

XXV.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Halle
(vormals Prof. Hitzig).

Ein Beitrag zur Paranoiafrage.

Von

Dr. Siefert

in Halle a. S.



Den in Folgendem eingehender dargestellten Krankheitsfall glaube ich vor Allem aus dem allgemeinen Grunde veröffentlichen zu dürfen, weil die Psychiatrie trotz aller seit Griesinger's Zeiten stets von Neuem erhobenen Mahnungen zwar eine Masse verschiedenartiger Arbeiten mit speculativen Endzwecken auf dem Gebiete der Paranoialehre in sich aufgespeichert hat, dagegen der nüchternen Basis einer gleichmässigen, casuistisch-inductiven Bearbeitung noch immer in hohem Maasse ententbehrt. Gerade im Stoffbereiche der Paranoia und ihrer Nachbargebiete macht sich die der Psychiatrie vielfach eigenthümliche Erscheinung geltend, das theoretisirende und reflectirende Element ungebührlich zu bevorzugen, hinter complexen, zusammenfassenden Schilderungen die eingehende Darstellung der Beobachtungen selbst zurücktreten zu lassen und nur das mehr oder weniger unkontrollirbare und einer Kritik schwer zugängliche Extract aus diesen zu geben, den sonst in den Naturwissenschaften am höchsten bewertheten Grundsatz, Thatsachen zu häufen und nur die vorsichtigsten Schlüsse zu ziehen, gering anzuschlagen und an seine Stelle Theorien zu setzen, welche bei dem Unfange unseres Wissens mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit doch nur falsche sind.

Ein in allen Stadien klinisch genau verfolgter Krankheitsfall erscheint mir daher schon aus rein casuistischem Interesse der Veröffentlichung werth; die vorliegende Beobachtung regt indess auch in theoretischer Beziehung zum Nachdenken an und hat mir Veranlassung gegeben, zum Begriff der sogenannten secundären Paranoia Stellung zu nehmen, der zwar in neuerer Zeit mehr und mehr zurückgedrängt ist,

aber mit seiner ihm von jeher eigenen Function, verwirrend und hemmend zu wirken, noch immer nicht völlig beseitigt ist.

Krankengeschichte.

X., 46jähriger höherer Justizbeamter aus Y. Aufgenommen in der hiesigen Klinik am 25. October 1900. Bezuglich Heredität ist nichts Näheres bekannt geworden; die Angabe des Patienten selbst, dass sein Vater Potator strenuus gewesen sei, kann nicht als einwandsfrei bezeichnet werden.

Lues im Jahre 1883; Recidiv 1887; mehrere Inunctionskuren; drei gesunde Kinder. Psychisch ist Patient in früheren Jahren stets unauffällig gewesen; er machte eine harte und sorgenreiche Jugend durch; war z. B. noch als Referendar genötigt, Schülern Nachhilfeunterricht zu ertheilen. Er galt als befähigter, intelligenter Kopf und machte ziemlich rasch Carriere; als Mensch war er beliebt, als Gesellschafter stets liebenswürdig, geistreich und witzig. Seit Langem lebte er in sehr günstigen äusseren Verhältnissen und genoss ein glückliches Familienleben.

Vor zwei Jahren bereits soll ein kurz dauernder Depressionszustand bestanden haben, der aber nach einem Erholungsurlaub sich restlos wieder ausglich. Einzelheiten sind nicht bekannt.

Im letzten Sommer war er beruflich sehr überanstrengt; vermochte aber allen Anforderungen in vollem Umfange zu entsprechen.

Deutliche Veränderungen machten sich ca. 7 Wochen vor der Aufnahme geltend. Patient wurde missmuthig, erregt, bekam intercurrent Darmkatarrh; dazu gesellte sich eine nicht zu beseitigende Schlaflosigkeit. In Bad N., wohin er zur Erholung geschickt wurde, trat in den folgenden Wochen eine wesentliche Verschlimmerung ein, charakterisiert durch eine hypochondrische Verstimmung und Aeusserung von Suicidideen; namentlich das Auftreten einer Tonsillitis, die Patient im Sinne einer Iuetischen deutete, beeinflusste den Zustand auf das Ungünstigste. Bei der Aufnahme bot Patient folgendes psychisches Bild:

Etwas deprimirter, leicht ängstlicher Gesichtsausdruck; vollkommene Orientirung, klares Bewusstsein. Geringe Hast und Unruhe in seinem Wesen; keine objectiv deutliche Hemmung nachweisbar; Patient giebt allerdings an, in den letzten Monaten an einer leichten Erschwerung im Denken gelitten zu haben, in Folge deren ihm die Abwicklung geläufiger Dinge nicht so leicht wie früher von der Hand gegangen sei. Erheblichere Angst wird negirt. Sprachliche Productionen geordnet, klar, logisch; wenn es gelingt, den Patienten zu einem Gespräch über allgemeine Dinge zu bringen, so unterhält er sich ziemlich lebhaft und angeregt und erweist sich als geistvoller, kenntnissreicher Mensch mit einem ausgesprochenen Gedächtniss für Zahlen, Citate und Anekdoten.

Im Vordergrunde seines Interesses stehen eine Reihe von hypochondrischen Befürchtungen, die sich vorwiegend um die Vorstellung, an einem Luesrecidiv zu leiden, drehen. Als Beweis hierfür gilt ihm ein von der überstandenen Tonsillitis noch bestehender grauer Fleck auf der linken Tonsille, sowie ein angeblicher Nasenkatarrh; die gleichen Erscheinungen habe er gelegentlich des

Recidivs im Jahre 1887 an sich beobachtet; auch habe sein Hausarzt wenigstens durchblicken lassen, dass er der gleichen Meinung sei, wie er. Er dringt energisch auf seine Entlassung, um sich in dermatologisch-specialistische Behandlung zu begeben, protestirt ziemlich entrüstet gegen seine Hierherverbringung, die er als illegal bezeichnet, setzt auch bei seiner Frau am 2. Tage seine Entlassung durch, erscheint aber in der folgenden Nacht derartig unruhig und erregt, dass seine neuerliche Aufnahme unabweslich wird.

Seitens des Centralnervensystems bestanden normale Verhältnisse. Der weitere Verlauf gestaltete sich nun folgendermaassen:

Zunächst trat in den folgenden Wochen die anfänglich vorhandene leichte motorische Unruhe völlig zurück; die Stimmung blieb zwar zumeist leicht deprimirt, war aber zeitweise völlig frei von Anomalien, Angst wurde negirt und liess sich auch objectiv nicht wahrscheinlich machen; eine irgend deutliche Hemmung bestand nicht. Die erwähnten hypochondrischen Beschwerden wurden unverändert festgehalten; gegentheilige Versicherungen begegneten zumeist ungläubiger Zurückweisung. Patient stand mit Vorliebe vor dem Spiegel, besah sich fortgesetzt seinen Rachen, drängte immer von Neuem auf Untersuchung, neigte, wenn das Resultat derselben ein negatives war, zu einem etwas gereizten, aber doch höflich bleibenden Ton. Im Uebrigen war er liebenswürdig, gesprächig, führte bei Tisch die Unterhaltung, las Zeitungen, interessirte sich für die politischen Ereignisse etc.; der Appetit war befriedigend; der anfänglich gestörte Schlaf besserte sich, das Körpergewicht nahm nicht unwesentlich zu.

Im December 1900 fingen die hypochondrischen Elemente, unter gleichzeitiger Störung des Schlafes und schärferen Ausprägung einer deprimirten, dabei gereizten Stimmung an, sich in intensiver und das Vorstellungsleben mehr und mehr beherrschender Weise auszubilden. Die Vorstellung, tertiar syphilitisch krank zu sein, wurde in zahlreichen Sensationen in Rachen, Mund und Nase objectivirt; ununterbrochen war er damit beschäftigt, vor dem Spiegel seinen Mund abzusuchen, mit der Zunge die Schleimhaut abzutasten, in der Nase mit den Fingern zu bohren, den Arzt auf kleine, künstlich durch ihn selbst erzeugte Schleimhautabschilferungen aufmerksam zu machen, die er sehr energisch als Geschwüre luetischer Abstammung bezeichnete.

Weiterhin behauptete er, seine Nase sei geschwürig zerfressen, der Knochen angegangen; die Nase werde bald zusammenfallen, die Flügel seien schon ganz papiertünn geworden, der Process krieche nach dem Gehirne zu, werde bald nach aussen durchbrechen; einige Pusteln der Stirn wurden in gleicher Weise verarbeitet, Sensationen im rechten Bein als Ausdruck von Knochensyphilis bezeichnet.

Vom Verkehr zog er sich jetzt mehr und mehr zurück, hielt sich meist auf seinem Zimmer, war nur mit Mühe zu einem Spaziergang zu bewegen, Lectüre vernachlässigte er, ein Brief blieb nach wenigen Zeilen unvollendet; für andere Themata als seine hypochondrischen Vorstellungen war er zumeist unzugänglich; stundenweise allerdings erschien er auch jetzt noch lebhaft, gesprächig und bewies dann gutes Urtheil und ausgezeichnetes Gedächtniss.

In dieser Zeit bestand weder Angst, noch Hemmung in irgend erkennbarer Form; dagegen machte sich zunehmend eine gereizte Stimmung mit Neigung zu zornigen Explosionen geltend, in denen er die Grenzen des correcten Verkehrstones oft nicht unerheblich überschritt: Man solle doch einen Specialarzt zuziehen, ihm Jodkali geben, statt dessen lasse man ihn hier „verfaulen“, entzöge ihm, wo er doch so leicht zu heilen wäre, jede vernünftige Therapie.

Er bezweifelt in groben und unhöflichen Worten die Kenntnisse und das Verständniß des Arztes, ergeht sich in zornigen Ausdrücken über seine Frau, die sich von ihrem Bruder vollständig und zu seinem Unglück beeinflussen lasse.

Die Nahrungsaufnahme war in dieser Zeit sehr gering; das Esssen wurde herunter geschlungen, oft verweigert; das Körpergewicht nahm von jetzt an für die folgenden Monate langsam, aber gleichmässig ab.

Den ganzen Januar und die erste Hälfte des Februar 1901 blieb der Zustand, von einer leichten vorübergehenden Besserung, während der Patient sich an den gemeinsamen Mahlzeiten betheiligte, Billard spielte, ab und zu etwas las, an seinen hypochondrischen Vorstellungen aber dauernd festhielt, ganz unverändert. Die Stimmung schwankte in dieser Zeit zwischen resignirter Hoffnungslosigkeit und unhöflicher Gereiztheit. Von Mitte Februar an machte sich zuerst eine leichte unruhige Hast des Wesens bemerkbar; Patient wanderte stundenlang auf und ab, wurde wortkarg, erschien bei Allem zerstreut und abgelenkt. Angst wurde negirt. Gleichzeitig begann er einzelne melancholische Elemente zu reproduciren, allerdings nur in Form zurückhaltender Andeutungen: er habe durch seine Infection den Ruin seiner Familie verschuldet, werde aus dem Stande ausgestossen werden, der Armenpflege anheimfallen, er sei der erwiesenen Liebe unwerth, seine Frau werde sich von ihm scheiden lassen etc.

Im März traten diese Erscheinungen stärker hervor, er war jetzt dauernd leicht ängstlich, ruhelos, zerstreut und zeigte einen misstrauisch-spannenden Gesichtsausdruck. Hypochondrische Vorstellungen wurden seltener producirt, obwohl das dauernde Kratzen und Bohren in der Nase fortbestand; dagegen äusserte er jetzt massenhafte Selbstanklagen: Er habe sich durch Onanie schwer versündigt, sei gemein genug gewesen, in der Ehe durch manuelle Hilfe den Eintritt der Erection zu beschleunigen, sei der erbärmlichste Kerl, der grösste Lump der Welt, keine Zuchthausstrafe genüge für seine Verbrechen etc.

Schlaf und Nahrungsaufnahme waren von jetzt an ernster beeinträchtigt. Mitte März bildete sich das misstrauisch-spannende Verhalten deutlicher heraus: er horchte auf jedes gesprochene Wort, lief herzu, wo immer zwei Menschen zusammen standen und sprachen, um besser hören zu können, war dabei wortkarg und zurückhaltend.

Am 23. März Abends wurde er plötzlich schwer ängstlich und erregt, weigerte sich, zu Bett zu gehen, wies Nahrung zurück: er komme noch heute in's Zuchthaus nach Y., man solle ihn nicht täuschen, er habe es deutlich den

Wärter sagen hören. Am folgenden Morgen ruhiger, gestand er zu, sich geirrt zu haben, behält aber sein ausserordentlich unstütes, horchendes Wesen bei.

In den nächsten Wochen bot Patient folgendes psychisches Bild:

Er war dauernd ängstlich, verzweifelter Stimmung, misstrauisch, gespannt-horchend, wurde durch jedes Wort, jede fallende Thür in Anspruch genommen; gleichgiltige Vorgänge, jedes Gespräch Anderer bezog er sofort auf sich in dem Sinne, dass er als Zuchthäusler nach Y. kommen werde, er erwarte ständig seine Auslieferung, die Polizeicommision sei schon im Hause, eine Zuchthausstrafe von 10 Jahren sei über ihn verhängt, in den Zeitungen ständen seine Verbrechen, ein Kranke habe sie im gemeinsamen Saale vorgelesen etc.

Hypochondrische und melancholische Elemente blieben stabil; er überschüttete sich selbst mit den masslosesten Schimpfwörtern und Beschuldigungen, behauptete, durch fortwährendes Kratzen an den Fingerbeeren entstandene Excoriationen seien Folgen seiner Onanie und äusserte mehrfach die Absicht, durch Verhungern seinem sündhaften Leben ein Ende zu machen.

Vom 13. Mai 1901 änderte sich die Scene in rapider Weise, indem sich plötzlich ein Bild entwickelte, das täuschend dem Alkoholwahn sinn glich und von massenhaften Gehörshallucinationen vorwiegend schimpfenden und drohenden Inhalts, fast ausschliesslich in der dritten Person, beherrscht war. Eine Volksmenge stehe an der Thür, seinen Namen brüllend, ein Regiment von Soldaten sei vor der Klinik versammelt, um ihn : seiner Ueberführung zu schützen; Schimpfworte, Drohungen, ihn zu lynchen, würden ihm zugerufen; er sei zum Tode verurtheilt, seine Frau habe, um der Schande zu entgehen, die Kinder getötet, habe sich erhängt, zum Fenster herausgestürzt, sei ins Zuchthaus gekommen etc. — In den folgenden Wochen bei Fortbestehen der Sinnestäuschungen immer phantastischere, wechselvolle, den Hallucinationen parallel laufende Wahnäusserungen: der Justizminister sei Onanist und jetzt abgesetzt, hohe Juristen hätten sich erschossen und erhängt, weil sie durch den Verkehr mit ihm compromittirt seien; ferner Auftreten phantastischer contrastirender Grösseideen; weil er ein so grosser Lump sei, seien seine Angehörigen besonders ausgezeichnet worden; seine noch lebende Frau sei geadelt, sein Schwager in den Grafenstand erhoben und zum Reichskanzler ernannt worden, sein Neffe sofort zum General avancirt etc.

In dieser ganzen Zeit bot Patient das affectvolle Bild rathlos-ängstlicher Verzweiflung; die Orientirung war dauernd vollkommen erhalten.

Am 10. Juni wurde Patient plötzlich sehr aggressiv gegen den Arzt und äusserte gleichzeitig zum ersten Male eine Masse schwerer Verfolgungsideen: Der Arzt wäre ein Lump, habe sich durch 500 Mark, der Director durch 1000 Mark bestechen lassen, ihn durch Nichtbehandlung seiner Lues zu Grunde zu richten; die Syphilis sei ihm künstlich inficiert worden, seine Frau sei eine Dirne, die er deflorirt geheirathet hätte, der Justizminister habe sie ihm bereits schwanger verkuppelt, seit Jahren habe man ihn beobachtet; ein Detectiv sei beständig durch seinen Schwager zu seiner Beobachtung angestellt gewesen, habe in N. unter seinem Bett geschlafen etc.

Gleichzeitig mit dieser Veränderung verschwanden die melancholischen Elemente vollkommen, die ängstliche Unruhe trat zugleich zurück und innerhalb weniger Tage prägte sich ein psychisches Bild aus, welches ganz unverändert nunmehr seit fast 2 Jahren besteht:

Der Kranke ist mürrisch, abweisend, misstrauisch, verschlossen, manchmal höhnisch-ironisch, grübelt bald halbe Tage, auf dem Sopha ausgestreckt, vor sich hin, bald wandert er Stunden und Stunden in seinem Zimmer, das er fast nie verlässt, auf und ab, den Kopf gebückt, die Stirn in finstere, nachdenkliche Falten gezogen, sich an den Händen kratzend, in der Nase bohrend. Zeitweise bricht er plötzlich in zorniges Schimpfen aus, schleudert brutale Worte gegen den Arzt, wählt in den schmutzigsten Obscönitäten gegen seine Frau, beruhigt sich aber stets ebenso rasch wieder. Er vernachlässigt die äussere Form, ist gleichgültig gegen seine Toilette, für die Aussenwelt vollkommen abgestorben. Anscheinend viel Hallucinationen; die Stimmen werden ihm durch eine Art Phonograph, den er als „Lautenschläger“ bezeichnet, übermittelt. Angst und Hemmung fehlt; der Schlaf ist gut, das Körperegewicht hat allmälig seine frühere Höhe erreicht, ist seit langem stabil.

Bereits im Juni 1901 gelang es, zunächst nur fragmentarisch, ein weit-schichtiges System von Verfolgungs- und Grössenideen zu enthüllen, das im Laufe der Jahre weiter und weiter ausgebaut worden ist und namentlich nach der Seite der Grössenvorstellungen immer phantastischere und ungeheuerliche Formen angenommen hat. Anfangs stammte er aus dem Hause der Herzöge von Sonnenburg, jetzt ist er Hohenzoller, einzig legitimer Kaiser von Deutschland. Um ihm seine vielen Millionen zu rauben und damit die Einführung der Goldwährung zu ermöglichen, habe man ihn syphilitisch infiziert, eine Berliner Dirne ihm verkuppelt, den grossartigsten politischen Schwindel inszenirt. Die grossen Kriege sind überhaupt nie geführt worden; seit Jahrzehnten sind alle Zeitungen gefälscht, um den gewaltigen Process, der seine Rehabilitirung zur Folge haben wird, unmöglich zu machen.

Jetzt ist er hier eingesperrt, um ihn unschädlich zu machen und langsam an seiner Lues versauen zu lassen. Die Kranken sind Spione, fast alle frühere Bekannte von ihm, die verkleidet, mit Perrücke und falschen Bärten versehen, ihn beobachten. Das dunkle Räthsel seines Lebens ist ihm jetzt gelöst.

In detaillirterer Form den Inhalt des Wahnsystems hier auseinander zu setzen, dürfte sich erübrigen.

Resumiren wir kurz die Ergebnisse der klinischen Beobachtung!

Der bereits zwei Jahre vor dem Ausbruch der Erkrankung aufgetretene mekwöchige abnorme Zustand mag dabei unerörtert bleiben, da hierüber nichts Näheres bekannt geworden ist und es nicht einmal feststeht, ob es sich damals um einen psychotischen Zustand im engeren Sinne gehandelt hat. Nach einem kurzen Prodromalstadium allgemeiner Verstimmung entwickelt sich eine psychische Veränderung, die als hypochondrische imponirte und nach einer kurzen Remission zunächst nur insofern sich änderte, als sie quantitativ zunahm und das Interesse des Kranken mehr und mehr absorbirte.

Nach mindestens viermonatlichem Bestand dieses hypochondrischen Bildes bildeten sich ziemlich rasch unter gleichzeitigem Einsetzen einer motorischen Unruhe ausgesprochene Kleinheits- und Versündigungsideen aus, denen sich bald Elemente eines ängstlichen Beobachtungswahns hinzugesellten. Acht Wochen später setzte dann mit elementarer Macht ein schwerer wahnsinniger Zustand ein; anfangs bewegt sich dabei alles noch in den melancholischen Vorstellungskreisen, bis auf einmal mit einer erstaunlichen Unvermitteltheit das melancholische Element zurücktritt und sofort einer Masse schwerster Verfolgungsideen Platz macht. Innerhalb weniger Tage tritt nun Beruhigung ein; schon jetzt ist ein weitschichtiges Wahnsystem in allen wesentlichen Punkten festgelegt und damit der seither unveränderte Zustand geschaffen, der des grübelnden, reizbaren, systembauenden Paranoikers.

Das Leiden hat sich bei einem nicht nachweislich früher erblich belasteten Manne entwickelt, der nach Allem, was man weiß, eine vorzügliche Charakter- und Geistesbildung besessen hatte. Nach keiner Richtung ergaben sich Anhaltspunkte für erworbene oder angeborene degenerative Elemente des psychischen Lebens; die Psychose tritt vielmehr als etwas Unmittelbares und Unerklärbares vollkommen selbstständig und unabhängig von in der Vergangenheit wurzelnden Factoren in Erscheinung. Auch dies kann als sicher bezeichnet werden, dass es sich um einen sehr schweren, alles revolutionirenden Process gehandelt haben muss, eingreifend genug, um innerhalb weniger Wochen eine totale Transformirung der ganzen Persönlichkeit herbeizuführen.

Bei retrospectiver Betrachtung wird man nicht umhin können, in den einzelnen Phasen des klinischen Verlaufes, die fortschreitende Entwicklung eines einheitlichen progradienten Processes zu erblicken und den finalen paranoischen Zustand als das nothwendige Endproduct einer eigenartigen fortschreitenden Hirnerkrankung anzusehen. Zu dieser Anschauung wird man schon durch die ganze Art des Verlaufes, in dem sich ein unaufhaltsames Umsichgreifen des psychotischen Vorganges von verhältnismässig einfachen und circumscripten zu immer diffuser werdenden Störungen ausprägt, gedrängt. Eine rein symptomatologische Auffassung würde freilich, gestützt auf die Eigenthümlichkeit des Falles, in zwei leidlich scharf getrennten Phasen — einer hypochondrisch-depressiven und einer paranoischen — verlaufen zu sein, den Fall dahin interpretieren, dass eine hypochondrische Melancholie mit mehr oder weniger zufälligem Ausgang in einen unheilbaren paranoischen Zustand vorliege, eine Affection, die, an sich heilbar, im gegebenen Fall nur die Tendenz zur Heilung vermissen lasse, dass es sich um eine secundäre Paranoia oder auch — wie Ziehen es nennt — eine aperiodische zusammengesetzte Psychose handele. Stricte widerlegen lässt sich eine derartige Deutung nicht, insofern sie eben nur eine andere Deutung des gleichen Beobachtungs-

materiales darstellt; aber es muss darauf hingewiesen werden, dass diese Verschiedenartigkeit der Auffassung gleichbedeutend ist mit einer ganz anderen Art des psychiatrischen Denkens überhaupt, dass sie einem unüberbrückbaren Gegensatz in grundlegenden Anschauungen entspringt. — Ich will mir eine theoretische Auseinandersetzung darüber, warum nach meiner subjectiven Ueberzeugung der Begriff der secundären Paranoia widersinnig ist, ein für den Fortschritt schädliches Kunstproduct des Denkens darstellt, dem ein geschlossener Complex in der Welt des Realen nicht entspricht, auf den Schluss versparen und zunächst als erwiesen annehmen, dass unser Fall denjenigen Psychosen zugesellt werden muss, deren hervorstechendes Charakteristikum die Progredienz und das absolute Fehlen jeder Heilungstendenz ist. Damit ergiebt sich ohne Weiteres seine Verwandschaft mit den Verrücktheitsformen und zwar am ehesten wohl mit jenen von Kräpelin als phantastische Verrücktheit bezeichneten, und neuerdings — ob mit Recht, bleibe dahingestellt — als Spielart der Dementia praecox aufgefassten Krankheitsprozessen.

Diese Erkenntniss, so sicher sie mir jetzt auch erscheint, haben wir freilich im Anfang durchaus nicht besessen; vielmehr hatten wir, trotz ab und zu auftauchender Bedenken — die namentlich in dem Fehlen stärkerer depressiver Elemente im hypochondrischen Symptomenbilde, in der eigenartigen Reizbarkeit und Anderem ihre Begründung fanden — sehr lange an der principiellen Heilbarkeit der Psychose festgehalten und in dieser Anschauung uns noch bestärkt gesehen, als anscheinend rein melancholische Elemente, combinirt mit ängstlichem Beziehungswahn, das Symptomenbild bereicherten. Ja, so sehr hatten wir uns in die Ueberzeugung, einen hypochondrischen, heilbaren, nicht paranoischen Zustand vor uns zu haben, eingelebt, dass bei der plötzlichen Wendung in hallucinatorische Bahnen wir zunächst noch geneigter waren, die ganz gezwungene Annahme eines Opiumwahnsinnes zu machen — der Kranke hatte nur sehr geringe Opiumdosen erhalten — als unsere Gesamtauffassung von Grund aus umzustürzen.

Ich will der Frage nicht näher treten, ob nicht eine richtige Diagnosenstellung, wenigstens bez. des infausten Endes und des Verlaufes im Gröbsten möglich gewesen wäre; unzweifelhaft ist mir jedenfalls, dass wir eine Fehldiagnose, so weit als nur möglich vom Ziele vorbeischieden, gemacht hatten.

Der Fall fordert noch zu einer Betrachtung theoretischer Natur auf: Es erscheint nämlich die Thatsache der symptomatologischen Zweiteilung von grösserem Interesse. Welche Umstände verschuldeten es, dass ein Process, nachdem er lange Zeit nur ein verhältnissmässig um-

schriebenes Gebiet — im Wesentlichen das der Selbstempfindung — krankhaft verändert hatte erscheinen lassen, ziemlich plötzlich und unter schweren psychischen Insulterscheinungen diffusere psychische Veränderungen hervorrief, dass auf einen seit Monaten ohne gröbere Schwankungen verlaufenden Zustand Veränderungen total verschiedenen Charakters sich aufpropften, dass auf scheinbar abgeschlossenem psychotischen Boden sich gewissermaassen eine Neuerkrankung unter dem stürmischen Bilde einer acuten Psychose entwickelte?

Ich vermag hierfür nur die eine Erklärung geben — ein psychologischer Erklärungsversuch würde lächerlich sein —, dass ein seinem Wesen nach uns unbekannter Krankheitsprocess, nachdem er vorher nur umschriebene Hirnterritorien anatomisch ergriffen hatte, ziemlich plötzlich einen Sprung auf vorher freigelassene Gebiete mache; dem Vorgang der Afficirung entspricht dann die mit schweren Affecten einhergehende Erschütterung des ganzen Individuum, während der anschliessende Habitualzustand der vollzogenen Veränderung im Bereich des von der Krankheit occupirten Gebetes entspricht.

Diese Annahme, für mein Empfinden die einzige mögliche, hat natürlich mit dem Begriff der sogenannten partiellen Geistesstörung im verlönten Sinne nichts zu thun; aber, so selbstverständlich ein complicirter Mechanismus als Ganzes geschädigt ist, sobald auch nur ein Theil seines Räderwerkes nicht richtig functionirt, so selbstverständlich erscheint mir doch auch andererseits, dass Psychosen schon durch Theilerkrankungen der Hirnrinde und ihrer Associationsbahnen hervorgerufen werden können, dass progressiven Geistesstörungen auch nach Extensität anatomisch weiterschreitende Veränderungen entsprechen können.

Nur mit jener Auffassung, die in Geistesstörungen Erkrankungen einer „Individualseele“ erblickt, ist diese Anschauung von vornherein unvereinbar.

Freilich ist in der grossen Mehrzahl psychotischer Erkrankungen die Phänomenologie zu complicirt und umfassend, als dass es möglich wäre — namentlich bei unserer Unkenntniss über die Beziehungen von psychotischen Symptomencomplexen zu einem zugehörigen anatomischen Erkrankungsgebiet — eine genauere Analyse anzustellen; auch ist in dem Entwicklungsgang der Psychosen ein Weiterschreiten von circumscripten zu diffuseren Störungen gewöhnlich nicht mit Sicherheit nachweisbar; Fälle, wie der vorliegende, in dem sich die Propagation eines Processes von einem vielleicht geschlossenen und functionell einheitlichen anatomischen System auf andere deutlich ausprägt, scheinen mir daher der Beachtung doppelt werth.

Zur Stütze unserer Auffassung kann auch der Umstand dienen, dass die hypochondrische und hallucinatorische Symptomenreihe auch weiterhin bis zu einem gewissen Grade selbstständig neben einander herlaufen. Zwar werden im 2. Erkrankungsstadium auch die hypochondrischen Sensationen im paranoischen Sinne ausgedeutet; aber die Verknüpfung ist doch nur eine lockere und oberflächliche, durch die allgemeine Tendenz des Denkens bedingte; der Kern des hallucinatorisch-paranoischen Complexes wird durch ganze Elemente gebildet.

Ueberhaupt ist es sehr interessant, zu beobachten, wie die hypochondrische Verstimmung in den verschiedenen Stadien der Erkrankung für die Auffassung des Individuums verschiedenartige Bedeutung gewinnt.

Zuerst nur eine einfache Verstimmung mit reizbarer Affectbetonung, wird sie, als die Propagation des Proesses sich einleitet, unter dem Einfluss des sich ausbildenden ängstlichen Beziehungswahnes zur Quelle abenteuerlicher Selbstvorwürfe, auch als Hallucinationen auftreten, wird zunächst der pseudomelancholische Charakter noch festgehalten, und erst, als der acute Sturm vorüber, das Bewusstsein zu der psychischen Umwälzung Stellung genommen hat, als gewissermaassen der Strom psychotischer Geschehnisse sein Bett gefunden hat und nunmehr im räthselhaften Laufe paranoischen Denkens dahineilt, findet auch die hypochondrische Componente ihren Platz.

Wie merkwürdig erscheint doch die Thatsache, dass in kürzester Frist schwere Selbstvorwürfe in streng paranoische Formen sich umbilden, dass offenbar dieselben Hallucinationen megalomanischen Charakters heute noch zu melancholischen Contrastvorstellungen, wie ich sie nennen will, Veranlassung geben — seine Angehörigen sind mit Ehren überhäuft worden, nur weil sie mit einem solchen Lump überhaupt in Beziehung gestanden haben — und Morgen bereits in rein paranoischem Sinne verwerthet werden!

Es ist unvorstellbar, dass diese verschiedenen klinischen Aeusserungsformen auch verschiedenen psychotischen Proessen entsprechen sollten; die Kürze der Zeit, in der sich alles abspielt, die Gleichartigkeit des Beziehungswahnes, der massgebenden Sinnestäuschungen und des allgemeinen Affectzustandes lassen dies völlig ausschliessen. Nur die eine Erklärungsmöglichkeit bleibt dann übrig, dass ein psychotischer Erregungsvorgang das Bewusstsein mit krankhaften und qualitativ ganz neuartigen Elementen gewissermassen überschwemmt hat, und dass das Individuum unter dem verwirrenden Einfluss der gleichzeitig sich entwickelnden Affecte der Angst und Rathlosigkeit nicht sofort den durch das Wesen des Proesses selbst vorgeschriebenen, uns im Einzelnen

natürlich gänzlich unerklärlichen Standpunkt des Paranoischen gewinnen konnte.

Die Entwicklung zum Paranoischen erscheint demnach als das wahrhaft Nothwendige und Essentielle des Krankheitsprocesses, das melancholische Element dagegen nur als eine psychologisch bedingte Schwankung in der Zeit des acuten Sturmes.

Mehr möchte ich hierüber nicht sagen, so sehr auch der Stoff selbst zu weiteren Reflexionen verlockt z. B. darüber, ob in der eigenartigen Succession der psychotischen Ereignisse ein bez. der klinischen Stellung wesentliches Charakteristicum zu erblicken ist oder ob hieraus ein Recht, ihn von anderen Formen hypochondrisch-phantastischer Verücktheit mit mehr oder weniger gleichzeitigem Auftreten der Erscheinungen abzugrenzen, nicht abzuleiten ist. Musste ich mich doch schon für die wenigen erörterten Gesichtspunkte nur zu sehr anstatt concreter Begriffe der Bilder und Vergleiche bedienen, um meine Gedanken auszudrücken, und werthlos erscheint mir, an den Orgien einiger Jünger in Speculation und Diction theilzunehmen. — Ich kann hiermit die epi-kritische Analyse des Falles beenden und mich zum Schluss einer oben bereits in Aussicht gestellten Erörterung allgemeiner Natur über den Begriff der sogenannten secundären Paranoia zuwenden.

Die Annahme, dass zwischen Melancholie und Paranoia pathogenetische Beziehungen bestehen, die klinisch durch die Existenz von Mischformen und Uebergängen des einen in den anderen Zustand sich äussern sollen, hat bekanntlich auch heute noch zahlreiche Anhänger und lehrbuchmässige Verfechter. In der Thatsache, dass Wahniddeen und Sinnestäuschungen, die wesentlichen Grundlagen der Paranoia, auch in das Symptomenbild der Melancholie eingehen können, dass auch der Melancholiker Verfolgungs- und sogar Grössenideen producirt und logisch verarbeitet und der Paranoiker dieselben Anomalien der Gefühls- und Willenstätigkeit, wie der Melancholiker darbietet, dass auch die Paranoia eine Wahnbildung mit primärer Affectstörung und die Melancholie eine Affectstörung aus primärer Wahnbildung kennt; dass die reine Melancholie sich aus einer reinen Paranoia und umgekehrt entwickeln kann; dass die Melancholie in sogenannte secundäre Paranoia bezw. Verwirrtheit übergehen kann, — in diesen und ähnlichen Kriterien erblickt man ebenso viel Beweise für die unlöslichen Beziehungen zwischen Paranoia einerseits und Melancholie andererseits.

Ich selbst kann in dieser Art von Argumentirung nur ein Spiel mit Worten und Begriffen erblicken, geeignet zwar, einem speculativen Bedürfniss entgegen zu kommen und es vielleicht zu befriedigen, geeignet ferner, die vorwiegend deductive, rein symptomatologische uns von be-

stimmten psychologischen und aprioristischen Gesichtspunkten ausgehende Methodik der älteren Psychiatrie zu illustriren, ganz ungeeignet dagegen, mit wachsender Erfahrung auch den entsprechenden wissenschaftlichen Fortschritt in der Erkenntniss zu gewährleisten.

Wenn der Erfolg einen Maassstab für den inneren Werth und die Berechtigung der angewendeten Mittel darstellt, so wird schon historisch bewiesen, dass jene früher herrschende Methode, welche nur symptomatologisch denkt und systematisirt, welche in Folge dessen Paranoia und Melancholie in verwandtschaftliche Beziehungen bringt, welche das bequeme Streben verfolgt, zwischen allen denkbaren bezw. beobachteten Gliedern des psychotischen Formengebietes fliessende symptomatologische Uebergänge zu finden, anstatt sich zu bemühen, die unbegrenzten Varietäten psychotischer Zustandsbilder um feste Centren natürlicher Krankheitstypen zu gruppiren — dass jene Methode auf dem kläglichsten Irrwege sich befunden hat.

Ein Optimist mag nur z. B. das Paranoiareferat von Cramer aus dem Jahre 1895 und die anschliessende grosse Discussion studiren, um sich die trostlose Verwirrtheit und Zerfahrenheit, das Schwanken des Ganzen und seiner Theile zum deutlichsten Bewusstsein zu bringen. Da werden zwar die affectiven Psychosen von der Paranoia geschieden und unter dem höheren Einheitsprincip der funktionellen Psychosen den organischen Geisteskrankheiten gegenübergestellt; aber sofort wird auch durch die Aufstellung der „melancholischen Paranoia“ und „paranoischen Melancholie“ das scheidende Princip verwischt, wird durch die Einreihung des Delirium tremens, das als acute Paranoia aufgefasst wird, da es in seinen schweren Formen gleichzeitig organische Veränderungen aufweist, auch der grundsätzliche Unterschied zwischen funktionell und organisch ausgelöscht.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass eine derartige Beirachtungsweise jede Freude am wissenschaftlichen Weiterforschen läbimen muss; denn wenn wirklich alle Psychosen dieses grossen Formengebietes im letzten Grunde nur Erscheinungsformen eines allumfassenden Prozesses sind, wenn weder das Zustandsbild, noch die Art der Aufeinanderfolge von solchen, weder die Heilbarkeit, noch die Unheilbarkeit, weder der acute, noch der chronische Verlauf, noch auch alle sonstigen Kriterien irgend sicher differenzirend verwerthbar sind, dann ist in der That nicht einzusehen, warum man sich mit einer derartig hoffnungslosen Disciplin, bei der Diagnose und Prognose in beständigem Dunkel tappen müssen, oder wo Alles sich mit einigen Schlagwörtern erledigen lässt, bei der daher auch die wachsende Erfahrung stets werthlos bleiben muss, überhaupt noch beschäftigen sollte.

Die Psychiatrie verfährt dabei so, als ob ein innerer Mediciner z. B. bei Scharlach und Masern alle Varietäten dieser Krankheiten bezüglich der Art des Fiebers, des Exanthems, der Complicationen etc. in eine Scala bringen wollte. Es würde ihm gewiss nicht schwer fallen, die symptomatologische Untrennbarkeit beider zu beweisen; aber man würde seine Arbeit als eine überflüssige ansehen und man würde lächeln, wenn er, auf seiner Scala füssend, die totale Verschiedenartigkeit beider Krankheitsprocesse leugnen wollte. Kann es Wunder nehmen, dass die Psychiatrie, bei der eine solche Anschauungsweise lange Zeit die herrschende war, auf todtem Geleise fuhr und ihrem Ziel, die unendliche Zahl der Einzelfälle nach dem Wesen der zu Grunde liegenden Processe zu erkennen und zu gliedern, nicht näher kam?

Melancholische und paranoische Erkrankungen sind total differente psychotische Processe ohne Uebergänge und ohne Berührungen: Dieser Satz muss zu Recht bestehen, wenn anders das von der gegentheiligen Anschaunung geschaffene wissenschaftliche Chaos gelichtet werden soll. Sollte die letztere Recht behalten, dann wäre der Weg zu weiterer Erkenntniss eben versperrt.

Nun lässt sich zur Stütze dieses Postulates zunächst eine theoretische Erwägung anstellen: Man wird die funktionellen Psychosen ohne Weiteres in heilbare und unheilbare eintheilen können. Die Verrücktheit im Sinne Kräpelin's ist unzweifelhaft eine ihrem innersten Wesen nach chronisch progressive und absolut unheilbare Krankheit. Der reinen Melancholie dagegen, z. B. der Involutionsmelancholie, wird dagegen das Kriterium der principiellen Heilbarkeit zugeschrieben werden müssen. Nun ist es wenigstens denkbar, dass eine an sich heilbare Psychose unter bestimmten Umständen in ihrer Genesung unvollständig bleiben, ja vielleicht nach verschiedenen Richtungen progressiv sich weiter entwickeln kann; es ist aber unvorstellbar, dass eine an sich unheilbare Psychose heilen kann, insofern gerade die Unheilbarkeit ihr eigentliches Wesen ausmacht. Die Unheilbarkeit einer Psychose ist etwas Constantes, Unverrückbares, eine feste Grösse, die Heilbarkeit — der Denkbarkeit nach wenigstens — ein schwankender, modificirbarer Factor; anders ausgedrückt: heilbare Psychosen können, aber sie müssen nicht heilen, unheilbare können nie heilen.

Der hieraus zu ziehende Schluss ist einfach: Man kann aus dem Geheiltsein einer Psychose schliessen, dass sie, mag dies auch symptomatisch noch so verführerisch erscheinen, unmöglich mit einem principiell chronisch unheilbaren Process wesensgleich oder verwandt sein kann.

Nun würde ein solches theoretisches Calcül ja werthlos sein, wenn begründete Thatsachen seine Unrichtigkeit beweisen. Meiner Ansicht nach aber fehlt das sichere Beobachtungssubstrat völlig, auf dessen Basis man zu der für den diagnostischen Fortschritt verhängnissvollen Construction pathogenetischer Beziehungen zwischen Paranoia und Melancholie gezwungen wäre. Die Casuistik für diese Frage ist der Zahl der Fälle nach dürftig, dabei in der Form vielfach zu aphoristisch gehalten, um einer gegentheiligen Kritik genügend zugänglich zu sein.

So sind z. B., um nur einiges zu citiren, die beiden Arbeiten von Schloß¹⁾, in denen der Standpunkt einer genetischen Zusammengehörigkeit von Melancholie und Paranoia vielleicht am schärfsten vertreten ist, in ihren mitgetheilten Fällen zur Stütze seiner Thesen durchaus unbefriedigend; von der Nasse'schen²⁾ Arbeit, welche zu beweisen sucht, dass fast innerhalb weniger Stunden eine klinische Krankheitsform sich in eine total andersartige umbilden kann, sind zwei in ihr mitgetheilte Fälle für die aufgestellte frappirende Behauptung meines Erachtens werthlos; die dritte (Beobachtung I) zeigt dagegen weitgehende Aehnlichkeiten mit meinem Falle und lässt auch eine analoge Deutung ohne weiteres zu.

Ich will nicht in eine kritische Einzelerörterung der einschlägigen Beobachtungen eintreten, da ich dies deshalb für unersprieslich halte, weil überall nur die verschiedenartige Auffassung und Deutung der Befunde in Frage kommt, eine strikte Beweisführung daher unmöglich ist und weil es Erfahrungsthatsache ist, dass veränderte Anschauungen bei gleichem Stoffgebiet Anhängern einer älteren Auffassung niemals zugänglich sind, sich vielmehr stets nur dadurch Geltung verschaffen, dass diese letzteren selbst allmählich verschwinden. — Nur darauf möchte ich hinweisen, dass selbst beiden maassgebenden Autoren symptomatologisch-systematisirender Richtung sich eine gewisse Unsicherheit geltend macht, ein Bestreben, die aus der Melancholie sich entwickelnden Verrücktheitsformen doch in irgend einer Form von den genuinen abzutrennen.

So sprach schon Snell aus, dass zwar die Melancholie in seltenen Fällen in „gewisse Wahnsinnsformen“ übergehen kann, wies aber gleichzeitig darauf hin, dass diese Formen in ihrer Erscheinungsweise nicht mit dem „wirklichen“ primären Wahnsinn übereinstimmen. Mendel äussert sich am Schluss eines Vortrages, in dem sich deutlich eine Stellungnahme gegen den berühmten Westphal'schen Satz: „Die Ver-

1) Jahrbücher für Psychiatrie. Bd. 9.

2) Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 44.

rückheit entwickelt sich nie aus der reinen Melancholie“ documentirt, doch vorsichtig und ausweichend bezl. der wirklichen Identität von primärer und secundärer Paranoia; Ziehen betont zunächst, dass es sich beim Auftreten von gehäuften Hallucinationen und Wahnvorstellungen der Verfolgung etc. im Anschluss an Melancholie der Regel nach gar nicht um secundäre Paranoia, sondern um secundäre Demenz handele. Aber auch in den seltenen Fällen, welche diese Deutung nicht zulassen, hält er es für richtiger, überhaupt nicht von einem Uebergang in Paranoia zu reden, sondern von 2 Hauptstadien, einem melancholischen, welches der Melancholie entspricht (!) und einem heilbaren, welches der Paranoia entspricht (!) und erörtert diese Fälle dann unter einem eigenen Abschnitt nicht etwa der Melancholie, sondern der von ihm sogenannten „aperiodischen zusammengesetzten Psychosen“.

Zu einem wirklichen Verständniss der Stellung, welche Ziehen diesen Krankheitsformen zuspricht, zu gelangen, ist mir unmöglich gewesen. Ist es eine Melancholie mit paranoischem Nachstadium? Ist es eine Paranoia, mit vorhergehendem melancholischen Stadium? Ist die secundäre Paranoia eine echte primäre Paranoia, die eben nur insofern nicht primär ist, als sie nach einer anderen Psychose auftritt? oder ist sie nicht primär auch ihrem inneren Wesen nach bei nur gleichem symptomatologischen Bild? Oder ist das Ganze überhaupt eine Psychose sui generis, die nur ihre Symptome der Melancholie und Paranoia entlehnt und in charakteristischer Weise aneinander reiht? Die kurze Lehrbuchsskizze, die eigentlich nur constatirt, dass die Krankheit unter dem doppelten Schema: Melancholie — Paranoia — Demenz und Melancholie — Paranoia — Heilung verläuft, giebt auf diese Frage keine Antwort; nicht weniger lassen die beigelegten Literaturbelege (es sind der schon erwähnte Mendel'sche Vortrag und die Nasse'sche Arbeit) im Stich; für die Behauptung aber, dass jemand erst eine Melancholie bekommen kann, dann eine Paranoia und dann noch gesund wird, habe ich in der Literatur nicht einmal einen Hinweis finden können.

So ziehe ich das Facit, dass Verrücktheit und Melancholie zwei verschiedene psychotische Individualitäten sind und dass der sie confundirende Begriff der secundären Paranoia, oder wie man es sonst nennen will, ein falsches Kunstproduct der Reflexion darstellt. —

Systeme aber, welche auf dem Boden dieser Anschauung nicht stehen, welche symptomatologische Spielarten von genetisch verschiedenartigen Krankheitsprozessen in verwandtschaftliche Beziehungen setzen, nur weil sie eine theilweise sich deckende Phänomenologie zeigen, welche die chronische Verrücktheit und acute hallucinatorische Irreseinsformen nicht principaliter von einander trennen, welche Melancholie und Para-

noia in Misch- und Uebergangsformen mit einander verbinden, sind als hältlose Speculationen zu betrachten; es sind künstlich-dogmatische Lehrgebäude, die zwar den zweischneidigen Vortheil haben, dass in ihrem geschlossenen Rahmen alles leicht untergebracht, subsummiert und registriert werden kann, die den Anschein erwecken, als ob das Gebäude der Psychiatrie nicht erst düftig im Grundriss abgesteckt, sondern bereits errichtet wäre und nur noch des feineren Ausbaues, des Auffindens aller theoretisch bereits festgelegten Formen bedürfe, die aber andererseits auch das Starre, Selbstsichere, nicht weiter Entwickelungsfähige jedes künstlichen Systems besitzen und für die es daher ein Tasten in unbekannte Gebiete, ein fortwährendes Revidiren und Reformiren der aus dem wissenschaftlichen Besitzstand gezogenen Schlüsse nicht giebt¹⁾.

Es ist eine Thatsache, die nicht mehr zu leugnen ist, dass diese Anschauungsform langsam zwar, aber unaufhaltam deposseidirt wird.

Meinem früheren Chef, Herrn Geh.-Rath Prof. Dr. Hitzig, spreche ich für gütige Ueberlassung des hier verwertheten Materials auch an dieser Stelle verehrenden Dank aus.

1) Dass es sich bei allen diesen Erörterungen nicht etwa um theoretische Spitzfindigkeiten, sondern um wirkliche Fragen des Fortschritts handelt, kann unser Fall leicht demonstrieren.

Bei symptomatologischer Betrachtungsweise ist er einfach eine hypochondrische Melancholie mit Ausgang in secundäre Paranoia. Dann hätte die Melancholie heilen können, der Ausgang in Paranoia war nicht vorher zu sehen; auch dass diese letztere nicht ausheilte, war sowohl jetzt, als auch für event. analoge Beobachtungen nicht zu prognosticiren. Nach Ablauf der Psychose wird sie alsdann in das für sie schon bereitstehende Fach des Systems einregistriert.

Für eine gegentheilige Anschauung ist einfach eine vollkommene Fehldiagnose gestellt worden; aber gerade im Irrthum liegt der Werth der Beobachtung; denn seine Erkennung, zwar für den concreten Fall beschämend, ist gleichbedeutend mit der Chance künftiger Vermeidbarkeit.
