch deprimirt.

8. November. — Besuch einer Cousine. — Patientin will heim; sie werde sich dann freuen, jetzt kann sie es nicht. Weiss, dass sie krank war und noch nicht ganz gut ist. „Hat es im Kopfe gehabt“, viel gehört und gesehen. Wie es zu Hause war, weiss sie nicht mehr; sie habe viel Sorgen gehabt.

11. November. — Seit gestern nichts gegessen. Ist wieder sehr deprimirt. Einer Verlegung auf eine andere Abtheilung widerstrebt sie: hier liege sie auch ganz gut.

14. November. — Sagt, sie sei noch nicht gesund; sie sei noch matt, wisse es selbst nicht. Der Kopf thue auch wohl weh, sei „noch ein bissel verdirmelt“. Will nicht eher heim, als bis sie ganz gesund sei. — Isst wieder besser.

18. November. — Als die Angehörigen kommen, um sie abzuholen, schreit Patientin sehr, weil sie glaubte, sie seien todt. Freut sich dann sehr und geht gerne mit. — Entlassung.

Diese Fälle zeigen uns übereinstimmend das Bild einer Psychose,

welche sich entwickelt aus einer längeren Vorbereitungszeit mit psychischen und somatischen Störungen allgemeiner Art. Sie ist zusammengesetzt aus einem depressiven Prodromalstadium, einer ziemlich plötzlich einsetzenden Periode hallucinatorischer und illusionärer Verwirrtheit und einer unter allmäligem Nachlass der Krankheitserscheinungen daraus hervorgehenden Reconvalescenz mit langsamer Orientierung bis zu völli ger Klarheit.

Sie befällt Patientinnen im Alter von 51 bis 56 Jahren, bei denen die Menopause vor längerer oder kürzerer Zeit eingetreten ist. Dieselben leiden seit einer Reihe von Monaten oder selbst Jahren an Störungen des Allgemeinbefindens auf körperlichem und geistigem Gebiete: theils findet sich Verminderung im Bereich einzelner Sinnesorgane, theils Abnahme der Körperkräfte. Häufig wird über Kopfweh geklagt. Die Kranken sind reizbar, ängstlich, zaghaft, zum Weinen geneigt; die Stimmung ist labil. „Es geht immer gleich alles in den Kopf“.

Dazu treten dann äussere Umstände, welche dauernde und immer wieder neue Gemüthserregungen verursachen: Sorgen um Familienangelegenheiten, Erbschaftsstreitigkeiten, Processe, gerichtliche Strafverfahren. Nun wird die bereits bestehende nervöse Ueberreizung zu ausgesprochener Depression gesteigert. Die Kranken beschäftigen sich nur noch mit ihren Sorgen, sie weinen und beten viel, arbeiten nicht mehr; sie äussern gelegentlich Angst und unbestimmte Versündigungsideen. Schlaf und Nahrungsaufnahme sind unregelmässig und ungenügend.

Plötzlich werden die Kranken verwirrt und ängstlich erregt: sie hören Stimmen, Lärm auf der Strasse, Krachen in den Wänden; sie sehen Gestalten oder auch unbestimmte furchtbare Erscheinungen. Sie erkennen die Umgebung, in der sie sich nicht mehr zurechtfinden können. Sie begreifen nicht, was vorgeht; in hochgradiger Angst schwatzen sie allerlei verwirrtes Zeug: die Gendarmen stehen draussen, um sie zu holen; sie sollen verurtheilt, hingerichtet werden. Sie kommen in die Hölle, sind verdammt; auch die Eltern kommen nicht in den Himmel. Gestikuliren, schreien, singen, beten, alles geht bunt durcheinander. Sie rennen im Zimmer umher, wollen sich verstecken, fortlaufen, selbst zum Fenster hinaus. Sie greifen rücksichtslos die Leute an, welche sie halten wollen.

Diese Erregung pflegt bis zum anderen Morgen nachzulassen, so zwar, dass die Patienten wieder verhältnissmässig klar sind. Gegen Abend tritt neue Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen auf, heftiger wie vorher, und am nächsten Tage ist auch die Klarheit geringer. Es kommt in wenig Tagen zu dauernder Verwirrtheit mit häufiger, meist abendlicher Steigerung zu ängstlicher Erregung.

In den ruhigen Zeiten sind die Kranken verschlossen und geben nur wenig Auskunft. Sie wissen nicht, was um sie vorgeht; sie verstehen es nicht, sie können sich nicht zurechtfinden. Sie wundern sich über alles; sie glauben nicht, was man ihnen sagt. Essen und Trinken werden zurückgewiesen. Die Stimmung ist meist ängstlich. Gegen alle Manipulationen, An- und Auskleiden, Baden etc. sind sie sehr widerspenstig. Plötzlich brechen die Kranken wieder in lautes Schreien und Jammern aus; in lebhafter Angst suchen sie zu entfliehen und greifen andere Personen an, um dann bald wieder in stummes Brüten zu verfallen.

Gegen Abend werden diese Aufregungszustände gewöhnlich häufiger und anhaltender, und dauern oft die ganze Nacht hindurch. Die Kranken hören ihre Angehörigen schreien; sie hören den Teufel, der alles verflucht; dann wieder hören sie Gesang. Sie sehen Männer, Teufel, Engel etc. Sie zerreissen ihre Kleider, wollen diese verbrennen. Sie gesticuliren lebhaft, werfen sich zu Boden und toben selbst derart, dass Schaum vor den Mund tritt. Wenn es ihnen gelingt, zu entkommen, so laufen sie aus dem Hause, auf's Feld, in die Kirche, oder verstecken sich auf dem Speicher.

Dies wechselnde Verhalten dauert etwa 2 bis 3 Wochen. Alsdann fallen die Erregungszustände aus, und es bleibt ein mehr gleichmässiger Zustand von Verwirrtheit. Die Kranken sind ruhiger und dauernd im Bett zu halten, geben jetzt auch besser Auskunft. Anfangs sind sie allerdings noch abweisend und verschlossen; oft wiederholt sich die Antwort: „ich weiss nicht, ich kann nicht“. Offenbar beschäftigen sie sich mit ihren krankhaften Vorstellungen. Allmälig aber kümmern sie sich mehr um die Umgebung, und dann achten sie sehr genau auf alles, was um sie vorgeht. Alles, was geschieht, beziehen sie auf sich: „Warum machen sie mir so? Warum lachen sie über mich? Was will man mit mir machen?“ Die Umgebung sieht verändert aus; alles ist anders. Die Häuser sehen aus wie Felsen. Das Essen schmeckt nicht. Die Kranken können sich nicht zurechtfinden; sie wissen nicht, was ist, können sich keinen Begriff machen. Ueber Ort und Zeit sind sie nicht orientirt und einer Belehrung nicht zugängig. Sie erkennen die Personen, sind daher gegen einzelne zärtlich, gegen andere feindselig.

Sie geben jetzt zu, dass sie krank sind; sie sind verwirrt; „verdirbt“; auch erkennen sie an, dass sie aufgereggt und ängstlich waren, aber „man hat sie verwirrt gemacht, man hat Unsinn mit ihnen getrieben, man hat sie belogen“. „Sie haben so viel gehört und gesehen, vor dem sie sich gefürchtet haben“.

Im weiteren Verlauf wird die Umgebung richtiger gesehen. Die

Vorgänge werden weniger beachtet und erregen kein Misstrauen mehr. Ort und Zeit des Aufenthaltes werden anerkannt. Die Kranken äussern jetzt vorzugsweise Sorgen um ihre Angehörigen in der Heimath: sie glauben, dort sei etwas Schreckliches passirt, alle seien todt; es könne Niemand zu ihnen kommen. Hierzu treten Befürchtungen über die Heimkehr: sie müssen immer hier bleiben; es kümmere sich Niemand um sie. Was die Stimmung angeht, so sind die Patientinnen nur selten ängstlich, meist leicht deprimirt und gelegentlich misstrauisch, vielfach aber auch heiter und zu Scherzen geneigt. Sie freuen sich, dass sie nichts mehr sehen und hören, von all dem Schrecklichen erlöst sind. Schneller Umschlag aus dem Einen in's Andere ist sehr gewöhnlich. Die Kranken sprechen sich auch besser aus; die Unterhaltung geht fliessender von statten. Schlaf und Nahrungsaufnahme werden regelmässiger und reichlicher.

Gegenüber den Angehörigen, deren Besuch in dieser Zeit gestattet wurde, waren die Patientinnen anfangs ablehnend, weil sie ihnen die Veranlassung ihres Leidens zuschrieben, oder ängstlich, weil sie dieselben für todt gehalten hatten; dann aber freuten sie sich über das Wiedersehen und gewannen wesentlich an Klarheit.

Alsdann trat völlige Krankheitseinsicht hervor, durchschnittlich in der 6. bis 8. Woche nach Ausbruch der hallucinatorisch-illusionären Verwirrtheit, während die Erinnerung meist lückenhaft bleibt. Das körperliche Befinden hat sich wesentlich gehoben, und die Patientinnen berichteten später, dass sie nicht nur psychisch völlig genesen seien, sondern auch körperlich sich vollkommen wohl fühlten, besser als vor Beginn der Krankheit.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass das geschilderte Krankheitsbild zur acuten hallucinatorischen Verwirrtheit, zur Amentia, gehört, jener Krankheitsform, „bei welcher sich in Folge einer greifbaren äusseren Schädlichkeit acut ein Zustand traumhafter Verwirrtheit und illusionärer und hallucinatorischer Verfälschung der Wahrnehmung entwickelt“¹⁾ und deren Wesen ich in einer früheren Arbeit²⁾ auf dissociative und irritative Störungen in den centralen Sinnesphären, bei der Bildung der Vorstellungen aus den Empfindungen und deren Erinnerungsbildern, zurückzuführen versucht habe.

1) Kraepelin l. c. S. 161.

2) Beyer, Zur Pathologie der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit. Dieses Archiv Bd. XXVII.

In der That sehen wir bei unseren Fällen, wie durch ungenaue und unrichtige Wahrnehmung¹⁾ und illusionäre Fälschung der Umgebung einerseits und Hallucinationen im Bereich verschiedener Sinne andererseits Desorientirtheit und Verwirrtheit erzeugt werden, welche sich im Reden und Handeln der Kranken deutlich offenbaren und sich erst nach Beseitigung der Functionsstörung allmälig wieder berichtigen und ausgleichen. Wenn aber auch die Definition des psychischen Krankheitsbildes auf meine Fälle im Allgemeinen durchaus passt, so bieten diese doch in ihrem ganzen Verlauf eine Reihe von Besonderheiten, welche wohl eine Abgrenzung gegenüber den typischen Fällen gestatten. Eine Besprechung der Einzelheiten wird das darthun.

Was die Aetioologie anbelangt, so war nur in der Seitenverwandtschaft Geistesstörung vorgekommen. Es entspricht dies Verhältniss ungefähr den für die „klimakterischen Psychosen“ bekannten Thatsachen²⁾. Bei der Beobachtung 2 finden sich dagegen Angaben, welche den Factor der Erblichkeit in directe Beziehung zur Erkrankung zu bringen scheinen: die Mutter ist im Alter von 62 Jahren gestorben, nachdem sie in den letzten Jahren gemüthskrank gewesen; eine Schwester ist chronisch geisteskrank, und ein Vetter im Irrenhause gestorben; ferner sind Schlaganfälle mehrfach in der Familie vorgekommen. Man darf daher wohl annehmen, dass eine Prädisposition zur Erkrankung sowohl des Centralnervensystems als auch des Gefässsystems bestand, deren Zusammentreffen gerade in der Zeit der Involution das Auftreten einer Psychose begünstigte. Es fehlten übrigens Kennzeichen degenerativer Art (bei ihr sowohl wie bei anderen Patientinnen), welche eine vererbte Veranlagung offenbart hätten³⁾. Vor Allem waren niemals Abnormitäten im psychischen Verhalten hervorgetreten.

Allerdings habe ich das Krankheitsbild zweimal bei Personen auftreten sehen, welche von Hause aus geistig minderwertig waren. Der klinische Verlauf entsprach vollkommen dem geschilderten; die psychischen Erscheinungen waren aber entschieden weniger reichhaltig und monotoner, wie das ja bei Imbecillen, deren Schatz an Erinnerungsbildern geringer ist, nicht anders zu erwarten steht. Es sind nicht nur die Sinnestäuschungen spärlich und einförmig, sondern es zeigt auch

1) „Wahrnehmung“ hier nicht in Wundt'schem Sinne, sondern zur Bezeichnung der Vorgänge, in denen die Vorstellungen gebildet werden.

2) Matusch, Der Einfluss des Klimakteriums auf Entstehung und Form der Geistesstörung. — Zeitschrift f. Psych. Bd. 46. 1890. S. 373.

3) Vergl. Meynert, Die acuten Formen des Wahnsinns. — Jahrbücher f. Psych. II. 1881. S. 193.

die Art und Weise, wie die Kranken darauf reagiren und sich dagegen zu helfen suchen, wenig Ueberlegung und Erfindungsgabe; es zeigte sich vielmehr nur mehr oder minder lebhafte Angst.

Beobachtung 5.

Th. S., 50 Jahre, ledig, Närherin.

Angeblich keine Heredität (?)¹⁾. Von Jugend auf schwach im Kopf; hat in der Schule schlecht gelernt, war immer still, geizig und eigensinnig, sehr fromm.

Menopause seit 2 Jahren. Seit 3 Jahren, angeblich seit einer Lungentzündung, kränklich und schwach. Mitte September 1892 stach Patientin sich beim Nähen in den Finger. Sie glaubte eine Blutvergiftung zu bekommen, und machte sich darüber viel Sorgen. Seither traurig, weint und jammert viel; hatte Angst, sie müsse sterben. Schlaf schlecht.

Seit Mitte October sehr aufgereggt und ängstlich, anscheinend durch Hallucinationen. Sie schrie: sie werde fortgeholt, mansolle sie doch da lassen etc. Sprang aus dem Bett, wollte fortlaufen, zerriss ihre Kleider.

27. October 1892. Aufnahme. — Patientin spricht von selbst nichts; sieht den Arzt misstrauisch an; giebt zu, dass sie Angst vor ihm habe. Nicht orientirt. Antwortet zögernd und mit leiser Stimme: sie fürchte, dass sie sterben müsse, dass man sie holen werde, um sie umzubringen. Sitzt mit ängstlich gespanntem Gesichtsausdruck beständig aufrecht im Bett; kratzt sich viel am Halse und an den Beinen.

1. November. — Bei Tage weniger ängstlich, Abends mehr. Schläft sehr wenig. — Sieht scheu nach der Decke; sie habe von oben Stimme gehört, dass man die Leute umbringt.

2. November. — Dasselbe Verhalten; sehr ängstlich. Fragt mit leiser Stimme, ob sie dableiben dürfe. Hat wieder Stimmen in der Decke gehört, die hätten arg geschrien.

4. November. — Täglich dieselben spärlichen Angaben.

15. November. — Unverändert ängstlich, nicht klar. Hat Angst vor dem Poltern in der Decke. Will durchaus nach Hause, weil sie hier sterben müsse. Es sei Rachsucht des Arztes in der Heimath, dass sie hier sei und sterben müsse. —

Ende November keine Hallucinationen mehr. Patientin ruhiger und freier, doch berichtet sie nichts Neues. Allmäliche Aufklärung, Anfang Januar Krankheitseinsicht.

26. Januar 1893 Entlassung.

Beobachtung 6.

A. W., 55 Jahre, ledig, Ackererstochter.

Mutter war im Puerperium psychisch erkrankt; sonstige hereditäre Be-

1) Eine Schwester der Patientin, 55 Jahre alt, kam am 19. December 1894 wegen Sensationen und hypochondrischen Klagen zur Aufnahme.

lastung geleugnet. Von Jugend auf schwach im Kopf, hat schwer gelernt. Im 17. Jahre nach dem Tode des Vaters eine mehrwöchige psychische Erkrankung mit Depression und Angst. Später immer gesund. Menopause seit 4—5 Jahren. Im Herbst 1892 in Folge Schreck vorübergehend leicht deprimirt.

Seit Mitte Juli 1893 wieder traurig, zurückhaltend, unthätig. Mitte August ängstlich erregt und verwirrt, besonders Nachts sehr unruhig; läuft herum, singt und betet. Schrie, sie habe alles hingemacht, sie werde todtschlagen, komme in die Hölle etc.

22. August Aufnahme. — Verwirrtheit und hochgradige ängstliche Erregung, so dass keine Auskunft zu erhalten ist. Patientin kreischt laut, wenn man sich ihr nähert, und läuft fort. Rennt mit fliegenden Haaren umher, kreischt oft laut auf, schaut ängstlich in die Höhe.

Im Laufe des September allmälig Beruhigung und Abnahme der Angst.

20. September. — Ruhig und klar. Patientin giebt bereitwillig Auskunft, wobei der intellectuelle Defect stark hervortritt. Erinnerung lückenhaft. Pat. giebt an, sie habe so dumme Einbildungen gehabt; sie sah alles im Feuer; sie meinte, es brenne alles. Sie habe viel gebetet, weil sie meinte, sie müsse sterben.

4. October 1893. Entlassung.

Während also bei diesen Kranken eine psychische Minderwerthigkeit von Jugend auf bestand, zeigten die typischen Fälle ein den Verhältnissen entsprechendes Maass von Intelligenz. Auch waren sie früher nie psychisch erkrankt, speciell in der Pubertät und im Wochenbett von Störungen gänzlich frei geblieben. Ebenso fehlten jegliche Zeichen bestehender oder vorangegangener Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie oder sonstiger Neurosen.

Chronische Intoxicationen, vor Allem Alkoholismus, waren gänzlich auszuschliessen; auch von acuten Vergiftungen (etwa Jodoform etc.) war keine Rede.

Körperliche Krankheiten, welche zur Erschöpfung führen, bestanden nicht, weder Tuberculose, noch gynäkologische Leiden oder sonstiges. An acuten Krankheiten war nur einmal ein leichter Anfall von Influenza vorausgegangen, aber um einen Monat früher, so dass an einen directen ätiologischen Zusammenhang kaum zu denken ist. Auch sonstige acut schwächende Momente, etwa Tumoren, waren nicht vorhanden, kurz, es fehlte eine „greifbare äussere Schädlichkeit“, wie sie sonst bei Verworrenheit fast immer nachweisbar ist.

Bestimmte Beziehungen zur Menopause, welche bei allen Patientinnen in den letzten Jahren eingetreten war, liessen sich nicht auffinden. Immerhin mag sie als allgemein prädisponirendes Element mitgewirkt haben, wie bei allen Frauen, welche in dieser Lebenszeit erkranken¹⁾.

1) Matusch l. e. S. 434.

Wurde doch einigemale angegeben, dass seit dem Cessiren der Menses Störungen des Allgemeinbefindens datirt werden, ohne dass oder vielleicht gerade weil ein besonderer Anlass für dieselben nicht bekannt war¹⁾. In Fall 4 scheinen allerdings menstruelle Beschwerden in näherem Causalnexus mit der körperlichen Schwäche zu stehen.

Dieser Zustand verminderter Gesundheit ist es aber gerade, der den Boden für das Entstehen der Psychose abgibt: eine Verminderung der Widerstandsfähigkeit auf körperlichem und geistigem Gebiete. Das Gefühl von Mattigkeit, Störungen der Körperfunctionen (z. B. auch die zuweilen noch auftretenden Menses), Schmerzen und Beschwerden wirken ungünstig auf Nahrungsaufnahme und Schlaf, und die entstehende Schwäche des Körpers steigert wiederum die Symptome, durch welche sie veranlasst ist. Ebenso ist es mit der erhöhten Reizbarkeit, der labilen Stimmung, der Neigung zum Weinen etc. Es sind die bekannten Störungen des klimakterischen Alters, welche uns hier entgegentreten. Sie wirken aber wohl nur zum Theil direct mit bei der Entwicklung der Psychose. Zum Theil ist es wohl auch der körperliche Zustand, dessen Symptome sie sind, nämlich Störungen im Gefäßsystem, beginnende Atheromatose etc., welche für die „klimakterischen Psychosen“ wohl ebensolche Bedeutung haben²⁾), wie für die Geisteskrankheiten des Senium³⁾). Der Nachweis der atheromatösen Veränderungen, der ja in meinen Fällen nicht erbracht wurde, ist hierzu nicht unbedingt erforderlich. Mit grosser Regelmässigkeit wurden aber Symptome geklagt, die auf das Bestehen von vasomotorischen Störungen hinweisen, nämlich Brausen im Kopf, Ohrensausen, Kopfschmerz etc.

Von besonderem Interesse sind noch die Störungen im Bereich einzelner Sinnesorgane. Zweimal fand sich eine Erkrankung des Gehörs, ein Umstand, der erfahrungsgemäss das Entstehen von Psychosen mit Hallucinationen sehr begünstigt und gerade bei Geistesstörungen im Klimakterium eine grosse Rolle spielt⁴⁾). Eine Verminderung des Sehvermögens, wie sie im Fall 2 vorlag, wird weniger von Bedeutung sein⁵⁾.

Als nähere Veranlassung zur Erkrankung wirkten stets psychische Momente mit, Sorgen, Aerger, Aufregungen mancherlei Art, welche durch Wochen und Monate die Kranken bedrängten. Bei körperlich

1) Matusch l. c. S. 378.

2) Matusch l. c. S. 422.

3) Fürstner, Ueber die Geistesstörungen des Senium. — Dieses Archiv Bd. XX. 1889. S. 460.

4) Matusch l. c. S. 411.

5) Kraepelin l. c. S. 27.

und geistig Gesunden würden sie wohl nicht so tief wirken können; bei der veränderten Widerstandskraft des geschwächten Nervensystem werden sie verhängnissvoll.

Anfangs allerdings übersteigt die traurige Stimmung nicht das Maass der natürlichen Reaction auf jene niederdrückenden Erlebnisse; bald aber geht sie über die physiologische Breite hinaus. Es entsteht der bekannte Circulus vitiosus: aus den äusseren Umständen wird die Kranke immer wieder an die Unannehmlichkeiten erinnert, so dass sie sich immer wieder damit beschäftigen muss; durch dies concentrirte Nachdenken wird sie aber immer empfänglicher für den schädigenden Einfluss. Schlaf und Nahrungsaufnahme werden unregelmässig; stärkere Consumption der Kräfte, auf der anderen Seite verminderte Zufuhr von Nahrung bewirken weitergreifende Schwächung des Körpers und damit auch des Centralnervensystems. Es entsteht ein ausgesprochen melancholischer Zustand mit Angst und Versündigungsideen, und gleichzeitig eine Erschöpfung, welche wohl unmittelbar die Ursache zum Ausbruch der Verwirrtheit abgibt.

Das Wesen der Geisteskrankheit, in welcher diese cerebrale Schwäche zum Ausdruck kommt, liegt, wie ich glaube, in einer functio-nellen Störung in denjenigen Partien des Centralnervensystems, in welchen die Zusammensetzung und Verarbeitung der Empfindungen zu Vorstellungen vor sich geht und in denen die Erinnerungsbilder früherer Empfindungen ruhen, und zwar verlege ich diese Function in die sensorischen Gegenden der Grosshirnrinde. Die Funktionsstörung in diesem Theil des psychischen Mechanismus besteht nach meiner Auffassung zunächst aus einer Störung in der Verbindung der neu ankommenen Empfindungen untereinander, wodurch ungenaue und unrichtige Wahrnehmungen der Aussenwelt entstehen. Sodann werden mit den neu ankommenen Empfindungen Erinnerungsbilder früherer Empfindungen falsch verbunden; es kommt dadurch zu einer Fälschung der Wahrnehmung, zu Illusionen. Erleichtert werden diese abnormalen Vorgänge durch eine erhöhte Reizbarkeit, so dass schon schwache Reize (Anklänge, Aehnlichkeiten etc.) genügen, um fehlerhafte Associationen zu erzeugen. Endlich sind pathologische (ausserpsychische) Reize wirksam, welche die Erinnerungsbilder früherer Empfindungen direct und ohne associative Verbindung in den psychischen Vorgängen auftreten lassen: es entstehen Hallucinationen.

Alle diese Störungen, die sich zwar verschieden äussern, aber doch einen gemeinsamen Sitz haben, so dass ihr quantitatives Verhältniss untereinander ziemlich irrelevant ist, treten also plötzlich bei den Kranken auf. Wir sehen daher bei diesen die Unfähigkeit, sich in der Umge-

bung zurecht zu finden, die Vorgänge zu verstehen, die Personen zu erkennen etc., weil die von diesen empfangenen Empfindungen in abnormer Weise zu Vorstellungen zusammengesetzt werden, welche zu den Erinnerungsbildern der bisher erworbenen Vorstellungen nicht stimmen. Alles war anders, sagen die Genesenden später. Vergrössert wird diese Verwirrtheit durch die Hallucinationen, welche noch weniger mit den bisherigen Erfahrungen harmoniren. Die natürliche Folge ist lebhaftes Unbehagen und Angst, und demgemäß die motorische Reaction: die Kranken suchen dem Unverständlichen, Schrecklichen zu entgehen; sie wollen fortlaufen oder sich verstecken oder sich zur Wehre setzen. Sie fangen an zu beten und fromme Lieder zu singen, in der Meinung hierdurch den „Teufelsspuck“ zu bannen, oder sie laufen in die Kirche, weil sie sich hier am sichersten glauben.

Wir brauchen daher alle diese Handlungen durchaus nicht auf genau formulirte Gebote von Hallucinationen zu beziehen, sondern können sie als einfache Reaction auf die Angst erklären; sie sind das Mittel, wodurch der Kranke sich zu helfen glaubt. Sehen wir doch auch bei Melancholikern, namentlich frommen Personen, dass sie in ihrer Angst stundenlang beten und singen.

Der Inhalt des Geschwätzes bezieht sich sonst im Wesentlichen auf die Sinnestäuschungen; es sind theils ängstliche Ausrufe, theils Fragen und Versuche, sich zurecht zu finden und zu Verständniss zu gelangen. Aus Allem geht aber hervor, dass die psychische Störung sich auf die Vorgänge der Wahrnehmung beschränkt, indem die Reaction auf die Sinnestäuschungen ganz correct erfolgt. Der formale Ablauf in der Association der falschen Vorstellungen ist intact, und ebenso die psychomotorischen Vorgänge. Wir finden nur Erklärungsversuche der entstellten Wahrnehmung, keine Wahnideen. Die motorischen Aeusserungen sind lebhaft und erregt, doch besteht kein primärer Bewegungsdrang.

Am Morgen nach dem Ausbruch der Verwirrtheit pflegt fast völlige Klarheit einzutreten. Gewöhnlich haben die Kranken wenigstens kurze Zeit geschlafen. Jedenfalls darf man annehmen, dass die Erschöpfung wenigstens einigermassen ausgeglichen ist, so dass auch die psychischen Functionen wieder normal verlaufen. Der Kranke knüpft jetzt wieder an die normalen Erinnerungsbilder an und kann daher vollkommen orientirt sein. Im Laufe des Tages wird aber die Erschöpfung wieder stärker und mit ihr die Functionsstörung und erhöhte Reizbarkeit. Der Kranke beginnt wieder zu illusioniren und halluciniren, und schliesslich wird die Verwirrung grösser sein, wie am Tage vorher, weil der pathologische Process auf dem bereits durchwühlten Boden tiefer eindringt. Demgemäß ist denn auch am dritten Tage der Ausgleich der Störung

weniger vollständig; auch gelingt jetzt dem Kranken die Orientirung weniger leicht, weil er sich mit einer grösseren Menge krankhafter Vorstellungen abzufinden hat. Die normalen Erinnerungsbilder sind dagegen schon älter, also naturgemäss schwächer, während am Tage vorher nur kurze Zeit correcte Erfahrungen gesammelt werden konnten. Am Abend des dritten Tages wird bei dem immer weniger widerstandsfähigen Patienten die Verwirrung abermals stärker sein, und dann auch bei Tage nicht mehr schwinden. Wohl sehen wir auch fernerhin, dass Nachmittags und Abends die Illusionen und Hallucinationen zahlreicher und lebhafter sind. Es ist das wohl zum Theil von der Ermüdung während des Tages abhängig, zum Theil auch davon, dass im Dunkeln weniger Wahrnehmungen sich darbieten, so dass die Sinnestäuschungen nicht so sehr überdeckt werden. Dauernd besteht aber die Grundstörung, die Dissociation in der Wahrnehmung. Während daher in den Zeiten lebhafter Sinnestäuschungen die Aufmerksamkeit des Kranken ganz von diesen in Anspruch genommen wird, ist derselbe in der Ruhe ablehnend und verschlossen, weil er möglichst wenig von der Umgebung, die er nicht versteht, wissen will. Er brütet vor sich hin, immer in dem vergeblichen Bemühen eine Lösung zu finden. Die Stimmung braucht dann nicht immer ängstlich zu sein. Zum grossen Theil hängt sie ab vom Inhalt der Sinnestäuschungen bezw. ihrer Deutung. So sind die Kranken oft vergnügt, wenn sie in anderen Personen Verwandte zu erkennen glauben, oder wenn sie Erscheinungen vom Himmel gehabt haben.

Was nun die Sinnestäuschungen angeht, so treten bei meinen Fällen Hallucinationen zuweilen auffallend hervor. Im Allgemeinen sind sie aber nicht sehr zahlreich und nur zeitweise vorhanden. Vielleicht handelt es sich bei manchen Angaben und Aeusserungen der Kranken gar nicht um Hallucinationen, sondern um lebhafte Illusionen. Besonders Tuczek¹⁾ hat darauf aufmerksam gemacht, dass sehr häufig die „Stimmen“ nichts anders sind, als Interpretationen wirklich gehörter Geräusche, und dass „Hallucinationen“ des Gesichts selbst durch räumliche Verlagerung der Wahrnehmung entstehen können, ist mir nach neueren Beobachtungen sehr wahrscheinlich²⁾. Illusionen, ein Zeichen erhöhter Reizbarkeit der Zellen, sind aber nur gradweise verschieden von der Verwirrung der Wahrnehmung, welche durch die formale Störung der Function in den sensorischen Partien der Grosshirnrinde hervergerufen wird.

1) Tuczek, Zur Lehre von der Hypochondrie. — Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 39. 1883. S. 658.

2) Beyer, Ueber Verlagerungen im Gesichtsfeld bei Flimmerskotom. — Neurol. Centralbl. 1895. Bd. 14, Heft 1.

Im Vordergrunde stehen die Störungen im Bereich der optischen Wahrnehmung, welche gewiss am meisten die Orientirung über die Umgebung verwirren. Ihnen zunächst kommen die Gehörstäuschungen; aber auch in den anderen Sinnesgebieten finden sich Erscheinungen, welche zwar weniger auffällig sind, aber für den Verlauf der Krankheit grosse Bedeutung haben. Vor Allem sind es Illusionen im Geruch und Geschmack, welche oft recht unangenehme Folgen haben, hartnäckige Nahrungsverweigerung, die eine Hebung der Ernährung verhindert und somit die Heilung der Krankheit verzögert. Das Essen schmeckt schlecht, es riecht nach Todten, es ist Menschenfleisch darin, so lauten die Antworten. Hierzu kommen verschiedene Sensationen, die zum Theil sich ebenfalls auf die Nahrungsaufnahme beziehen. Die Kranken empfinden keinen Hunger, wohl aber fühlen sie sich „gestopft voll“, so dass sie nichts mehr nehmen können. Eine andere Kranke kratzte sich tagelang beständig am Hals und an den Beinen, jedenfalls auch durch Sensationen veranlasst; auch die bei einer dritten vorübergehend aufgetretene Unreinlichkeit dürfte darauf zurückzuführen sein. Wir sehen also, dass die Störung sich auf das ganze Gebiet der sinnlichen Wahrnehmung erstreckt, wenn auch im Allgemeinen nicht immer sehr sehr intensiv ist und namentlich verhältnissmässig wenig durch Symptome directer pathologischer Reizung (Hallucinationen) complicirt wird,

Im weiteren Verlauf der Krankheit werden die etwaigen directen Reizerscheinungen seltener und spärlicher. Insbesondere aber nimmt die vorher gesteigerte Reizbarkeit ab: es bleibt einfache Dissociation der Wahrnehmung ohne lebhafte illusionäre Verfälschung. Die Kranken erkennen zwar noch nicht alles richtig, sie werden aber nicht mehr durch Erscheinungen und Stimmen aufgeschreckt sondern sind dauernd still. Sie können nun die krankhaften Eindrücke ruhiger verarbeiten und suchen sie in ihrer Weise zu deuten. Ihre Aeusserungen haben nun wohl den Charakter von Wahnideen, sind aber in Wirklichkeit nur das Product aus gefälschten Wahrnehmungen und Sinnestäuschungen. Die Kranken glauben im Gefängniss zu sein, sie sollen umgebracht werden. Ihre Aufmerksamkeit, die nun nicht mehr durch lebhafte Sinnestäuschungen abgelenkt wird, richtet sich nun mehr auf die Umgebung und verfolgt alle Vorgänge mit ängstlichem Misstrauen.

Jetzt beginnt auch die Erinnerung an die Erlebisse von der Krankheit sich wieder einzustellen, deren Verbindung mit dem jetzigen Zustand in der so geheimnissvollen Umgebung aber zunächst unausführbar ist und noch erschwert wird durch die erlebten Sinnestäuschungen, welche sich vielfach auf die Heimath und die Angehörigen bezogen.

Die Kranke erinnert sich, dass ihr zuletzt zu Hause alles verändert, verhext vorkam; dann wurde sie fortgebracht, viele Stunden weit; sie hörte ihre Kinder, ihren Mann schreien, sie sah dieselben vor dem Fenster; nun ist sie an einem fremden Ort bei fremden Leuten und hört von ihren Angehörigen nichts mehr. Sie glaubt daher, dass zu Hause etwas Schreckliches passirt sei; alle sind todt oder im Gefängniß; es wird Niemand kommen, sie abzuholen. Dies ist wohl der wesentliche Gedankengang. Auch mag die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der wirklichen Sorgen vor der Krankheit (Processe etc.) Anlass zu Befürchtungen geben.

Allmälig gleicht sich nun auch die Störung der Wahrnehmung aus: die Umgebung wird gesehen, so wie sie ist, ohne dass aber deshalb schon eine Orientirung möglich wäre. Die jetzt gewonnenen Vorstellungen passen nicht zu den während der Krankheit erworbenen Erinnerungsbildern; es ist das umgekehrte Verhältniss wie zu Beginn der Krankheit, als die Disharmonie der falschen Wahrnehmung mit den richtigen Erinnerungsbildern Unorientirtheit und Unvermögen zu verstehen hervorrief. Die Stimmung ist daher vielfach noch ängstlich und deprimirt, aber auch immer nur entsprechend dem Vorstellungsinhalt; zeitweise sind die Kranken sogar vergnügt darüber, dass sie nun von all dem Schrecklichen erlöst sind.

In Wechselwirkung mit der psychischen Besserung regeln sich auch Schlaf und Nahrungsaufnahme. In letzterer Beziehung machen manche Kranke gelegentlich wohl noch Schwierigkeiten und beschönigen dies im Sinne ihrer sonstigen Vorstellungen: sie hätten genug gegessen, sie könnten es nicht bezahlt. Im Ganzen aber hebt sich jetzt bei geringerem Verbrauch der Kräfte und besserer Zufuhr von Nahrung der Allgemeinzustand zusehends. Die Patienten zeigen gelegentlich selbst ein Gefühl des Wohlbehagens und eine heitere Stimmung, die wohl an das maniakalische Nachstadium erinnert, welches oft bei typischer Amentia sich vor der Genesung einschiebt.

Die Wiedergewinnung der Orientirung gelingt erst einige Zeit später, nachdem der formale Ablauf der gestörten psychischen Vorgänge wieder in Ordnung gekommen ist, nachdem nämlich wieder eine genügende Anzahl normaler Erinnerungsbilder gesammelt worden ist. Völlige Klarheit trat erst ein, wenn ein directer Zusammenhang mit den Erinnerungen vor der Krankheit hergestellt wurde, z. B. wenn die Genesenden von ihren Angehörigen besucht wurden, und vollends, wenn sie in die Heimath zurückkehrten. Das Verhalten beim ersten Besuch war recht verschieden je nach dem Grade der Klarheit, den die Patienten erreicht hatten, theilweise aber auch nach der Zeit, welche sie vor

der Aufnahme in die Klinik krank zu Hause zugebracht hatten. Solche, die alsbald aus der Heimath entfernt worden waren, begrüssten ihre Angehörigen freudig; andere, welche erst einige Zeit zu Hause gehalten waren, erschraken beim Anblick der Ihrigen, weil sie diese für todt gehalten hatten.

Die Entlassung, die bei einigen Kranken aus äusseren Gründen etwas vorzeitig erfolgen musste, war stets von günstigem Einfluss. Nach derselben trat vollkommenes Wohlbefinden ein; selbst die Beschwerden, welche in den vorausgegangenen Jahren aufgetreten waren, scheinen fast ganz verschwunden zu sein.

Wie weit die Erinnerung an die Vorgänge und Erlebnisse in der Krankheit bestand, habe ich leider bei keinem meiner Fälle genauer feststellen können, da ich keine der Patientinnen später wieder gesehen habe. Brieflich theilten mir einige mit, dass sie noch gut sich daran erinnerten; ich möchte aber annehmen, dass dies nur in summarischer Weise der Fall war.

Die Prognose des geschilderten Krankheitsbildes ist nach meinen Fällen eine durchaus günstige, sowohl hinsichtlich des Ausgangs als auch der Dauer. Heilung mit Defect habe ich nicht beobachtet. Die Frage nach der Gefahr eines Recidivs kann ich nach meinem Beobachtungsmaterial natürlich noch nicht beantworten.

Von grosser Wichtigkeit, namentlich für die Dauer der Krankheit, ist die Therapie. Ihr Hauptziel ist die Hebung des körperlichen Ernährungszustandes, dessen Sinken ja die Krankheit im wesentlichen verursacht hat. Nun ist aber die Nahrungsaufnahme nicht nur in der Zeit hallucinatorisch-illusionärer Erregung sehr gering, sondern auch später noch bei dem Widerstand der Kranken recht schwierig. Eine leichte Nöthigung zum Essen ist daher nicht zu umgehen; wirklicher Zwang darf aber nicht angewendet werden, weil sonst die Kranken erst recht misstrauisch und widerspenstig werden. In der Auswahl der Nahrungsmittel wird man zeitweilig sich den Wünschen der Kranken fügen müssen, um überhaupt etwas einbringen zu können.

Regelmässiger Schlaf ist in zweierlei Richtung von Bedeutung und erfordert daher die Anwendung der Hypnotica. Er sorgt für Erholung und verhindert einen Verbrauch der Kräfte, der sonst durch stundenlange Unruhe eintreten und dann wieder mit der weitergehenden Erschöpfung Steigerung der psychischen Symptome nach sich ziehen würde. Die Anwendung von Schlafmitteln ist aber auch direct indicirt, weil ja Abends die bekannte Zunahme der Erscheinungen (erhöhte Reizbarkeit etc.) eintritt. Wenn man diese verhindern kann, so erspart man

dem Kranken mindestens den Erwerb eines gewissen Quantum verwirrter Erinnerungsbilder, deren Correctur ihm später Mühe macht.

Die möglichst frühzeitige Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen und Verbringung in die Anstalt ist nicht nur aus äusseren Gründen nothwendig. Der Patient soll das hallucinatorisch-illusionäre Stadium in einer Umgebung durchmachen, aus der man ihn später nach Wiederherstellung correcter Wahrnehmung wieder entfernen kann. Das Wiedersehen mit den Angehörigen und die Rückkehr in die Heimath wird aber weniger günstig wirken, wenn der Kranke noch einen Theil seiner Krankheit dort zugebracht und die Umgebung mit seinen Illusionen sich „künstlich inficirt“ hat. Auch wird in solchem Falle im Reconvalescenzstadium die Erinnerung an die vermeintlichen schrecklichen Vorgänge zu Hause viel Sorgen und Kummer machen.

In der ersten Zeit der Erregung ist die Behandlung der Kranken recht schwierig. Sie bleiben nicht im Bett und sind sehr störend; bei allen Manipulationen sind sie widerspenstig und aggressiv. Man wird natürlich mit ihnen nur das Nöthigste vornehmen, um sie nicht noch mehr zu erregen. Isolirung ist nur vorübergehend in Zeiten heftiger hallucinatorischer Erregung zulässig, wenn der Kranke sich gar nicht um die Umgebung kümmert; er würde sonst um so mehr in seinen ängstlichen Vorstellungen (Gefängniss etc.) befestigt werden. Sobald es irgend geht, wird man die Patienten im Bett, und zwar in Gesellschaft anderer Kranken halten müssen. Die Umgebung muss dann aber möglichst gleichbleiben und keine auffälligen Vorgänge enthalten, um keinen Grund zu Illusionen zu geben. Gar zu leicht werden die Kranken selbst noch in der Reconvalescenz auf's Neue erschreckt und misstrauisch, und verfallen eventuell wieder in Abstinenz. Der Kranke darf vor Allem nicht in einem Saale mit Durchgangsverkehr liegen. Später pflegt die Versetzung in eine ruhige Abtheilung günstig zu wirken; wenn es zu früh geschieht, werden die Kranken wieder ängstlich und weigern sich.

Besonders vorsichtig muss man mit den Besuchen der Angehörigen sein, die in früheren Stadien nutzlos oder geradezu schädlich sind: sie verwirren die Kranken noch mehr, indem diese ihre Hallucinationen bestätigt sehen und glauben, dass die Ihrigen nun auch im Gefängniss seien. Zur richtigen Zeit ist dagegen das Wiedersehen mit der Familie das wirksamste Mittel zur Orientirung. Dieselben Gesichtspunkte sind für die Entlassung massgebend. Zu langes Hinausschieben kann event. auch wieder Grund zu Misstrauen und Angst abgeben.

Die Diagnose des Krankheitsbildes scheint mir leicht möglich. Es gelang mir, sowohl aus den älteren Journalen der Klinik als auch aus der Literatur eine Reihe von Fällen als zugehörig zu erkennen.

Wenn die Zahl der letzteren keine grosse ist, so liegt das wohl daran, dass solche Fälle gerade nicht das typische Bild der acuten hallucinatorischen Verworrenheit repräsentiren und deshalb in einer Veröffentlichung über dies Thema nicht als Beispiele aufgeführt werden. Vielfach mag auch unzulängliche Anamnese die Erkennung der so charakteristischen Entstehung der Krankheit erschweren.

Von älteren Fällen der Strassburger Klinik seien noch kurz folgende erwähnt, von denen der eine sich als typisch erweist, der andere aber sich der einfacheren Form bei geistig Minderwerthigen einreihen lässt.

Beobachtung 7.

Th. S., geb. S., 53 Jahre, Wittwe.

Keine Heredität. Früher immer gesund.

In der letzten Zeit viel Aerger und Aufregung in Folge eines Processes mit einem Nachbar. Patientin ist seitdem deprimirt, besonders nach dem am 6. November 1884 stattgefundenen Termin.

Am 8. November plötzlich grosse Erregung: Patientin jammerte und lachte durcheinander, tobte sehr stark, schlug auf ihre Kinder los; behauptete verkehrtes Zeug: bald, sie habe den Process verloren, bald, sie habe ihn gewonnen.

9. November 1884. Aufnahme. — Patientin ist sehr erregt, kümmert sich wenig um die Umgebung; spuckt aber Jeden an, der ihr zu nahe kommt. Gesticulirt, spricht fortwährend im Predigerton, aber ohne grossen Ideenreichthum.

11. November. — Erregung lässt nach. Nahrungsaufnahme gering.

12. November. — Sehr widerspenstig. Nahrungsverweigerung.

19. November. — Nicht klar, immer ängstlich. Isst wieder allein; behauptet, dass Kröten im Essen seien. Will nicht auf den Abtritt gehen, weil sie fürchtet, dass von unten etwas heraufkäme.

22. November. — Wesentlich ruhiger, giebt besser Auskunft: es gingen ihr fortwährend viele Gedanken durch den Kopf, lustige und traurige. Es gefalle ihr sonst gut; sie habe hier viel gelernt und studirt.

25. November. — Ruhig, aber über Ort und Zeit nicht orientirt: bestreitet, dass sie schon 14 Tage hier sei. Macht sich Sorge wegen ihrer Haushaltung; ihre Kuh solle kalben. Hält ein gegenüberliegendes Gebäude für einen Stall, in dem die Kuh stehe; die Leute auf der Strasse seien Juden, die darauf warten, das Kalb zu kaufen.

26. November. — Wundert sich, dass sie nichts thue, während die anderen arbeiten; sie sei Herrin geworden. Ihre Hand und ihr Fuss gehörten nicht ihr, sondern ihrer Tochter.

29. November. — Der Besuch von Sohn und Tochter wirkt beruhigend und aufklärend. Patientin drückt immer grosses Wohlbefinden aus.

10. December 1884. Entlassung.

Beobachtung 8.

Th. R., 51 Jahre, ledig, Köchin.

Früher immer gesund. Von jeher etwas einfältig und vergesslich, aber ordentlich und fleissig, sehr fromm. Menopause seit 6 Monaten. In der letzten Zeit reizbar und „viel neidig“; ängstlich besonders Abends.

Seit Anfang November 1882 deprimit, weinte sehr viel; sie sei eine arge Sünderin; man möge ihr verzeihen. Schlaf schlecht.

Am 19. November hallucinatorische Erregung: Patientin äusserte allerlei merkwürdige Ideen: man wolle sie tödten, sie werde verhaftet; es seien ihr Schlangen aus der Hand gekrochen; sie sah Gott, die Mutter Gottes, worüber sie sich sehr freute; sah auch einen Mann, der ihr viel Schrecken verursachte. Betete und sang die ganze Nacht.

20. November. — Aufnahme. Anfangs still, gab nur wenig einsilbige Antworten; fing dann plötzlich an, furchtbar zu schreien; betete und jammerte in grosser Angst.

21. November. — Nachts sehr erregt, Mittags ruhiger und klarer, dann wieder verwirrt: hält die andern für Teufel, bebt vor jeder Annäherung zurück. Nimmt keine Nahrung.

23. November. — Nachmittags stundenweise klarer, auch Nachts ruhiger. Betet und stöhnt mit jammervoller Miene vor sich hin; weicht allen scheu aus oder bricht bei Annäherung in fürchterliches Schreien aus: „der Teufel, der Teufel!“ — Spärliche Nahrungsaufnahme.

28. November. — Gestern ruhiger. Heute wieder viel Jammer, will heim, zu ihrer Herrschaft.

9. December. — Ruhiger und verständiger; klagt viel über Beklemmungen auf der Brust. Heute Nacht wieder ängstlich erregt; sprang aus dem Bett, wollte fort.

20. December. — Seither ruhig und vernünftig, aber noch reizbar und schreckhaft. Entlassung.

Die Diagnose würde sich zu stützen haben auf das Alter der Kranken, die länger bestehende Störung des psychischen und somatischen Befindens, das Fehlen eines speciellen ätiologischen Factors ausser psychischen Alterationen, das mehrwöchige depressive Prodromalstadium, den acuten Beginn mit Verlust der Orientirung, Illusionen und Hallucinationen und entsprechender ängstlicher Erregung, den schwankenden Verlauf mit verhältnissmässig wenig Hallucinationen, aber dauernder, wenn auch nicht immer sehr hochgradiger Verwirrung der Wahrnehmung, mit allmäligem Uebergang in Aufklärung, schliesslich die kurze Dauer der Krankheit.

Gegenüber den typischen Fällen von acuter hallucinatorischer Verworrenheit kommt Folgendes in Betracht. Entsprechend der Aetologie, welche durch langandauernde Schädigungen auf psychi-

schem und somatischem Gebiete allmälig zu einer Erschöpfung führt, die indess so wenig stark ist, dass sie eben nur bei einem nicht mehr ganz rüstigen Gehirn zur Psychose führt, ist auch die Erkrankung zwar eine ausgedehnte (auf die centralen Regionen aller Sinnesgebiete), aber nicht sehr hochgradige: die Reizerscheinungen (Hallucinationen) treten weniger hervor (nur anfangs); die Reizbarkeit ist nur zeitweise so gesteigert, dass es zu lebhaften Illusionen kommt. Es kommt daher auch in kürzerer Zeit wieder zur Restaurirung der erkrankten Theile, und zwar ohne Zwischenstadien, ohne eine Periode verminderter Reizbarkeit (Stupor), aber auch ohne ein reactives maniakalischs Stadium vor der Genesung. Besonders charakteristisch scheint mir der Beginn zu sein: nach langer Vorbereitungszeit und depressivem Prodromalstadium, während die typische Verworrenheit nach einem rascher und intensiver wirkenden schädigenden Moment ohne wesentliche Prodrome ganz acut einsetzt. Eine Differentialdiagnose aus den Symptomen würde nicht zu jeder Zeit sicher auszuführen sein; einen Anhalt hierfür bietet nur der quantitative Unterschied der Verwirrtheit, die geringere Zahl und Intensität der Illusionen und Hallucinationen; auch ist ihr Inhalt mehr einförmig, beängstigend, so dass die Stimmung weniger schwankt. Endlich wäre noch hervorzuheben, dass bei meinen Fällen das Krankheitsgefühl schon frühzeitig sehr ausgeprägt war.

Zur Unterscheidung von anderen Psychosen kommen im Allgemeinen dieselben Merkmale in Betracht, welche bisher bereits für die typische Verworrenheit bekannt waren.

Von Bedeutung ist in erster Linie die Melancholia agitata, welche mit besonderer Vorliebe in und nach den klimakterischen Jahren aufzutreten pflegt und in ihrem Verlauf unter dem Einfluss des Affects zu leichteren oder schwereren Bewusstseinstrübungen, auch mit illusionären Sinnestäuschungen, führen kann.¹⁾ Sie ist aber ausgezeichnet durch ihren dominirenden ängstlichen Affect mit ausgesprochen depressiven Wahnideen und motorischer Erregung. Der Verlauf ist protrahirter.

Acute Krankheitsformen aus dem Gebiet der Paranoia können allerdings zeitweilig Zustände von Verwirrtheit enthalten, ihnen fehlt aber gerade die dauernde Desorientirtheit, welche die Kranken selbst wohl erkennen. Die Sinnestäuschungen verursachen nicht eine Fälschung der Wahrnehmung, sondern Wahnideen. Ein „depressiver Wahnsinn“, eine der typischen Psychosen des Klimakterium,²⁾ kann freilich im

1) Kraepelin l. c. S. 305.

2) Kraepelin l. c. S. 346.

Reconvalescenzstadium der Verworrenheit vorgetäuscht werden; der allmäliche Beginn und ganze Verlauf ist aber bei ihm durchaus verschieden; es fehlt der Charakter der „Erschöpfungspsychose“.

Die Annahme eines epileptischen Delirium dürfte gewöhnlich mit Hülfe der Anamnese durch die Art der Entwicklung auszuschliessen sein. Ohne Kenntniss der Vorgeschichte mag eine Verwechslung im Erregungsstadium leicht vorkommen, zumal wenn der Verworrne viel hallucinirt. Das Vorstellungsmaterial des Epileptikers stammt aber mehr aus Hallucinationen und namentlich aus ganz abrupt auftretenden Delirien, nicht aus einer illusionären Verkennung der Umgebung. Er producirt daher ganz fernliegende Dinge, und knüpft z. B. sein Geschwätz an vorgehaltene Gegenstände nicht an. Seine Gewaltthätigkeiten sind viel rücksichtsloser und brutaler. Die Dauer einer epileptischen Psychose ist kürzer als die der Verworrenheit; der Abschluss, die Aufklärung kommt nicht allmälig, sondern mehr oder minder plötzlich.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Abgrenzung gegen die hallucinatorische Verwirrtheit der Alkoholisten, das Delirium tremens. Die Anamnese lässt uns häufig im Stiche, da die Angaben der Angehörigen wissentlich oder unwissentlich oft bedenkliche Lücken zeigen. So beobachtete ich einen typischen Fall bei einer 41jährigen Pfarrersköchin mit sehr umfangreicher Anamnese, in der aber wirklich werthvolle Angaben nicht zu erhalten waren. Ein depressives Prodromalstadium kann z. B. infolge gastrischer Störungen, seit Wochen bestehend, vorgetäuscht werden; der Anfang hat also nichts Charakteristisches. Auch im Anfall selbst sind manche Erscheinungen bei beiden Psychosen gleich: Verkennung der Umgebung, schreckhafte Sinnestäuschungen und reaktive Angst. Während aber die Desorientirtheit des Verworrnen der Umgebung im Wesentlichen den Charakter des Unverständlichen giebt, verknüpft der Alkoholiker seine Delirien mit der Wahrnehmung: er benennt die Personen mit ganz bestimmten Namen auf Grund irgend eines Merkmals, oft mit ganz heterogenen Bezeichnungen. Er hat Angst vor genau specificirten Martern und Qualen; er kennt genau die Stimmen, die er hört; er fabulirt allerlei Erlebnisse. Seine Handlungen sind aber nicht bloss Reactionen auf Sinnestäuschungen, vielmehr ist ihm ein primärer Bewegungsdrang eigen. Auch äussert er oft hochgradige Angst, unabhängig von dem Inhalt der Vorstellungen. Ein wesentliches Hülfsmittel zur Diagnose sind endlich die körperlichen Erscheinungen: weiss belegte Zunge mit eigenthümlichem Foetor, Tremor der Zunge und oft eine hierdurch bedingte Sprachbehinderung, Zittern der Hände, eventuell Eiweissgehalt des Urins. Der Verlauf des Delirium beansprucht im Allgemeinen kürzere Zeit und schliesst oft ziemlich plötzlich ab, z. B.

nach einem tiefen Schlafe; Klarheit und Einsicht kommen dann sehr rasch, spätestens in einigen Tagen.

Psychosen auf dem Boden chronischer Intoxicationen (Morphinismus, Cocainismus etc.) oder acuter Vergiftungen (z. B. Jodoform) kommen seltener vor und werden wohl meist durch Anamnese und körperlichen Befund zu erkennen sein. Zur Abgrenzung des psychischen Symptomencomplexes fehlen mir eigene Erfahrungen.

Der rasche Ablauf des besprochenen Krankheitsbildes lässt uns an die Frage herantreten, ob es sich keineswegs um eine einfache abgeschlossene Psychose, sondern um einen Abschnitt eines periodischen Irreseins handelt. Das vorgesetzte Alter würde dem Beginn eines solchen nicht direct widersprechen, und in der That haben die delirösen Formen periodischer Geistesstörung¹⁾ grosse Aehnlichkeit mit meinen Fällen. Bei ihnen lässt sich aber stets eine psychopathische Veranlagung, meist auf hereditärer Basis, nachweisen; dagegen fehlt eine specielle Aetiologie für den einzelnen Anfall. Es fehlt daher auch das depressive Prodromalstadium. Der Anfall selbst ist stürmischer und schliesst rascher ab; die charakteristische Verwirrung der Wahrnehmung, die von den Kranken selbst empfunden wird, und die langsame, ich möchte sagen, psychologische Aufklärung ist nicht zu beobachten.

Es erübrigt nunmehr, das Verhältniss des von mir geschilderten Krankheitsbildes zu jenen Psychosen zu besprechen, welche von Kraepelin als „acute Erschöpfungszustände“ zusammengefasst sind.²⁾ Hinsichtlich der Krankheitsdauer scheint es dem Collapsdelirium nahe zu stehen. Dieses aber entsteht nicht durch eine von langer Hand vorbereitete Schwächung, sondern durch eine ganz acut wirkende tiefgreifende Schädlichkeit, deshalb ohne Prodrome. Die Verwirrtheit ist hochgradiger und erstreckt sich auf alle psychischen Vorgänge; es besteht lebhafte Ideenflucht und elementarer Bewegungsdrang; man findet besonders starke Reizerscheinungen, massenhafte Hallucinationen, Delirien etc. Der Verlauf ist auch im Allgemeinen kürzer und die Aufklärung unmittelbarer.

Die Dementia acuta ist gekennzeichnet „durch die rasche Ausbildung einer tiefgreifenden Lähmung aller höheren psychischen Functionen“³⁾), also nach Intensität und Extensität der Verwirrenheit überlegen. Bei dieser sind die Reden und Handlungen des Kranken

1) Kirn, Die periodischen Psychosen. — Stuttgart 1881. — Kraepelin l. c. S. 349.

2) Kraepelin l. c. S. 254.

3) Kraepelin l. c. S. 267.

„sinnlos“ nur für den Beobachter, der eben nicht weiss, durch welche Siunestäuschungen der Kranke geleitet wird; in Wirklichkeit besteht aber kein gänzliches Auseinanderfallen des psychischen Mechanismus.

Dass es bei unseren Patientinnen sich nicht um Abortivfälle der gewöhnlichen Verworrenheit handele, wie sie bereits 1875 von Fürstner¹⁾ bei Aufstellung des Krankheitsbildes beschrieben worden sind, geht aus der ganzen dort gegebenen Schilderung hervor, welche auf meine Fälle nicht passt. Manchen von diesen sehr nahe steht die „asthenische Verworrenheit“, welche Kraepelin²⁾ früher als besondere Form aufgestellt, später aber wieder mit der Amentia vereinigt hat³⁾. Im Einzelnen giebt ein Vergleich aber zahlreiche Unterschiede, welche die Identität meiner Fälle mit jenem Krankheitsbilde, trotz naher Verwandtschaft, ausschliessen.

Der Factor, welcher die Scheidung meiner Fälle von der typischen Verworrenheit prinzipiell begründet, ist das Lebensalter. Es ist mir keine Beobachtung eines typischen Falles in dem Alter, in welchem meine Kranken standen, bekannt geworden. Nach Meynert⁴⁾ kommt die Amentia vom 16.—30. Jahre vor; Konrád⁵⁾ erweitert die Grenze bis zum 40. Jahre, nach welchem sie selten, nach dem 50. Jahre nur vereinzelt auftrete. Wille⁶⁾ sah sie auch zwischen 50 und 60 Jahren und darüber. Seine Schilderung der Krankheit⁷⁾ steckt aber sehr weite Grenzen, gestattet die Zusammenfassung von Fällen recht verschiedenartigen Verlaufes und lässt nicht erkennen, ob die späten Fälle, die er gesehen hat, wirklich typische gewesen sind oder in die Kategorie der meinigen gehören. Später im Senium kommen nach Fürstner⁸⁾ wieder Fälle der gewöhnlichen Art vor, und solche habe ich auch selbst gesehen.

Auf der anderen Seite habe ich einen Fall, welcher wirklich in das von mir geschilderte Krankheitsbild passt und in jüngerem Alter

1) Fürstner, Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. — Dieses Archiv 1875, V. Bd. S. 535.

2) Kraepelin, Compendium der Psychiatrie. 2. Aufl. S. 272.

3) Kraepelin, Lehrbuch S. 262.

4) Meynert, Die Amentia. Jahrb. f. Psych. IX. 1890. S. 101.

5) Konrád, Zur Lehre von der acuten hallucinatorischen Verworrenheit. Dieses Archiv 1885. XVI. S. 540.

6) Wille, Die Lehre von der Verwirrtheit. Dieses Archiv 1888. XIX. S. 334.

7) Wille l. c. S. 338f.

8) Fürstner, Archiv XX. S. 465.

(vor dem Klimakterium) aufgetreten wäre, weder selbst beobachtet, noch in der Litteratur auffinden können.

Wenn es nun richtig ist, dass die typische hallucinatorische Verworrenheit zwischen dem 50. und 60. Lebensjahre nahezu fehlt, während die von mir beschriebene Form nicht so selten zu sein scheint, so glaube ich annehmen zu dürfen, dass es sich um verschiedene Erscheinungsformen desselben pathologischen Proesses handelt, von denen die eine durch acute Schädigung des rüstigen Gehirns, die andere durch länger dauernde ungünstige Einflüsse bei abnehmender Leistungs- und Widerstandsfähigkeit entstanden ist. Erscheint es doch leicht verständlich, dass psychisch wie somatisch die beginnenden Altersveränderungen auf die Erscheinungsweise der Geisteskrankheiten von Einfluss sind. In diesem Sinne spreche ich von einer „klimakterischen Form der Verworrenheit“, wobei ich mir aber recht wohl bewusst bin, dass wahrscheinlich nicht das Klimakterium, sondern das Lebensalter von specifischem Einfluss ist.

Wer eine solche Benennung nach ätiologischen Momenten verpönt und eine symptomatische Bezeichnung vorzieht, mag im Gegensatz zu der gewöhnlichen „hallucinatorischen Verworrenheit“ mit Rücksicht auf das wesentlichste Symptom den Namen „illusionäre Verworrenheit“ wählen. Das Vorherrschen des einen oder anderen Symptomes ist hierbei aber nach meiner Auffassung nicht massgeblich: das Wesen und der Sitz der Erkrankung ist, wie ich glaube, bei beiden Formen derselbe.

„Zum Schluss sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Chef, Herrn Hofrath Professor Dr. Fürstner, für die Ueberlassung der Fälle und seine freundliche Unterstützung bei Auffassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.
