

XI.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Jena.
(Prof. Binswanger.)

Ueber Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia.

Von

Dr. Th. Ziehen,

Privatdocent an der Universität Jena.

(Schluss.)



3. Paranoia mit dominirender primärer Incohärenz (dissociative Form).

Seitdem man überhaupt das Vorkommen einer primären Verrücktheit festgestellt hatte (Ellinger, Snell, Griesinger, Westphal, Hertz), vollzog sich der weitere Ausbau der Lehre von der Verrücktheit in zwei Richtungen. Die eine, von vielen Schülern Westphal's*) vertretene, versteht unter Paranoia die intellectuelle Psychose überhaupt (Idioteonal insanity, Maudsley**). Dieselbe sollte ihre Symptome im Wesentlichen nach 2 Dimensionen oder Richtungen entwickeln, nämlich erstens in der Richtung primärer Wahnvorstellungen (Paranoia simplex) und zweitens in der Richtung mannigfacher Hallucinationen und Illusionen (Paranoia hallucinatoria). Letztere geben selbstverständlich ihrerseits zu secundären Wahnvorstellungen Anlass. Weiterhin nahm man meist an, dass die einfache Paranoia selten oder niemals acut auftrete, während die hallucinatorische Paranoia sowohl acut wie chronisch auftritt***). Die andere

*) Naturforschervers. in Hamburg 1870. Vergl. auch Samt, welcher wohl zuerst die Bezeichnung „hallucinatorische Verwirrtheit“ eingeführt hat (Vortrag in der Berliner psych. Gesellsch.). Hertz, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 34.

**) Die weitere Eintheilung Maudsley's, namentlich die Zurechnung der Melancholie zu den intellectuellen Psychosen, erregt freilich die größten Bedenken. Vgl. auch Laycock's Unterscheidung von Emotinal insanity und national insanity (Principles and methods etc. 1864).

***) Am schärfsten hat dies Mendel (Eulenburg's Realencyclopaedie)

Richtung trennte die acute hallucinatorische Form ganz von der Paranoia ab und belegte sie mit dem Namen „Wahnsinn“ oder anderen Bezeichnungen. Beiden Richtungen ist gemeinsam, dass das Symptom der Incohärenz des Vorstellungsablaufs, welches in neuerer*) Zeit sehr oft als Hauptsymptom einer acuten Psychose beobachtet wurde, stets als secundär aufgefasst wurde. Bald sollte die Incohärenz aus hochgradiger Ideenflucht, bald aus massenhaften Sinnestäuschungen und primären Wahnideen, bald aus secundärem Schwachsinn, bald aus einer unbestimmten „Bewusstseinstrübung“ hervorgehen. Die Auffassung dieser acuten Psychose mit dominirender, fälschlich stets als secundär aufgefasster Incohärenz schwankt im Einzelnen sehr. Die Wiener Schule (Meynert**), Fritsch***), Konrád†), Schlangenhäusen†), Salgó†††) beschrieb diese Form als „acute hallucinatorische Verworrenheit“ und führte dieselbe auf Hallucinationen und eine pseudaphasische Störung zurück. Konrád äussert geradezu: „Eine Fülle von Hallucinationen, dem Inhalt und der Art nach verschieden, wirkt auf das Bewusstsein der Kranken. . . . Die Verwirrtheit musste zu Stande kommen.“ Fritsch betonte speciell

ausgesprochen. Ich möchte hier noch hervorheben, dass in der Psychiatrie in ziemlich misslicher Weise eine acute Psychose sowohl eine acut einsetzende wie eine im Ganzen acut verlaufende bezeichnen kann. Eine chronische einfache Paranoia kann z. B. sehr wohl ziemlich acut einsetzen, und andererseits, wie schon Wille hervorhebt, eine acute Paranoia chronischen Beginn zeigen. Vgl. Rabagliati, Journ. of ment. sc. 1878. — Uebrigens stellt das *Délire d'emblé* der Hereditarier meist eine acute einfache Paranoia dar.

*) Die ältere Psychiatrie kannte diese Krankheitsform fast gar nicht; sie identificirte die Verwirrtheit meistens mit erworbenem (secundärem) oder angeborenem Schwachsinn. Esquirol erwähnt zwar eine acute heilbare Verwirrtheit, bezeichnet sie jedoch als selten. Guislain's Auffassung wurde bereits erwähnt. Von den älteren deutschen Autoren scheint nur Bird eine heilbare Psychose mit dem Hauptsymptom der Incohärenz als eigene Form gekannt zu haben (Amelung und Bird, Beitr. z. Lehre v. den Geisteskrankh. 1832. Bd. 2. S. 167 über Moria; S. 306 wird freilich die Moria wieder nur als Ausgang des Wahnsinns bezeichnet.)

**) Vgl. namentlich: Die acuten hallucinatorischen Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. Jahrb. f. Psychiatrie II. 2 und 3. S. 181. Centralbl. für Psychiatrie 1874.

***) Jahrb. f. Psychiatrie II. 1. S. 27. Die Verwirrtheit.

†) Dieses Archiv Bd. XVI.

††) Beitrag zur Casuistik der pseudaphasischen Verwirrtheit II. 2 und 3. S. 196.

†††) Compendium, S. 283 ff.

noch das Moment der Bewusstseinsstörung und der Unklarheit des Urtheils. Erst in seinen neuesten Vorlesungen *) erkennt Meynert an, dass es auch eine nicht durch Hallucinationen bedingte Form der Verwirrtheit giebt; hier erscheint die hallucinatorische Verwirrtheit als „die häufigste Einzelform“ einer grösseren Krankheitsgruppe, welche durch Associationsmangel charakterisirt ist, der „Amentia“. Fürstner**) bezeichnete die in Rede stehende Form geradezu als „hallucinatorisches Irresein“. Schäfer***) lässt sich in seiner Beschreibung der „primären Verwirrtheit“ gar nicht auf eine genauere Analyse der Symptome („Incohärenz des Denkens, Verworrenheit, Hallucinationen, unverbundene Wahnvorstellungen“) ein; er betrachtet die ganze Psychose überhaupt nur als eine abgekürzte *Vesania typica*. Mayser†) betonte die hallucinatorische Genese, zog aber durch die Bezeichnung „acutes asthenisches Delirium“ den ätiologischen Factor noch hinein. Auch Kraepelin's††) „asthenische Verwirrtheit“ ist wesentlich auf ätiologische Momente basirt. Die Bedeutungslosigkeit der Sinnestäuschungen wird anerkannt, hingegen der primäre Charakter der Verwirrtheit gar nicht gewürdigt. Auch Wille†††), dem wir neben Meynert die beste klinische Darstellung der Psychose mit dominirender Incohärenz verdanken, betont zwar ausdrücklich den dominirenden Charakter der Incohärenz in diesen Fällen und lehnt auch ausdrücklich die ausschliessliche Zurückführung auf Sinnestäuschungen als gewaltsam ab, aber auch er meint die Incohärenz aus einem anderen Moment erklären zu müssen. Er muthmasst, dass die „Bewusstseinsstörung“ und die Sinnestäuschungen sich in die führende Rolle theilen. Krafft-Ebing, Schüle und viele Autoren*) reihen die bez. Fälle zum Theil dem hallucinatorischen Wahnsinn, zum Theil dem sehr unbestimmten Begriff des

*) Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. 1890.

**) Dieses Archiv Bd. V.

***) Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 36. S. 253. Die Bezeichnung primär bei Schäfer soll nicht ausdrücken, dass die Incohärenz in unserem Sinn, also allgemein-psychopathologisch primär ist, sondern nur hervorheben, dass die ganze Erkrankung nicht ein secundäres Stadium einer anderweitigen Psychose (also namentlich kein secundärer Schwachsinn) ist. Ebenso braucht Wille die Bezeichnung secundäre Incohärenz für die schwachsinnige Incohärenz, welche das Ausgangsstadium primärer Psychosen bildet.

†) Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 42.

††) Psychiatrie S. 272.

†††) Dieses Archiv Bd. XIX.

*) Z. B. auch Blandford, *Insanity and its treatment*. Derselbe unter-

sogenannten Delirium acutum ein, andere*) wiederum der Manie. Demgegenüber geht mein Nachweis dahin, dass

1. ausser der secundären Verwirrtheit oder Incohärenz (als Symptom) auch eine primäre existirt,

2. dass die sogenannte Bewusstseinsstörung nur eine Theilerscheinung dieser Incohärenz ist und ebenso auch die sogenannte Pseudoaphasie,

3. dass die primäre Incohärenz theils in intercurrenten Anfällen, theils als dominirendes dauerndes Krankheitssymptom bei Paranoia vorkommt.

Dieser letzte Nachweis, dass es eine specielle Form der Paranoia giebt, in welcher diese primäre Incohärenz dauernd das ganze Krankheitsbild beherrscht und Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen nur eine begleitende Nebenrolle spielen, soll jetzt noch geführt werden. Es wird sich hieraus dann ganz von selbst ergeben, dass die von früheren Autoren geschilderten Verwirrheitsfälle in zwei Gruppen zerfallen, eine erste, bei welcher die Incohärenz die secundäre Folge von Hallucinationen ist, und eine zweite, bei welcher sie primär ist**). Ich sehe keinen Grund, die erstere Form von der acuten hallucinatorischen Paranoia zu trennen, während die letztere in der That im Gebiete der Paranoia eine Sonderstellung beansprucht.

Ich führe zunächst einen typischen Fall der acuten Paranoia mit dominirender primärer Incohärenz an.

Beobachtung 12. H. H., Gastwirthsfrau, geboren 1855. Väterlicherseits keine Belastung. Die Mutter starb an einem „Nervenfieber mit Irrreden“. Der Vater der Mutter war geisteskrank. Acht Geschwister sind geistes- resp. nervengesund. Keine Kindernervenkrankheiten. Mässig veran-

scheidet: 1. Monomania, 2. Acute mania (noisy but conscious), 3. Acute delirium (noisy and unconscious). Vergl. auch Maudsley, Journ. of ment. sc. 1868, welcher von einem „acute maniacal delirium“ spricht („entire incoherence, apparent unconsciousness of what is going on around“).

*) So z. B. Mendel Auch Snell's „Manie mit Verwirrtheit“ (Allg. Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 29. S. 244) mit „Störung der Continuität des Selbstbewusstseins“ schliesst offenbar hierher gehörige Fälle ein. Die französischen und englischen Autoren rechnen unsere Psychose fast ausnahmslos zur Manie, doch findet sich bei Falret (Annal. méd.-psych. 1861. p. 160) schon die richtige Erkenntniss, dass diese Formen der „manie suraigue“ von der Manie ordinaire oft ganz verschieden sind.

**) Wille's Unterscheidung einer sensoriiellen resp. hallucinatorischen und einer intellectuellen resp. delirirenden Form seiner Verwirrtheit (l. c. S. 344) deckt sich hiermit nicht.

lagt. Im 20. Lebensjahr, nach dem Tod beider Eltern sehr verstimmt. 1883 Heirath. Glückliche Ehe. Drei normale Wochenbetten. August 1890 abermalige Conception, im Anschluss an dieselbe leichte Angst und innere Unruhe, die nach ca. 6 Wochen verschwand. Hallucinationen bestanden damals nicht. Eine leichte Charakterveränderung im Sinne einer mässigen Exaltation blieb zurück. Ende April 1891 Zangengeburt: Das Kind starb intra partum. Starker Blutverlust, in den ersten Tagen mässiges Fieber. Bereits am 10. Tag stand die Kranke wieder auf und betheiligte sich an den häuslichen Arbeiten. 14 Tage nach der Geburt im Anschluss an starke bis in die Nacht hinein ausgedehnte Ueberarbeitung plötzlicher Krankheitsausbruch: die Kranke hatte sich nach Mitternacht halb ohnmächtig zu Bett gelegt, am folgenden Morgen erwachte sie mit heftiger Angst und klagte, sie werde wohl wieder wie im letzten August erkranken. Schon in wenigen Tagen entwickelte sich eine schwere tobsüchtige Verwirrtheit, welche nur gelegentlich von stundenweisen Erschöpfungszuständen unterbrochen wurde. Völlig schlaf- und appetitlos. Ausgesprochene Obstipation. In den Speisen vermuthete die Kranke Gift. 14 Tage vor der Aufnahme sollen auch Visionen, einige Tage vor der Aufnahme Akoasmen (namentlich Schüsse) vereinzelt aufgetreten sein. Am 16. Juni 1891 erfolgte die Aufnahme in die Anstalt. Die körperliche Untersuchung ergab: eine sehr belegte Zunge, eine leichte Steigerung der Sehnenphänomene, allgemeine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, keine besonderen Druckpunkte. Psychischer Status: Patientin liegt meist, oft wirft sie sich hin und her, zuweilen klettert sie aus dem Bett. Gesichtsausdruck müde, oft ängstlich. Sie verunreinigt sich mit Koth und Urin. Gang taumelnd. Patientin fällt beim Gehen meist nach rechts und hinten, Drehungen vermag sie allein nicht auszuführen, sie macht nur ganz kleine Schritte. Sie muss gefüttert werden. Dabei beisst sie gelegentlich nach dem Finger der Wärterin statt nach dem Bissen. Den ihr gereichten Becher fasst sie ganz ungeschickt an, bringt ihn erst nach manchen Fehlversuchen an die Lippen und lässt ihn schliesslich fallen. Mehrmals urinirte sie in die Stube. Die Augen sind meist geschlossen. Oft zittern alle Glieder. Einfachste Gegenstände bezeichnet sie richtig. Den Arzt erkennt sie anfangs als solchen, später bezeichnet sie ihn als Postmeister. Die Krankenschwester erkennt sie ebenfalls nur anfangs als solche, später nicht mehr. Patientin glaubt in Sömmerda in einem Bauernhaus zu sein. Mitunter wiederholt sie eine Frage mehrmals, ohne zu antworten. Die Jahreszahl wird nach manchem „Ich weiss nicht“ schliesslich richtig angegeben. Die spontanen Aeusserungen der Kranken beschränken sich meist auf unarticulirtes Jammern und Wimmern, abortive Mundbewegungen und einzelne incohärente Sätze und Worte. Häufig Anakoluthe. „Ach Gott, habe ich den Namen vergessen. Ach, wenn ich das gewusst hätte. Ich hab' nicht gestohlen. Ich bin — ach du lieber Gott — wie sie hiessen, die Leute — so sehr — ich weiss nicht — nein — ach die würden sich wundern — etc.“ Die Articulation ist äusserst undeutlich, oft scheint sie sich zu versprechen oder sinnlos Silben zusammen zu stellen.

Aus dem späteren Verlauf hebe ich, um bei der allgemeinen Symptoma-

tologie mich nicht wiederholen zu müssen, nur Folgendes hervor: 17. Juni schlaflos. Aeussert gelegentlich: ich bin wahnsinnig, ich weiss nicht, ob ich ja oder nein sage. Ich weiss gar nicht, wie lange ich hier bin. Alle Fragen nach Hallucinationen — auch in den klaren Momenten — fallen negativ aus. Die entgegengesetztesten Affecte wechseln mit Affectlosigkeit. 20. Juni. Ab und zu ist Echolalie angedeutet. Bald sagittales Wackeln des Kopfes, bald rücksichtslose Jactation. Löffel, Becher, Nachtgeschirr etc. fasst Patientin verkehrt an. Das Anziehen ihres Hemdes bringt sie nicht zu Stande. Verunreinigungen sind häufig (oft mitten in die Stube). Die Kranke beisst nach Allem, was ihr in das Bett gereicht wird. Menses eingetreten. Abends 38,5°. 22. Juni. Abends 39,0°. Regelloseste Personenverkennungen. Extremste Jactationen. Oefters saugt die Patientin am Betttuch, beisst in die Bettwände und krallt sich an Allem fest. Incohärente stotternde Wortaneinanderreihungen ohne jede Satzconstruction in wenig beschleunigtem Tempo. Opium, Hyoscin, prolongirte Bäder und Einpackungen etc. führen nur zu ganz vorübergehender Somnolenz resp. Beruhigung. 23. Juni Abends 38,7°. 24. Juni Abends 38,8°. 25. Juni Abends 38,5°. 26. Juni Abends 41,2°. Allgemeine Hyperaesthesia. Kniephänomene und Achillessehnenphänomene nicht erhaltlich. Jactationen unverändert. Die incohärenten Worte der Kranken sind meist sinnlose Silbenzusammenstellungen. 27. Juni Abends 40,3°. 28. Juni Abends 39,8°. Collaps. 29. Juni Morgens 38,7°. 9½ Uhr Vormittags Exitus letalis unter den Erscheinungen des Lungenoedemes. Der Sectionsbefund wird an anderer Stelle zu erwähnen sein, vorgreifend erwähne ich nur, dass im Darm Typhusgeschwüre sich nicht fanden.

Es sind nun vor Allem zwei Fragen, welche sich bei Betrachtung dieser und ähnlicher Fälle aufdrängen.

1. Handelt es sich hier um eine wirkliche primäre Incohärenz? und
2. Gehören diese Fälle überhaupt zur Paranoia?

Die erste Frage hat bereits durch frühere Erörterungen ihre Erledigung gefunden. Die retrospective Anamnese, das ganze Gebahren und die psychologische Analyse der incohärenten Reden der Kranken müssen auch hier wieder in jedem einzelnen Fall den Nachweis liefern, dass primäre Verwirrtheit besteht resp., dass Hallucinationen und Wahnideen fehlen oder zur Erklärung der Incohärenz nicht ausreichen. Der Versuch, die Incohärenz auf eine undefinirbare Bewusstseinsstörung zurückzuführen, ist gleichfalls durch frühere Erörterungen bereits widerlegt: die Bewusstseinsstörung oder Unorientirtheit ist nicht die Ursache, sondern lediglich eine Theilerscheinung der Incohärenz.

Einer neuen Erörterung bedarf die zweite Frage: Gehören diese Fälle mit dominirender Incohärenz, wie wir in der Erörterung zunächst stets voraussetzten, denn auch wirklich zur Paranoia? Oder

soll aus ihnen eine ganz neue Psychose gebildet werden? Ein Wort kann beliebig defnirt werden. Je nachdem man die Definition der Paranoia weiter oder enger fasst, wird man unsere Fälle mit primärer Incohärenz zur Paranoia rechnen oder nicht. Aber diese Wortfrage ist ganz unfruchtbar. Die thatsächliche Frage lautet offenbar so: haben unsere Fälle mit dominirender Incohärenz und die Fälle mit dominirenden Hallucinationen und die Fälle mit dominirenden primären Wahnideen unter einander eine besondere Verwandtschaft? Verwandtschaft klinischer Krankheitsformen kann sich offenbar ausdrücken namentlich:

1. in durchgängiger Gemeinsamkeit wichtiger Hauptsymptome;
2. in zeitweiser vicariirender Vertretung untereinander;
3. in häufigem Uebergang einer Form in die andere;
4. in der Existenz einer continuirlichen Reihe von Zwischenstufen.

Nur wo diese Momente vorhanden sind, wird man eine Verwandtschaft der verschiedenen Formen annehmen und sie unter einen gemeinsamen Gattungsbegriff zusammenfassen dürfen. Ich gestatte mir, dies zunächst auf die Frage anzuwenden, ob die sogenannte acute hallucinatorische Paranoia (Westphal, Meynert's und Krafft-Ebing's hallucinatorischer Wahnsinn, Mendel's Mania hallucinatoria etc.) und die einfache chronische Paranoia mit Recht unter einem Gattungsbegriff vereinigt sind. Zunächst ist die Gemeinsamkeit eines Hauptsymptoms, nämlich der Wahnvorstellungen, entschieden nicht zu bestreiten: es giebt kaum eine einfache chronische Paranoia, welche nicht gelegentlich Hallucinationen zeigte und umgekehrt, kaum eine hallucinatorische acute Paranoia, welche nicht gelegentlich primäre Wahnvorstellungen hervorbrächte. In der That ist gerade eine Jahre hindurch fortgesetzte Beobachtung chronischer „nicht-hallucinatorischer“ Paranoiefälle sehr instructiv. Erst kürzlich konnte ich unzweifelhafte Hallucinationen bei einem Falle feststellen, der über 10 Jahre ohne Hallucinationen verlaufen war. Auch bei dem sogenannten Querulantenwahnsinn, welcher nach den Lehrbüchern unter allen Formen der Paranoia wohl am wenigsten zu Hallucinationen tendirt, lässt sich bei vorsichtigem Examen oft eine sichere Hallucination feststellen. Noch bemerkenswerther ist, dass im Verlauf der einfachen chronischen Paranoia und zwar auch in den spätesten Stadien noch plötzlich acute hallucinatorische Anfälle auftreten können, welche in ihrem Symptomencomplex von einer gewöhnlichen acuten hallucinatorischen Paranoia kaum abweichen. Endlich kommt es bei dieser einfachen chronischen Paranoia nicht selten zu

einem wohlausgebildeten secundären hallucinatorischen Stadium*). Die umgekehrte Thatsache, dass die acute hallucinatorische Paranoia auch primäre, d. h. nicht aus Hallucinationen secundär entstandene Wahnvorstellungen hervorbringt, ist bei einigermaßen sorgfältiger Beobachtung so augenfällig, dass es hierüber einer besonderen Darlegung nicht bedarf. Besonders erwähnen will ich nur, dass die acute hallucinatorische Paranoia zuweilen auch intercurrente mehrtägige Anfälle zeigt, in welchen keine Hallucinationen, sondern nur primäre Wahnideen gebildet werden**), sowie, dass bei der acuten hallucinatorischen Paranoia vor der Genesung ab und zu ein secundäres monatelanges Stadium ohne alle Hallucinationen mit fixen systematisirten, von früheren Hallucinationen grösstentheils unabhängigen Wahnideen auftreten kann***). In sehr überzeugender Weise lehrt auch die Beobachtung mancher Fälle des sogenannten Délire d'émblée, wie nah verwandt Sinnestäuschungen und Wahnideen sind. In den unheilbaren Fällen der acut eingesetzten hallucinatorischen Paranoia erfolgt bald Uebergang in eine chronische einfache Paranoia mit gelegentlichen Hallucinationen, bald öfter in eine chronische hallucinatorische Paranoia. Endlich existiren zahlreiche Formen, in welchen von Anfang an der Verlauf ein mehr chronischer ist und Hallucinationen und primäre Wahnvorstellungen für die Gestaltung des Krankheitsbildes ungefähr gleich wichtig sind. Bei Erwägung aller dieser Thatsachen wird man die Zusammenfassung der acuten und chronischen hallucinatorischen Paranoia und der chroni-

*) Schüle, Klinische Psychiatrie S. 152 bezeichnet dies als „secundären hallucinatorischen Wahnsinn“. Ausdrücklich ist hervorzuheben, dass es sich hier durchaus nicht einfach um eine nachträgliche hallucinatorische Ausgestaltung alter primärer Wahnideen, sondern häufig um hallucinatorische Neuschöpfungen handelt.

**) Fürstner (Dieses Archiv Bd. V. S. 540) verwirft bei Besprechung seines acuten „hallucinatorischen Irreseins der Wöchnerinnen“, zu welchem er übrigens wohl auch manche Paranoia dissociativa gerechnet haben mag, die Zugehörigkeit zur Paranoia namentlich deshalb, weil er niemals Wahnideen habe produciren hören. Es ist hiergegen einzuwenden, dass die secundäre Incohärenz und Ideenflucht dieser Kranken Wahnvorstellungen auf der Höhe der Erregung nicht oder selten zu Stande kommen lässt; in den gelegentlichen Remissionen habe ich Wahnideen, primäre ebensowohl wie aus früheren Hallucinationen entstandene öfters äussern hören, und zwar sowohl Grössenideen („Prinzessin von der Kunitzburg“) wie Verfolgungsideen.

***) Auch diese nicht seltene Verlaufsart erwähnt Schüle ausdrücklich l. c. S. 180.

schen einfachen Paranoia unter dem gemeinsamen Gattungsnamen Paranoia wohlberechtigt finden.

Wenn in dieser Weise schon die Verwandtschaft der hallucinatorischen und der primär-wahnhaften Formen zuzugeben ist, so gilt dies noch weit mehr von der hallucinatorischen Form und der primär-incohärenten Form. Beide sind unzweifelhaft eng verwandt. Es zeigt sich jetzt die volle Wichtigkeit des oben geführten Nachweises, dem zufolge primäre Incohärenz auch als intercurrentes Symptom bei der acuten hallucinatorischen Paranoia (und auch bei den chronischen Formen) sehr häufig ist. Nimmt man hierzu die weitere Thatsache, dass bei der Form mit dominirender Incohärenz Hallucinationen intercurrent ebenfalls vorkommen, erwägt man weiterhin, dass primäre Wahnvorstellungen und namentlich illusionäre Auslegungen beiden Formen zukommen, so wird man wohl von einer Gemeinschaftlichkeit der Hauptsymptome reden dürfen. Für das vicariirende Auftreten beider Formen liefert die periodische Paranoia sehr bezeichnende Beispiele. Das Uebergehen der incohärenten Formen in die hallucinatorische und umgekehrt ist als häufiges Vorkommniss bei Besprechung des Verlaufs besonders zu erwähnen. Auch die Existenz einer continuirlichen Reihe von Zwischenstufen wird durch die klinische Beobachtung sicher dargethan. Alle Kriterien also, welche für die Verwandtschaft zweier Psychosen existiren, treffen hier im vollsten Masse zu. Die Zusammengehörigkeit der acut hallucinatorischen Form und der incohärenten Form ist unzweifelhaft. Wird also die erstere, wie unsere obige Ueberlegung wenigstens als zweckmässig nachgewiesen hat, zur Paranoia gerechnet, so gehört auch die Form mit dominirender Incohärenz zur Paranoia. Ich schlage für diese Form die Bezeichnung Paranoia dissociativa vor.

Ausdrücklich verwahre ich mich gegen die Annahme, dass hiermit eine neue Krankheitsform absolut scharf umschrieben sei. Vielmehr beanspruche ich für die Form mit dominirender Incohärenz nur eine ähnliche Stellung wie für die Form mit dominirenden Hallucinationen, die Paranoia hallucinatoria acuta. Auch diese letztere lässt sich nicht scharf gegen andere Paranoiaformen abgrenzen. Unsere klinischen Beobachtungen lassen sich vielmehr nur dahin zusammenfassen: Die Paranoia entwickelt ihre Symptome vorzugsweise in drei Richtungen, nämlich erstens nach der Seite von Hallucinationen, zweitens nach der Seite von primären Wahnvorstellungen und drittens nach der Seite einer primären Incohärenz. Es giebt Paranoiafälle, welche alle drei Symptome in einer fast gleichen Mischung zeigen. Dies ist jedoch selten, meist dominirt das eine der drei Symptome

entschieden, und danach kann man drei Hauptformen der Paranoia herausgreifen:

1. Paranoia simplex mit dominirenden primären Wahnideen*),
2. Paranoia hallucinatoria mit dominirenden Sinnestäuschungen,
3. Paranoia dissociativa mit dominirender primärer Incohärenz oder Dissociation.

Man wird es nur natürlich finden, dass die Paranoia, diese intellectuelle Psychose *κατ' ἐξοχήν*, nicht ein Gebiet des intellectuellen Lebens, die Ideenassociation ganz verschont, sondern ebenfalls und zwar primär in Mitleidenschaft ziehen kann.

Nachdem so die Stellung der Paranoia dissociativa im System festgestellt ist, wende ich mich zunächst zu einer eingehenderen Darlegung der Aetiologie, der Symptomatologie, des Verlaufs, der Differentialdiagnose, der Prognose und Therapie. Bei Gelegenheit der Erörterung der Differentialdiagnose werde ich Gelegenheit haben, nochmals die Stellung der Paranoia mit Incohärenz zu einer Reihe anderer, theils hypothetischer, theils wirklich existirender klinischer Krankheitsformen zu erörtern.

Aetiologie.

Um das Bild der dissociativen Form der Paranoia möglichst rein zu gewinnen, habe ich mich bei Feststellung der aetiologischen Momente auf diejenigen Fälle beschränkt, in welchen die primäre Incohärenz in ausgeprägteste und fast ausschliessliche Weise das Krankheitsbild beherrscht. Solcher Fälle kamen in hiesiger Anstalt in den Jahren 1883—1891 25 (7 Männer, 18 Frauen) zur Beobachtung. Die überwiegende Betheiligung des weiblichen Geschlechtes ergibt sich also hier ganz ähnlich wie bei den Formen mit intercurrenter Ideenflucht. In 6 Fällen trat die Krankheit zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr, in 3 Fällen nach dem 60. Lebensjahr auf. Schwachsinn, Hysterie,

*) Sehr wahrscheinlich ist mir übrigens, dass manche sogenannte primäre Wahnvorstellungen der einfachen chronischen Paranoia trotz ihrer späteren systematischen Ausbaue psychologisch durch eigenthümliche Störungen der Ideenassociation, also auch in Folge leichter Dissociation entstehen. Die von uns betrachteten Associationsstörungen betrafen lediglich die Geschwindigkeit oder äusserten sich in einer regellosen Abweichung von der normalen Association. Ich kann mir sehr wohl denken und glaube nach Selbstschilderungen von Kranken bestimmt annehmen zu dürfen, dass viele Wahnvorstellungen dadurch entstehen, dass gewisse Factoren der Ideenassociation in regelmässiger und constanter Weise einseitig überwiegen.

Epilepsie oder Alkoholismus lag in keinem Fall vor. Der Einfluss der hereditären Belastung, welcher namentlich im Hinblick auf die Differentialdiagnose gegenüber dem sogenannten erblich degenerativen Irresein von Wichtigkeit ist, ergibt sich aus den folgenden Zahlen:

Keine erbliche Belastung . . 6 Fälle = 24 pCt.

Erbliche Belastung 13 „ = 52 „

Schwere erbliche Belastung . 6 „ = 24 „

Die Fälle mit convergenter Heredität wurden ausnahmslos als „schwer belastet“ gerechnet. Besonders hebe ich hervor, dass die Nachforschungen nach erblicher Belastung in sämtlichen 25 Fällen peinlich genau angestellt worden sind. Namentlich wurden die Angaben der Angehörigen stets noch durch nachträgliche specielle Erkundigungen bei dem Ortsgeistlichen oder Arzt controlirt resp. vervollständigt. Ich kann deshalb mit grosser Bestimmtheit versichern, dass in den als „nicht belastet“ aufgeführten Fällen thatsächlich eine Belastung nicht vorliegt. Es würde sich weiterhin fragen, wie oft progressive erbliche Belastung, also erbliche Degeneration im Sinne eines Morel, Moreau de Tours, Foville, Legrand du Saulle u. A. vorliegt. Leider sind nun die Kennzeichen dieser letzteren noch sehr unsicher. Zahlreichere und ausgeprägtere somatische sogenannte Stigmata hereditatis fanden sich in 6 Fällen, psychische in keinem einzigen. Ein periodischer Verlauf findet sich in einem, ein circulärer gleichfalls in einem, ein recidivirender in 5 Fällen. Dass aus Periodicität nicht ohne Weiteres in jedem Fall auf erbliche Belastung oder gar erbliche Degeneration geschlossen werden darf, hat schon Mendel betont*). Ueberhaupt scheint es mir bedenklich, erbliche Degeneration anzunehmen, wenn nicht schwerere psychopathische Erscheinungen schon im Kindesalter sich nachweisen lassen. Unter jenen 25 Fällen gelang dieser Nachweis nur in zweien. Ein etwas erregbares Temperament wird in 7 Fällen angegeben. Begabung unter dem Durchschnitt ist in 3 Fällen notirt; alle drei sind jedoch von Debilität noch weit entfernt. Controlerhebungen über erbliche Belastung bei der typischen acuten hallucinatorischen und bei der chronischen einfachen Paranoia haben nur wenig abweichende Zahlen ergeben.

In 6 Fällen war ein Zusammenhang mit dem Puerperium nachweisbar. Die Psychose trat am 3. resp. 10. resp. 14. Tag resp.

*) Vergl. auch Meynert, welcher auch der periodischen Amentia im Gegensatz zur periodischen Manie Heredität abspricht. (Klinische Vorlesungen S. 121).

5 Wochen resp. 3 Monate nach der Geburt ein; im 6. Fall kommt eine $\frac{3}{4}$ jährige Laktation in Betracht. Schwere körperliche oder geistige Erschöpfung spielt bemerkenswerther Weise nur in einem einzigen Falle, in welchem Empyem vorausgegangen war, eine Rolle. Auch in den 5 Puerperalfällen s. str. ist nur einmal ein stärkerer Blutverlust bei der Entbindung notirt; der Verlauf des Wochenbettes selbst bis zur Erkrankung war nur in einem Falle leicht fieberhaft. Der Einfluss einer plötzlichen heftigen Gemüthserschütterung scheint mir in einigen Fällen von wesentlicher Bedeutung. In 2 Fällen brach die Psychose unmittelbar nach einem heftigen Schreck bei vorher gesunden, allerdings erblich belasteten Individuen aus. In 5 Fällen gingen anderweitige Gemüthserschütterungen voraus. Bei einem Viertel der Fälle kommt vielleicht noch ein anderes Moment in Betracht: Es handelte sich um Personen, welche sowohl ihrer Bildung, wie namentlich ihrem Charakter und ihren Neigungen nach in ihre Umgebung nicht hineinpassten.

Syphilis war in keinem Fall, infantile Hirnerkrankung (ohne bleibende sichtbare Folgen) in einem Fall nachzuweisen. Masturbation scheint in drei Fällen vorgelegen zu haben. Einzelhaft*) könnte in einem Falle in Betracht kommen. Die Reihe der ätiologischen Momente ist hiermit erschöpft. Die Häufigkeit der Paranoia dissociativa wird unten in anderem Zusammenhang zu erörtern sein.

Verlauf.

Der Verlauf der typischen Paranoia dissociativa hat oft etwas ungemein Charakteristisches. Das depressive Vorstadium der Manie fehlt völlig. Vorgetäuscht wird es nur in 4 Fällen dadurch, dass die Trauer über Todesfälle von Angehörigen etc. als ätiologisches Moment in Betracht kommt. Die motivlose initiale Depression der Manie ist hiermit kaum zu verwechseln. In den übrigen Fällen ist der Krankheitsausbruch ausnahmslos ein äusserst plötzlicher. Binnen weniger Stunden entwickelt sich zuweilen das Krankheitsbild zu seiner vollen Höhe. Genauere Nachforschung ergibt jedoch in vielen Fällen, dass eine eigenthümliche psychische Veränderung schon Mo-

*) Einzelhaft erzeugt sonst im Allgemeinen meist die typische hallucinatorische Paranoia (oft mit primären intercurrenten Angstaffecten). Die von Kirn als sehr selten bezeichnete, „acute hallucinatorische Manie“ dürfte sich zum Theil mit schwerer hallucinatorischer Paranoia (mit Ideenflucht), zum Theil mit der dissociativen Form decken. (Berliner klin. Wochenschr. 1888. No. 33. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 45. Beob. 81.)

nate lang, mitunter selbst über ein Jahr lang vorausgegangen ist. Gesteigerte Neigung zu Exaltation, häufig speciell zu religiöser Exaltation ist das markanteste Zeichen derselben. So fiel bei einem Lehrer schon 3 Monate vor seiner plötzlichen Erkrankung auf, dass er im Gegensatz zu seiner früheren Gepflogenheit viel über religiöse Dinge sprach und Abends noch in der Bibel studirte. In seinen Urtheilen war er auffällig exaltirt. Seine Gespräche bekamen etwas Excentrisches. Die Ziellosigkeit seiner Spaziergänge fiel auf. Dabei bestanden keinerlei Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen, sowie keinerlei Intelligenzdefect. Eine leichte gemüthliche Erschütterung führte dann zu plötzlichem Krankheitsausbruch. Bei einer 23jährigen Lehrersfrau fiel nach einer Reise eine leichte, in 4 bis 6 wöchentlichen Intervallen (ohne Zusammenhang mit den Menses) auftretende Veränderung auf. Sie klagte, sie bringe ihre Gedanken nicht zusammen. Zugleich entwickelte sich eine auffällige Schwärmerei für Poesie etc. Ihrem Gatten bezeugte sie ihre Liebe in fast übertriebener Weise. Mit einem früher an ihr nie beobachteten Enthusiasmus redete sie von der „Güte des Menschengeschlechts“ etc. Ein Jahr nach dieser Charakterveränderung, welche zuletzt gleichmässig anhielt und von Niemandem als krankhaft angesehen wurde, hatte Patientin eine normale Geburt. Sie stillte das Kind selbst. 6 Wochen nach der Geburt brach im Anschluss an einen erregten Wortwechsel die Krankheit ganz plötzlich aus. Schon in drei Tagen war die volle Krankheitshöhe erreicht. Ich könnte solche Beispiele häufen. Mitunter wiederholen die Angehörigen in ihrer Anamnese fast wörtlich dieselben Angaben über dies Vorstadium. Bekanntlich zeigen auch andere Paranoiaformen nicht selten ähnliche Vorläufererscheinungen; bei der Manie sind sie selten. Hypochondrische Färbung des Vorstadiums sah ich nur zweimal.

Das erste Symptom der Krankheit selbst ist eine eigenthümliche Incohärenz des Vorstellungsablaufes. Von jenen eigenthümlichen Vorstellungen, welche die acute hallucinatorische Paranoia einleiten („alles erscheint mir so verändert, so seltsam, so zauberhaft; es ist, als müsste etwas Grosses geschehen, als liege etwas in der Luft“), von jenem eigenthümlichen initialen Misstrauen und Gefühl der Unheimlichkeit ist keine Rede. Der gebildeten Kranken „fällt die Correspondenz schwer“; sie verliert den Faden und versetzt und verschreibt die Worte. Die gewöhnlichen Handlungen des Tages verlieren ihren Zusammenhang und ihr Ziel. Eigentliche Angst wird meist bestimmt in Abrede gestellt, wohl aber gelegentlich über „Hitze und Unruhe im Kopf“ geklagt. Ein

unheimliches paramimisches Lachen erscheint — den Kranken selbst räthselhaft — auf dem Gesicht. Am nächsten Tage spricht die Kranke auffällig viel. Dabei verliert sie den Faden oft. Sie fürchtet nicht verstanden zu werden. Um sich sicher verständlich zu machen und Zeit zu richtiger Gedankenbildung zu gewinnen*), sprechen die Kranken in abgesetztem saccadirten Ton, oft auffällig laut, keineswegs rasch; alle Silben werden seltsam scharf ausgesprochen. Die Kranke ruft den Arzt immer wieder zurück: sie will ihm ihren Zustand erklären und vermag es nicht**). Hallucinationen und Illusionen fehlen vollkommen. Die Wünsche der Kranken sind ganz zusammenhanglos, zum Theil widersprechen sie sich direct. In die Satzbildung schleichen sich mehr und mehr Anakoluthe ein. In dem rathlosen Gesicht der Kranken malt sich die Verzweiflung über den rapid zunehmenden Zerfall des Denkens. Um die Gedanken zusammenzuhalten, will die Kranke alles niederschreiben, aber das Geschriebene verliert gleichfalls allen Zusammenhang. Fortwährend drängen sich Zwischengedanken ein. Manche Sätze bleiben bereits unverständlich. Es „graut“ der Kranken „vor sich selbst“. Sie bittet den Arzt, ihr wieder in den Gedankengang, ja selbst in die Satzconstruction hineinzuhelfen. Bald entstehen minutenlange Pausen, bald fließen die Worte rasch, aber zusammenhangslos. Das Mienenspiel verändert sich: Die Stirn wird motivlos gerunzelt, der Mund gespitzt, die Nasenflügel zucken öfter. Die Gesticulation entspricht dem Affect und den Worten nicht mehr. Oft hat sie etwas Theatralisches. Am 3. Tage spricht die Kranke nicht mehr immer in Sätzen. Oft ist der Sinn kaum zu erkennen. Wörtlich äusserte z. B. eine Kranke in diesem Stadium Folgendes (Cl. Sch., 28. November): „Ich bin wahnsinnig, ich weiss nicht, ob ich ja oder nein sage“. Anfangs versucht die Kranke durch Saccadiren oder scheinbar katatonisches Wiederholen vergebens den Zusammenhang wiederzugewinnen. Mutismus und überhastetes Sprechen lösen sich ab. Das Geberdenspiel wird ganz sinnlos: die Kranke zerrt an der Lippe, sie schlägt mit dem Arm in die Luft, sie verbiegt den Rumpf. Den Arzt erkennt sie noch. Auf Fragen erfolgen die ersten Worte der Antwort noch correct, aber schon gegen das Ende des Satzes geht Construction und Sinn verloren. Viele Sätze und selbst Worte bleiben unvollendet. Der Schlaf flieht die Kranke voll-

*) Retrospective Angabe.

**) „Seit 6 Tagen muss ich alles notiren“ äusserte ein Kranker. Ich besitze zahlreiche Schriftproben aus diesem Stadium, in denen sich die Entstehung der Incohärenz schrittweise verfolgen lässt.

ständig. Sie isst noch nothdürftig. Spätestens nach 8 Tagen hat die Krankheit ihre volle Höhe erreicht*). Die Ideenassoeiation ist in ein zusammenhangsloses Nebeneinander von Worten aufgelöst. Assonanzen und paraphasische Störungen finden sich gelegentlich. Sinnlose Silbenzusammenstellungen werden fast stets gebildet. Hallucinationen und Illusionen können auch jetzt völlig fehlen. Die unzusammenhängendsten Affecte spielen auf dem Gesicht der Kranken sich ab: oft ist auf dem verzerrten Gesicht ein bestimmter Affect überhaupt nicht mehr zu erkennen. Ein Fixiren der Augen auf einen Gegenstand kommt kaum mehr vor. Die Jactationen steigern sich in's Masslose. Erzwingt man einen Gehversuch, so taumelt die Kranke. Bei Drehungen verliert sie vollends das Gleichgewicht. Den ihr gereichten Becher mit Wasser fasst sie ganz ungeschickt an und bringt ihn nicht allein an die Lippen; schliesslich fällt er aus der Hand. Die Kranke beisst bald in den Bissen, den die Wärterin ihr darreicht, bald in den Löffelstiel, bald auch in den Finger der Wärterin. Sie saugt am Betttuch, krallt sich an den Bettwänden fest und zerreisst die Wäsche. Einnässen**), Spucken und Zähneknirschen fehlen selten. Jetzt stellt sich auch Unorientirtheit ein. Die Kranke nennt eine falsche Jahreszahl oder noch häufiger antwortet sie auf die Frage nach dem Monat mit „6 Uhr“ oder „Sommer“ oder „1800“ etc. Sie weiss nicht, wie lange sie in der Anstalt ist. Morgen und Abend werden verwechselt. Sie weiss nicht mehr, wo sie ist. Der Arzt wird nicht mehr erkannt, jetzt mit diesem, im nächsten Augenblick mit jenem verwechselt. Selbst den eigenen Namen geben die Kranken oft falsch an; verheirathete Frauen geben zuweilen ihren Mädchennamen an. In einem lichterem Augenblick jammerte eine Kranke, sie wisse den Namen ihres Mannes nicht mehr. Gelegentliche abgerissene Worte könnten jetzt auch bei einigen Kranken auf Hallucinationen bezogen werden. — Nicht alle Fälle erreichen diese Akme, sondern bleiben in früheren Stadien stehen. Im Stadium Akmes tritt häufig der Tod ein. Die Heilung in anderen Fällen vollzieht sich schubweise, meist sehr langsam. Die Stimmung ist monatelang sehr labil. Motivlos wechseln die entgegengesetzten Stimmungen („Erleuchtungen“ und „Gewissensbisse“, wie eine Kranke es nannte). Oft traten anfallsweise schwere Hemmungen der Ideenassociation ein. Die weinerliche Reizbarkeit des genesenen Maniacus oder ausgesprochene reactive

*) Vergl. Falret's Pantomanie.

**) Anfangs steht die Kranke noch oft auf, macht einige Schritte und urinirt dann mitten in die Stube oder in den eigenen Pantoffel.

Hyperthymie sind selten. Noch wochenlang verschreiben und versprechen die Kranken sich öfter. Eine eigenthümliche körperliche Unruhe fehlt fast nie: „Ich habe ein Vibriren vom Kopf bis zu den Zehen“. „Es ist so etwas Ungewisses, ein Gedankendurcheinander“. Die Orientirung erfolgt namentlich bei weniger gebildeten Kranken äusserst langsam. Vereinzelte Wahnvorstellungen und Hallucinationen können in einigen Fällen aus dem Stadium akmes mit hinübergenommen werden. Die genesenen Kranken zeigen meist einen partiellen Erinnerungsdefect. Ueber Hallucinationen wissen die Kranken meist sehr wenig zu erzählen, ebensowenig über Wahnvorstellungen; die meisten erschöpfen sich in Beschreibung „des närrischen Wirrwarrs“ in ihrem Kopf. Auf andere Ausgänge der Krankheit werde ich später speciell zurückkommen.

Specielle Symptomatologie.

Obenan stehen hier die Störungen des Vorstellungsablaufs, speciell die primäre Incohärenz. Die Unorientirtheit der Kranken ist nur eine Theilerscheinung derselben. Der Ablauf der Ideenassociation ist ab und zu zugleich beschleunigt; häufiger wechseln Verlangsamung und Beschleunigung in einem und demselben Falle ab. Die Unregelmässigkeit des Tempos ist charakteristisch. Gelegentlich kommt auch überwiegende Verlangsamung der Ideenassociation vor. Einige charakteristische Beispiele führe ich hier noch an:

Sch.: „Amerika — grossartig, — Mutter, Mutter — Alles, Alles — pfui Teufel — die dumme Hand — Handkorb — wo bin ich denn nun? — Pfeifer — ach das ist gut — liebste, beste — dummer Junge — sehr grossartig — ah, ah — Elise Elisabeth — liebster Vater — etc.

Cl. F., 18jährig, erblich unbelastet, nach Schreck erkrankt. 8. November 1890 mässig rasche incohärente Reden unter stürmischen Jactationen: „erst die Bibel — erst Schweiz — A, b, c, d, e, f — wo ist die Lüg“ — Krieg — Sieg — A, b, c, d, e, f — wer war 11, wer war 12? — Eins — wer war Schwein? — erst sag' sag' ich das Vaterunser her — nachher gehen wir in die sächsische Schweiz — Sauluder — F. — ich weiss nicht mehr wie's heisst — A — wer war A — wer waren die Schweinsmenscher — wer war der Herr? — wer war das Schwein? — auf der preussischen Seite — wer war der Doctor? — Das ist doch mein Schwager — . . . erst den Brief, nachher das Siegel, a, b, c, d, e, f — Vaterunser — wer kam zu Zweit? — a —“ etc.

H. K., 31jährige, 6 Wochen nach einer Geburt erkrankte, erblich nicht belastete Schornsteinfegersfrau. 9. März 1891 incohärente, eher langsame, von mässiger regelloser Agitation begleitete Reden: „Ach ein Herr war nie — nur Himmelswillen — nie — Eduard — bist du wirklich mein einziger — die ich so theuer — ach nein — ach ich nie — nun wer denn —“

nun wer nun — nun wie so — nun wie betet man — Kind — o weh — o wie Gott allein — o wie schön und klein — was kein Mensch nur kann — seh ich dir an — und das war schön — da wusst ich ja nicht — die Mutter oh — und war's der kleinste Kummer — warum denn nicht mehr — und das möcht' ich nie — auch nie, auch dann nicht — niemals — auch da und da — ach wie nie — ach, wie sah ich da! ach wie nun so nah! — ach, wie nun so wahr! — ach, wie rein klar!“ Dieselbe Incohärenz verband sich zuweilen mit der ausgesprochensten Hemmung, sehr selten mit leichter Ideenflucht. Die Frage: welche Jahreszeit haben wir? wird beantwortet mit: „Wir waren im Ausland“.

R., 41jährig, in der Einzelhaft erkrankt. 17. August 1889 incohärente kaum beschleunigte Reden bei mässigen Jactationen: „De und R — — K No. 4 — wird gemeldet — Inspection — festgestellte Zeugen — K festgestellter Buchhändler gemeld't — festgestellte Schimmelstuten gemeld't zu reiten — er muss 6 Ringe haben — gemeld't — hat ein Waisenhaus bestellt — 24 Nummern wurden bestellt — Inspection gemeld't — 2 Stroh Hüter wurden gemeld't — 4 Centrum wurden gemeld't — 4 Riemen — 4 Gärtner — 4 Sauerkirschen — 4 Acker — 4 Tischlersägen — 4 Baumsägen — ein Hobel zum — etc.“. Auf die Frage des Arztes: wer er (der Arzt) sei? erwidert er: „Eigenhaft — Eigenschaft“. Es trat völlige Genesung ein mit sehr geringem partiellen Erinnerungsdefect; über Sinnestäuschungen wusste Patient fast nichts zu berichten.

T. T., 36jährig, Schuhmacherfrau, leicht erblich belastet. Sehr plötzlich ohne nachweisbare Veranlassung erkrankt. 5. April 1890 incohärentes Reden in leicht singendem Ton, in mittlerem Tempo, bei heftiger Jactation: „Wissen was dies wollen werden — spitzzige Zungen werden heute Gevatter mir — ihr gefangenes Ohr — das sind die Grenzeswächter — lieben trauten mir — endlich ihr die Traube mir — lassen Sie mich lieber hier — und dies ist die liebe — und das ist das liebe Pflaster nur . . . trugen, klugen mir — hier rollen wollen zeigen sie Bier etc.“

Hallucinatorische Sinneseindrücke werden selten in die incohärenten Vorstellungsreihen verwoben*), häufiger wirkliche Sinneseindrücke. Der Maniacus thut bekanntlich dasselbe auch, aber er stellt wenigstens äusserlich einen gewissen Zusammenhang her. Bei der incohärenten Paranoia fehlt auch dieser. Assonanzen sind eher selten, Paraphasien äusserst häufig. Bei letzteren spielt sich die Incohärenz gewissermassen vorwiegend in der sprachlichen Componente der Begriffe ab. Die Incohärenz und diese Paraphasie gehören, wie schon oben erwähnt, eng zusammen. Eine scharfe Grenze lässt sich hier nicht ziehen. Monotones rasches Wiederholen derselben Worte (Ver-

*) Die Mischfälle mit hallucinatorischer Paranoia sind hier noch ausgeschieden.

bigeration) ist 'selten*), Saccadiren und Sprechen im bestimmten Rhythmus mehr auf die Anfangsstadien beschränkt. Nennen von Zahlenreihen, Buchstabenreihen, genealogischen oder geographischen Reihen kommt mehr ausnahmsweise vor. Sinnlose Häufung von Attributen, speciell von Participien ist etwas häufiger. Pathetische Declamation kommt vor, aber ohne entsprechenden Inhalt. Oefter singen die Kranken ihre incohärenten Vorstellungsreihen, zuweilen kehrt dabei ein und dieselbe Melodie öfter, gewissermassen als Leitmotiv, mit leichten Variationen wieder**). Auf der Höhe tritt auch eine Confusion der Melodien ein. Interessant ist es zu beobachten, wie anfangs die Incohärenz nur die ganzen Perioden der Reden betrifft. Zwischen den Satzgruppen geht der Zusammenhang verloren. Später lockert er sich zwischen den einzelnen Sätzen, dann zwischen den einzelnen Worten und schliesslich zwischen den einzelnen Silben. Zu letzterer Incohärenz gehört auch das Abbrechen im einzelnen Wort. Die Kranke sagt z. B. Millio- und bevor sie die letzte Silbe ausgesprochen hat, fährt ihr ein anderes Wort dazwischen. In den leichteren Fällen ist der Zusammenhang innerhalb des Satzes erhalten. Wunderbar ist, wie lange sich noch in der Reconvalescenz vereinzelte Incohärenzen erhalten. Namentlich ist dies auffällig, wenn die Kranken Handlungen motiviren sollen. So z. B. wird eine Kranke in der Reconvalescenz gefragt: warum stricken Sie nicht? sie antwortet: „weil du bist mein Bruder“. Die Kranke wundert sich auf weiteres Befragen selbst darüber, dass sie den Arzt als Bruder aneredet, und namentlich, wieso sie dies mit dem Stricken in Verbindung habe bringen können.

Dass die „Bewusstseinsstörung“ nur als eine Theilerscheinung der Incohärenz aufzufassen ist, wurde bereits mehrfach erwähnt.

Auch das zweite Symptom, welches neben der primären Incohärenz für die Krankheit sehr charakteristisch ist, die eigenthümliche motorische Agitation, ist nur eine besondere Form der Incohärenz. Die Bewegungen der Kranken stehen untereinander und mit den jeweiligen Vorstellungen nicht in Zusammenhang. Es äussert sich dies zunächst im Mienenspiel und der Gestikulation. Geberden, die gar nicht zu einander passen und erst recht nicht in Beziehung zu

*) Nur gelegentlich bei ungebildeten Kranken. Bei Gebildeten habe ich nur das stereotype Wiederkehren gewisser selbstgemachter sinnloser Silbenzusammenstellungen beobachtet (z. B. ronxti, klanxti, gleixti).

**) Bei der Manie findet sich dies übrigens gleichfalls nicht selten, ferner bei dem secundären und angeborenen Schwachsinn; wohl auch ab und zu bei hallucinatorischer Paranoia, Paralyse etc.

den Vorstellungen der Kranken stehen, lösen sich regellos ab. Es kommt daher häufig zur Paramimie. Die Kranken weinen und pfeifen und drohen fast zugleich. Mitunter ist die normale Reihenfolge einer Bewegung geradezu umgekehrt. So steht mir noch deutlich eine Kranke vor Augen, welche mit Kaubewegungen begann, als ihr der Teller gebracht wurde und dann erst den Löffel zum Mund führte. In den höheren Graden der Krankheit kommt es zu einer vollständigen Parapraxie. Die gewöhnlichsten Bewegungen kommen nicht mehr richtig zu Stande, weil sich associativ an eine Bewegung oder eine Empfindung ganz falsche neue Bewegungen anreihen. Flüssigkeiten werden im Mund gekaut, in den Pantoffel urinirt, in den Finger der Wärterin gebissen. Sehr häufig — jedoch nicht stets — kommt hierzu auch eine Steigerung der motorischen Reactionen überhaupt. Es kommt dann zu jenen bekannten rücksichtslosen Jactationen, welche namentlich als *Delirum acutum* oft genug beschrieben worden sind. Wichtiger für die Auffassung des Krankheitsbildes als das mehr äusserliche Moment der Steigerung der motorischen Reactionen, welches ganz ebenso der Manie und anderen Psychosen zukommt, scheint mir das Unzusammenhängende und Regellose der Bewegungen, oder, kurz gesagt, die Dissociation auch auf motorischem Gebiete.

Die affectiven Störungen treten gegenüber den eben genannten Associationsstörungen ganz in den Hintergrund. Es ist freilich schwer, hier eine zuverlässige Auskunft zu erlangen. Die Mimik ist, wie aus dem Obigen hervorgeht, zur Beurtheilung der Affecte dieser Kranken kaum zuverlässig. Die Antworten der Kranken auf directe Fragen sind auf der Höhe der Krankheit zu dissociirt, um Aufschluss zu geben. In den Anfangsstadien herrscht Angst und zwar hypochondrisch gefärbt vor, dieselbe hat oft den ganz bestimmten Grund, dass die Kranken die zunehmende Störung ihres Denkens selbst gewahr werden. In anderen, namentlich leichteren Fällen wird die prodromale Exaltation auch in die spätere Incohärenz mit hinübergenommen; es ist dann ein gewisses religiöses Pathos zuweilen unverkennbar. Die retrospectiven Angaben der Kranken deuten keinesfalls auf erheblichere Affectstörungen.

Hallucinationen und Illusionen traten in den 25 Fällen, die ich zunächst zusammengestellt habe, völlig zurück. Der Habitus der durch gehäufte Hallucinationen bedingten Erregung und Incohärenz fehlt völlig. Für die Akme der primär-incohärenten Paranoia ist freilich der Nachweis, dass Hallucinationen fehlen oder nur vereinzelt auftreten, schwer zu führen, da die Kranken keine Auskunft geben und die negativen retrospectiven Angaben aus einem Defect der Er-

innerung event. erklärt werden können. Aber die Thatsache, dass bis zur Akme Hallucinationen und Illusionen völlig fehlen oder ganz vereinzelt auftreten und doch die Erregung und Incohärenz rapid ansteigt, beweist mit aller Sicherheit, dass eine Zurückführung auf hypothetische Hallucinationen in diesen Fällen widersinnig wäre. Die vereinzelt Sinnestäuschungen, welche gelegentlich vorkommen, sind meistens Gesichtsimaginationen, dann sehr elementare Hallucinationen des Gesichts und Gehörs (Blitze, Donner, Feuerschein). Die Personenverkennungen sind selten illusionär; meist beruhen sie auf der Dissociation; es findet kein Wiedererkennen statt. Daher erklärt auch die Patientin dieselbe Person in einem Athem für ihren Bruder und für Gott und für den Arzt. — Ich werde später noch zu erörtern haben, dass die incohärente Form der Paranoia gegen die hallucinatorische Form nicht scharf abgegrenzt ist, dass vielmehr Mischformen nicht selten vorkommen. In diesen vereinigen sich zahlreiche Hallucinationen und primäre Incohärenz bei der Erzeugung des Krankheitsbildes.

Wahnvorstellungen sind bei der dissociativen Form der Paranoia sehr selten. Die Bildung von Wahnvorstellungen setzt die Existenz von Urtheilsassociationen und überhaupt wenigstens eine gewisse Cohärenz des Denkens voraus. Die Incohärenz der uns beschäftigenden Psychose lässt Wahnvorstellungen nicht aufkommen. Nur im Initialstadium und in der Reconvalescenz findet man sie gelegentlich. In ersterem haben sie zuweilen den Charakter von Verfolgungsideen: der Kranke bemerkt die zunehmende Zerrüttung seines Denkens und bezieht dieselbe auf feindliche äussere Beeinflussungen. Für die Zugehörigkeit unserer Psychose zur Paranoia ist diese Thatsache nicht ohne Wichtigkeit. Ähnliche Wahnvorstellungen können vorübergehend auch die Reconvalescenz begleiten. Die Incohärenz ihres Denkens kommt jetzt den Kranken wieder zum Bewusstsein*) und wiederum sind sie geneigt, die Ursache ihres insuffizienten Denkens und ihrer inneren Unruhe in feindlichen Einflüssen zu suchen. In anderen Fällen kommt es in der Reconvalescenz zu ganz traumhaften unbestimmten und wechselnden Wahnvorstellungen, welche das erschöpfte Gehirn bildet, bevor es zur Orientirung Kraft und Zeit gefunden hat: der Arzt wird als „Gott“ bezeichnet, die Kranke glaubt sich „auf einer Insel“ oder in „Jerusalem“. Eine systematisirte Paranoia bildet sich, soweit meine Fälle schliessen lassen, aus diesen kurzlebigen Wahnvorstellungen niemals aus.

Die körperlichen Symptome verdienen eine ganz besondere Be-

*) In der Akme kommt es zu solchen Reflexionen erklärlicher Weise nicht.

sprechung im Hinblick auf die Lebensgefährlichkeit gerade dieser Psychose. In den schwereren Fällen besteht meist Fieber, zum Theil bis über 40° . Typus inversus habe ich häufig beobachtet. Als Ursache einzelner Fieberbewegungen lässt sich nicht selten ein leichter Magenkatarrh, Obstipation, ein Darm- oder Bronchialkatarrh nachweisen. Es ist auffällig, wie schon eine zweitägige Verstopfung genügen kann, Temperaturen bis zu $39,0^{\circ}$ herbeizuführen. Mehrfach habe ich in solchen Fällen nach einem Klysma binnen 2—3 Stunden die Temperatur um $1\frac{1}{2}^{\circ}$ fallen sehen. Bei Melancholie und hallucinatorischer Paranoia kommt bekanntlich Aehnliches vor. Aber auch nach Ausschaltung aller solcher Momente bleibt in einer gewissen Anzahl von Fällen ein zunächst unerklärbares hohes Fieber. In 5 Fällen schwankte in dieser unerklärbaren Weise die Temperatur Tage und Wochen lang zwischen 39 und 40° . $40,5^{\circ}$ war die höchste Temperatur, welche ich in den günstig verlaufenden Fällen ohne nachweisbare Complication beobachtete. Man hat diese angeblich unerklärbaren Fieberbewegungen vielfach zum Anlass genommen, solchen Fällen eine ganz besondere Stellung in der Classification der Psychosen zuzuweisen und sie dem mehrfach erwähnten Delirium acutum zuzurechnen. Ich halte dieses Verfahren nicht für berechtigt. Die Fieberbewegungen bei schwerster motorischer Agitation sind nicht ohne Analogien. Charcot hat in tonischen hysterischen Krampfanfällen Temperaturerhöhungen bis zu $38,5^{\circ}$ beobachtet*). Auch die Beobachtung Ziegler's**) ist hier zu verwerthen: hier betrug bei einer Epileptischen die mittlere Temperaturdifferenz zwischen den ruhigen und den agitirten Tagen $\frac{1}{2}^{\circ}$. Eben hierher gehören auch die bekannten Untersuchungen Mosso's. Eine viel directere Analogie bieten jedoch Temperaturmessungen, welche ich selbst mehrfach im Verlauf der chronischen Paranoia bei gelegentlich auftretenden schweren motorischen Erregungszuständen vorgenommen habe. Ich habe hier Anfälle im Auge, in welchen sonst ruhige Kranke plötzlich stundenweise in der incohärentesten Weise, häufig auch ideenflüchtig, unter wildestem pantomimischen Spiel deliriren und dabei die extremsten Jactationen und die seltsamsten regellosesten Bewegungen ausführen. Die Aehnlichkeit mit den schweren motorischen und psychischen Störungen auf der Höhe der incohärenten Paranoia (und

*) Gilles de la Tourette beobachtete Aehnliches in den Contracturzuständen des hysterischen Schlafes. Arch. de Neurologie XV. 44.

**) Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 21. Vergl. auch Haase, Einige Beobachtungen über die Temperaturen bei periodischen Geisteskrankheiten. Ibid. Bd. 39, ferner Tambroni, Hawkes, Amidon, Boyer u. A.

mit dem sogenannten *Delirium acutum*) ist — abgesehen von der Dauer — ganz frappant. Hohe Temperatursteigerungen sind nun in diesen Anfällen sehr häufig. Als Beispiel führe ich folgenden Fall kurz an.

Beobachtung 13. W. H., Gymnasiallehrer, geboren 1850. Die Mutter ist schwer psychopathisch (hysterische Zustände, Selbstmordversuche). Pat. litt von jeher an Schwindelanfällen. 1885 begann allmählig eine typische einfache chronische Paranoia sich zu entwickeln, bei welcher Verfolgungsideen — namentlich auf sexuellem Gebiet — die Hauptrolle spielten. Wegen eines Selbstmordversuchs erfolgte im October 1886 die Einlieferung in die Anstalt. Auch hier entsprach der weitere Verlauf durchaus der typischen einfachen Paranoia. Hallucinationen und Illusionen waren sehr selten. Am 5. März 1887 trat ganz plötzlich einer der oben erwähnten Anfälle ein: anfangs lachte und weinte der Kranke in fortwährendem Wechsel, dann begann ein unarticulirtes Heulen und regelloses Verzerren des Gesichtes. Schliesslich erfolgten extreme Jactationen: der Kranke schleuderte sich an die Wand, stiess mit den Beinen, krümmte sich im höchsten Opisthotonus, grimassirte, speichelte, stiess gurgelnde Schreie aus. Gelegentlich waren folgende Worte verständlich: „Ach die Versöhnung mit den Juden! Ach Gott, ist das schön! — Ich hab bei Juden — Gott hat mir eine reiche Gabe verliehen — ja, das ist Deklamation — Himmelbataillon! — Donnerwetter — streckt euch Saubande! — Ueberlass dich nur ganz diesem Gefühle — mein Popo ist schön — ich bin der Messias — da muss man dem lieben Gott den Arsch entgegenstrecken — wo hab' ich das schon gehört? — ich kann's nicht tragen — das ist der reine Gesang — ihr Preussen schiesst schlecht. — Sie haben mir nichts zu sagen — so muss man auftreten in der Welt etc.“ Der Anfall dauerte ca. 10 Minuten. Es bestand ein partieller Erinnerungsdefect. Als Ursache seiner Erregung bezeichnete Patient zahlreiche primäre Wahnvorstellungen, vor Allem den Gedanken, Messias geworden zu sein. Ueber Hallucinationen wusste Patient nichts anzugeben. Am 9. März wiederholte sich ein ähnlicher Anfall. Die Delirien waren noch incohärenter, die krampfhaften Verziehungen des Gesichts und des Rumpfs und die Schleuderbewegungen der Extremitäten waren noch regelloser. Die Temperatur war vor und nach dem Anfall normal, auf der Höhe desselben betrug sie 39,4⁰*). Spätere Anfälle ergaben ähnliche Resultate. Der weitere Verlauf — Patient befindet sich jetzt in einer anderen Anstalt — bestätigte die Diagnose einer einfachen chronischen Paranoia. Gelegentlich traten später Hallucinationen auf. Ausdrücklich sei zum Schluss noch bemerkt, dass keinerlei Symptome, welche auf Epilepsie oder Hysterie deuten konnten, vorlagen.

*) Selbstverständlich wurde während der Messung der Kranke von mehreren Wärtern gehalten; dass dies für die Temperaturerhöhung nicht verantwortlich gemacht werden kann, weiss Jeder, der erregte Kranke in dieser Weise öfter misst.

Solche Beobachtungen erleichtern uns, wie mir scheint, das Verständniss der hartnäckigeren Fiebertemperaturen in den schweren Formen der incohärenten und der hallucinatorischen Paranoia. Offenbar stehen die Temperaturerhöhungen mit der krankhaften Veränderung der motorischen Reaction in engem Zusammenhang. In der That ergibt sich auch, dass innerhalb gewisser Grenzen die Fieberbewegung dem Grade der motorischen Störung parallel läuft. Jedenfalls handelt es sich hier also um kein Hauptsymptom, welches mit dem Wesen der Krankheit in directem Zusammenhang steht. So bedeutsam diese Temperaturerhöhungen prognostisch sind, so bedeutungslos sind sie diagnostisch.

In der Reconvalescentz der dissociativen Paranoia sind subnormale Temperaturen häufiger als bei anderen Psychosen. Die Pulsfrequenz zeigt auffällig geringen Parallelismus zu der Temperaturerhöhung. Ich habe bei einer Temperatur von $38,1^{\circ}$ 160 Pulse und andererseits bei $39,4^{\circ}$ nur 96 Pulse gezählt. Ein bestimmtes sphygmographisches Bild existirt nicht. Die in Fig. 35 meiner sphygmographischen Untersuchungen*) abgebildete Kurve gehört einer Paranoia dissociativa an. Die hier sehr deutliche Verminderung der Dicrotie, sowie das Hinaufrücken der ersten Elasticitätselevation fehlt in andern Fällen vollständig. Das vasomotorische Nachröthen ist in der Regel nicht erheblich.

Trotz der hochgradigen Verwirrtheit und Benommenheit, welche nach den Koeppen'schen Untersuchungen öfter Albuminurie und Propeptonurie erwarten liess, fand ich solche nur vereinzelt; freilich fanden die Untersuchungen nicht täglich statt. Die Schweisssecretion ist häufig eher herabgesetzt. Zweimal fand ich eine auffällige Seborrhoe, an welcher die bez. Kranken fast nie gelitten hatten. Ueber die Salzsäuresecretion des Magens stehen mir Untersuchungen in genügender Zahl noch nicht zur Verfügung.

In einigen Fällen fiel eine starke Mydriasis auf; in diesen Fällen waren die Pupillarreactionen sämmtlich prompt**), aber wenig ausgiebig. Gelegentlich wurde eine Insufficienz eines oder beider Recti interni, häufiger Pupillendifferenz (namentlich in den recidivirenden Fällen) beobachtet. Mit der Genesung verschwanden diese Symptome. Zähneknirschen, Trismus, Singultus, Borborygmen sind häufig. Auffällig ist in manchen Fällen die geradezu an Lyssa erinnernde Schluck-

*) Jena. G. Fischer. 1887.

**) Im Delirium acutum behauptet Schüle öfter Pupillenträgheit beobachtet zu haben.

störung*), in anderen kommt es geradezu zuweilen zu einer Lähmung der Deglutition. Es bedarf keiner besonderen Erwähnung, dass alle diese Symptome bei den schweren Formen der Manie, der hallucinatorischen Paranoia etc., namentlich im Pubertätsalter, ganz in derselben Weise, wenn auch nicht so häufig, vorkommen.

Die Sprachartikulation ist in den schwersten Fällen zuweilen gestört, und zwar besteht keine Hesitation, sondern vor Allem eine undeutliche Artikulation der einzelnen Consonanten, ab und zu werden die letzteren auch versetzt und verwechselt. Die pseudoparaphasische Störung fand bereits Erwähnung. Die Schrift ist in ähnlicher Richtung (und zwar auch in den leichteren Fällen) gestört. In den schwersten Fällen bringen die Patienten keinen Buchstaben und kein Wort zusammen**). Das Gehvermögen ist in den schwersten Fällen gleichfalls zuweilen schwer gestört: bei dem ersten Blick könnte man glauben, Kranke mit Kleinhirntumoren vor sich zu haben; so schwankt und taumelt der Kranke. Namentlich bei Wendungen und Drehungen ist diese Störung sehr ausgeprägt. Ich führe diese Symptome der Sprache, der Schrift und des Ganges hier unter den körperlichen Symptomen nochmals an, möchte aber ausdrücklich hervorheben, dass corticale Associationsstörungen jedenfalls auch hierbei die Hauptrolle spielen. Dieselben sind für die incohärente Paranoia viel charakteristischer als die oben genannten Symptome des Zähneknirschens etc.

Die Sehnenphänomene sind in der Regel gesteigert. Fussclonus ist selten. Die idiomuskuläre Erregbarkeit ist meist intensiv gesteigert. Die Hautreflexe erwiesen sich bald herabgesetzt, bald normal, bald gesteigert.

Die Empfindlichkeit für Stiche ist in der Mehrzahl der Fälle allenthalben auf der ganzen Körperoberfläche herabgesetzt. Ausgesprochene Druckpunkte oder Druckempfindlichkeiten sind eher selten. Das Gesichtsfeld zeigte in den leichteren Fällen sowie in dem Initial- und Reconvalescenzstadium der schweren Fälle zuweilen eine deutliche concentrische Gesichtsfeldeinengung. Hemianästhetische Erscheinungen sind von mir nicht beobachtet worden. Die Reaction auf Acidum aceticum (vor die Nasenlöcher gehalten) war mehrmals auffällig gering.

*) Es versteht sich von selbst, dass alle diese Beobachtungen Patienten ohne Hyoscinmedication (s. später) betreffen.

**) Ob der Mutismus zuweilen ähnlich aufzufassen ist, wage ich nicht zu entscheiden.

Ausgänge und Prognose.

Von den oben genannten 25 Fällen gingen in Genesung über und blieben bis jetzt gesund 10 (= 40 pCt.), Tod trat ein bei 7 (= 28 pCt., in einem Fall im Recidiv der Psychose); Recidive traten ein in 6 Fällen (= 24 pCt.). Diese Recidive gingen mit Ausnahme eines einzigen in Genesung über. Noch in Behandlung sind 3 Fälle. Unter diesen ist nur einer als sicher unheilbar anzusehen (chronische hallucinatorische Paranoia mit Intelligenzdefect); ein anderer ist wahrscheinlich im Uebergang in secundäre Demenz begriffen.

Ein Ueberblick über diese Zahlen ergibt zunächst die hohe Lebensgefährlichkeit der Psychose, welche diejenige eines mittelschweren Abdominaltyphus etwa um das Doppelte übertrifft. Der Uebergang in unheilbare Formen der Geistesstörung (chronische Paranoia oder secundäre Demenz) ist hingegen auffällig selten. Die Geringfügigkeit und Flüchtigkeit der Hallucination und die Seltenheit der Wahnvorstellungen kommen hier offenbar in günstiger Weise in Betracht*). Andererseits wird die Prognose in hohem Masse durch die Neigung zu Recidiven geschädigt. Ausgesprochene Periodicität bestand in einem der oben angeführten 6 Fälle. In 3 Fällen war längere Zeit vor der incohärenten Paranoia eine einfache Melancholie überstanden worden. Die Zahl der Recidive der Paranoia selbst stieg in einem Fall auf 4. Die thatsächliche Häufigkeit der Recidive dürfte übrigens noch viel grösser sein, da unsere Beobachtungszeit nur den relativ kurzen Zeitraum von 6—7 Jahren umfasst. Für Combination der incohärenten Paranoia mit Melancholie zu einer cyklischen Psychose habe ich gleichfalls ein Beispiel.

Die Dauer der Krankheit übersteigt in den tödtlich endenden Fällen zuweilen kaum 1—2 Wochen. In den günstigen Fällen ver-

*) In einem typischen Fall (32jährige, mässig belastete Bäckerfrau, aufgenommen am 20. Juni 1890) schien nach viermonatlicher Erregung secundäre Demenz einzutreten. Ueber 6 Monate hockte die Kranke völlig theilnahmslos mit blödestem Gesichtsausdruck auf der Bank oder in einer Ecke. Unreinlichkeiten waren häufig. Die einfachsten Fragen wurden gar nicht oder falsch beantwortet. Dabei nahm die Kranke um fast 40 Pfund zu. Mitte Mai 1891 entwickelte sich ein schwerer Abdominaltyphus. Im Verlaufe desselben stellte sich eine rapide Besserung des geistigen Zustandes ein, so dass die Kranke im August völlig genesen (ohne Intelligenzdefect) entlassen werden konnte.

läuft die Krankheit im Wesentlichen in 3—9 Monaten. Ein remittierender Charakter ist oft sehr ausgesprochen. Das oben geschilderte Nachstadium der Krankheit füllt oft noch weitere 2—6 Monate aus.

Sehr schwer ist es, im Einzelnen bestimmt die Momente anzugeben, welche die Prognose in besonderem Masse beeinflussen. Das zufällige intercurrente Auftreten einer Pneumonie oder einer Phlegmone etc. macht oft die sorgfältigste Prognose zu Schanden. Im Allgemeinen wächst die Gefahr mit der Zunahme der Incohärenz und der motorischen Agitation; auch müssen speciell Singultus (nicht Zähneknirschen), Schluckstörung, Apraxie und taumelnder Gang als prognostisch ungünstig gelten. Das Fieber ist nicht stets ein richtiger Gradmesser der Gefahr.

Therapie.

Die Therapie der schwereren Formen der incohärenten Paranoia stellt die grössten Anforderungen an Arzt und Wartepersonal. Bettruhe, kräftige Ernährung, Fernhaltung aller Sinnesreize, Pflege im weitesten Sinn sind unerlässliche Vorbedingung. Hydropathische Massnahmen, so wichtig sie zur Hautpflege sind, versagen gegenüber den schweren Erregungszuständen völlig, ebenso auch meistens Opium resp. Morphinum. Brom bleibt vollends wirkungslos. Ueber die mannichfachen anderen Medicamente, welche event. in Betracht kämen, habe ich zu wenig Erfahrungen sammeln können. Wir haben an der hiesigen Klinik vorzugsweise Hyoscin angewandt und entschieden mit gutem Erfolg. Da ich an anderer Stelle über die Hyoscintherapie ausführlich berichten werde, bemerke ich hier nur, dass grosse Anfangsdosen nothwendig sind (0,0005—0,0008 Grm. subcutan) und dass nicht wie bei der Opiumtherapie sich eine regelmässige Darreichung empfiehlt; vielmehr giebt man die Hyoscindosis am besten in raschem Anstieg jedes Mal (auch Nachts!) bei Wiederbeginn der Erregung. — Zellenisolirung ist unbedingt zu vermeiden.

Pathologische Anatomie.

Die Section ergab im Wesentlichen nur accidentelle Befunde, auf welche freilich der tödtliche Ausgang meistens zurückzuführen war. Im Einzelnen fand sich:

Fall 1. Lobuläre Pneumonie. Foramen ovale gross, fast 1 Ctm. weit offen. Thalergrosser Defect im Septum atriorum. Valv. Eustachii kaum angedeutet.

Fall 2. Feuchter Glanz der Schnittfläche der Grosshirnhemisphären. Lobuläre Pleuropneumonie. Stenose der Valv. bicuspidalis.

Fall 3. Rinde und Mark des Gehirns etwas blutreich. Occipitalmark leicht feucht glänzend. Pyämische auf eine Phlegmone am Arm zurückzuführende Lungenabscesse.

Fall 4. Schnittfläche des Grosshirns leicht ödematös glänzend. Lungenödem. Darmcatarrh.

Fall 5. Geringe lobuläre Pneumonie. Beide Stimmbänder vor dem Vorderende des Stimmfortsatzes mit flachen leicht zackigen 4 Mm. langen Geschwüren versehen. Herzmuskel gelbbraun, etwas trüb, etwas Fettbeschlag der Messerklinge. Milz mittelgross. Darmbefund normal.

Fall 6. Embolie beider Lungenarterien. Die hintere Kehlkopfcommissur an zwei linsengrossen Stellen geschwellt, theils grauweiss, theils bläulich roth*). Darmbefund völlig normal. Leichter Blasen-catarrrh. Milz vergrössert.

Fall 7. Grosshirn sehr bleich. Pneumonie. Milztumor. Typhusgeschwüre im Darm.

Ich muss hierzu bemerken, dass in Fall 7 der Typhus erst im Verlauf der Psychose eingetreten ist. In Fall 5 und 6 lag unzweifelhaft kein Typhus vor; auch ein exanthematischer Typhus erscheint ausgeschlossen, da nie ein Exanthem beobachtet wurde. Im Uebrigen habe ich den Befunden nichts hinzuzufügen. Mit der Psychose selbst haben dieselben offenbar nichts zu thun. Die mikroskopische Untersuchung des Centralnervensystems ist, soweit bis jetzt angestellt, völlig ergebnisslos geblieben.

Differentialdiagnose. Stellung zu anderen Psychosen.

Es wird sich hier nicht nur darum handeln, die differentialdiagnostischen Kennzeichen der incohärenten Form der Paranoia festzustellen, sondern es wird zugleich das Verhältniss derselben zu einigen Krankheitsbegriffen, welche in der psychiatrischen Literatur ohne genügende Begründung noch gang und gäbe sind, erörtert und die Unabhängigkeit unserer Psychose von anderen anerkannten Krankheitsformen dargethan werden müssen. Es kommen hier folgende Krankheiten resp. Krankheitsbegriffe in Betracht.

1. Manie. Eine Verwechslung mit Manie resp. Hypomanie könnte zunächst in dem Vorstadium der incohärenten Paranoia event. bei oberflächlicher Untersuchung stattfinden. Indess fehlt in letzterem die für Hypomanie so charakteristische heitere Verstimmung und

*) Schlundsondenfütterung hatte nicht stattgefunden.

die Beschleunigung des Vorstellungsablaufs; nur gesteigerte Begeisterungsfähigkeit ist beiden gemeinsam*).

Die vollentwickelte Krankheit bietet gleichfalls genügende differentialdiagnostische Merkmale gegenüber der Manie. Nur wenn neben der primären Incohärenz eine starke Beschleunigung des Vorstellungsablaufs besteht und damit der primäre Charakter der ersteren zweifelhaft wird und wenn Hallucinationen und primäre Wahnvorstellungen vollständig fehlen, könnten wiederum Zweifel sich erheben. Indess ist das Fehlen der zornig-heitern Verstimmlung hier wiederum für die Diagnose entscheidend. Die Manie muss, wenn man diesen Begriff nicht völlig in den der Paranoia übergehen lassen will**), durch die primäre eigenartige Affectstörung (neben der Beschleunigung des Vorstellungsablaufs) charakterisirt werden, diese aber fehlt der dissociativen Paranoia fast stets. Nur in zwei Fällen sah ich die Symptomtrias: primäre Incohärenz, primäre Ideenflucht und primäre heitere Verstimmung dauernd das Krankheitsbild beherrschen. Sonst ist diese Combination entschieden sehr selten. Damit ist das Wesentliche des klinischen Thatbestandes — abgesehen von der Namenfrage — ausgedrückt. So leicht die primäre Incohärenz sich mit Ideenflucht verbindet, so selten vereinigt sie sich mit einer anhaltenden primären Affectstörung im Sinne der Manie. Letztere giebt daher den differentialdiagnostischen Grenzstein gegenüber der Manie ab.

Wenn daher in den schwersten Formen der Mania gravis und der incohärenten Paranoia nicht mehr zu eruiert ist, ob die extreme Incohärenz lediglich secundär aus Ideenflucht und Affectstörung hervorgegangen oder primären Ursprungs ist, weil die extreme Erregung der Kranken einen Rückschluss auf die vorhandenen Affecte nicht mehr erlaubt, so kann freilich nur die Anamnese entscheiden. Häufiger scheint mir unzweifelhaft die Zugehörigkeit dieser Fälle zur Paranoia. Ganz unzulässig aber wäre es, aus dieser äusserlichen Uebereinstimmung in den höchsten Stadien die Berechtigung zu einer Identification beider Psychosen herleiten zu wollen. Mit demselben Recht könnte der innere Mediciner Pneumonie und Lungengangrän identificiren, weil beide schliesslich in den schwersten Fällen in Lungenödem ausgehen können.

*) Den seltenen Uebergang einer echten Hypomanie in echt dissociative Paranoia beobachtete ich nur einmal. Derselbe vollzog sich binnen weniger Tage. Auch Koeppen erwähnt einen derartigen Fall. Hier dürfte die dissociative Paranoia als secundäre Paranoia aufzufassen sein.

**) Wobei man schliesslich wie Morel die einfache chronische Paranoia als „Manie systématisée“ bezeichnen müsste.

2. Melancholie. Eine Verwechslung könnte hier nur dann stattfinden, wenn zur Zeit der Untersuchung gerade Angstaffecte vorherrschen. In den frühen Stadien ist dies zuweilen der Fall. Indess ist die Motivirung der Angst bei der incohärenten Paranoia von der nachträglichen Ausdeutung der Angst bei der Melancholie völlig verschieden. Die Angst der incohärenten Paranoia entspringt meist aus dem zunehmenden Gefühl von Denksicherheit, zuweilen auch aus vereinzelten schreckhaften Sinnestäuschungen. Die primäre Affectstörung der Melancholie fehlt völlig.

3. Dementia acuta (Anergie Stupor). Eine Verwechslung wäre höchstens mit denjenigen seltenen Fällen der Paranoia dissociativa möglich, welche als Nebensymptom in der früher erwähnten Weise eine stärkere Verlangsamung des Vorstellungsablaufs zeigen. Die genauere Beobachtung ergibt hier jedoch alsbald einen prägnanten Unterschied: bei der Dementia acuta finden überhaupt keine oder nur sehr wenig Associationen und auch diese nur mit grösster Langsamkeit statt, zahlreiche Erinnerungsbilder sind für die Dauer der Krankheit unerregbar geworden; nur in vorübergehenden Paroxysmen belebt sich für kurze Zeit die Association etwas. Umgekehrt ist die Zahl der Associationen bei der dissociativen Paranoia eher vergrössert, kein Erinnerungsbild ist erloschen, die Erinnerungsbilder werden nur an falscher Stelle reproducirt; die Verlangsamung der Ideenassociation besteht höchstens als Nebensymptom. Auf die Frage: was ist 7 mal 8? antwortet die acute Dementia gar nicht oder mit einer falschen Zahl oder vielleicht nach sehr langsamem Besinnen richtig; hingegen die dissociirte Paranoia auf der Krankheitshöhe meist rasch, seltener langsam mit einer ganz widersinnigen Zahl oder noch öfter mit einem zur Frage gar nicht passenden Wort (z. B. einer Farbenbezeichnung etc.) oder Satz. Auf die Verschiedenheit der motorischen Reactionen etc. in den beiden Krankheitsbildern braucht nur kurz hingewiesen zu werden.

4. Dementia paralytica. Wie schon Wille für seine Verwirrtheit angegeben hat, ergaben sich auch hier für die Paranoia dissociativa oft kaum lösbare differentialdiagnostische Schwierigkeiten. Die incohärenten Delirien mancher Paralytiker haben zuweilen eine ausserordentliche Aehnlichkeit mit denjenigen der dissociativen Paranoia. Wenn in solchen Fällen die körperliche Untersuchung keinen Anhalt giebt*)

*) Pupillenstarre, Differenz der Kniephänomene, Westphal'sches Zeichen und Hesitation der Sprache kommen namentlich in Betracht, Facialis-

oder in Folge der Erregung der Kranken nicht ausführbar ist, so ermöglicht oft nur der anamnestische Nachweis eines Intelligenzdefects vor Ausbruch der Psychose oder die Beobachtung des Kranken nach Abklingen der acuten Erscheinungen resp. die Section und mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde eine sichere Diagnose.

5. *Dementia senilis*. Ganz Aehnliches gilt auch von dieser Psychose. Auch hier ist die Differentialdiagnose auf Grund des Status praesens oft kaum zu stellen. Gerade im Senium muss man sich hüten, auf Grund einer Facialisparese, selbst wenn ihre Entstehung mit der Krankheit festgestellt ist, eine organische fortschreitende Hirnläsion, also *Dementia senilis* anzunehmen. Von den 25 oben beschriebenen Fällen gehörten drei dem Senium*) an. In diesen Fällen konnte die hochgradige Incohärenz sowohl der Vorstellungsreihen wie der Affecte sehr wohl eine beginnende senile Demenz vortäuschen. Hallucinationen und primäre Wahnideen spielten hierbei nur eine nebensächliche Rolle. Erst eine genaue Anamnese, sowie die weitere Beobachtung klärten die Diagnose auf. In allen drei Fällen trat Genesung ein; in dem einen kam es allerdings im Laufe der Jahre zu mehreren Recidiven, welche sämmtlich ohne Intelligenzdefect heilten.

6. *Dementia secundaria*. Es ist eines der interessantesten und wichtigsten psychopathologischen Probleme**), einen sicheren Unterschied zwischen der primären heilbaren Incohärenz der Paranoia und der unheilbaren auf Schwachsinn beruhenden Incohärenz der secundären Demenz zu finden. Ich habe zahlreiche Nachschriften aus beiden Gruppen vor mir. Ein sicheres, für alle Fälle geltendes Unterscheidungsmoment vermag ich nicht aufzufinden. Bei mangel-

paren werden oft vorgetäuscht, vergl. meine Angaben in der Berliner klinischen Wochenschr. 1888.

*) Fürstner hat neuerdings ausführlich eine acute hallucinatorische Verworrenheit des Seniums beschrieben. Auch in hiesiger Klinik hatten wir mehrfach Gelegenheit diese acute hallucinatorische Paranoia des Seniums mit secundärer Incohärenz zu beobachten. Die retrospective Anamnese der Genesenen sowie die Beobachtung resp. Feststellung der Entwicklung der Psychose erlaubt meist sicher festzustellen, ob es sich um die hallucinatorische Form oder um die dissociative Form handelt. In manchen Fällen handelt es sich um ein Zusammentreffen primärer Incohärenz mit Hallucinationen.

**) Auch die Unterscheidung der secundären Demenz von der secundären Incohärenz der hallucinatorischen Paranoia bietet oft ähnliche Schwierigkeiten, da bekanntlich die secundäre Demenz gleichfalls häufig mit Hallucinationen verknüpft ist.

hafter Anamnese wird es also sehr schwierig sein, zu unterscheiden, ob ein gegebener Zustand einer incohärenten Paranoia oder einer secundären Demenz nach einer solchen oder auch einer anderen Paranoia (ev. auch Melancholie und Manie) angehört. Insbesondere lassen alle Unterschiede, welche man auf Grund psychologischer theoretischer Erörterungen etwa construiren könnte, völlig im Stich. Die psychologische Erörterung darf der Feststellung der klinischen Details nicht vorausgehen, sondern muss ihr nachfolgen. Dies bewährt sich auch hier. Die klinische Beobachtung lehrt, dass folgende Momente noch am geeignetsten sind, vor Verwechslung zu schützen:

a) Paraphasische Störungen (Paraphrasia vesana, Kussmaul), sowie Parapraxie finden sich bei secundärer Demenz im Allgemeinen nicht; das Vorhandensein solcher Symptome spricht also im Allgemeinen für acute Paranoia.

b) Ueberhaupt ist die Dissociation der motorischen Reactionen bei der acuten incohärenten Paranoia meist ausgesprochener, als bei der secundären Demenz. Auch sind heitere Affecte bei ersterer seltener als bei letzterer.

c) Sehr bezeichnend sind oft die zusammenhängenden Urtheilsassociationen, die mitten innerhalb der incohärenten Delirien auftreten: bei der secundären Demenz tragen diese Urtheilsverbindungen das deutliche Gepräge des Schwachsinn, bei der akuten Verwirrtheit der Paranoia ist man häufig über die logische Schärfe solcher gelegentlicher Urtheilsassociationen überrascht. Hier geben also die gelegentlichen cohärenten Aeusserungen uns Aufklärung über das Wesen der sonstigen Incohärenz. Immer habe ich übrigens auch diesen Punkt nicht bewährt gefunden. Speciell in dem auf das Akmestadium der dissociativen Paranoia folgenden Erschöpfungsstadium kann man mit der Diagnose einer secundären Demenz kaum vorsichtig genug sein.

d) Das Krankheitsbild der secundären Demenz ist ein monotoneres. In den incohärenten Delirien und in dem incohärenten Benehmen der Kranken zeigt sich bei längeren Betrachtungen*) eine gewisse Methode, ein Typus, ein Mangel an Productivität. Dem gegenüber ist die völlige Regellosigkeit, das dauernd Atypische charakteristisch für die acute dissociative Paranoia.

*) Hier sind also nicht die verbigerirenden Wortwiederholungen gemeint; diese zeigen sich bei der acuten dissociativen Paranoia ganz ebenso wie bei der secundären Demenz.

e) Der secundär Demente schläft und isst mehr als der incohärente Paranoiker.

7. Aetiologisch bestimmte Krankheitsformen. Es hat sich neuerdings sehr eingebürgert, Psychosen lediglich ätiologisch zu definiren. Man spricht von erblich degenerativen, alkoholistischen, epileptischen, hysterischen Psychosen etc. Alle diese ätiologisch bestimmten Krankheitsbegriffe sind zwar didaktisch sehr bequem, können jedoch das Bedürfniss einer wissenschaftlichen, auf die klinische Beobachtung und Analyse gestützten Classification nicht befriedigen. Selbst, wenn ein bestimmtes ätiologisches Moment eine Psychose mit besonderer Vorliebe hervorbringt oder allen typischen Psychosen eine besondere „schattenwerfende“ Färbung verleiht, so scheint mir damit die Aufstellung einer ätiologisch-definirten Psychose noch nicht ausreichend gerechtfertigt, wenigstens dann nicht, wenn damit der Verzicht auf die Einreihung in eine andere nicht-ätiologische Classification ausgesprochen werden soll. Man wird eine ätiologische Gruppierung nebenher aus practischen Gründen sehr wohl gelegentlich vornehmen dürfen, aber bei einer wissenschaftlichen Eintheilung wird man zunächst von dem ätiologischen Moment absehen müssen. Dabei findet die Aetiologie an zweiter Stelle ebenfalls ihre Berücksichtigung. Wenn wirklich eine bestimmte Psychose vorwiegend auf ein bestimmtes ätiologisches Moment zurückzuführen ist (wie das Delirium tremens auf chronischen Alkoholismus), so wird eben bei Besprechung der bez. Psychose (also in dem gewählten Beispiel der perakuten hallucinatorischen Paranoia) diese Genese besonders zu betonen sein. Eine Ausnahme wäre nur dann statthaft, wenn eine bestimmte klinisch charakterisirte Psychose stets nur aus einem ätiologischen Momente sich entwickelte, etwa wie die Meningitis tuberculosa stets aus einer Invasion der Tuberkelbacillen*). Solche Beispiele sind mir nicht bekannt. Fälle, die von einem Delirium tremens potatorum nicht zu unterscheiden sind, kommen gelegentlich auch bei Epilepsie, nach Fieberpsychosen etc. vor. Fälle, welche den typischen Fällen der Folie des dégénérés völlig gleichen, kommen z. B. vor bei nicht belasteten Individuen, welche in frühester Jugend organische Hirn-

*) Der umgekehrte Satz, dass ein bestimmtes ätiologisches Moment stets dieselbe Psychose hervorbringe, ist erst recht falsch: die Erschöpfung erzeugt in einem Fall eine Manie, in einem anderen eine acute Demenz, in einem dritten vielleicht die sogenannten asthenischen Delirien etc. — Die misslichen Consequenzen einer ätiologischen Eintheilung ergeben sich am klarsten aus den bekannten Versuchen von Skae und Clouston (Morisonian Lectures 1873).

erkrankungen durchgemacht haben. Man wird also auch hier überall zunächst auf Grund der klinischen Beobachtung die Krankheitseinheiten feststellen müssen und nur bei jeder klinisch definirten Krankheitseinheit mit gehörigem Nachdruck das eine oder andere ätiologische Moment hervorheben müssen. Was schliesslich die charakteristische Färbung anlangt, welche bestimmte ätiologische Momente den typischen Psychosen verleihen, so wird die Lehre von diesen Nüancierungen, weil sie eben bei vielen Psychosen in gleicher Weise wiederkehrt, in die allgemeine Psychopathologie zu verweisen sein. Auch existirt wohl keine symptomatische Färbung in dem eben ausgesprochenen Sinn, welche ausschliesslich und stets auf ein einziges ätiologisches Moment bezogen werden müsste. Alle die Züge z. B., welche Foville, Moreau, Legrain, Legrand du Saulle etc. als charakteristisch für erbliche Degeneration bezeichnet haben, kommen gelegentlich auch bei erblich Unbelasteten vor.

Nun ist zuzugeben, dass die klinische Abgrenzung der einzelnen Formen der Geisteskrankheiten einstweilen noch sehr unvollkommen ist. Als Provisorium sind solche ätiologische Gruppierungen also zum Theil noch unentbehrlich. Die Aufgabe, die Krankheiten der einzelnen ätiologischen Gruppen in bekannte klinisch definirte Psychosen einzureihen, bleibt dabei jedoch als dringendes Desiderium bestehen. Für die Puerperalpsychosen und neuerdings auch für die senilen Psychosen hat Fürstner dies in vorbildlicher Weise bereits in weitem Umfange geleistet. Die Aufstellung einer acuten hallucinatorischen Paranoia (des „hallucinatorischen Irreseins“ in Fürstner's erstem Aufsatz) verdanken wir diesem Bemühen, die provisorischen ätiologischen Gruppen in klinische Krankheitsformen aufzulösen. Wir wissen jetzt, wie Fürstner selbst in seinem neuesten Aufsatz ausdrücklich hervorhebt, dass diese acute hallucinatorische Verrücktheit nicht nur im Puerperium, sondern auch auf dem Boden zahlreicher anderer Schädlichkeiten entsteht.

In Erwägung dieser Umstände kann ich mich bezüglich der Abgrenzung der dissociativen Form der acuten Paranoia gegen ätiologisch definirte Krankheitsformen kurz fassen. Ich verweise nur auf das über die Aetiologie der dissociativen Paranoia Gesagte. Pubertät*), Senium, Puerperium, Erschöpfung etc. ergaben sich als wesentliche ätiologische Factoren. Die eigenthümliche Nüancierung des psychischen Krankheitsbildes, welche die erbliche Degeneration so gern hervor

*) Die Beimischung sog. hebephrener Züge zu der Paranoia dissociativa im Pubertätsalter scheint seltener vorzukommen.

bringt, fand sich nur in einem, nicht einmal ganz reinen Fall*). Hinzuzufügen hätte ich, dass auf dem Boden der Epilepsie und Hysterie Anfälle von dissociativer Paranoia nicht selten vorkommen, wenn auch nicht so häufig als Anfälle der hallucinatorischen Paranoia. In der oben gegebenen Darstellung des Krankheitsbildes sind dieselben absichtlich wegen ihrer speciellen durch die Neurose bedingten anderweitigen Symptome nicht berücksichtigt worden. Ueber die ätiologische Bedeutung des Alkoholismus erlaubt der geringe Procentsatz der hiesigen Anstalt an Trinkern kein bestimmtes Urtheil.

8. Abgrenzung gegen Krankheitsformen anderer Autoren. Es kommt hier zunächst die Mania hallucinatoria Mendel's in Betracht. Diese enthält theils Fälle der oben von mir geschilderten Manie mit Hallucinationen, theils Fälle der oben geschilderten Paranoia hallucinatoria mit dominirender Ideenflucht, theils endlich Fälle von Paranoia dissociativa mit vereinzelt Hallucinationen. Meine Bedenken gegen die Zurechnung der an zweiter und dritter Stelle genannten Fälle zur Manie habe ich an früheren Stellen bereits erwähnt.

Der acute hallucinatorische Wahnsinn Krafft-Ebing's, Wille's und Fürstner's hallucinatorische Verwirrtheit, Mayser's acutes asthenisches Delirium, Kraepelin's asthenische Verwirrtheit, Newington's Delusional stupor entsprechen im Wesentlichen dem, was ich im Anschluss an Westphal aus ausführlich erörterten Gründen als acute hallucinatorische Paranoia angeführt habe. Doch dürfte sich für manche Fälle, welche die genannten Autoren hierher gerechnet haben, bei genauer Analyse ergeben, dass es sich um primäre, nicht hallucinatorisch bedingte Incohärenz handelte, dass dieselben also zur dissociativen**) und nicht zur hallucinatorischen Form zu rechnen sind. Die Amentia Meynert's endlich enthält die acute hallucinatorische Paranoia und meine Form in einer, wie mir scheint, nicht genügend gerechtfertigten Zusammenfassung. Ueber die Stellung der dissociativen Form der Paranoia zu den übrigen Formen der Paranoia wird übrigens unten noch zu sprechen sein.

Dass das Delirium acutum keine eigene Krankheitsform, sondern

*) Dass die primäre Incohärenz selbst nicht als psychisches Stigma hereditatis aufzufassen ist, geht schon aus dieser seltenen Vergesellschaftung mit anderen psychischen Degenerationszeichen hervor.

**) Resp. zu einer alsbald zu besprechenden dissociativ-hallucinatorischen Mischform.

nur ein Ausgangs- und Akmezustand der verschiedenen Krankheitsformen ist, ist oben bereits ausgeführt worden. Mendel und Jolly haben dies schon vor Jahren betont. Manche Fälle, welche einige Autoren noch jetzt unter das Delirium acutum subsumiren, gehören entschieden der dissociativen (zum Theil auch der ideenflüchtigen) Paranoia an. Vielleicht gilt Aehnliches auch von einigen Fällen der sogenannten „acuten tödtlichen Hysterie“ Ludwig Meyer's*).

Mit der Katatonie**) Kahlbaum's, wofern man solche als selbstständige Psychose anerkennen will, hat die in Rede stehende Psychose nichts zu thun. Höchstens vorübergehend kann eine ganz oberflächliche äusserliche Aehnlichkeit (incohärente Reden in pathetischem Predigerton) bestehen. Von dem „cyklischen“ Verlauf der Kahlbaum'schen Katatonie ist nichts zu finden.

Zusammenfassende Schlussbetrachtung.

Fasst man, wie dies zweckmässig ist und durch die klinische Erfahrung nahe gelegt wird, die Paranoia als diejenige Psychose auf, welche primär Störungen des Intellectes und nicht der Affecte bedingt, so ergibt sich:

Die Paranoia entwickelt ihre Symptome wesentlich in drei Richtungen, nämlich:

1. primäre Wahnvorstellungen,
2. Hallucinationen,
3. primäre Incohärenz.

Ich habe zunächst nachgewiesen, dass die primäre Incohärenz intercurrent sehr häufig ist. Weiter ergab sich dann, dass ebenso wie die primären Wahnvorstellungen und die Hallucinationen zuweilen im Krankheitsbild dominiren, so auch die primäre Incohärenz öfter dauernd als dominirendes Symptom auftritt. Ich schlage nun vor, diese Form der Paranoia als die incohärente Form oder dissociative Form von der einfachen und der hallucinatorischen zu unterscheiden. Ich muss mich ausdrücklich dagegen verwahren, als sei damit auf ein***) äusserliches Symptom die Aufstellung einer Krankheit basirt. Zunächst handelt es sich nicht um ein äusserliches Symptom. Wenn man freilich Paranoia dissociativa nun überall diagnosticiren

*) Vergl. oben unter „ideenflüchtiger Paranoia“.

**) Unsere Kenntnisse der einen bestimmten Verlaufscyklus (durch mehrere ganz verschiedene Hauptstadien hindurch) durchmachenden Psychosen sind noch zu dürftig, um hier bestimmte Abgrenzungen vorzunehmen.

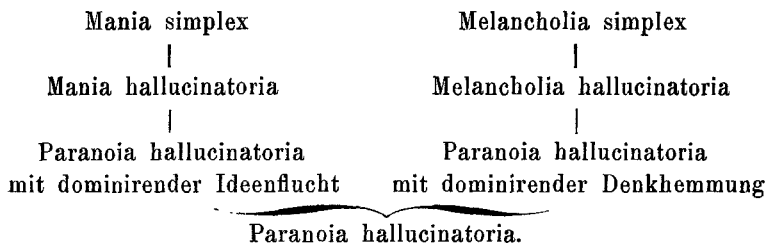
***) Die Unterscheidung einer hallucinatorischen Paranoia beruht übrigens auch nur auf einem Symptom.

wollte, wo Incohärenz sich findet, so wäre man bald wieder in optima forma bei der Diagnose „Tobsucht“ für jeden erregten Kranken angelangt. Wie jedes andere Symptom bedarf die Incohärenz auch der Analyse und nur, wo sie primär und dominirend auftritt, habe ich jene Bezeichnung vorgeschlagen. Es handelt sich ferner um ein wesentliches, in den psychologischen Mechanismus tief eingreifendes Grundsymptom oder richtiger um einen das ganze psychische Leben beherrschenden Symptomencomplex. Denn es ergab sich, dass auch die Unorientirtheit und das eigenthümliche motorische Verhalten dieser Kranken und zum Theil selbst ihre Affectstörungen nur Theilercheinungen der primären Incohärenz sind.

Trotzdem beanspruche ich für die Paranoia dissociativa gar nicht den Rang einer streng abgegrenzten Psychose. Im Gegentheil behaupte ich, dass zwischen den einzelnen Paranoiaformen zahlreiche Uebergänge bestehen. Die Bezeichnungen Paranoia simplex, Paranoia hallucinatoria und Paranoia dissociativa geben nur die drei Hauptrichtungen an, in welchen die Krankheit sich entwickeln kann. Zwischen denselben und zwar speciell zwischen der hallucinatorischen und incohärenten Form bestehen zahllose Uebergänge. Ich habe oben mit Absicht nur 25 Fälle herausgewählt, in welchen nachweislich die Hallucinationen gar keine oder eine ganz nebensächliche Rolle spielen. In mindestens ebenso viel Fällen spielen Hallucinationen und primäre Incohärenz ungefähr eine gleiche Rolle. Wenn man sich erst gewöhnt hat, jede Incohärenz genau zu prüfen und zu fragen, ob die bestehenden Hallucinationen wirklich zur Erklärung derselben ausreichen, und sich auch nicht mit der Dialele einer Zurückführung der Incohärenz auf eine dunkle sog. „Bewusstseinsstörung“ begnügt, so wird man diese Mischform nicht selten finden.

Zum Schluss sind hier auch unsere Beobachtungen über das Vorkommen von Ideenflucht und Hemmung der Ideenassociation von allgemeinerem Standpunkt aus zu betrachten. Es ergab sich, dass bei der Paranoia nicht selten auch intercurrent oder dominirend Ideenflucht und ebenso Hemmung der Ideenassociation vorkommen. Weiter fanden sich eine Varietät der Manie, der Melancholie und der acuten Dementia, welche als hallucinatorisch bezeichnet werden konnten. Kurz zwischen Paranoia einerseits und Melancholie, Manie und akuter Dementia andererseits existiren eine Reihe Uebergangsformen, welche schematisch*) etwa so dargestellt werden könnten:

*) Für die Dementia acuta wage ich bei dem spärlichen Material keinerlei Schlüsse.



Ebenso wie die Störungen des Vorstellungsablaufes der affectiven Psychosen gegen die Sinnestäuschungen der Paranoia gewissermassen ausgetauscht werden können, so kann weiterhin die hallucinatorische Paranoia auch zuweilen die primären Affectstörungen der Manie und Melancholie entlehnen. Endlich Uebergänge der dissociativen Form der Paranoia zu den affectiven Formen kommen auch vor. Um sich von dem thatsächlichen Vorkommen der fliegendsten Uebergänge zwischen den affectiven Psychosen und der acuten Paranoia zu überzeugen, ist es am zweckmässigsten, die polymorphen Formen der periodischen und recidivirenden Psychosen zu studiren. In dem ersten Anfall einer bestimmten Kranken liegt eine reine Mania simplex vor; in einem zweiten eine Manie mit vereinzelt Hallucinationen; die für Manie charakteristische zornig-heitere Verstimmung besteht noch in typischer Weise. In einem dritten besteht eine hallucinatorische Paranoia mit dominirender Ideenflucht und sehr labilen, theils negativen, theils positiven Affecten. Ein vierter Anfall kann eine typische incohärente Paranoia mit oder ohne Ideenflucht zeitigen. Bald überwiegt das hallucinatorische Element, bald die Incohärenz, bald die Ideenflucht, bald die heiter-zornige Verstimmung etwas mehr.

Wenn man unter diesen Umständen auch die fliegendsten Uebergänge zwischen den verschiedenen Psychosen anzunehmen gezwungen ist, so ist man deshalb doch in keiner Weise etwa auf dem Standpunkt der Lehre von der Einheitspsychose, wie sie Falret, Lisle*), Neumann u. a. aufgestellt haben, angelangt. Im Gegentheil: diese Uebergangsformen bilden ihrer Häufigkeit nach die Ausnahmen, Manie, Melancholie, Paranoia simplex, Paranoia hallucinatoria und, wie ich hinzufüge, Paranoia dissociativa bleiben dabei doch die Grund- und Hauptformen, auf welche die Diagnose stets zunächst zu richten ist. Das Gebiet der Rückenmarkskrankheiten liefert einen treffenden, selbstverständlich nicht bis in alle Einzelheiten durchführbaren Vergleich: ausser den typischen Formen der Tabes und der Lateralsklerose

*) Annales méd. psycholog. 1861. S. 473.

haben wir zahlreiche gemischte Erkrankungen der Rückenmarkstränge kennen gelernt, welche die fliegendsten Uebergänge zwischen der reinen Seitenstrangserkrankung und der reinen Tabes bilden; man denke nur an die äusserst variablen Rückenmarksbefunde bei der Dementia paralytica. Trotz des Vorkommens dieser zahlreichen Misch- und Uebergangsformen*) wird man nicht die Einheit aller Rückenmarkskrankheiten klinisch behaupten wollen. Die Diagnose einer Tabes wird ganz ebenso wie früher gestellt werden. In noch viel höherem Masse gilt dies von den functionellen Psychosen. Trotz der zahlreichen Uebergangsformen wird man an der Diagnose der Grundformen festhalten. Es dürfte auch ganz unzweckmässig sein, zahlreiche eigene Krankheitsformen aus diesen Uebergangsformen zu machen. Es widerspräche dies dem Begriff dieser Formen. Vielmehr handelt es sich nur darum, in grossen Zügen die Richtungen festzustellen, nach welchen diese Uebergänge sich entwickeln. Gerade hier bewährt sich der von der Psychiatrie so oft missachtete Satz Neumann's, dass „gar keine Classification besser ist als eine falsche.“

Zum Schluss sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Binswanger, meinem verehrten Chef, für die Ueberlassung der Fälle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

*) Dass die vielleicht hierdurch nahegelegte Deutung der Uebergangsformen zwischen Paranoia und Manie resp. Melancholie als „combinirter Psychose“ (im Sinne von Siemens u. A.) unzulässig ist, bedarf keines Nachweises.
