

## VI.

### Die periodische Paranoia.

#### Eine kritische Studie zur Paranoiafrage.

Von

**Dr. Boege,**

Assistenzarzt der Irrenanstalt Owinsk.

---

An der Hand der Lehren Kraepelin's bin ich in die Psychiatrie eingeführt worden, und seine Auffassung der Paranoia habe ich mir angeeignet. Wenn ich auch sehr bald die Meinungen anderer Autoren kennen lernte und mich mit ihnen abfinden musste, so sind mir bisher doch nie ernste Bedenken gekommen, die mich gezwungen hätten, den Kraepelin'schen Standpunkt aufzugeben.

Kraepelin kennt nur eine chronische Paranoia. Selbst wenn ich demgegenüber bereit bin, die Möglichkeit einer acuten Paranoia zuzugeben und darunter eine Krankheit zu verstehen, die sich durch nichts von der chronischen Paranoia als durch den acuten Verlauf unterscheiden soll, so habe ich doch bisher weder eine acute noch eine periodische Paranoia gesehen und auch nicht gehört, dass an den Anstalten, an denen ich gewesen bin, in der letzten Zeit einmal die Diagnose gestellt worden ist. Um so bereitwilliger habe ich stets die Angaben, die sich in der Literatur vereinzelt über periodische Paranoia finden, mit des Meisters Worten abgethan, die betreffenden Erkrankungen gehörten unter andere Krankheitsformen. Schliesslich musste ich mir jedoch darüber klar werden, dass die Frage mit dieser allgemeinen Abweisung nicht entschieden ist, dass man sich vielmehr nur dann zufrieden geben könne, wenn jeder bisher als periodische Paranoia veröffentlichte Fall genau nachgeprüft und wenn möglich unter einer anderen Krankheitsform untergebracht würde. Ein derartiger Versuch ist meines Wissens bisher nicht angestellt worden, und so habe ich mich im Folgenden der Aufgabe unterzogen.

Wohl kein Krankheitsbild ist in den letzten Jahren mehr umstritten worden als das der Paranoia. Im Vergleich zu dem grossen Interesse, das sich der Paranoia im Allgemeinen zugewandt hat, haben sich allerdings nur wenige Autoren mit der sogenannten periodischen Paranoia beschäftigt, wohl aus dem einfachen Grunde, weil nur Wenige in der Lage waren, einschlägige Krankenbeobachtungen zu machen. Während die Diagnose Paranoia, sei es *acuta* oder *chronica*, *hallucinatoria* oder *simplex* an einzelnen Anstalten in 50, 60 und in mehr vom Hundert der einfachen Seelenstörungen gestellt wurde und sich demgemäss Freunde wie Gegner des „Paranoiatopfes“ immer wieder von Neuem gezwungen sahen, ihren Standpunkt in der Paranoiafrage zu präcisiren, haben auch die Anhänger der alten Paranoialehre nur wenige Fälle gesehen, in denen sie die Diagnose einer periodischen Paranoia für berechtigt hielten. Alle als periodische Paranoia veröffentlichten Krankheitsgeschichten sind in dieser Arbeit zusammengestellt worden. Ebenso wie die Casuistik ist auch die Literatur über periodische Paranoia nicht sehr umfangreich. Das Literaturverzeichniss am Ende der Arbeit darf, glaube ich, auf Vollständigkeit Anspruch erheben.

Während die Kenntniss der periodischen Psychosen überhaupt in das 18. Jahrhundert zurückreicht,<sup>1)</sup> beginnt die Geschichte der periodischen Paranoia erst mit dem Jahre 1887. In einem Vortrage im psychiatrischen Verein zu Berlin stellte Mendel<sup>2)</sup> (1) die These auf, neben den drei bis dahin bekannten periodischen Psychosen (*Mania periodica*, *Melancholia periodica* und *Delirium hallucinatorium periodicum*) gebe es eine vierte, über deren Bezeichnung als Paranoia periodica kein Zweifel sein könne. Ihm haben sich in der Folge andere Autoren angeschlossen. Einen weiteren Fall von periodischer hallucinatorischer Paranoia veröffentlichte Kausch (3), zwei Fälle von recidivirendem Beachtungswahn publicirte Friedmann (4), Greidenberg (5) sprach von recurrirender acuter Verrücktheit oder recurrirender acuter Paranoia und belegte seine Behauptungen mit 7 Krankheitsgeschichten; Gianelli (6) wiederum sprach von periodischer acuter Paranoia. Im Jahre 1898 erweiterte dann Ziehen (7) die Lehre von der periodischen

1) Medicus, „Geschichte der periodischen Krankheiten“. Karlsruhe. 1764. Citirt nach Kirn: „Die periodischen Psychosen“. Stuttgart. 1878. Seite 3. Dass schon einzelne ältere Autoren periodische Psychosen beobachtet haben, will ich nicht bestreiten. — Pilcz (10) führt in seiner Monographie Belege an. — Doch scheint mir der Beweis noch keineswegs erbracht, dass diese Autoren die betreffenden Krankheitsfälle in ihrer periodischen Eigenart wirklich erkannt und aufgefasst haben.

2) Die Ziffern gehen auf das Literaturverzeichniss am Ende der Arbeit.

Paranoia, indem er ganz im Gedankengange seiner sonstigen Paranoia-lehre auch bei der periodischen Paranoia eine einfache und eine hallucinatorische Form unterschieden wissen wollte. Neben der hallucinatorischen Form, die nicht selten vorkomme, vielfach mit der periodischen Manie zusammengeworfen werde, von dieser aber dadurch zu unterscheiden sei, dass Hallucinationen ihr Hauptsymptom seien, komme noch eine vierte Form periodischer Psychosen vor: die periodische acute einfache Paranoia, die dadurch ausgezeichnet sei, dass „primäre nicht aus Hallucinationen hervorgegangene Wahnvorstellungen das einzige Hauptsymptom bildeten“. Waren die bis dahin veröffentlichten Fälle<sup>1)</sup> zur hallucinatorischen Form zu rechnen, so publicirte Ziehen den ersten Fall periodischer einfacher Paranoia. Weitere Fälle der einfachen Form sind dann von Bechterew (8), Gierlich (14) und Mönkemöller (15) bekannt gegeben worden. Skierlo (9) wiederum brachte einen Fall periodischer hallucinatorischer Paranoia, desgleichen in jüngster Zeit Seiffer (16).

Endlich hat Bleuler vor wenigen Jahren über periodischen Wahnsinn geschrieben. Nun haben allerdings die verschiedenen Autoren zu verschiedenen Zeiten unter Wahnsinn nicht immer dasselbe Krankheitsbild verstanden. Bleuler, der nahe Beziehungen zur Heidelberger Schule hat, scheidet Wahnsinn und Paranoia natürlich scharf von einander, in ähnlicher Weise, wie es Kraepelin noch in der 3. Auflage seines Lehrbuches gethan hat. Die alte Paranoiaschule (Mendel, Werner, Ziehen u. s. f.) dagegen subsumirt den Wahnsinn und die enger gefasste Verrücktheit unter ihren recht weiten Begriff der Paranoia. Da jedoch die periodische Paranoia von Anhängern der alten Paranoialehre zuerst beschrieben ist und diese dem Wahnsinn als besonderem Krankheitsbild die Berechtigung abspricht, ihn zum grossen Theil in der Paranoia aufgehen lässt, so erscheint es mir geboten, in die Besprechung der periodischen Paranoia auch den periodischen Wahnsinn Bleuler's hineinzuziehen, unbeschadet natürlich etwaiger Schlussfolgerungen über Aetiologie und Nosologie beider Krankheiten. Aus der gleichen Ueberlegung heraus und mit der gleichen Einschränkung wird auch der periodische Wahnsinn mit zu besprechen sein, den Krafft-Ebing in seinem Lehrbuch beschrieben hat. Dass dieser Autor dahin ganz ähnliche Krankheitsbilder rechnet, wie die es sind, die Mendel Anlass zur Aufstellung einer periodischen Paranoia gegeben haben, geht schon daraus hervor, dass von Krafft-Ebing selbst die von Mendel auf

---

1) Mit Ausnahme wohl der Fälle Friedmann's. D. Verf.

den Namen „periodische Paranoia“ getauften Fälle ausdrücklich als periodischer Wahnsinn bezeichnet werden (17).

In den Hand- und Lehrbüchern finden sich nur wenig Angaben über periodische Paranoia. Ich habe die gebräuchlichsten Lehrbücher noch einmal speciell darauf durchgesehen, habe aber nur in dem Ziehen'schen und in dem von Binswanger-Siemerling<sup>1)</sup> herausgegebenen positive Angaben finden können. Auf Ziehen, der ja selbst bei der Prägung des Begriffs periodische Paranoia mitgewirkt hat komme ich später noch ausführlich zu sprechen. Siemerling schreibt in dem Abschnitte „Paranoia acuta“: „In einzelnen Fällen kommt es zu einer periodischen Wiederholung der Anfälle“ und ein paar Zeilen weiter: „Die Erkrankung wiederholt sich in periodischen Anfällen, ein verhältnissmässig seltenes Vorkommniss.“

Etwas ausführlicher nimmt Pilcz (10) in seiner Monographie über die periodischen Geistesstörungen zur periodischen Paranoia Stellung. Er spricht von periodisch auftretenden „eigenartigen Zustandsbildern, die durch primäre Wahnbildung gekennzeichnet sind, bei völlig klarem Sensorium, Fehlen oder nur dem Inhalt der Wahnideen entsprechenden secundär bedingten Stimmungsanomalien.“ Die Benennung „periodische Paranoia“, meint er, sei gewiss anfechtbar. „Nachdem wir aber auch bei den übrigen Formen der periodischen Geistesstörungen zur schnellen Charakterisirung der Symptomatologie Namen wählen, welche der Nomenklatur der nicht periodischen Psychosen entlehnt sind, glaube ich, dass gegen die Bezeichnung periodische Paranoia schliesslich nichts einzuwenden ist, wenn man sich dessen nur bewusst ist, dass die fragliche Krankheit, durch das Beiwort „periodisch“ ohnehin genügend gekennzeichnet, mit der echten Paranoia eben nichts anders gemein hat, als das eine wesentliche Symptom der primären Wahnbildung. Eine weitere Unterscheidung jedoch in Paranoia periodica hallucinatoria und Paranoia periodica simplex erscheint mir weniger gerechtfertigt, nachdem doch auch bei der wirklichen Paranoia das Fehlen oder Vorhandensein von Sinnestäuschungen nicht ein Kriterium einer Eintheilung bildet. Wo nun gar nur Hallucinationen auf den verschiedensten Sinnesgebieten und ohne Systemisirung der Wahnideen periodisch auftreten, da möchte ich überhaupt lieber den Terminus „Paranoia“ gar nicht verwenden; für derartige Fälle (Ziehen: Paranoia periodica acuta hallucinatoria) passt doch wohl eher die Bezeichnung „periodische Amentia.“

---

1) O. Binswanger und E. Siemerling. Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1904.

Erwähnenswert ist, dass Pilez selbst keinen Fall periodischer Paranoia gesehen hat. Als Beispiel führt er den von Ziehen (7) an, den auch ich als solche anerkenne. Gleichfalls dazu scheint er aber auch die Fälle von Mendel, Meschede<sup>1)</sup>, Gianelli, Kausch und Bechterew zu rechnen, die ich, abgesehen von dem mir unbekannten Gianelli'schen, nicht zur Paranoia zu rechnen vermag.

Derartige periodisch auftretende, sagen wir durch Wahnbildung charakterisirte Psychosen haben natürlich ausser den genannten Autoren und denen, die sich ihnen anschliessen, auch andere beobachtet, nur haben sie sie nicht zur Paranoia gerechnet, sondern anderweitig untergebracht, als periodischen Wahnsinn, als periodische Manie, als manisch depressives Irresein bezeichnet. Das liegt offenbar nicht daran, dass sie anders beobachtet haben, sondern nur daran, dass sie den Paranoiabegriff anders umgrenzen. Die extremste Stellung nimmt Kraepelin ein. Er leugnet die Existenz einer periodischen Paranoia ebenso wie die einer acuten: „Sprach man doch ganz harmlos von periodischer Paranoia“, schreibt er in seinem Lehrbuch. Und auf der Versammlung bayrischer Psychiater im Jahre 1905<sup>2)</sup> hat er diesen Satz dahin ergänzt, dass die sogenannte periodische Paranoia meist dem manisch-depressiven Irresein, hie und da vielleicht auch einmal der Dementia praecox oder dem Alcoholismus angehöre.

Die Ansichten über periodische Paranoia stehen also schroff einander gegenüber.

Es ist nicht möglich, zur periodischen Paranoia Stellung zu nehmen, ohne sich zur Paranoia überhaupt zu äussern. Zwei Extreme streiten miteinander. Beide Anschauungen haben sich aus dem Griesinger-Westphal'schen Paranoiabegriff entwickelt. An der Entwicklung nach der einen Richtung haben namentlich Mendel, Werner und Ziehen gearbeitet. Von einzelnen Irrenärzten wird thatsächlich, wie Köppen<sup>3)</sup> treffend sagt, der Begriff Paranoia auf alle Krankheiten mit intellectuellen Störungen (d. h. vornehmlich Sinnestäuschungen und Wahnideen) ausgedehnt, die nicht gleich Demenz bedeuten. Die Folge davon ist, dass die Diagnose Paranoia von ihnen in der Mehrzahl der aufgenommenen einfachen Seelenstörungen gestellt wird. Um in diese Menge von Paranoien nun wenigstens einigermaassen Ordnung zu bringen,

---

1) Meschede „Paranoia periodica“, XIII. internat. medicin. Congress in Paris, 2.—9. August 1900. — Von mir ist der Fall nicht besonders erwähnt worden, da es derselbe ist, den Skierlo (9) in seiner Inaug.-Diss. ausführlich veröffentlicht hat.

2) Centralbl. für Neur. u. Psych. 28. Jahrg. 1905. pag. 585.

3) „Ueber acute Paranoia.“ Neurol. Centralbl. 18. Jahrg. 1899.

schied man in eine einfache und hallucinatorische Paranoia und jede der beiden wieder in eine acute und eine chronische Form. Bei der einfachen Paranoia<sup>1)</sup> sollen primäre Wahnvorstellungen das Hauptsymptom sein, bei der hallucinatorischen Sinnestäuschungen und aus diesen die Wahnvorstellungen sich erst entwickeln.<sup>2)</sup> Allein die Grenzen verwischen sich. Manchmal sind die Hallucinationen so spärlich, dass nicht gut von der hallucinatorischen Form gesprochen werden kann, andererseits doch vorhanden, sodass auch nicht gut eine einfache Form diagnosticirt werden kann. Zudem ist jedem Irrenarzt bekannt, wie schwer oder beinahe unmöglich im Einzelfalle der Nachweis werden kann, ob der Kranke überhaupt hallucinirt. Gerade die mannigfachen und häufigen Uebergangsformen mussten wiederum als Beweis herhalten, dass „allen diesen Krankheiten, den acuten und chronischen, unter dem gemeinsamen Begriff der Paranoia ihr Recht zu gewähren sei.“ „Es falle doch auch dem Neuropathologen nicht ein, die multiple Neuritis in zwei toto coelo verschiedene Krankheiten auseinander zu reissen, weil sie bald acut, bald chronisch vorkomme“<sup>3)</sup>. Gewiss nicht. Nicht weil die Paranoia bald acut, bald chronisch vorkommt, wird sie in zwei toto coelo verschiedene Krankheiten zerrissen, sondern weil mehrere Krankheitsbilder in Entstehung, Symptomalogie, Verlauf und Ausgang völlig, „toto coelo“, von einander geschieden sind, ist es nicht angängig sie zu einer Krankheit zusammenzuwerfen.

So weit, wie z. B. Ziehen, sind jedoch nur wenige Autoren gegangen, die Mehrzahl von ihnen hat zur Paranoia stets nur chronische Erkrankungen gerechnet. Das Gros der acuten Erkrankungen wurde als Wahnsinn aufgefasst. Krafft-Ebing z. B. hat den Wahnsinn und die Paranoia an ganz verschiedenen Stellen seines Systems untergebracht. Schon daraus geht hervor, dass für ihn Wahnsinn und Paranoia nicht einmal verwandte Krankheiten waren.

Auf der anderen Seite steht die Kraepelin'sche Auffassung, dass nur dann von einer Verrücktheit (Paranoia) gesprochen werden könne, wenn es sich um die langsame Entwicklung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems bei vollkommener Erhaltung der Klarheit,

---

1) Ziehen (11).

2) Wenn Ziehen (11) als Erläuterung zu dieser im Haupttext gegebenen Definition in einer Anmerkung schreibt: „oder vielmehr sind (bei der hallucinatorischen Form) die Hallucinationen und Illusionen bereits der Ausdruck latenter Wahnvorstellungen“, so ist das scheinbar so schöne, genetische Eintheilungsprincip zu einem reim symptomatologischen geworden.

3) Ziehen (7).

wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln handle. Infolgedessen schrumpft die Zahl der Fälle, in denen Kraepelin und seine Anhänger die Diagnose Paranoia stellen, auf ein Minimum zusammen.

In der Heidelberger Klinik ist in den Jahren 1901—1904 unter 1835 Aufnahmen die Diagnose Paranoia nur dreimal (darunter zweimal Querulantenwahnsinn) gestellt worden.

Kraepelin hat die Ansicht, die er heute vertritt, nicht immer gehabt. Auch er hat zunächst (noch in der 3. Auflage seines Compendiums) nur Wahnsinn und Paranoia auseinander gehalten. Wenn er dann später den Wahnsinn<sup>1)</sup> als einheitliche Krankheit aufgegeben und die dorthin gerechneten Krankheitsbilder theils der Dementia praecox-Gruppe, theils dem manisch-depressiven Irresein zugewiesen hat, so hat er doch niemals zur Paranoia gerechnet: 1. Die acute, hallucinatorische Verwirrtheit (die sich zum Theil wenigstens mit Meynert's Amentia, Krafft-Ebings hallucinatorischem Wahnsinn, Wernicke's agitirter und asthenischer Verwirrtheit, Fürstner's hallucinatorischer Paranoia deckt). — 2. Jene Krankheitsbilder, die er jetzt zur Hebephrenie und und Katatonie rechnet, die sich vom Gros der Hebephrenien und Katatonien durch besonders ausgeprägte Hallucinationen und Wahnideen auszeichnen und die er selbst früher als katatonischen Wahnsinn<sup>2)</sup> bezeichnet hat. — 3. Endlich gleichfalls durch Hallucinationen und Wahnideen complicirte Krankheitsbilder, die er heute zum manisch-depressiven Irresein zählt, d. h. als Manien, Melancholien und manisch-melancholische Mischformen auffasst.

Hat also Kraepelin den Krankheitsbegriff Verrücktheit von vornherein wesentlich enger gefasst, so hat er ihn später durch die Abspaltung zweier Anfangs zur Paranoia gerechneten Formen noch weiter eingeengt, nämlich der Dementia paranoides im engeren Sinne und der Paranoia phantastica. Die Dementia paranoides hat er zunächst ausgeschieden und der Dementia praecox angegliedert; er versteht darunter Krankheitsbilder, bei denen massenhaft zusammenhangslose, immerfort wechselnde Verfolgungs- und Größenideen auftreten und bei denen sich rasch eine psychische Schwäche entwickelt. Erst später hat er — jedoch unter Vorbehalt — etwas anders geartete Krankheitsbilder, bei denen abenteuerliche Wahnvorstellungen in mehr zusammenhängender Weise durch eine Reihe von Jahren festgehalten werden, um dann entweder wieder zu verschwinden oder völlig verworren zu werden, gleichfalls

1) Der hallucinatorische Wahnsinn der Trinker rechnet nicht zum Wahnsinn. s. s.

2) Paranoia katatonica anderer Autoren.

zur Dementia praecox geschlagen, nachdem er sie vorübergehend als phantastische Verrücktheit der Paranoia zugerechnet hatte. Endlich fasst Kraepelin gewisse Zustandsbilder, die von anderer Seite auch zur Paranoia gezählt werden, als Endzustände<sup>1)</sup> der Dementia praecox-Gruppe auf, ohne dass er im Einzelfalle im Stande wäre, anzugeben, ob er aus einer Hebephrenie, Katatonie oder Dementia paranoides hervorgegangen ist; nämlich: 1. den halluzinatorischen Schwachsinn, bei dem Sinnestäuschungen und Wahnideen in ganz einförmiger Weise nach dem Abklingen des acuten Stadiums bestehen bleiben; 2. die halluzinatorische Verrücktheit, bei der die Wahnbildung (und zwar ausnahmslos der körperliche Beeinflussungswahn) dauernd fortschreitet, ohne dass es zu schwerer Verblödung kommt; 3. die Dementia paranoides (als Endzustand von der floriden Psychose Dementia paranoidea wohl zu unterscheiden), bei der es sich um eine üppige Wahnbildung handelt, die bald jeden Einfluss auf das Handeln verliert.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass der Krankheitsbegriff der Paranoia durch die Abspaltung aller oben erwähnten Krankheitsbilder an klinischem Werth gewonnen hat. Die Kraepelin'sche Paranoia ist ein einheitlicher Begriff. Dass die von Kraepelin als Dementia paranoides und Paranoia phantastica beschriebenen Krankheitsbilder nichts mit der Paranoia im engeren Sinne zu thun haben, scheint mir keinem Zweifel zu unterliegen. Ob sie andererseits zur Dementia praecox gehören, ist sicher sehr ungewiss<sup>2)</sup>. Wenn man alle psychischen Erkrankungen, die zur Verblödung oder doch wenigstens zu einem psychischen Schwächezustand führen, abgesehen von Epilepsie, Dementia paralytica und Dementia senilis, zur Dementia praecox zählt, so darf man natürlich auch die Dementia paranoides und Paranoia phantastica dorthin rechnen. Und thatsächlich scheint sich auch in einzelnen Anstalten neuerdings das Bestreben geltend zu machen, sämtliche einfachen Psychosen in zwei Gruppen einzutheilen. Die Diagnose wird post festum gestellt. Ist der Fall günstig verlaufen, so wird manisch depressives Irresein, hat er zur Verblödung geführt, so wird Dementia praecox diagnosticirt. Diese Methode, die Krankheit diagnostisch vorwiegend oder gar ausschliesslich nach dem Ausgang zu beurtheilen, scheint mir auf einen bedauerlichen und bedenklichen Irrweg zu führen. Es besteht die Gefahr, dass auf diese Weise der eben erst mühsam gewonnene Zusammenhang mit der Somatopathologie wieder verloren

---

1) Wernicke's paranoische Zustände oder residuäre Bewusstseinsfälschungen.

2) Was übrigens Kraepelin selbst wiederholt betont hat.



geht. Wenn unsere Kenntnisse von der Pathologie der Rinde auch noch äusserst gering sind, so viel lehrt doch eine einfache Ueberlegung, dass eine Psychose nur dann und nur darum zur Demenz führt, weil sie für die psychische Function unbedingt nöthiges Gewebe — Zelle oder Faser oder Zelle und Faser, sagen wir „Neurenchym“ — zerstört hat.

Wenn in einem Organ des Körpers, der Leber, der Lunge, der Niere, der Milz, ein destructiver Process, d. i. eine traumatische oder pyämische Eiterung oder eine idiogene Entzündung abgelaufen ist, so wird daraus eine mehr oder weniger ausgedehnte Narbe, an der Parenchym zu Grunde gegangen und durch Stützgewebe ersetzt worden ist, entstehen. Daraus kann zwar ein je nach der Ausdehnung der Narbe mehr oder weniger grosser Functionsausfall resultiren, jedoch weil die Zellen der Organe untereinander gleichwerthig sind, stets nur eine quantitative, nie eine qualitative Aenderung der Functionen, wenn nicht gerade Ausführungsgänge, Nerven oder Blutgefässe durch die Narbe comprimirt werden. Bei Psychosen wie bei Erkrankungen des Nervensystems überhaupt liegt es anders. Hier hat jede Zelle oder jeder Zellcomplex seine besondere Function, hier kann nicht die eine vicariirend für die andere eintreten. Der Tod von Neurenchym hat jedesmal auch den Ausfall der an dieses Neurenchym gebundenen psychischen Vorgänge zur Folge. Aber nicht nur dieser mehr oder weniger isolirte Functionsausfall ändert das psychische Geschehen, sondern jeder psychische Functionsausfall muss, wie Wernicke treffend auseinandergesetzt hat, seine Fernwirkungen haben. Nicht nur, dass die zu Grunde gegangenen Neurenchymstellen nicht mehr erregt werden können, sondern es können auch keine Erregungen mehr über sie geleitet und von ihnen ausgelöst werden.

Eine stenosirende Narbe des Dickdarms wird die gleichen Erscheinungen machen, gleichviel, ob sie der Ausgang eines tuberkulösen, gonorrhöischen,luetischen, dysenterischen Geschwürs oder auch eines periproktitischen Abscesses ist. Eine an der Beugeseite des Ellenbogens sitzende Narbe von bestimmter Form führt in gleicher Weise zur Behinderung der Streckung, ob sie nun aus einer Stichwunde, einem Verbrennungsgeschwür oder einem Furunkel herrührt. Keinem inneren Mediciner wird es einfallen, daraus, dass jene Processe alle zur Mastdarmstrictur geführt haben, zu schliessen, dass die Processe wesentlich gewesen sind. Und ebenso wenig haben wir ein Recht, lediglich aus der Thatsache, dass psychische Krankheitsbilder verschiedenster Aetiologie und Symptomatologie, zu derselben eigenartigen Verblödung führen, zu schliessen, dass jene Krankheitsbilder einer Psychose — heisse sie nun *Dementia simplex* oder *Dementia praecox* oder *Demenza*

primitiva oder Paratonia progressiva<sup>1)</sup> oder Morbus Kraepelini<sup>1)</sup> — angehörten oder doch nur Unterabtheilungen dieser einen Psychose bedeuteten, falls nicht noch andere Momente für die Einheit sprechen.

Mit der Eigenart der Verblödung ist das übrigens auch ein eigenes Ding. Die Verblödung der Dementia praecox soll nach Kraepelin charakterisirt sein durch: Einbusse an geistiger Leistungsfähigkeit, Schwäche des Gedächtnisses und des Urtheils; durch gemüthliche Stumpfheit, Verlust der Thatkraft und Regsamkeit, durch Absonderlichkeiten im Benehmen und Handeln, des weiteren Manieren, Stereotypien u. s. f. Dass diese gemeinsamen Züge thatsächlich bestehen, wird Niemand ernstlich bestreiten. Aber zwei Einwände lassen sich doch nicht gut unterdrücken. Einmal finden sich bei sämmtlichen anderen zur Verblödung führenden Erkrankungen, als Paralysis progressiva, Dementia senilis, Epilepsie und auch Imbecillität und Idiotie, nicht gar so selten Züge, die an Dementia praecox nicht nur erinnern, sondern die Differentialdiagnose in ernste Erwägung ziehen lassen oder gar vorübergehend unmöglich machen. Andererseits bieten die Endzustände der Dementia praecox-Gruppe trotz aller gemeinsamen Züge wiederum so viel verschiedene Zustandsbilder, dass Kraepelin sich genöthigt sieht, neun verschiedene Endzustände auseinander zu halten, ohne dass er im Stande wäre, einen inneren Zusammenhang zwischen dem acuten Anfangsstadium (Hebephrenie, Katatonie, Dem. paranoides.) und dem chronischen Endstadium aufzudecken. Jedes Anfangsstadium kann zu jedem Endstadium führen, und jedes Endstadium kann aus jedem Anfangsstadium hervorgehen.

Der Versuch, das psychopathologische Geschehen auf anatomische Veränderungen zurückzuführen, eröffnet die Aussicht auf eine in gewissem Sinne befriedigende Erklärung. In der Dementia praecox wären dann Krankheiten vereinigt, die alle das Gemeinsame hätten, dass ihnen im Gegensatz zu functionellen Aenderungen (z. B. des manisch-depressiven Irreseins und der Paranoia?) organische Veränderungen zu Grunde lägen, mehr oder weniger destructive, meist irreparable Processe im Neurenchym. Setzt der Process — was allerdings nur sehr selten geschieht — eine so geringe Schädigung des Neurenchyms, sei es in Folge seiner geringen Ausbreitung oder seiner Localisation auf eine Stelle von niedrigem Functionswerthe, dass sie entweder reparirt oder durch Stellvertretung ausgeglichen werden kann, so erfolgt defectlose Heilung, restitutio ad integrum. Hat er dagegen nach verschiedenen

1) Nach Bernstein-Moskau. Psych. neur. Wochenschr. 5. Jg. 1903/04, S. 443.

langer Dauer zu einem ausgedehnteren Schwunde des Neurenychyms an einer oder mehreren Stellen geführt, so ist der Process zwar zum Stillstand gekommen, aber es ist nur Heilung mit Defect oder weniger euphemistisch, Schwachsinn = Demenz, eingetreten. Natürlich kann der Process jeder Zeit von Neuem anfangen und zu schweren Zerstörungen führen. Je nach der Localisation der Neurenychymnarbe muss die durch diese bedingte Aenderung des psychischen Geschehens verschieden ausfallen. Allein Narbe bleibt Narbe, d. h. Ersatz von Neurenychym durch Stützgewebe, und der durch sie gesetzte Symptomencomplex muss sich stets gleich sein, mag sie auch im Einzelfalle durch Krankheitsprocesse verschiedenster Aetiologie und Nosologie hervorgerufen sein. Daraus, dass die Symptomencomplexe der Endzustände gleich sind, folgt jedoch noch lange nicht, dass auch die Symptomencomplexe der acuten Phasen einander gleich waren, wenn sie auch in mancher Beziehung Gemeinsames gehabt haben. Denn die Stärke und Art der Krankheitsnoxe, die Schnelligkeit des Krankheitsverlaufs, die Form der Krankheitscurve, die Wirkung auf die Nachbarschaft und in die Ferne können grosse Verschiedenheiten bewirken. Der bereits gezogene Vergleich sei noch einmal gestattet, wenn alle die zu einer stenosirenden Narbe des Rectums führenden Krankheitsprocesse unter einander eine Reihe Aehnlichkeiten aufweisen, so bieten sie doch andererseits grosse Differenzen, die eben die Differentialdiagnose ermöglichen. — Mit anderen Worten: Der Endzustand ist in seinen Einzelheiten im Wesentlichen durch den Sitz der Narbe, die acuten Anfangssymptome sind im Wesentlichen durch die Natur des acuten Processes bedingt. Würden diese Erwägungen sich bewahrheiten, so sprächen sie jedenfalls gegen die nosologische Einheit der Dementia praecox-Gruppe.

Ich komme zur Paranoia zurück. Scheidet man die acuten hallucinatorischen Störungen, ferner die von Kraepelin Dementia paranoides genannten mit Wahnideen und Hallucinationen einhergehenden Psychosen, endlich die ebenfalls mit Wahnideen und Sinnestäuschungen einhergehenden Endzustände der Dementia praecox aus, so bleibt, wie gesagt, ein eng umschriebenes Bild zu Recht bestehen, für das Kraepelin den Namen „Verrücktheit“ (Paranoia) reservirt. Die Kraepelin'sche Paranoia umfasst nicht gerade sehr zahlreiche Krankheitsfälle, die nur zum kleinsten Theil in Anstaltsbehandlung kommen, zum weit grösseren Theil ausserhalb der Anstalten leben, sich allenfalls in die Behandlung von Nervenärzten und offenen Sanatorien begeben. Sie sind charakterisirt durch ein langsam wachsendes und sich erweiterndes Wahnsystem, in dem lückenlos durch logische Verknüpfung die eine Wahnidee die andere zur Folge hat; eine wesentliche die Intelligenz mindernde

psychische Schwäche darf, abgesehen von seniler Involution, nicht eintreten. Die Besonnenheit und die Ordnung des Gedankenganges bleiben stets erhalten.

Die Paranoia im engeren Sinne ist eine ausgesprochen hereditäre Psychose und steht schon darum in Beziehung zum manisch-depressiven Irresein. Aber auch im Symptomenbild haben die beiden Krankheiten manche gemeinsamen Züge. Erst neuerdings wieder hat Specht<sup>1)</sup> die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen chronischer Manie und chronischer Paranoia betont. Wahnideen und gerade Beeinträchtigungsideen kommen bei Depressionen wohl immer vor und bei Manien gleichfalls, sobald sie länger dauern. Nur sind die Ideen der Manie selten so fixirt, sie sind eher corrigirbar als die paranoischen Wahnideen und scheinen oft psychologisch begründet. Bei beiden Erkrankungen ist eben der Boden durch Suggestibilität, Leichtgläubigkeit und Oberflächlichkeit derart präparirt, dass neue auftauchende Ideenverknüpfungen, die der Gesunde sofort als abstrus erkennt und verwirft, vom Manischen wie vom Paranoischen infolge der Urtheilsschwäche nicht corrigirt, sondern beibehalten werden. Zudem sind sowohl Paranoia als manisch-depressives Irresein sehr oft durch die Eigenschaften der Degeneration complicirt; durch die Streitsucht, die Ränkeschmiederei, den Mangel an Wahrheitsliebe u. s. f. Endlich dürften bei den Störungen nur functionelle Processe zu Grunde liegen. Aus allen diesen Gründen halte ich es nicht nur für erlaubt, sondern für zweckmässig, das manisch-depressive Irresein und die Paranoia zwar nicht zusammenzufassen, aber einem gemeinsamen Oberbegriff, etwa dem der constitutionellen Psychopathie, unterzuordnen<sup>2)</sup>.

Wenn früher und wohl auch jetzt noch als charakteristische Differenz zwischen Paranoia und Manie-Melancholie beschrieben worden ist, dass bei der Paranoia die Affectstörungen aus Intellectstörungen, bei Manie und Melancholie dagegen umgekehrt die Intellectstörungen aus Affectstörungen entstehen; so ist diese Lehrmeinung in dieser Fassung zweifellos nicht richtig. Bei beiden Krankheiten ist die Entstehungsweise entfernt nicht zu allseitiger Zufriedenheit aufgeklärt. Namentlich um das Primärsymptom der Paranoia wird noch fröhlich gestritten. — Behaupten auf der einen Seite die Autoren, dass aus der primären Wahnidee sich secundär Stimmungsanomalien und Affectstörungen entwickeln, so stehen ihnen gegenüber andere Autoren mit der Behauptung,

---

1) Nach dem Gedächtniss citirt.

2) Auch in unserer Casuistik ist des öftern die Differentialdiagnose zwischen periodischer Paranoia und manisch-depressivem Irresein zu erörtern.

auch für die Entstehung der paranoischen Wahnidee sei das Primäre eine Affectstörung, eine Stimmungsanomalie. Die, die eine vermittelnde Stellung einnehmen, dürften wohl recht haben. Hat sich doch allgemein gezeigt, dass die kunstvollen psychologischen Constructionen, wie sie früher so beliebt waren, durch die naturwissenschaftliche Beobachtung der neueren Psychiatrie nur selten bestätigt worden sind. Das Vorstellungs- und das Gefühlsleben sind im psychischen Geschehen nie so getrennt, wie es der Psychologe aus didactischen Gründen darstellt. In aner kennenswerther Weise hat Berze<sup>1)</sup> in seinem Buche auf die innige Verquickung von Verstandes- und Affectstörungen aufmerksam gemacht, obschon er mit seiner Behauptung, die Störung der Apperception sei das Primärsymptom der Paranoia, wohl nicht recht hat. Meines Erachtens unterliegt es keinem Zweifel, dass bei der Paranoia Intellect- und Affectstörungen vorkommen und beide gleichzeitig an dem Zustandekommen des Krankheitsbildes betheiligt sind. Allerdings müsste man blind sein, wollte man übersehen, dass in diesem die Intellectstörungen wesentlich dominiren. Mehr jedoch zu behaupten, namentlich darüber zu entscheiden, ob die Intellect- oder Affectstörungen nicht nur zeitlich, sondern auch causal primär auftreten, scheint mir nicht angängig, vielleicht auch überflüssig für unsere diagnostische Beurtheilung zu sein. Man mag also über die Streitfrage verschiedener Meinung sein, so viel ist jedenfalls nicht zu bestreiten, dass dem Beobachter die Wahnbildung, d. i. die Intellectstörung, als erstes greifbares Symptom entgegentritt. In diesem rein zeitlichen Sinne erscheint es darum gerechtfertigt, von primärer Wahnbildung zu sprechen. Damit soll dann durchaus nicht gesagt sein, dass dies auch der erste Beginn der Psychose sei und dass die Stimmungsstörungen, so nahe die Annahme auch liegt, eine Folge der Wahnbildung seien.

Ausser dem in dem besprochenen Sinne primären Auftreten müssen wir nun noch zwei weitere Eigenthümlichkeiten der einzelnen Wahnideen als charakteristisch für die paranoische Wahnbildung bezeichnen. Bei der echten Paranoia handelt es sich ausschliesslich um Vorstellungen, denen an sich sehr wohl thatsächliche Vorgänge zu Grunde liegen könnten, für die nur im gegebenen Falle die positiven Unterlagen fehlen. Der Kranke selbst begründet seine Behauptungen und Urtheile zwar eingehend, doch gehört die ganze Kritiklosigkeit des Paranoikers dazu, diese Gründe für zwingend und die Ueberlegungen für beweisend zu halten. Dagegen scheint mir charakteristisch für gewisse Fälle der Dementia paranoidea zu sein, dass die Ideen des Kranken einfach nicht

---

1) Josef Berze, Ueber das Primärsymptom der Paranoia. Halle. 1903.

realisirbar sind, ja dass die behaupteten Vorgänge und Thatsachen geradezu den Naturgesetzen widersprechen. Wenn der Paranoiker behauptet, dass gewisse Leute gegen ihn conspirirten, dass man sich über ihn im Local unterhalte, dass Frauen seinen Beischlaf wünschten, dass ihm Gift in den Speisen gegeben werde, so sind derartige Dinge doch immerhin möglich. Wenn aber ein an Dementia paranoides leidender phantasirender Kranker behauptet, die Natur werde ihm durch Spiegel abgezogen, oder Drähte seien um ihn gespannt, um seine Gedanken zu erfahren, oder das Gehirn sei ihm herausgenommen und dafür Stroh eingepflanzt worden, oder in seinem Körper wachse ein Samenkorn zu einem grossen Baume, oder er besitze Macht über Leben und Tod, so sind das Dinge, deren Realisirbarkeit ohne ein Wunder einfach ausgeschlossen ist.

Weiterhin für Paranoia spricht, dass die einmal gebildete Wahnidee nun auch, so lange sie besteht, Einfluss auf das gesammte Denken und Handeln der Kranken gewinnt, weil sie in den gesammten bereits vorhandenen Bewusstseinsinhalt hineinverarbeitet wird. Der Paranoiker trägt seine Idee mit Ernst und Ueberzeugung vor, er verlangt deren Achtung, gerät in Zorn, wenn man sie nicht beachtet; er kämpft um die Verwirklichung seiner Pläne. Wenn dagegen ein Kranker behauptet, er sei Präsident von Deutschland, und fast im gleichen Augenblick sagt, er sei der Tischlermeister Neumann, ein zweiter sagt, er sei der Fürst Lebendzieff II., Verwandter des Zaren, und dabei Tag für Tag in der Werkstätte Hosenknöpfe annäht, ein dritter dauernd über Verunreinigung der Speisen klagt, die Speisen jedoch mit Genuss verzehrt, so sind diese unausgeglichene Widersprüche gewichtige Bedenken gegen die Diagnose Paranoia.

Endlich dürfte noch der Bedeutung der Sinnestäuschungen im Symptomenbilde der Paranoia zu gedenken sein. Kraepelin hebt in seinem Lehrbuche hervor, dass eigentliche Sinnestäuschungen sehr selten sind, dass es sich meist um wahnhafte Verarbeitung wirklicher Erfahrungen, oft um Erinnerungsfälschungen handelt. Je mehr ich auf diese Dinge geachtet habe, desto häufiger habe ich gefunden, dass oft nicht nur vom practischen Arzte, sondern auch vom Psychiater psychopathologische Geschehnisse mit dem Namen Sinnestäuschungen belegt werden, die sich bei genauerer Nachprüfung nicht als solche bewahrheiten<sup>1)</sup>.

---

1) Namentlich hier in Posen ist es mir aufgefallen, wie oft die Kranken angeblich halluciniren. Vielleicht liegt es daran, dass ein grosser Theil unserer Kranken, zumal in der Psychose, nur polnisch spricht, wir Aerzte meist nur deutsch sprechen und die Dolmetscher für eine zuverlässige Beobachtung nicht

Oftmals kommen Kranke in die Anstalt mit der Angabe des einweisenden Arztes, sie hallucinirten, an denen auch bei genauester Beobachtung nichts von Hallucinationen nachzuweisen ist, Möglich wäre ja, dass das Krankheitsbild sich geändert hätte, thatsächlich aber ergibt die Anamnese meist ohne Mühe, dass es sich nicht um eine Wahrnehmungsfälschung, sei sie illusionärer oder hallucinatorischer Natur, sondern um eine wahnhafte, erst durch Associationen vermittelte Deutung von wirklichen Vorgängen handelt. Dass hier endlich die Apperceptions-hallucinationen Kahlbaum's und die autochthonen Ideen Wernicke's eine grosse Rolle spielen, sei nur angedeutet. Was ich hier sage, ist ja nicht neu, wohl alle Hand- und Lehrbücher sprechen mehr oder weniger ausführlich über diese Dinge. Aber doch schien mir ein Hinweis darauf angebracht, weil eben, wie gesagt, in der Praxis vielfach alle diese scheinbar sehr ähnlichen, genetisch aber ausserordentlich verschiedenen Erscheinungen unter dem gemeinsamen Namen Sinnestäuschungen zusammengefasst und untereinander geworfen werden. Wenn aber wahnhafte Umdeutung thatsächlicher Ereignisse, additive und qualitative Erinnerungsfälschungen, autochthone Ideen, Apperceptionshallucinationen und -illusionen und Sinnestäuschungen im engeren Sinne genetisch verschieden sind, dann ist von vornherein wahrscheinlich, dass auch ihre nosologische Bedeutung verschieden zu werthen sein wird. Bei der Paranoia im engeren Sinne spielen nun wahnhafte Umdeutung thatsächlicher Ereignisse, Erinnerungsfälschungen, Apperceptionssinnestäuschungen und wohl auch autochthone Ideen zweifellos eine grosse Rolle, Sinnestäuschungen im eigentlichen Sinne dürften dagegen ausserordentlich selten sein, wenn sie überhaupt vorkommen. Die Annahme der Vertreter einer hallucinatorischen Paranoia, dass die Wahnidee gleichsam die Erklärung für eine Sinnestäuschung sei, würde dann eher in das Gegentheil zu verkehren sein, dass nämlich jene den Sinnestäuschungen ähnlichen Störungen nur dann auftreten können, wenn Bewusstseinsthätigkeit und Bewusstseinsinhalt durch Wahnbildung verändert sind.

Kraepelin, dessen Auffassung der Paranoia ich mich bisher angeschlossen habe, stellt als weiteres Kennzeichen auf, dass sie durchaus genügend geschult sind. Wir Aerzte können darum kaum zu einem eigenen Urtheil gelangen, sind vielmehr mehr oder weniger auf fremde Angaben angewiesen. In den Augen der von der Psychiatrie angekränkelten Laien — und das sind unsere Dolmetscher, Pfleger und Oberpfleger — spielt die Hallucination eine Hauptrolle, indem sie so ziemlich das einzige, ihnen bekannte Symptom darstellt, und so sprechen sie unentwegt von Stimmen und Bildern, wenn der kritische Psychiater im Zweifel ist.

chronisch verlaufe und darum unheilbar sei. Er bestreitet die Existenz einer acuten, wie einer periodischen Paranoia. Mit dem Bemerken, „habe man doch ganz harmlos von periodischer Paranoia gesprochen“, thut er die gegentheilige Ansicht ab. Im Allgemeinen gilt es nicht als unerlässliches Kennzeichen einer Krankheit, dass sie acut oder chronisch verlaufen muss. Im Gegentheil, wenn auch die Mehrzahl der Krankheiten entweder nur acut oder nur chronisch verläuft, so giebt es andererseits Krankheiten, die einen chronischen und einen acuten Verlauf nehmen können und die trotzdem, weil sie in Aetiologie, Symptomatologie und pathologischer Anatomie im Wesentlichen übereinstimmen, als nosologische Einheit gelten. Oft ist der klinische Zusammenhang derart, dass die acute Störung aus irgend einem Grunde nicht zur Heilung geführt wird und so chronisch wird. Aus der Zahl der katarrhalischen Entzündungen lassen sich am Zahlreichsten Beispiele anführen: Acute und chronische Bronchitis, Gastroenteritis, Perityphlitis, Urethritis gonorrhoeica, Prostatitis, Epididymitis u. s. w., ferner acute und chronische Lungentuberculose, acute und chronische Blei- und Alkoholintoxication. Morphinvergiftung u. dergl. m. A priori vermag ich darum gar nicht abzusehen, warum die Paranoia nicht gleichfalls acut (wohl richtiger abortiv), periodisch und chronisch verlaufen kann. Nochmals möchte ich mich gegen das eventuelle Missverständniss verwahren, als ob ich die acuten halluzinatorischen Störungen als acute Formen der Paranoia auffasste. Unter acuter Paranoia hätte man vielmehr eine durch das vorübergehende Auftreten von Wahnideen (namentlich Beachtungs- und Beeinträchtigungswahn) charakterisirte Geistesstörung zu verstehen, die vorübergehend zu fehlerhafter Eigenbeziehung, zu Verrückung des Ichbewusstseins und Verfälschung des autopsychischen Bewusstseinsinhaltes führte, jedoch ohne dass Besonnenheit und Gedankengang jemals litten, bei der die Wahnbildung sich auf dem Boden des Möglichen bewegte und das übrige Denken und Handeln beeinflusste und bei der Sinnestäuschungen im eigentlichen Sinne keine oder doch nur eine unwesentliche Rolle spielten: kurz, eine Psychose, die sich nur durch die Acuität des Verlaufs von der chronischen Paranoia unterschiede. Dass durch die verhältnissmässig schnelle Entwicklung des Krankheitsbildes bei der periodischen Paranoia gegenüber der gewöhnlichen chronischen Verrücktheit sich einige Differenzen ergeben würden, wäre zu erwarten. Hierin vermöchte ich jedoch nicht Kennzeichen von genügendem Gewicht zu sehen, um daraus auf zwei Krankheitsbilder zu schliessen. Aus der hereditären Anlage heraus erwächst, sei es nun durch primäre Affektstörungen oder durch primäre Intellektstörungen, oder was wahrscheinlicher ist, durch einen Affect und Intellect gleich-



zeitig schädigenden Process der paranoische Symptomencomplex. In einzelnen allerdings seltenen Fällen könnte es nach kürzerem oder längerem Bestehen durch günstige Bedingungen zur Normirung der Affectlage, zu einer Festigung der Verstandesthätigkeit oder zur Kräftigung der Apperception und zur Correctur der Wahnidee kommen, ohne dass je im Leben die paranoische Störung wiederkehrte. In einer zweiten Gruppe von Fällen könnte aus der gleichen einmal vorhandenen Anlage heraus nach geraumer Zeit nach einem luziden Intervall der Symptomencomplex wiederkehren. In einer dritten Gruppe, der Mehrzahl der Fälle, würden die günstigen Bedingungen, die eine restitutio ad integrum ermöglichen, ausbleiben, und die Folge wäre die chronische Weiterentwicklung des Wahns, die gewöhnliche unheilbare Verrücktheit. Das sind, woran festzuhalten ist, Ueberlegungen a priori, die von der Erfahrung widerlegt werden könnten.

Nach diesen theoretischen Vorbemerkungen kämen wir zum zweiten, zum Haupttheil der Arbeit, nämlich die in der Literatur veröffentlichten Fälle zusammenzustellen und kritisch auf die Richtigkeit der Diagnose zu prüfen. Denn damit allein scheint mir die Frage nicht erledigt, dass man die Fälle a limine von der Paranoia abweist, ohne jeden von ihnen auf seine Zugehörigkeit zu ihr einzeln durchzusehen. Die Wichtigkeit des Thatachenmaterials für die Entscheidung der Frage scheint mir eine gewisse Ausführlichkeit zu rechtfertigen, zumal da ich aus eigener Erfahrung eine Krankenbeobachtung in extenso nicht zu veröffentlichen vermag. Nur einen Fall eigener Beobachtung möchte ich wenigstens erwähnen. Doch liegt die Beobachtung schon länger zurück und eine Krankheitsgeschichte steht mir nicht zur Verfügung. Es handelte sich um einen Bankbeamten, der wiederholt vorübergehend unter neurasthenischen Symptomen erkrankte, und auf der Höhe der neurasthenischen Beschwerden Beziehungs- und Beachtungswahnideen producirt, der seine Erkrankung jedesmal in einem längerem Urlaub abmachte und nachher wieder seinen Dienst in vollem Umfange versah. Zur Paranoia vermag ich den Fall nicht zu rechnen, es lag wohl nur eine periodische oder recidivirende neurasthenische Verstimmung vor.

Die Literatur enthält folgende uns hier interessirende Krankheitsgeschichten, die allerdings nur zum Theil als Paranoia veröffentlicht sind.

1. Paranoia hallucinatoria periodica [publicirt von Mendel (1)]. 33jähriger Kaufmann. Heredität nicht nachweisbar. Wiederholte Anfälle von 3—4 Wochen mit 4 Monate langen freien Intervallen. Der einzelne Anfall beginnt mit Schlaflosigkeit. Patient hörte, wie die Leute auf der Strasse und im Zimmer seinen Namen rufen, von ihm sprechen; er verweigerte die Nahrung, weil er Vergiftung befürchtete. Gegen seine Feinde hielt er Nachts einen

Revolver bereit. Daneben Grössenideen, er sei der tüchtigste Kaufmann, habe viel in der Welt gesehen, seine Concurrenten seien dumm. Zum Jubiläum des Kaisers schickte er eine Gratulation auf weissem Atlas, „er bekäme dann sicher einen Orden“. Er äusserte die Idee, sein Vater sei der Sohn Bellachini's. — Keine motorische Unruhe. Stimmung wechselnd, entsprechend den Wahnvorstellungen. Patient versah während der Anfälle sein Geschäft. Allmähiges Abklingen des Anfalls.

2. *Paranoia hallucinatoria periodica* [publicirt von Mendel (1)]. 25jähriges Fräulein. Mutter sehr erregt und nervös. — 6 Jahre lang trat jedes Jahr ein Anfall von 3—4 Monaten Dauer auf. Die Krankheit beginnt mit Hallucinationen in Gesicht, Gehör und Geruch. Die Kranke ist zurückhaltend, spricht wenig, abstinirt zeitweise. Daneben System von Wahnvorstellungen. Sie sei Prinzessin, ihre Mutter sei nicht die richtige Mutter, sie werde vom Kaiser und von Schutzleuten verfolgt, damit sie nicht den ihr gebührenden Rang einnähme. Die Anfälle enden ziemlich plötzlich. Die Intervalle sind völlig frei.

3. *Paranoia hallucinatoria periodica* [publicirt von Mendel (1)]. 51jährige Wittwe. Mutterschwester und deren Sohn geisteskrank. — Innerhalb 3 Jahren 4 Anfälle von 2—5 Monaten Dauer mit freien Intervallen. Beginn mit Depression, dann „Sinnesestäuschungen und Wahnvorstellungen“, sie sei die Tochter des Kaisers, ihr Sohn sei der Kronprinz, die Frau, die sich für ihre Mutter ausbebe, verfolge sie, mache ihr allerhand beklemmende Gerüche, thue ihr schauerliche Dinge in's Essen, um sie zu vergiften; ihre Kinder seien vertauscht worden, aus einer Oeffnung in der Wand werde sie belauscht u. s. w. Patientin kam herunter, weil sie häufig abstinirte. Der Anfall hört plötzlich auf.

4. Periodische Melancholie, die im zwölften Anfall durch eine Paranoia abgelöst wird (publicirt von Mendel (1)). 60jährige Wittwe. Mutter und Schwester an Melancholie, Cousine der Mutter an nicht näher bezeichneter Psychose erkrankt. — Patientin erkrankte im Alter von 51 Jahren an Melancholie, bekam dann regelmässig in den nächsten 8 Jahren einen derartigen Anfall. „Statt des zehnten Anfalls — im Jahre 1877 — kam jedoch eine Manie mit melancholischem Vorstadium, während der elfte im Jahre 1878 wieder eine Melancholie darstellte, der zwölfte aber eine Paranoia mit Verfolgungs- und Grössenideen ohne erhebliche motorische Unruhe.“ Im Paranoia-anfall traten unter mässiger Unruhe bei guter Orientirtheit Wahnvorstellungen auf: „Sie sehe verschiedene Schattenbilder, eine goldene Tanne, wahre Figuren, dann sehe sie wieder einen, dem solle sie den Apfel abschiessen.“ Sie hört Gott in den Wolken sprechen: „Es ist mein lieber Sohn, an dem ich Wohlgefallen habe.“ Sie riecht Schwefel und Zunder, sie glaubt, an ihrem Körper Zeichen und Wunder zu empfinden. Sie hält sich für eine Auserwählte Gottes, die der Herr an der rechten Hand gezeichnet hat, damit er sie einst von all' den Seelen herausfinden könnte und sie kröne mit dem Kranze des ewigen Lebens. Sie hörte, dass ihre Söhne sich heimlich zu ihr schlichen, der eine unter ihr Bett, der andere in's Sofa, der dritte in den Schornstein. Sie piffen

und krächten, ein Zeichen, dass sie auf der Hut sein solle, da sie unter Spitzbuben und Mördern sich befinde. Man wolle sie noch auf's Schaffot bringen. Man habe sie schlecht behandelt, aber sie habe die ganze Welt blamirt! Sie habe an den Kaiser geschrieben, der ganze Hof beschäftige sich mit ihrem Schicksal. Aus dem Zellenfenster hat sie es aller Welt verkündet.“

Die Wahnvorstellungen traten allmählig zurück.

Fall 1—4 sind die vier Fälle, die Mendel im Jahre 1887 zur Aufstellung des Krankheitsbildes einer periodischen hallucinatorischen Paranoia veranlasst haben. Wie ich schon zu Anfang auseinander gesetzt habe, schliesse ich mich den Autoren an, die alle vorwiegend durch das Auftreten von Hallucinationen gekennzeichneten acuten Krankheitsbilder von der Paranoia ausschliessen. Bei den Kranken 1, 2, 3 stehen die Hallucinationen viel zu sehr im Vordergrund und sind die einzelnen Wahnideen viel zu isolirt und wechselnd und nicht durch formal richtige Logik zu einem in sich abgeschlossenen System verknüpft, ist endlich Nichts von jenem so charakteristischen Egocentrismus zu bemerken, als dass man von einem lückenlosen unerschütterlichen Wahnsystem sprechen kann. Was für Paranoia spricht, ist das Erhaltenbleiben der allopsychischen Orientirung. Doch hat Wernicke besonders darauf aufmerksam gemacht, dass trotz der massenhaften Hallucinationen die allopsychische Orientirung erhalten bleiben kann, dass sie z. B. bei der acuten Hallucinoase fast niemals verloren geht.

Die vierte Kranke hatte zehn Anfälle von Melancholie, einen von Manie, in einem zwölften hatte sie etwas andere Wahnvorstellungen, als sie gewöhnlich in der Manie geäussert werden. Wenn zugegeben werden muss, dass die Wahnvorstellungen kein ausgesprochen manisches Gepräge haben, so stehen sie andererseits nicht in derart innerem Connex und lassen nicht die Verrückung der Persönlichkeit erkennen, wie es bei der Paranoia der Fall ist. Bei der Paranoia treten eben nicht nur Wahnideen auf, sondern — und das ist das Wesentliche — die Wahnideen müssen das Wollen, Denken und Handeln völlig beeinflussen, derart ummodellern — nicht vernichten, dass daraus die Verrückung des Ichs zu Stande kommt.

Zur Zeit liegt auf meiner Abtheilung ein Kranker, der massenhaft wahnartige Ideen vorbringt: Er zeigt auf das Bild des Grossherzogs von Baden in einer Zeitschrift „das ist mein Vater, jetzt will ich Ihnen auch meine Mutter zeigen“, er sucht nach einem Frauenbildniss, kann aber keines finden; zum Referenten sagt er „Sie sind mein Sohn“, zu einem anderen Arzt „Sie sind der Director“, zu einem dritten „ich kenne Sie doch, Sie sind der Oberpfleger N.“ u. s. w. Trotz des blühenden Unsinns, den der Kranke spricht, ist er genau über alles orientirt, beurtheilt alle Dinge zutreffend und zeigt thatsächlich keine Spur von Personenveränderung. Bei dem sonstigen Verhalten

des Kranken kann die Diagnose „manisch-depressives Irresein“ oder „periodische Manie“ keinen Augenblick zweifelhaft sein. Ich erwähne den Kranken, weil von anderer Seite eine periodische Paranoia in differential-diagnostische Erwägung gezogen worden ist,

Uebrigens, selbst wenn wir annehmen wollten, dass im Fall 4 ein melancholischer Anfall durch eine Paranoia ersetzt wäre, hätten wir noch nicht das Recht, von periodischer Paranoia zu sprechen.

5. Paranoia hallucinatoria periodica (publ. von Kausch [3]). 57jährige Frau. Schwester Mutter in höherem Alter melancholisch. Schwester periodische Melancholie. — Patientin erkrankte zuerst im 16. Lebensjahr und hat seitdem 30—40 Anfälle von verschiedener Dauer und verschiedener Intensität gehabt. In den Zwischenzeiten ist sie völlig frei. Die ersten Anfälle waren solche von affectiver reiner Melancholie. Etwa seit dem zehnten Anfall trat eine Aenderung ein. „In den folgenden Anfällen setzte die psychische Störung mit dem Auftreten der Hallucinationen ein, die depressive Stimmung bildete also nicht mehr das Primäre. Dass im Verlauf die Stimmung trübe und ängstlich wurde, ist nicht zu verwundern, da der Inhalt der Sinnestäuschungen meist ein unangenehmer war. Man beschimpfte sie, erzählte Schlechtigkeiten von ihr, drohte ihr mit den schrecklichsten Dingen, wollte sie martern . . . , sie vernahm Todtenmusik u. s. w. Es stellten sich ferner Täuschungen in andern Sinnesgebieten ein, sie verspürte allerhand Sensationen. Gesichts- oder Geschmackstäuschungen sind nie aufgetreten. Patientin meinte, die Stimmen und die anderen Beeinträchtigungen gingen von ihren Verwandten aus, besonders hatte sie ihre Mutter im Verdacht . . . . Die Leute suchen Patientin auf jede Art und Weise zu ängstigen, zu quälen und zu schädigen; sie bedrohen sie, treiben Physik mit ihr, auch aus der Ferne üben sie Einfluss auf sie aus . . . Fast alle Leute, welche Patientin um sich sieht, geben Acht auf sie, sprechen untereinander über sie. Ganz unbedeutende Begebenheiten bezieht Patientin auf sich und schliesst daraus, dass etwas gegen sie im Gange ist. In demselben Sinne deutet sie alle unangenehmen Empfindungen, die ihren Körper treffen, sowohl thatsächlich vorhandene, als hallucinirte, alles wird ihr „gemacht“. — Sobald die Hallucinationen aufhören, verschwinden auch regelmässig die Wahnideen.“

„Im Laufe der Zeit änderten sich dann die Anfälle insofern, als Patientin sich durch die Hallucinationen nicht mehr ängstigen und einschüchtern liess. Wenn die Stimmen auftraten und Patientin auch fest an deren Wirklichkeit glaubte, sagte sie sich doch, dass dieselben schon so oft gekommen, immer wieder vorübergegangen wären und dass ihr niemals die Urheber ernstlich etwas zu Leide gethan hätten. . . . Das äussere Verhalten der Patientin wurde dadurch ein verändertes: sie war nicht mehr gedrückt, ängstlicher, sondern ziemlich indifferenter, oft sogar gehobener Stimmung.“

Es handelt sich um eine periodische Psychose mit 30 bis 40 Anfällen. Die ersten Anfälle verliefen unter dem Bilde einer affectiven Melancholie. Später waren sie complicirt durch Hallucinationen meist

schreckhaften Inhalts; dazu kam eine wahnhafte Deutung unbedeutender Begebenheiten, thatsächlich vorhandener und hallucinirter Empfindungen im Sinne der Beeinträchtigung. Kausch vertritt die Meinung, dass aus der periodischen Melancholie eine periodische Paranoia geworden sei. Unbestreitbar ist, dass die chronischen Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins vielfach Anklänge und wohl auch Uebergänge zur chronischen Verrücktheit bieten; und ebenso muss zugegeben werden, dass in den acuten Anfällen des manisch-depressiven Irreseins sehr oft paranoide Züge auftreten. Diese zweite Beobachtung hat Bleuler sogar veranlasst, den Wahnsinn oder Vesania als besondere Erscheinungsform des manisch depressiven Irreseins (die dritte neben Manie und Melancholie) aufzustellen. Aber in dem vorliegenden Fall scheint mir gleichwohl oder richtiger eben deswegen die Melancholie nicht zur Paranoia geworden zu sein. Kausch meint, dass die depressive Stimmung secundär aus den unangenehmen Sinnestäuschungen sich entwickelt habe; eine Erklärung, die wohl mehr theoretisches Interesse als Anspruch auf klinischen Werth hat. Thatsache ist, dass zahlreiche Melancholien (des manisch-depressiven Irreseins) mit massenhaften meist als Hallucinationen gedeuteten Elementarsymptomen und zwar unangenehmen Inhalts einhergehen; Thatsache ist ferner, dass Melancholische aus ihrer depressiven Stimmungslage heraus Vorgänge der Umgebung auf sich beziehen, ja vielfach das Symptom ausgesprochenen Beziehungswahns bieten. Alles in allem sehe ich keinen Grund, warum man den von Kausch publicirten Fall nicht unter dem manisch-depressiven Irresein unterbringen sollte; ich wüsste nicht, was dagegen spricht.

Die Kausch'sche Diagnose erscheint allerdings verständlich, wenn man bedenkt, dass von einigen Autoren alle Störungen, bei denen vorwiegend Sinnestäuschungen und Wahnideen imponiren — und diese imponiren ja immer mehr als Stimmungsanomalien und Anomalien des Vorstellungsablaufs — als Paranoia bezeichnet werden.

6. Recidivirender Beachtungswahn [publ. v. Friedmann (4)]. „32jähr. Frau, von je hochmüthig, exaltirt, äusserst übelnehmerisch und daher unverträglich, starke erbliche Belastung. Schon wiederholt, namentlich aber vor 3 Jahren, war sie in einem eigenthümlichen Zustande von Menschenscheu, zeigte Verfolgungswahn, bezog jede harmlose Aeusserung auf sich, glaubte die Leute auf der Strasse sprächen und zischelten über sie. Nach 2—3 Monaten allmäliger Uebergang in ihr normales Verhalten. Jetzt brach von Neuem ein analoger Zustand aus, zugleich mit gesteigerten nervös anämischen Beschwerden und mit einem Uterinleiden. Sehr ausgeprägter Beachtungswahn, der Pfarrer predigt auf sie und ist ihr aufsässig, weil sie einmal seine Predigt kritisirt hat, ebenso stellen ihr alle Nachbarn und ganz unbekannte Leute auf der Strasse nach, die Zeitungen sprechen wieder von ihr, ein Brand in der

Stadt ist ihretwegen ausgebrochen. Zugleich plötzliche Eingebungen, z. B. heute Nacht solle der Pfarrer ermordet werden, aber keine Hallucinationen, eingengtes Denkvermögen, sehr grosse Vergesslichkeit, mehr reizbare als gedrückte Stimmung, exaltirter Blick und Sprache. Auch diesmal nach 3 Monaten ganz allmäliger Uebergang in die Norm, doch ohne klares Krankheitsbewusstsein. In den letzten 2 Jahren blieb sie geistig natürlich“.

7. Recidivirender Beachtungswahn [publ. von Friedmann (4)]. „55jährige Wittwe, erblich belastet, von je eigenthümliche schüchtern zurückhaltende und einsam lebende Frau. Vor  $2\frac{1}{2}$  Jahren hatte sie nach Bericht des Arztes einen ganz ähnlichen Zustand wie jetzt, sie litt unter Verfolgungen der Nachbarn und aller Welt, konnte sich nicht entschliessen, das Haus zu verlassen, glaubte, Jedermann habe etwas gegen sie und sie sei von allen Seiten überwacht. Dieser Wahn verblasste nach 4 Monaten langsam; sie zeigte sich wieder unbefangener. Jetzt seit 2—3 Wochen ist aber wieder ganz das Gleiche wie damals eingetreten, und charakteristisch wieder der reine, aber auffällig gedankenarme Beachtungswahn bei mässiger Verstimtheit: wieder horchen die Nachbarn und alle Wände haben Ohren, so dass sie im eigenen Zimmer nur zu wispern wagt, die Todesanzeige in der Zeitung, ohne irgend welche Aehnlichkeit des Namens, soll nur sie kränken und verspotten, die Frau im anderen Stockwerk, welche die Dienstmagd schalt, hat sie gemeint, die Leute auf der Strasse haben ihretwegen „Donnerwetter“ geflucht, ihr zum Possen hat jüngst die Marktfrau das Geld falsch zurückgegeben. Sie braucht nichts zu erzählen, denn die ganze Stadt weiss von ihrer Geschichte. Sie versteht absolut nicht, warum eben alles passirt, sie habe doch noch Niemandem etwas zu leide gethan, sie wird eben „verfolgt“. Niemals Stimmen oder plötzliche innere Eingebungen. Nach vier Monaten waren die Ideen immer matter geworden, beschäftigten sie nur wenig mehr; doch ist auch sie nicht zu klarer Krankheitseinsicht gelangt; sie ist froh, dass sie von Verfolgungen nichts mehr merkt“.

Ich befinde mich in scheinbarem Widerspruch mit Friedmann, wenn ich seine Fälle für die periodische Paranoia requirire, obgleich er selbst schreibt, die Analogie mit den interessanten Fällen periodischer Paranoia, wie sie Mendel und Kausch berichtet hätten, liege bei seinen Fällen fern. Bei Mendel und Kausch seien die Anfälle scharf abgesetzt gewesen und hätten periodische Epochen gezeigt, hätten sich auch relativ oft wiederholt, während in seinen Beobachtungen das ganz allmähliche Uebergehen in die Norm, dabei ohne klare Krankheitseinsicht bezeichnend sei. Friedmann will darum seinen Fällen nur den Namen recidivirender, nicht periodischer Wahn zuerkennen. Der Streit darüber, wie weit die Bezeichnung „periodisch“ ausgedehnt werden darf, ist noch nicht entschieden. Einige Autoren wollen nur solche Psychosen als periodisch anerkennen, bei denen in ziemlich gleichen Intervallen etwa gleich lange Anfälle gleicher Beschaffenheit auftreten. Wenn man

sich vorhält, dass die Uebergänge zwischen beiden Verlaufstypen fliegend sind, dass es Kranke giebt, die in ganz regelmässigen Abständen ihre Anfälle bekommen, dann Kranke, die zunächst in regelmässigen, dann in unregelmässigen Abständen erkranken, dass es ferner Kranke giebt, die alle halbe Jahre, alle Jahre, alle zwei Jahre u. s. f. erkranken, bis zu solchen, die nur ein- oder zweimal im Leben erkranken; so erscheint es mir unmöglich, die Grenze zu bestimmen, von der ab nicht mehr von einer periodischen Psychose gesprochen werden soll. Practisch ist es natürlich im gegebenen Falle durchaus vortheilhaft, von einem ausgesprochen periodischen Verlauf, im anderen von einem unregelmässig recidivirenden Verlauf, im dritten von wiederholten Einzelerkrankungen zu sprechen: aber warum man theoretisch nosologische Differenzen zwischen diesen Verlaufstypen aufstellt und womit man sie vertheidigen will, ist nicht recht ersichtlich. Doch es mag Ansichtssache sein, für welche Benennung man sich entschliessen will; darüber, dass es sich im Grunde um eine Krankheit gleicher Kennzeichen und gleicher Erscheinung handelt, sind sich die Gegner wohl einig.

In jenem engeren Sinne liegen nun allerdings bei Friedmann keine periodischen Psychosen vor. Es kam in beiden Fällen nur zu zwei Erkrankungen. Das Wesentliche ist aber das, dass ein während der Acme von der chronischen Paranoia angeblich nicht abgrenzbares Krankheitsbild acut auftrat, nach einiger Zeit wieder schwand und nach einem völlig freien Intervall sich ein zweites Mal entwickelte, um dann endgültig zu verschwinden. — Oder, um mich ganz einwandsfrei auszudrücken, es handelt sich um zwei Kranke, die nicht einmal an chronischer, unheilbarer Paranoia, sondern angeblich zweimal an acuter, heilbarer Paranoia in ihrem Leben erkrankten.

Würde sich herausstellen, dass die Fälle die Bezeichnung Paranoia thatsächlich verdienten, so würde ich gar kein Bedenken tragen auf Grund ihrer das Vorkommen einer periodischen Paranoia zu behaupten. Friedmann selbst spricht von „typischer Paranoia“ und meint, „das Symptomenbild könne auch bei einer regelrechten chronischen Paranoia kein wesentlich anderes sein.“ Ich kann mich dem nicht anschliessen und nehme gar keinen Anstand, beide Fälle dem manisch-depressiven Irresein zuzuweisen. Besonders der zweite Fall (Fall 7.) lässt sich einwandfrei dort unterbringen. Gerade bei Melancholie sehen wir öfters ausgesprochenen Beziehungs- und Beachtungswahn. Die Kranken beziehen alle möglichen Vorgänge auf sich, Aeusserungen und Handlungen der Umgebung werden in einem den Kranken schädigenden Sinne gedeutet, man verspottete ihn, lache ihn aus, man kenne sein Unglück. Ganz harmlose Vorgänge werden in solchem Sinne ausgelegt. So

glaubte eine melancholische Kranke, deren Struma öfters mit dem Bandmaass gemessen wurde, es sollte Maass für einen Strick genommen werden, an dem man sie aufknüpfen wolle. Die Aeusserung; „sie verstehe absolut nicht, warum eben alles passire, sie habe doch noch Niemandem etwas zu leide gethan“, erscheint mir beinahe typisch für melancholischen Verfolgungswahn. Wenn bei den meisten Melancholikern den Inhalt des Wahns auch vorwiegend Versündigungsideen bilden, so kommt es doch oft genug auch zu Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn. Die Kranken wahren sich gegen die Strafe, die ihnen bevorsteht, sie hätten doch nichts Unrechtes im Leben gethan, sie wüssten nicht, warum sie so schwer dulden müssten, aber sie wollten das Leiden ja gerne tragen, wenn es nur ein Ende nehmen wolle u. s. f. Charakteristisch für die Melancholie bleibt die Störung 1. der Stimmung, 2. im Vorstellungsverlauf und 3. in der Auslösung der Willensvorgänge; und zwar handelt es sich bei der typischen Melancholie auf allen drei Gebieten — um mich der trefflichen Nomenclatur Wernicke's zu bedienen — um eine Afunction oder Hypofunction. Dass Kraepelin im Ausbau der Lehre vom manisch-depressiven Irresein gezeigt hat, dass auf jedem einzelnen der drei Gebiete die Hypofunction durch Hyperfunction ersetzt sein kann, so dass dann Mischzustände resultieren, interessirt uns zunächst nicht; denn wir sind, glaube ich, hier nicht zur Annahme eines Mischzustandes genöthigt. Friedmann selbst spricht 1. von mässiger Verstimmtheit und 2. von auffällig gedankenarmem Beachtungswahn und sagt 3., die Kranke sei von jeher eigenthümlich schüchtern und zurückhaltend gewesen. Wir dürfen wohl annehmen, dass dies schüchterne, zurückhaltende Wesen auch während der Erkrankung angehalten hat, vielleicht nur nicht besonders vermerkt worden ist, weil es eben von jeher schon bestanden hat. Die drei Cardinalsymptome der Melancholie: 1. depressive Verstimmung, 2. Verarmung des Vorstellungsverlaufs und 3. Erschwerung der Willenshandlungen, wären also vorhanden. Der Beachtungs- und Beziehungswahn, auf den Friedmann das Hauptgewicht legt, ist, wie schon gesagt, im Symptomenbilde der Melancholie nichts besonderes. Um eine schwere Depression mit reichlichen Hallucinationen oder gar stuporöser Trübung des Bewusstseins handelt es sich natürlich nicht, aber um einen jener Fälle, die Hecker aus practischen Gründen zur Aufstellung der Cyclothymie (als eines mild verlaufenden manisch depressiven Irreseins) veranlasst haben. — In dem ersten Falle Friedmanns (Fall 6.) ist der Nachweis, dass es sich um manisch depressives Irresein handelt, schwerer; doch weisen auch hier die „Menschenscheu“, das „eingengegte Denkvermögen“, die „sehr grosse Vergesslichkeit“, „die (mehr reizbare)



als gedrückte Stimmung“ auf eine Melancholie hin, während ich den „Beachtungs und Verfolgungswahn“ nicht über die Bedeutung hinausgehend finde, die ihnen bei der Melancholie zukommt.

8—14. Sieben Fälle von „acuter recurrirender Verrücktheit“, „Paranoia acuta (im Sinne Amentia Meynerti) recurrens“ (publicirt von Greidenberg [5]). Die sieben Fälle haben sämtlich einen sehr ähnlichen Verlauf: 2—5 schnell einsetzende und schnell sich lösende Anfälle, die 1—4 Wochen dauerten und durch 1—3 Wochen währende völlig freie Intervalle geschieden waren. Ich kann keinen der sieben Fälle zur periodischen Paranoia rechnen, verzichte darum auf eine ausführliche Beschreibung und gebe zur Charakterisirung der Psychosen folgende Zustandsbilder nur aus den drei ersten Fällen wörtlich nach Greidenberg wieder.

Fall I von Greidenberg: „... Patient bietet das Bild des acuten maniakalischen Wahnsinns, ist in einer fast continuirlichen Bewegung und Aufregung, spricht viel und laut, bezeigt Lust zur Zerstörung, vorgelegte Fragen beantwortet er ohne Sinn, mit dummem Lächeln; das Bewusstsein verwirrt, Sinnestäuschungen nicht zu bemerken; sehr incoherentes Delirium...“

Fall II von Greidenberg: „... Patient befand sich in beständiger Aufregung, verbunden mit heftigem Bewegungsdrang, sprach sehr viel, riss seine Wäsche und Kleider, vernichtete alles, was er in die Hände bekam; Appetit und Schlaf mangelhaft, Unreinlichkeit. Das Bewusstsein war während der ganzen Zeit verdunkelt, die Sinnestäuschungen, wenn sie wirklich bestanden, waren sehr unbedeutend, das Delirium dafür aber um so zusammengesetzter und verwirrter...“

Fall III von Greidenberg: Aus dem ersten Anfall: „... Acutes maniakalisches Irresein. Patientin ist aufgeregt, furchtsam, fürchtet alles und jedes, Bewusstsein verdunkelt, weiss nicht, wo sie sich befindet, sieht die umgebenden Personen für Verwandte an und ruft sie mit deren Namen; die Sprache unsinnig, reiche Gesichtshallucinationen und Illusionen, incoherentes Delirium...“ — Der zweite Anfall gleich dem ersten. — Aus dem dritten Anfall: „... Patient ist deprimirt, weint, spricht mit sich selbst, zu der Umgebung gleichgültig, verweigert das Essen...“

Wenn Greidenberg die Bezeichnungen Paranoia acuta und Amentia Meynerti als Synonyma gebraucht, so ergibt sich schon daraus, dass seine als recurrirende Paranoien diagnosticirten Erkrankungen nicht als solche von uns anerkannt werden können. Denn mag man die Amenz umgrenzen wie man will, stets wird es sich bei ihr um eine mehr oder weniger starke Verwirrtheit handeln. Ebenso wie für die chronische, muss man natürlich auch für die acute und periodische Paranoia die Forderung aufstellen, dass die Besonnenheit in vollem Umfang erhalten bleiben muss. Vermag ich demnach ein Krankheitsbild,

das man auch Amentia nennen kann, nimmermehr zur Paranoia zu rechnen, so führt die Beschreibung, die Greidenberg selbst giebt, zu derselben Ansicht. Ein Kranker, „der das Bild des acuten maniakalischen Wahnsinns bietet, der in einer fast continuirlichen Bewegung und Aufregung ist, der viel und laut spricht, der Lust zur Zerstörung bezeigt, vorgelegte Fragen ohne Sinn mit dummem Lächeln beantwortet, dessen Bewusstsein verwirrt ist, der incohärent delirirt“, ist kein Paranoiker — dessen Denken, Wollen und Handeln vollkommen klar und geordnet sein soll. Dahingestellt sein lassen will ich, welche der Greidenberg'schen Krankheitsbilder als periodische Maniae graves, welche als periodische Amenzen aufzufassen sind.

15. „Periodische acute einfache Paranoia“ (publ. von Ziehen [7]). — 40jähriger Mann. Der Vater starb an den Folgen einer Wirbelsäulenverletzung, jedoch erst 7—8 Jahre nach dem Trauma; der Kranke ist nach dem Trauma gezeugt worden. Ein Bruder soll in jeder Beziehung resistenzlos sein. Ein Kind des Patienten ist körperlich zurückgeblieben und gedächtnisschwach. Gegen Tabak und Alkohol war Patient stets absolut resistenzlos.

„Seit dem Jahre 1889<sup>1)</sup> traten periodische Anfälle auf. Sie begannen meist um Ostern und hielten 4—6 Wochen an. Einige Male schob sich auch ein Zwischenanfall im Herbst ein. Der Anfall beginnt meist mit gastro-intestinalen Störungen. Alsdann stellen sich Wahnvorstellungen und Affectstörungen ein. Die Wahnvorstellungen sind verfolgenden Inhalts und kehren sich ausschliesslich gegen seine Frau.“ Der Inhalt wechselte in den einzelnen Anfällen. „In einem Anfall trat der Wahn ehelicher Untreue auf, in dem andern behauptet er gewöhnlich, seine Frau stecke heimlich Geld weg und wolle ihn vergiften, weil er ihr früher einmal vorgeworfen habe, dass sie nichts in die Ehe eingebracht. Die Affectstörung besteht ausschliesslich, abgesehen von einem intensiven Misstrauen, in einer gesteigerten Zornmüthigkeit. Letztere läuft in den meisten Anfällen den Wahnvorstellungen parallel und wird im Einzelnen ganz durch sie bestimmt. Sie richtet sich dementsprechend fast ausschliesslich gegen seine Frau. Krankhafte Heiterkeit oder Traurigkeit oder Angstaffecte sind niemals vorgekommen. Die Ideenassociation ist weder beschleunigt noch verlangsamt. Krankheitsbewusstsein für die Wahnvorstellungen fehlt im Anfall vollständig. Hallucinationen, Illusionen und illusionäre Auslegungen haben sich auch bei genauesten Fragen und Erkundigungen nicht nachweisen lassen. Die Handlungen des Kranken sind während des Anfalls ganz durch seine Wahnvorstellungen bestimmt. Mehrfach hat er seine Frau im Anfall bedroht und geschlagen. Der Anfall setzt so plötzlich ein, dass der Kranke und seine Angehörigen den Tag bestimmt angeben können. Auch der Schluss tritt sehr brüsk ein. Das Abklingen vollzieht sich meist in

---

1) d. h. seit 9 Jahren.

2—3 Tagen. Amnesie besteht nicht. Der Kranke erinnert sich aller Einzelheiten. Er fühlt sich nur nach dem Anfall einige Tage sehr erschöpft. Keine reactive Hyperthymie. — Ausserhalb des Anfalls bietet der Patient keine erkennbaren Störungen. Für die Anfälle und besonders die Wahnvorstellungen bekundet er ein vollständiges Krankheitsbewusstsein.

Fall 15 ist der, der Ziehen den Anlass zur Aufstellung einer periodischen acuten einfachen Paranoia gegeben hat. Vorweg möchte ich nehmen, dass das Beiwort „acut“ in der Bezeichnung als Pleonasmus wohl besser zu streichen wäre. — Auch diesen Fall habe ich zunächst versucht, dem manisch-depressiven Irresein einzureihen. Ziehen selbst betont ausdrücklich, dass neben den Wahnvorstellungen sich auch von Anbeginn Affectstörungen einstellten. Wahnvorstellungen treten zwar, wie schon mehrfach hervorgehoben ist, beim manisch-depressiven Irresein nichts weniger als selten auf; demgegenüber prävaliren jedoch im Krankheitsbilde die Intellectstörungen derart und fehlen alle sonstigen Elementarsymptome des manisch-depressiven Irreseins, dass dies in ernste differentialdiagnostische Erwägungen schlechterdings nicht gezogen werden kann. Ebenso liegt kein Anhaltspunkt vor, einen Mischzustand anzunehmen. Wollte man auch diesen Fall dem manisch-depressiven Irresein zusprechen, so müsste man den That-sachen Gewalt anthun. — Viel eher erinnert die Beschreibung Ziehen's an ein von Kraepelin bei Alkoholikern beschriebenes Krankheitsbild, den Eifersuchtswahn der Trinker. Wenn Hallucinationen und Illusionen bei dem Kranken fehlten, so ist dem zu entgegenen, dass diese auch bei dem Eifersuchtswahn der Trinker kein unerlässliches Symptom bilden. Andererseits spielt aber der Alkohol in der Vorgeschichte des Kranken nur eine geringe Rolle. Ziehen berichtet zwar in der Anamnese, „gegen Alkohol war er stets absolut resistenzlos. Schon bei kleineren Dosen trat starkes Zittern und Herzklopfen ein. Zeitweilig bestand früher auch ein Flimmern um das rechte Auge (wahrscheinlich also fibrilläres Zittern im M. orbicularis oculi)“ und sagt im Status: „Die Zunge ist stark belegt. Hände und Zunge zittern bei dem Vorstrecken etwas“; doch genügen diese Angaben nicht, um eine chronische Alkohol-intoxication wahrscheinlich zu machen, um so weniger, als Ziehen an diese Möglichkeit garnicht gedacht zu haben scheint. Wenn andererseits auffällt, dass einige Symptome fehlen, die wir sonst kaum im Krankheitsbilde der Paranoia vermissen, wie der Beachtungs- und Beziehungs-wahn, die fehlerhafte Eigenbeziehung; wenn ferner der acute Beginn wenig für Verrücktheit spricht; und wenn wir darum jeden Zweifel in die Diagnose einer periodischen Paranoia nicht unterdrücken

können: so haben wir gleichwohl noch kein Recht, uns mit Bestimmtheit gegen diese Diagnose zu erklären.

16. „Periodische acute Paranoia simplex“ (publ. von Bechterew (8). — 52jährige Beamtenfrau. Vater (wie die Verwandtschaft fast ausnahmslos) starb an Schlag. Patientin hatte drei Anfälle mit völlig freien Intervallen: I. Anfall vom December 1888 bis April 1889. — II. Anfall vom August 1890 bis März 1891. — III. Anfall vom October 1891 bis Februar 1892. — In den beiden ersten Anfällen trat die Beruhigung verhältnissmässig schnell nach einem Erysipel ein. Sonst kamen und schwanden die Krankheitserscheinungen allmählich.

I. Anfall: Misstrauen, Verdacht gegen ihre Umgebung. Patientin fürchtete Gift. Grosse Reizbarkeit, Selbstbewusstsein ständig gesteigert. Patientin gab andern Kranken dauernd Rathschläge, forderte sie zum Essen und Trinken auf, klagte über Ungerechtigkeiten in der Behandlung, beschwerte sich über Wärterinnen u. s. f. Nach dem Schwinden eines Erysipels war Patientin völlig ruhig, liess sich mit den Kranken in keinerlei Unterhaltung ein, beschäftigte sich hin und wieder mit einer Arbeit, meist jedoch lag sie zu Bett, wobei sie über Schwäche klagte.

Der II. und III. Anfall verliefen einander ähnlich: „Patientin hegte Misstrauen gegen ihre Umgebung und ihre nächsten Verwandten, ja zu Zeiten hat sie den Verdacht, ihr Gatte trachte ihr nach dem Leben. Ueberhaupt ist sie mit ihrer Umgebung unzufrieden, auch in der Anstalt, beschuldigt die Angestellten der Pflichtvergessenheit gegenüber den Kranken u. s. w. Zugleich werden in ihrem Wahne deutlich Grössenideen wahrnehmbar. Sie hält sich für begabt, talentvoll, sie vermag, ihren eigenen Worten zufolge, „in Russland viel Nutzen zu stiften“. Sie macht verschiedene Projecte und richtet dieselben an den Grafen Scheremetjew, dessen Güter ihr Mann verwaltet, und sogar an den Kaiser selbst. Auch spricht sie sich andern Personen gegenüber über ihre Pläne aus. Alle ihre Pläne bezwecken das Wohl der russischen Nation. Speciell bestehen ihre Projecte in auffallenden Gedanken darüber, wie der Versandung der Ströme abzuhelpen wäre; es sollen Schleusen am Meer angelegt werden, neue Flussbetten und Kanäle längs den gefährdeten Strömen durchstoichen und mit dem Oberlauf der letzteren verbunden werden. In solchen Kanälen würde das Wasser nach der entgegengesetzten Richtung strömen und den Wasserverlust der Flüsse ersetzen. Ebenso phantastisch und albern ist ihr zunächst an kleinen Flüssen versuchsweise durchzuführendes Project über Anlage von Röhren quer durch den Fluss und Füllung derselben mit ölgetränkten Steinen, welche angezündet das Rohr erhitzen, das Wasser zum Sieden und zu umgekehrter Strömung bringen sollen. Zu erwähnen sind hier ferner die Vorschläge der Kranken, gegen das Zufrieren der Flüsse ununterbrochene Dampfschiffahrten auf denselben zu veranstalten, sodann ihre Ideen über Veränderung des russischen und sibirischen Klimas mittelst der Dampfschiffwärme oder gar durch Beeinflussung der Sonne. Sie will weiterhin einen Luftballon aus Schwanenfedern machen und glaubt, der Mensch brauche

nicht zu sterben, sondern man könne Sterbende wieder ins Leben zurückrufen u. s. f. Diese Wahnideen äussert die Kranke mit gesteigertem Selbstbewusstsein, sie betrachtet alles mit grosser Selbstüberschätzung; ist zeitweise mehr oder weniger psychisch exaltirt, besonders wenn ihre Ideen Widerspruch finden; zu andern Zeiten erfasst sie eine abnorm heitere Gemüthsstimmung. Illusionen und Hallucinationen dagegen hat die Kranke verhältnissmässig selten. Nur episodisch von Zeit zu Zeit stellen sich bald optische, bald acustische Sinnestäuschungen bei ihr ein.“

Zur näheren Charakteristik der Psychose seien folgende Stellen aus der genauen Krankheitsgeschichte wiedergegeben:

„Zerschlägt Abends mit der in ein Tuch gehüllten Hand die Fensterscheiben, lacht dabei und schreit, sie erstickte, und öffentliches Gut bedürfe keiner Schonung.“

„Beklagt sich fortwährend über das Dienstpersonal.“

„Bei ihren Erzählungen schweift sie gewöhnlich stark ab und ergeht sich in Nebendingen. Von ihren Fähigkeiten hat Patientin sehr hohe Begriffe, sie kenne ein Mittel, Tote lebendig zu machen, man brauche den Toten nur auf die linke Seite zu legen, damit er sofort zum Leben erwache.“

„Sehr zänkisch, tritt manchmal für andere Kranke ein, denen nach ihrer Ansicht Unrecht geschieht; singt, läuft mit geschürzten Röcken durch die Säle, wälzt sich mit lautem Gelächter am Boden, verdirbt die anderen Kranken, die sie gegen Arzt und Wartepersonal aufreizt und beredet, bald dies, bald jenes zu verlangen und überhaupt die Wünsche spielen zu lassen.“

„Betragen bald besser, bald schlechter. Schläft wenig, klagt über schlechte Ernährung. Behauptet, sie habe Fieber, Rheumatismus, Hals- und Bauchschmerzen. Mit dem Arzte ist sie höflich und sogar kriechend. Mit den Kranken und dem Wartepersonal hat sie häufig Streit.“

„Während der Dauer ihres (dritten) Aufenthaltes in der Anstalt beschwerte sich die Kranke fast beständig über Wärterinnen und Aufseherinnen, von welchen sie und die übrigen Kranken schlecht behandelt würden. Sie befindet sich fast immer im Isolirraume, da sie mehrere der Kranken schlecht beeinflusst, sie zu Unarten, Lärm, Ungehorsam antreibt und an allen Ungehörigkeiten sich activ theilnimmt. Manchmal wendet sie sich an den Arzt in vollem Ernst mit der Bitte um Heilung und beginnt gleich darauf zu springen und zu schreien.“

Bechterew selbst schliesst bei seiner Kranken, deren Krankheitsbeschreibung ich ziemlich ausführlich wiedergegeben habe, periodische hallucinatorische Paranoia, maniakalische Erregungszustände und chronische Paranoia mit Exacerbationen aus, er hält den Fall für Paranoia simplex. Der Wahn entwickle sich als primäre Erscheinung und sei begründet durch Defecte der logischen Beanlagung und durch solche in der Beurtheilung der umgebenden Dinge; er zeichne sich aus durch eine gewisse Folgerichtigkeit und sogar durch eine gewisse systematische Zusammengehörigkeit der Ideen; überdies handle es sich inhaltlich

gleichzeitig um Verfolgungs- und Grössenideen. — Ich kann mich dieser Argumentation nicht anschliessen. Seine Kranke brachte wohl zahlreiche Ideen vor und entwickelte Pläne zur Beglückung der Mitmenschlichkeit; doch müssen alle Mittel zu deren Verwirklichung ausserordentlich ungeeignet, geradezu verkehrt und unmöglich genannt werden; keiner ihrer Pläne bewegt sich auf dem Boden der Wirklichkeit. Es sind luftige Wahngebilde. Von fixirten Wahnideen kann man darum nicht gut reden, noch weniger davon, dass die Wahnideen zu einem fixirten System verknüpft waren. Ebenso wenig ist etwas von jenem Egocentrismus zu bemerken, der für Paranoia so kennzeichnend ist. Patientin schwatzt zwar, als ob sie selbst die Pläne ausführen wolle, aber eine Verrückung des Ichstandpunktes liegt nicht vor. Viel auffallender im Krankheitsbilde erscheint mir die dauernd heiter gehobene Stimmung, der Rededrang, die Ideenflucht, die leichte motorische Erregung, die sich mitunter zu Umherlaufen mit geschürzten Röcken, zu Wälzen auf dem Boden, zum Zerschlagen von Fensterscheiben, zu Schreien und Springen steigert. Weiterhin fällt der degenerative Zug der Psychose auf: Die Sucht, sich bei den Aerzten beliebt zu machen, Kranke und Pflegepersonal gegen einander und unter einander aufzuhetzen, ihre unaufhörlichen unbegründeten Klagen, ihre vorgetäuschten Krankheitsbeschwerden. Ich vermag darum der Diagnose Paranoia nicht beizutreten. — Eine Diagnose zu stellen, ohne den Kranken gesehen zu haben, ist meist ein missliches Ding; in diesem Falle jedoch glaube ich genügend Anhalt dafür zu haben. Es handelt sich um drei manische Anfälle, dem ersten manischen Anfall folgte eine leichte depressive Verstimmung. Die Manie bietet ausserordentlich viel degenerative Züge, was meines Erachtens jedoch die Diagnose nur unterstützen kann. Denn degeneratives Irresein s. str., Hysterie, manisch-depressives Irresein und auch Paranoia (im Sinne Kraepelin's, Magnan's) erwachsen auf dem Boden der Degeneration, und es ist darum nicht verwunderlich, dass sich bei der einen Psychose Züge der anderen finden. In der Krankheitsgeschichte werden auch hysterische Anfälle erwähnt. Alles zusammengenommen, trage ich kein Bedenken, den Bechterew'schen Fall als manisch-depressives Irresein aufzufassen, bei dem die Neigung der Manischen zum Plänemachen sich in Bildung eigenartiger phantastischer, beinahe wahnartiger Beglückungspläne documentirt.

Die Ideen, die Bechterew als Verfolgungswahn deutet, kann ich gleichfalls nicht so auffassen. Ich vermisse den typischen Beziehungs- und Beachtungswahn. Ideen, wie die Kranke sie äussert, dass die Angehörigen sie verfolgten, kann man öfters von Geisteskranken verschied-

dener Art hören, die ob ihrer Krankheit von ihren Angehörigen in ihren Entschliessungen und Bewegungen gehindert und gelenkt werden.

17. „Periodische Paranoia“ [publ. v. Skierlo (9)]. — 64 jähriger Färbermeister, der innerhalb 40 Jahren 16 Anfälle von 2 Wochen bis 5 Monate langer Dauer gehabt hat. Es bestanden allemal Hallucinationen verschiedener Sinnesgebiete, infolge (?) dieser Hallucinationen kam es vielfach zu starker Erregung, Nahrungsverweigerung. Daneben bestanden Verfolgungs- und ganz ungeheuerliche Grössenideen. Einmal heisst es: „Er sah sich von Feinden umgeben, schrie und lärmte, griff wiederholt seine Mitkranken, in dem Wahne, dass es bedrohliche Feinde seien, thätlich an . . . Er rühmte sich, alle möglichen Krankheiten, auch alle Formen des Wahnsinns durchgemacht, die ganze Erde vom Nordpol bis zum Südpol durchkrochen, Franklin aufgesucht zu haben. Gelegentlich liess er hören, er sei Christus, er sei Gott, habe alle Wunder gethan, sei gekreuzigt, habe Tonnen von Schwefelsäure und Blausäure ohne Schaden getrunken, er sei die wichtigste, politische Persönlichkeit und werde deswegen von allen Fürsten und allen Völkern Europas verfolgt, in seiner Umgebung gebe es einen Judas Ischariot, den er erdolchen müsse“. Ein anderes Mal: „Er sang Militärmärsche, kommandirte mit Stentorstimme: Legt an! Feuer! Vorwärts marsch! Alle Truppen vor! u. dgl. . . . Er sah brennende Cigarren durch das Fenster in sein Zimmer geworfen werden, goss deswegen Urin gegen das Fenster u. s. f.“

Nach Skierlo's trefflicher Krankheitsbeschreibung, die ich nur ange-deutet wiedergegeben habe, unterliegt es keinem Zweifel, dass sein Fall nicht zur Paranoia gerechnet werden darf. Wenn Skierlo es thut, so liegt es offenbar daran, dass er unter acuter hallucinatorischer Paranoia das von Mendel-Werner-Ziehen gezeichnete Krankheitsbild versteht. Eine zweite und offene Frage mag die bleiben, ob hier überhaupt eine periodische hallucinatorische Störung, etwa eine periodische Hallucinose, oder vielmehr, entgegen Skierlo's Räsonnement, eine periodische Manie vorliegt.

Bleuler (12) hat elf Krankheitsgeschichten unter der Diagnose „periodischer Wahnsinn“ veröffentlicht. Ich zweifle nicht, dass Greidenberg, Kausch, Bechterew, Skierlo die meisten der Fälle als periodische Paranoia bezeichnen würden. Bleuler selbst fasst seine Fälle als hallucinatorische und paranoide Wahnsinnsformen auf. Er sagt, diese Wahnsinnsformen stellten Einzelfälle des manisch-depressiven Irreseins dar und seien den manischen oder melancholischen Anfällen dieser Krankheit gleichwerthig. Für die Mehrzahl der von ihnen mitgetheilten Krankheitsgeschichten ist die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein so stark begründet, dass ich nur die drei wiedergebe, bei denen Zweifel berechtigt erscheinen, ob sie nicht doch zur Paranoia zu rechnen sind.

18. „Periodischer Wahnsinn“ [publ. v. Bleuler (12)]. — „Schneiderin, geb. 1839. Grossvater mütterlicherseits im Alter geisteskrank. — 1864 melancholische Verstimmung. 1869 erster, etwa ein halbes Jahr dauernder Anfall von hallucinatorischem Irresein, theils mit Gewaltthätigkeiten und gehobener Stimmung, theils mit melancholischem Charakter. — 1876 bis in die achtziger Jahre, fast regelmässig anschliessend an die Menstruation, ein deliriröser Anfall; Schlaflosigkeit, Gesichtshallucinationen zusammenhängender Scenen; bald namenlose Angst, bald Gereiztheit, bald gehobene Stimmung, daneben Beziehungswahn. Nach und nach lösten sich die Auffälle ganz von der Menstruation ab, sie wurden länger, aber seltener, 2—3 im Jahre von 2—3 Monaten Dauer. Schon von Anfang an neben den hallucinosen Zuständen falsche Deutung der Umgebung im feindlichen Sinne. Nach und nach wurde dieses Symptom häufiger; viele Anfälle — die meisten der letzten Jahre — verliefen fast ohne Hallucinationen nur in paranoider Form. Stimmung immer entsprechend den Hallucinationen. Dann und wann, namentlich in den früheren Stadien, Zeichen von melancholischer Hemmung und Depression oder von manischer Ideenflucht, Bewegungsdrang, gehobene Stimmung. — In den Intervallen vollständig arbeitsfähig, einsilbig, wenn auch etwas geziert und süsslich“.

19. „Periodischer Wahnsinn“ [publ. v. Bleuler (12)]. — Landwirth, geb. 1852. Zwei Tanten und eine Schwester mütterlicherseits geisteskrank; eine Schwester geisteskrank. — „Von jeher etwas sonderbar. 1867, acht Monate, tobsüchtiger Anfall; geheilt. 1873 vier Monate lang „melancholisch“. Geheilt. Ende 1880 hatte Patient das väterliche Haus in Brand zu stecken versucht und sich einen Stich in die Herzgegend beigebracht. Seitdem nun eine ganze Anzahl von Anfällen, die meist eingeleitet werden durch ein leichtes, melancholisches Stadium mit brutalen Selbstmordversuchen, manchmal auch durch eine auffallende Neigung zum Lachen. Dann tauchen die Wahnideen aus den früheren Anfällen wieder auf; hierauf kommt ein Stadium von mehreren Wochen oder Monaten Dauer, in welchem das Bild von Hallucinationen beherrscht und der Kranke ungemein gewalthätig ist. Zum Theil intercurrent zwischen den Aufregungen, dann aber namentlich nachher, Monate, sogar 1—2 Jahre lang, treten die Hallucinationen ganz zurück. Patient fühlt sich als Vorkämpfer der protestantischen Kirche, schreibt eine Kirchenverfassung und Geschichtsphilosophie, treibt Politik, macht allen Behörden Vorschriften, legt mit grossem Scharfsinn die Bibel aus u. s. w. Die Krankheit ist dann sehr schwer von einer typischen Paranoia zu unterscheiden. In einigen der ruhigen Zwischenzeiten, bleiben diese Wahnideen, wenn sie auch verheimlicht werden, in anderen erscheint der Kranke vollständig gesund, sehr thätig, arbeitet sich mit aussergewöhnlichem Geschick in die verschiedensten Berufe hinein (Dreher, Mechaniker, Gärtner u. s. w.) — Die Uebergänge zum Schlimmen, wie zum Guten, sind oft recht plötzlich. — In früheren Anfällen soll Patient manchmal etwas benommen gewesen sein, seit 1886 nicht mehr.“

Die Erinnerung an die Anfälle ist eine gute. Gelegentlich zeigten sich Andeutungen des manischen oder melancholischen Symptomcomplexes, am



deutlichsten im Sinne der Kraepelin'schen Mischfälle: Hemmung, Euphorie und motorische Aufregung.<sup>1)</sup>“

Fall 18 bot zuerst melancholische Zustände, nach und nach traten neue Symptome dazu, während andere Symptome sich verloren; es kam zu falscher Deutung der Umgebung in feindlichem Sinne und zu Beziehungswahn, so dass die Anfälle schliesslich fast nur in paranoiden Form verliefen. Bei dem Fall 19 bietet jeder Anfall nacheinander ein melancholisches Stadium, dann eine durch Hallucinationen beherrschte Periode und endlich ein längeres paranoides Stadium, in diesem letzten ist die Krankheit schwer von typischer Paranoia zu unterscheiden. — Stellt man sich, wie das Kraepelin mit Recht verlangt, auf den Standpunkt, dass für die Diagnose lediglich der Gesamtverlauf der Psychose maassgebend sein kann, so rechtfertigt die Thatsache, dass bei beiden Erkrankungen die Merkmale des manisch-depressiven Irreseins — die Zeichen von melancholischer Hemmung und Depression oder von manischer Ideenflucht, Bewegungsdrang und gehobener Stimmung — nie ganz fehlten, dagegen oft das Krankheitsbild bildeten, die Bleuler'sche Diagnose. Die Beschreibungen Bleuler's sind leider etwas kurz und alles in allem sind seine Angaben nicht erschöpfend genug, um dem Leser eine sichere eigene Meinung zu ermöglichen. Wenn darum zugegeben werden muss, dass wenigstens im Fall 18 die Bedenken gegen die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins nicht ganz beseitigt sind, so ist doch auch die Annahme einer periodischen Paranoia durch nichts begründet. Der Beziehungswahn allein macht keine Paranoia. Zu Beziehungswahn und falscher Deutung der Umgebung kommt es, sobald aus irgend einem Grunde die Kritikfähigkeit des Kranken leidet. Und andererseits Hallucinationen sprechen eher gegen als für die Diagnose einer Paranoia. — Viel sicherer ist demgegenüber die Diagnose bei dem Kranken 19. Gerade die Angaben, dass der Kranke sich als Vorkämpfer der Kirche fühlte und die Bibel auslegte, scheinen mir zum mindesten ebenso für Manie als für Paranoia zu sprechen. Ich habe wiederholt Kranke mit den ausgesprochenen Symptomen der klassischen Manie gesehen, die der manische Beschäftigungsdrang ähnliche Wege einschlagen liess.

20. „Periodischer Wahnsinn“ (publ. von Bleuler [12]). Schreiner und Glaser, geboren 1854. Vater und ein Bruder Potator, Mutter schwermüthig. — In der Jugend geistig und körperlich etwas schwächlich. Vor dem 12. Jahre Masturbant. Lief vor Beendigung der Lehrzeit fort, hielt es nirgends lange aus, meist wegen Trunksucht fortgeschickt. Will ausserehelich

---

1) Gedankenarme Manie.

wenig mit Frauen verkehrt haben, hat mehrmals, zum Theil in angetrunkenem Zustande, kleine Mädchen missbraucht, einmal auch eine Hündin, 1885 deshalb Zuchthaus. Dort fand er in allen gleichgültigen Vorkommnissen „Zeichen“, die ihm sagten, er müsse mit einem bestimmten Mädchen in der Strafanstalt coitiren und sie dann heirathen, sonst werde er geköpft.

Nach der Entlassung aus dem Zuchthaus 1888 lief er im Rausch von weither mehrmals in die Strafanstalt, um das Mädchen heraus zu verlangen. — Nun ca.  $\frac{1}{2}$  Jahr lang Trinkerleben, währenddessen er mehrmals tagelang andauernde Thiervisionen hatte. Dann Abstinenz, verzichtete auch auf die Onanie, besserte sich rasch, heirathete 1889; übernahm ein eigenes Geschäft, das er in die Höhe brachte. Ueberhaupt war Abnormes an ihm nicht zu finden. 1898 kamen die „Zeichen“ wieder. Patient fing an zu trinken, lief in angetrunkenem Zustand mehrmals in die weitentfernte Strafanstalt, um das Mädchen herauszuverlangen. Die Zeichen sagten ihm, dass sie anderswo sei. Schliesslich 11. November 1898 machte er ein Attentat auf eine Unbekannte, die er für ihn bestimmt hielt, am 12. März 1899 kam er in die Anstalt. Dasselbst vollständig orientirt, erzählte ruhig und geordnet, sah aber überall die Zeichen, meinte, das Mädchen sei im Verwaltungsbureau; dann und wann stärker aufgeregt, wurde gewalthätig, weil man ihn nicht zu dem Mädchen gehen liess, zog seine Genitalien aus den Hosen, wollte sogar die Aerzte missbrauchen. Im October 1899 rasche Besserung, volle Einsicht, Heilung. — Bewegungsdrang wie Hemmung der Motilität fehlte; am Gedankengang war nur das auffallend, dass Patient auf der Höhe der Krankheit in keiner Weise ablenkbar war und Gegenvorstellungen spurlos an ihm vorübergingen. Zu den paranoiden Wahnvorstellungen kam noch die melancholische, dass er meinte, er werde geköpft, wenn er das Mädchen nicht brauche.“

Bei Fall 20 vermisst Bleuler selbst die deutlichen Zeichen des manisch-depressiven Irreseins. Hier spielt der Alkohol eine derartige complicirende Rolle, dass ich den Fall zu den alkoholischen Störungen rechnen möchte (Kraepelin's Schwachsinn der Trinker?).

21. „Periodische Paranoia“ (publ. von Gierlich) [14]. 50jähriger hoher Regierungsbeamter. — Vater und Mutter hochgradig nervös. In der Familie des Vaters zwei Fälle von Geistesstörung. — Patient mässig begabt, aber sehr ehrgeizig; von jeher ermüdbar und leicht erregbar, alkoholirresistent.

Seit Mitte October 1895 nach längerer anstrengender Dienstreise bietet Patient die Zeichen der nervösen Erschöpfung. Dazu kommt bei correctem Benehmen und ohne sichtbare Stimmungsanomalie Misstrauen gegen seine Umgebung. Januar 1896 äussert er zum ersten Mal Wahnideen zu seiner Frau: „Er glaubte, missliebig geworden zu sein und man wolle ihn aus seiner Stellung verdrängen, während thatsächlich das Gegentheil der Fall ist. Zudem habe er zu seinem Unglück die Gattin eines Collegen, und zwar desjenigen, der ihm in der Beförderung vorgezogen wurde, compromittirt. Er habe sie vor einigen Wochen in einer Gesellschaft, obwohl unbeabsichtigt, lange Zeit an-

geschaut; das sei bemerkt worden und nun habe er die Frau blossgestellt und sich unmöglich gemacht. Der Gatte der Dame, der sich nach und nach mit einem ganzen Complotte umgiebt, wolle ihn nun aus der Stadt und Stellung vertreiben und vernichten. Patient macht der betreffenden Dame einen Besuch, um ihre Verzeihung zu erbitten. Diese weiss natürlich gar nicht, was er will. Dann reicht er zwei Mal sein Abschiedsgesuch ein, was beide Male vom Präsidenten in huldvollster Weise nicht bewilligt wird. Zu guterletzt erklärt er seiner Frau, dass er nicht mehr mit ihr leben könne, da er auch sie compromittirt habe, er müsse ihr Genugthuung verschaffen und die Scheidung einleiten.

Status: Patient steckt ganz in seinen Wahnideen drin, äussert dieselben in obiger Form mit grosser Lebhaftigkeit. Er müsse in's Ausland, die Polizei könne jeden Augenblick kommen, ihn zu verhaften. Ein ganzes Heer von Widersachern sei an der Arbeit gegen ihn, auch seine Frau sei jetzt im Complotte. Dabei ist Patient über Zeit, Ort und Umgebung vollständig orientirt. Krankhafte Heiterkeit oder depressive Stimmung und psychomotorische Hemmung ist nie beobachtet, besteht auch jetzt nicht. Die einzige Stimmungsanomalie ist neben starkem Misstrauen eine grosse Zornmüthigkeit. Letztere steht in directer Parallele zu den Wahnideen und ist ganz durch dieselben bedingt. Für Hallucinationen und Illusionen fehlt jedes Anzeichen.

Der Zustand blieb noch 9 Tage auf dieser Höhe. Patient hat absolut kein Krankheitsbewusstsein für seine Wahnvorstellungen. Hallucinationen und Illusionen sind trotz peinlichster Forschung und Beobachtung in dieser Richtung nicht zu ermitteln. Dann geht der ganze bedrohliche Zustand ziemlich brüsk zurück. Patient lässt über die eine oder andere Wahnvorstellung mit sich reden, er fängt wenigstens an zu discutiren, die Zornmüthigkeit lässt nach, und nach weiteren 3—4 Tagen zeigt Patient völlige Krankheitseinsicht, zugleich mit dem Eintreffen eines lebenswürdigen Briefes von Seiten des Präsidenten. Patient ist sich des Wahnhaften seiner Ideen voll bewusst, er erinnert sich aller Einzelheiten. Amnesie besteht nicht. Er selbst weiss nicht, wie er zu diesen wahnhaften Annahmen gekommen ist; auch jetzt finden sich für Hallucinationen und Illusionen während des Anfalls keine Anhaltspunkte.“

Im Herbst 1896 nach der üblichen Dienstreise trat ein zweiter ganz ähnlicher Anfall auf, ebenso im Herbst 1897. Den Sommer 1898 verbrachte Patient im Gebirge, der Anfall im Herbst blieb aus.

1900 starb Patient an Carcinom.

22. „Periodische Paranoia“ (publ. v. Gierlich) [14]. 35jähriger Kaufmann. — Vater litt an chronischer constitutioneller Verstimmung mit Zwangsideen. Zwei Vaterbrüder hochgradig nervös. Eine Schwester des Patienten hysterisch. — Patient war mässig begabt, gegen Alkohol wenig resistent.

Nach anstrengender geschäftlicher Thätigkeit klagte Patient 1896 viel über „Kopfdruck, Mangel an Appetit, Verstopfung und war sehr leicht erregbar und gereizt, hastig und unruhig. Er kam dann seiner Frau nicht mehr mit der gewohnten Offenheit entgegen, hielt sich zurück, wurde still und in sich

verschlossen. Vor 10 Tagen überschüttete Patient seine Frau unvermittelt mit den heftigsten Eifersuchts- und Beeinträchtigungsideen. Die Frau vernachlässigte ihn, absichtlich und bewusst mache sie Alles falsch, halte es mit andern Männern, ziehe Jeden ihm vor, sei seiner überdrüssig, wolle ihn aus dem Leben schaffen, es gehe ihr nur um sein Geld, deshalb habe sie ihn geheiratet. Patient ist seinen Wahnideen entsprechend auf's Gröbste verletzend gegen seine Frau, überhäuft sie mit den heftigsten Vorwürfen, sie habe nie Neigung zu ihm gehabt, ihn nur des Geldes wegen geheiratet etc. Kein Bitten und Flehen der Frau hilft. Patient ist äusserst zornmütiger Stimmung und namentlich Widerspruch reizt ihn auf's Heftigste. Er spuckt vor seiner Frau achselzuckend aus, kehrt sich nicht an anwesende Damen und Herren. Einmal kam es zu Thätlichkeiten, so dass die Frau in steter Angst lebt und einige Mal Nachts zu ihren Verwandten fliehen musste. Die Mahlzeiten nimmt Patient ausser dem Hause, isst er zu Hause, so zwingt er die Frau, vor seinen Augen Alles zu kosten.

Status. Patient ist voll beherrscht von seinen Eifersuchtsideen gegen seine Frau, keiner Einsicht zugänglich, äussert dieselben im obigen Umfange lebhaft und ist aufs Aeusserste gereizt. Als die Frau versuchen will, ihn zu überzeugen, wehrt er sie unsanft ab und spuckt ihr aufs Kleid. Dabei ist Patient über Ort, Zeit, Personen, Umgebung aufs beste orientirt. Er benimmt sich, abgesehen von seinen Wahnideen, völlig geordnet. Von Hallucinationen oder illusionären Auslegungen ist nichts zu ermitteln und wahrzunehmen. Eine Aenderung der Stimmungslage in abnorme Heiterkeit oder Traurigkeit besteht nicht, kam auch nie zur Beobachtung. Von Alkoholismus ist keine Rede.

Acht Tage blieb der Zustand noch auf dieser Höhe, dann wurde Patient ruhiger im Aeussern seiner Wahnideen. Er liess sich über dieselben wenigstens in einen Disput ein und verhielt sich nicht mehr so absolut ablehnend. In ca. 3—4 Tagen trat dann völlige Krankheitseinsicht ein. Er sieht das Wahnhafte jetzt ein, schämt sich furchtbar seines Benehmens, weiss nicht, was ihn zu diesen Ideen getrieben hat, und sucht nach Kräften sein Unrecht gegen seine Frau gut zu machen.

Drei ganz ähnliche Anfälle mit ähnlichen Erscheinungen traten noch in in den Jahren 1897, 1899 und 1901 auf, alle Mal nach anstrengender Thätigkeit, während sich Patient in den Jahren 1898, 1900 und 1902 geschont hatte und anfallsfrei blieb.

23. „Periodische Paranoia“ [publ. v. Gierlich (14)]. — 43jähriges Fräulein. Vater und Vaterbruder ungewöhnlich reizbare Menschen. Vater starb an chronischem Rückenmarksleiden. Schwester sehr nervös. — Patientin war nur mässig begabt, aber sehr fleissig. Im Frühjahr 1898 zog Patientin mit der Mutter nach Wiesbaden. Im Sommer litt sie sehr unter der erschlaffenden Hitze. Sie veränderte sich im Benehmen. „Sie war ungemein reizbar, stets unruhig, hastig und unzufrieden. Sie zog sich immer mehr vom Verkehr zurück und zeigte ein sonst nicht gekanntes Misstrauen. Patientin war tagelang nicht zu bewegen, das Haus zu verlassen, auch fiel der Mutter sehr auf, dass sie religiösen Zuspruch nicht mehr vertragen konnte, im Gegentheil sehr aufgeregt

durch denselben wurde und die Kirche mied, ganz gegen ihre Gewohnheit. Ende September gab sie der Mutter zum ersten Mal Einblick in ihren Seelenzustand. Sie beschuldigte zwei Damen ihres Bekanntenkreises der Feindseligkeit: „Sie sind falsche Freunde, sie lassen sich in Gesellschaft zwar nichts merken, aber sie haben ein ganzes Complot geschmiedet, um mich aus dem geselligen Kreise zu verdrängen, mich durch Verläumdung von hier zu vertreiben, und in Verzweiflung zu stürzen. Sie rasten nicht, bis ich todt bin.“ Man lasse sie allgemein fühlen, dass sie nicht mehr die geringste Achtung genösse. Alles wird aufgeboten, sie zu vernichten. Zudem kann sie nicht mehr beten, was sie gerne that, ohne dass sie je gegrübelt hätte. „Ich kann nicht mehr beten, mich nicht sammeln, den Glauben haben sie mir nun auch geraubt, mich mit Gott entzweit, und nun beuten sie das noch aus.“

Status. Patientin schildert mit grosser Lebhaftigkeit, wie ihre besten Freundinnen sich als falsch und aggressive Feindinnen entpuppt hätten. Sie wären Beide an der Arbeit, sie erst unmöglich zu machen, um ihren guten Namen zu bringen und dann zu vernichten. Die Beiden haben bereits ein ganzes Complot gebildet, und wird drauf los verläumdet, bis Jeder in der Stadt es weiss. Man merke ihnen nichts an, sie thun auch ganz freundlich. Sie sieht und hört nichts davon, merkt es auch nicht an Zeichen und Bewegungen. Mit Gott hat man sie entzweit, den Glauben genommen, sie kann nicht mehr beten. Sie muss fort von hier, geht hier nicht aus. „Man ist sonst zu Allem fähig.“ Patientin ist über Zeit, Ort, Personen völlig orientirt, spricht über Dinge ausserhalb ihrer Wahnideen ganz ruhig und gewandt. Eine Gefühlsschwankung nach der Seite abnormer Heiterkeit oder Traurigkeit besteht nicht. Sie ist nur auf's Aeusserste zornig und wüthend im Sinne ihrer Wahnideen und geräth bei Widerspruch namentlich auch gegen die Mutter in sonst nie gekannte Heftigkeit. „Die Mutter lässt Alles geschehen, vertheidigt mich nicht, sie ist auch im Complot.“ Thatsächlich hat sie einige Male die Mutter an den Haaren gezerrt, was ausserhalb ihrer Krankheit undenkbar gewesen wäre. Hallucinationen und Illusionen sind nicht zu ermitteln.

Der Zustand blieb in gleicher Stärke trotz Bädern und Narcoticis bis Mitte December. Dann trat innerhalb 5—6 Tagen völlige Krankheitseinsicht ein. Patientin war ganz umgewandelt, eine lebenswürdige feingebildete Dame, die nicht begreift, wie sie zu solchen „verrückten“ Ideen gekommen sei und auch ihre Mutter, ihr Liebstes und Einzigstes auf dieser Welt, so behandeln konnte. Es sei sonst nie ein hartes Wort gefallen. Sie nahm ihren Verkehr wieder auf, betheiligte sich an den Wohlthätigkeitsveranstaltungen und bewegte sich ohne Zwang. Es bestand keine Amnesie und keine reactive Hyperthymie. Mit Gott und Religion stand sie wieder auf „gutem Fuss“.

Das Jahr 1899 blieb nach einem Sommeraufenthalt in der Schweiz anfallsfrei, im Jahre 1900 dagegen stellte sich nach dem heissen Wiesbadener Sommer wiederum ein ähnlicher Anfall ein.

Wie Gierlich selbst epikritisch ausführt, „handelt es sich um erheblich belastete Individuen, die mässig beanlagt, aber mit einem

grossen Ehrgeiz behaftet sind, der den individuellen Verhältnissen entsprechend sich zu bethätigen bestrebt.

Auf der Höhe des Lebens sehen wir unter dem Einfluss allgemeiner und specieller, das Nervensystem schwächender Momente, zu bestimmten Zeiten, nachdem 2—3 Monate lang neurasthenische Symptome von intensiver Stärke den Kranken beherrscht haben, unvermittelt ohne melancholische oder maniakalische Gefühlsstörungen systematisirte Wahnideen auftreten, die sich als Beziehungs, resp. Eifersuchtswahn documentiren. Der Kranke steht völlig unter dem Eindruck der Wahnideen, so dass Stimmung und Handeln ganz durch dieselben bedingt wird. Erstere äussert sich in einer grossen Gereiztheit und Zornmüthigkeit, sobald der leiseste Versuch gemacht wird, den Wahnideen entgegenzutreten. Im Uebrigen sind die Patienten in diesen Anfällen bei vollkommen klarem Sensorium, über Person, Zeit, Ort bestens orientirt. Zu Grössenideen kam es nicht. Die Wahnideen hielten sich mehrere Wochen hindurch in voller Stärke, dann lenkten die Kranken ein und relativ schnell, innerhalb 3—4 Tage, kam es zu voller Krankheitseinsicht, mit Rückgang des Zornffects und ohne reactive Gefühlsanomalien. Die Wiederkehr der Anfälle war durch geeignete Maassnahmen zu verhüten. Bei Vernachlässigung der Vorsichtsmaassregeln kehrten die Anfälle in ihrer typischen Form wieder“. Berücksichtigt man die Eigenheiten der drei Erkrankungen, ihren Symptomencomplex, die Entstehung der Wahnideen, deren scheinbar völlig logische Verknüpfung zu einem System, ihren Einfluss auf das Persönlichkeitsbewusstsein, auf Denken und Handeln, bei durchaus geordnetem und besonnenem Verhalten, während Stimmung, Vorstellungsablauf und Willensvorgänge nicht merklich verändert scheinen, so kommt man ohne weiteres zur Diagnose einer Paranoia. Der Verlauf in Anfällen mit freien Intervallen nöthigt dann weiter zur Diagnose der periodischen Paranoia. Gleichwohl habe ich auch hier längere Zeit die Möglichkeit und Berechtigung einer anderen Diagnose erwogen.

Ziehen (7) hat gleichzeitig mit der periodischen einfachen Paranoia eine andere periodische Psychose beschrieben, die er periodische neurasthenische Verstimmung nennt. In allen drei Fällen begann der einzelne Anfall mit neurasthenischen Beschwerden. Er schloss sich regelmässig an eine Zeit aufreibender erschöpfender Thätigkeit oder körperlicher Anstrengungen an und blieb aus, wenn die Patienten diesen schädigenden Factoren aus dem Wege gingen. Der ursächliche Zusammenhang ist hier unverkennbar und darf sicher nicht zu gering angeschlagen werden. Die Erschöpfung gilt (bei vorhandener Disposition) als auslösendes Moment vornehmlich für erworbene Neurasthenie, die

Anfälle imponirten dem Beobachter anfangs als Neurasthenie, und so liegt die Vermuthung, dass es sich um eine periodische neurasthenische Verstimmung handelt, durchaus nicht so fern. Andererseits jedoch werden sehr oft die verschiedensten Psychosen mit neurasthenischen Beschwerden eingeleitet und sieht ferner in diesen Fällen das Krankheitsbild auf der Höhe dem der Paranoia so unverkennbar ähnlich, dass wir vor der Hand nicht anders können, als die Fälle als Beispiele einer periodischen Paranoia zu betrachten.

24. „Recidivirende acute hallucinatorische Paranoia auf der Grundlage einer degenerativen, hysterisch epileptischen Veranlagung“ (publ. von Seiffer [16]). — Hereditär belasteter 35jähriger Kranker, der ausser melancholischer Verstimmung und vorübergehenden Verwirrtheitszuständen in der Jugend innerhalb 11 Jahre in verschiedenen Abständen sechs Erkrankungen, von 1—21 Monaten Dauer, durchgemacht hat. I. Verwirrungs- zustand mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. — II. Tobsuchts- anfall mit massenhaften Hallucinationen, Wahnvorstellungen, Nahrungsver- weigerung. — III. bis V. Ebenfalls hallucinatorische Erregungszustände mit zahlreichen Wahnvorstellungen persecutorischer Art. Wiederholt Dämmer- zustände innerhalb der Erregungszustände mit vollkommener Amnesie, für die übrige Zeit der Erkrankung scharfe Erinnerung. — VI. Aufnahme im Dämmer- zustand, der nach 10 bis 14 Tagen schwand. Patient war total mutacistisch, total analgetisch; dann begann Patient schriftlich, bald mündlich zu antworten. Er war orientirt, hatte zahlreiche Hallucinationen und Wahnvorstellungen. — Allmählich schwanden die Symptome, und retrospective Krankheitseinsicht stellte sich ein.

Es bedarf kaum einer längeren Auseinandersetzung, um bei dem Seiffer'schen Kranken die Diagnose Paranoia auszuschliessen. Die gleichen Ueberlegungen wie für die Greidenberg'schen Fälle zwingen uns hier dazu. Dämmerzustände kommen wohl bei Epilepsie, Hysterie, Amentia vor, jedoch nicht bei der Paranoia im engeren Sinne, es müsste denn gerade auf die Paranoia eine der genannten Psychosen aufgefropft sein. Für diese Annahme liegt jedoch gar kein Grund vor.

25. „Periodische Paranoia“ (publ. von Mönkemöller [15]). — A. Tr. 1870 geboren. Keine erbliche Belastung. — Im 6. Jahre Gehirnent- zündung. Patient war stets alkoholirresistent, trank aber öfter viel. Patient ist wiederholt psychisch erkrankt, einige Mal im Anschluss an Alkoholexcesse und wiederholt in Anstalten gewesen. Die Diagnosen sind von verschiedener Seite gestellt worden.

1. März 1890 bis März 1892 zuerst als Verfolgungswahnsinn; später als acute hallucinatorische Verwirrtheit bezeichnet.

2. Juni bis October 1892 acute hallucinatorische Verwirrtheit.

3. December 1893 bis März 1894 acuter hallucinatorischer Wahnsinn.

4. Juni bis October 1895 acute hallucinatorische Verwirrtheit.

5. September 1896 bis Januar 1897 hallucinatorische Verrücktheit.
6. März bis Juli 1898 acute Verwirrtheit.
7. October 1900 bis März 1901 recidivirende Verwirrtheit.
8. April bis Juni 1902 keine Diagnose. Beeinträchtigungswahnideen bei erhaltener Orientirung.
9. October 1902 bis März 1903 keine Diagnose. Beeinträchtigungs- und Beziehungswahnideen bei erhaltener Orientirung.
10. April bis September 1904 keine Diagnose. Beeinträchtigungs- und Beziehungswahnideen ähnlichen Inhalts wie in Anfall 9.

In den Zwischenzeiten war Patient „völlig gesund“. Er selbst beschreibt seine Krankheit während der Reconvaleszenz, wie folgt: „Den Beginn der Krankheit merke er immer ganz genau, dann fühle er, wie er in seinen Bewegungen bei der Arbeit gestört und gehindert werde. Später hatte er dann immer das Gefühl, als stünde er unter dem Einfluss fremder Gewalten, die ihm seine ganze Willenskraft fortnehmen, seine Bewegungen leiteten und mit ihm machten was sie wollten. All der Unsinn, den er mache, müsse auf ihre Rechnung gesetzt werden. Auch seine Ausrufe und sein Lachen würden durch diese fremden Gewalten verursacht, ohne dass er sich das wirklich dünkte, was er ausrufen müsse. Wie er diese Gewalten sich vorstellen solle, wisse er nicht, sie schwebten ihm als Personen vor, ohne dass er jemand bestimmt im Auge habe. Vielleicht spräche er diese Gewalten an, wenn er vor sich hinrufe, jedenfalls höre er keine bestimmten Stimmen, es seien nur gewisse Gefühle, aus denen seine Rufe hervorgingen. Er habe versucht, diese Gefühle zu überwinden, aber auf die Dauer gelinge es ihm nicht. Dabei fühle er sich ausserordentlich unbehaglich und sehne sich danach, dass der Zwang vorbeigehe. Wenn er die vorgeschriebenen Worte und Handlungen erledigt habe, fühle er sich absolut nicht erleichtert. . . . Er wisse zu jeder Zeit, dass er krank sei, sei auch immer genau orientirt. . . . Bei seiner ersten Erkrankung sei er viel schwerer krank gewesen, er wisse nicht genau, was damals passirt sei, während er für die späteren Phasen stets eine tadellose Erinnerung bewahrt habe. Die späteren Anfälle seien immer vollkommen gleich gewesen. . . .“ Für die Zeit zwischen den Anfällen stellt Patient Eigenbeziehungen, Beeinträchtigungsgefühl, Zwangsideen, Zwangshandlungen, Stimmungsanomalien u. s. w. strikte in Abrede.

Fall 25 ist der, dessen Beurtheilung zweifellos am schwersten fällt. Mönkemöller selbst hat wohl alle Erwägungen, die für die Differentialdiagnose in Frage kommen, angestellt. Auf negativem wie positivem Wege kommt er zu dem Schlusse, dass es sich nur um eine periodische Paranoia handeln könne. Wenn ich auch der Diagnose eine gewisse Berechtigung nicht abzusprechen vermag, für absolut sicher möchte ich sie doch nicht halten. Es ist meines Erachtens absolut unmöglich und auch garnicht nöthig, in jedem Falle eine bestimmte Diagnose zu stellen. Dazu sind unsere Kenntnisse von den psychischen Krankheiten noch viel zu gering; und unser heutiges Krankheitssystem



enthält sicher nicht sämtliche Krankheitstypen, die vorkommen, — andererseits vielleicht auch einige, die wieder schwinden werden. Wenn wir eine Krankheitsgeschichte nicht mit allen ihren Einzelheiten restlos in einen bekannten und als richtig erkannten Krankheitstypus aufgehen lassen können, so sollen wir lieber vorläufig auf eine bestimmte Diagnose verzichten, lieber eine neue Bezeichnung für sie schaffen, wie Wernicke's Nomenklatur es gut ermöglicht, als abgeschlossene Krankheitsbilder durch Aufnahme andersartiger Symptome verunreinigen und verwaschen. Der Kranke Mönkemöller's bietet nun zweifellos Züge, die zu einer Paranoia s. s. nicht gehören und durch andere Ursachen keine genügende Erklärung finden. Zunächst muss es auffallen, dass zu Anfang von zahlreichen psychiatrischen Gutachtern die Diagnose acute Verwirrtheit gestellt worden ist. Ich gebe zu, dass viele Aerzte von Verwirrtheit bei Kranken sprechen, die durchaus besonnen sind, die ganz correct wahrnehmen und auffassen, die aber im Laufe der Unterhaltung vom Thema abkommen, in ungeordneter, wohl auch incohärenter Ideenflucht die unmöglichsten Wortcombinationen und Satzcombinationen produciren, bei denen also nur der Vorstellungsablauf und das Handeln gestört sind. Das Wesen des Zustandsbildes der Verwirrtheit jedoch ist die gleichzeitige Störung auf allen drei Bewusstseinsgebieten, d. h. die Dissociation des psychosensorischen, intrapsychischen und psychomotorischen Geschehens, oder, wie Ziehen sagt, Unorientirtheit, Incohärenz des Vorstellungsablaufs und motorische Incohärenz. In sehr vielen Fällen habe ich von Verwirrtheit sprechen hören, wo das Sensorium durchaus frei war. Kranke, die der Dementia praecox-Gruppe angehören, namentlich solche in den Endzuständen (faselige Verblödung) können als Beispiele solcher Pseudoverwirrtheit gelten. Mönkemöller meint, dass sein Kranker niemals wirklich verwirrt gewesen sei, nur sein äusseres Verhalten habe den Eindruck hervorgerufen; er sei vielmehr stets mit leichter Mühe zu fixiren gewesen und habe sich dann immer wohl orientirt über Ort, Zeit und Vergangenheit gezeigt. Mönkemöller mag damit Recht haben, die ersten Beobachter mögen sich getäuscht haben. Ein wichtiges Moment gegen die Diagnose Paranoia (der Verlust der Besonnenheit) wäre also beseitigt. Die echte Paranoia soll aber nicht nur besonnen, sondern auch völlig klar und frei im Denken, Wollen und Handeln sein, soweit nicht gewisse Wahnideen den Kranken beeinflussen. Und dies Postulat ist nicht erfüllt. Das ist ja gerade das Charakteristische für den Paranoiker, dass seine Worte und Handlungen an sich, isolirt für sich betrachtet, durchaus richtig und zweckentsprechend sind, niemals an sich unsinnig, verkehrt oder albern sind, dass sie völlig den Worten und Handlungen der Gesunden gleichen;

nur der Zusammenhang ist krankhaft, ihre Begründung und ihre Zwecke. Der Paranoiker bewegt sich darum auf dem Boden der Möglichkeit, mag sein System auch noch so verrückt sein; wären seine Prämissen richtig, so wären auch seine Schlüsse richtig; die formale Logik ist erhalten. Unsinnige, phantastische, schlechterdings unmögliche Behauptungen hört man nicht von einem Paranoiker. — Wenn nun Mönckemöller's Patient sinnlos laut wird, singend und schreiend im Hause herumtanzt, zu keiner geordneten Unterhaltung zu bewegen ist; viel lacht und grimmassirt, zusammenhanglose Sätze und Worte ausspricht; sein Bett mit Koth beschmiert, beim Essen in die Suppenschüssel greift und mit dem Inhalt umherschmiert; ein ander Mal ohne jede äussere Veranlassung herumbrütet, vor sich hin pustet, lacht, weint und pfeift; häufig zusammenzuckt, alles vom Tische herunterschlingt, was ihm vorgesetzt wird, einerlei, ob es zu geniessen ist oder nicht; den erigirten Penis herausholt und ihn den Umstehenden zeigt; häufig abortive Sprechbewegungen macht: so sind das alles Momente, die schwer gegen die Diagnose Paranoia ins Gewicht fallen. Demgegenüber mag zugegeben werden, dass das Wahnsystem in den letzten Attacken geordneter und gefestigter war, dass der Kranke typische Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen äusserte und freier von den erwähnten Verkehrtheiten und Albernheiten war. — Alles in Allem halte ich mich nicht berechtigt, der Diagnose periodische Paranoia beizutreten. Ich möchte die Diagnose offenlassen. Nicht unsichere, sondern nur ganz unzweifelhafte Beobachtungen können in einer Streitfrage den Ausschlag geben.

Der Vollständigkeit wegen sei eine Beobachtung Krafft-Ebing's noch kurz besprochen. Krafft-Ebing hat, offenbar durch die Mendel'sche Publication angeregt, zum ersten Mal in der vierten Auflage seines Lehrbuches, im Jahre 1890, als dritte Form der periodischen Psychosen den periodischen Wahnsinn beschrieben. Auffallender Weise hat keiner der Autoren, die über periodische Paranoia geschrieben haben, dieses Factum erwähnt.

26. „Periodischer Wahnsinn“ (publ. von Krafft-Ebing) [17]. Eine 54jährige von jeher reizbare, nervöse, geistig beschränkte Beamtengattin hatte im Laufe von 5 Jahren 9 Anfälle. Die Anfälle waren untereinander sehr ähnlich, die letzten aber durch grosse Verwirrtheit und massenhafte Hallucinationen nuancirt. Sie kam später in eine Anstalt, wo die Anfälle fortdauern, und die psychische Schwäche bedeutend überhand genommen haben soll. „Im ersten Anfall ging sie delirant, verwirrt der Klinik zu, verkannte die Umgebung feindlich, wähnte sich zu Hause, war sehr ängstlich, wähnte, man vergifte sie, klagte über Gestank, der Kaiser müsse kommen und sie vor Mann und Sohn, die Giftmischer seien und verbrannt werden müssten, schützen. Ihr Sohn sei

ein Lump, kleppere mit Elektrizität, mache ihr Blitze, Alles stinke, sei vergiftet, voll Elektrizität. Sie wird gleich sterben, sie ist beim Kaiser eingeladen. Das Delir wird immer zerfahrener, Nahrungsverweigerung. . . . Allmählig klärt sich das Bewusstsein. Patientin meint, sie müsse verwirrt gewesen sein, hat keine Erinnerung für die Krankheitserlebnisse, ist psychisch recht erschöpft, erholt sich rasch. Genesen entlassen“.

Dass es sich nach unserer Definition nicht um eine Paranoia handeln kann, braucht nicht näher angeführt zu werden, zumal da ja auch Krafft-Ebing von periodischem Wahnsinn spricht. Der Fall ist gleichwohl erwähnt worden, weil er dem Mendel'schen ähnlich ist und weil Krafft-Ebing ausdrücklich sagt, dass er die von Mendel als periodische Paranoia veröffentlichten Krankheitsfälle periodischen Wahnsinn nenne; entsprechend dem Unterschiede, den er zwischen Paranoia und Wahnsinn überhaupt macht.

Weitere Fälle endlich sind von Gianelli (6) veröffentlicht worden, doch sind sie mir nicht zugänglich gewesen. Ob unter ihnen sich eine periodische Paranoia in unserem Sinne befindet, entzieht sich darum leider der Kritik. Unter den 26 wiedergegebenen Fällen haben wir nur vier gefunden, bei denen die Diagnose vor der Hand, d. h. auf Grund unserer heutigen klinischen Kenntnisse, nicht bestritten werden konnte: die eine von Ziehen und die drei von Gierlich veröffentlichten Beobachtungen. Die anderen 22 mussten bei vorurtheilsloser Kritik von der Paranoia ausgeschlossen werden, bei den meisten war es auch möglich, sie andern bekannten klinischen Krankheitsbildern zwanglos und befriedigend einzufügen. Auszuschliessen sind von der Paranoia alle jene Krankheitsformen, die zwar die Wahnbildung mit der echten Verrücktheit gemeinsam haben, im Uebrigen jedoch in Symptomatologie, Verlauf und Ausgang *toto coelo* von ihr verschieden sind. Nur jene eng umrissenen Erkrankungsformen dürfen wir zur Paranoia rechnen, die wir nach Ausschliessung alles Fremdartigen zu einer Krankheit *sui generis* zusammenzufassen wohl berechtigt sind.

Inwieweit auch hier die Zukunft unsere Ansichten läutern wird, lässt sich noch nicht absehen. Vielleicht kommen wir eines Tages doch noch dahin, dass die Paranoia völlig aus unserem Krankheitsverzeichniss verschwindet, gerade so wie die Hypochondrie, die einst als *suigene* Krankheit in ausgedehntem Maasse diagnosticirt worden ist und heute nur noch als Zustandsbild bei verschiedenartigen Neurosen und Psychosen anerkannt wird. Vielleicht lernen wir auch noch die Paranoia als Symptomencomplex auf der Basis der Degeneration, der Hysterie, des manisch-depressiven Irreseins und des residuären oder chronisch sich

entwickelnden Schwachsinn verstehen<sup>1)</sup>. Vorläufig sind wir jedoch noch nicht dazu berechtigt, müssen vielmehr an der Existenz der Krankheit Paranoia festhalten, wenn auch die Diagnose immer seltener gestellt wird.

Kraepelin verlangt als unerlässliches Kriterium der Paranoia, dass sie chronisch verlaufe und unheilbar sei. So sehr es möglich sein kann, dass eine bestimmte Krankheit nur chronisch verläuft, so ist es andererseits doch keine Naturnothwendigkeit, dass jede Krankheit entweder nur einen chronischen oder nur einen acuten Verlauf nehmen darf. Wie schon gesagt, sind da nicht speculative Erörterungen am Platze, sondern einzig und allein die Erfahrungsthatfachen sind ausschlaggebend. Und diese scheinen die vermuthungsweise ausgesprochene Möglichkeit des Vorkommens einer periodischen Paranoia und somit auch einer acuten zu bestätigen. Gegenüber nur vier Fällen ist eine gewisse Reserve immerhin am Platze, jedenfalls aber sollte Kraepelin seine mehrfach herangezogene Behauptung nicht mit solcher Schärfe aufstellen. Zu apodiktischer Gewissheit liegt kein Grund vor.

### Literatur der periodischen Paranoia.

1. E. Mendel. Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 44. 1888.
2. Discussion über Mendel's Vortrag. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44, S. 664. 1888.
3. Kausch. Ein Beitrag zur Kenntniss der periodischen Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 24. 1892.
4. M. Friedmann. Zur Kenntniss und zum Verständniss milder und kurz verlaufender Wahnformen. Neurol. Centralblatt, Jg. 14. 1895.
5. B. Greidenberg. Zur Lehre über die acuten Formen der Verrücktheit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 53. 1897.
6. Gianelli. Sulla cosi detta paranoia acuta periodica. Rivista sperimentale di freniatria. Bd. 24. 1898.
7. Ziehen. Eine neue Form der periodischen Psychosen. Monatsschrift für Psych. und Neurol. Bd. 3.
8. Bechterew. Ueber periodische acute Paranoia simplex als besondere Form periodischer Psychosen. Mon. f. Psych. u. Neur. Bd. 5. 1899.
9. Friedr. Skierlo. Ueber periodische Paranoia. J.-D. Königsberg i. Pr. 1900.

---

1) Man vergl. übrigens die Ausführungen Bleuler's zu „Dispositionen zur Paranoia“ und „Arten der Paranoia“ in „Affectivität, Suggestibilität, Paranoia“. Halle 1906.

10. Alexander Pilez. Die periodischen Geistesstörungen. Jena. 1901.
  11. Th. Ziehen. Psychiatrie. 2. Aufl. 1902.
  12. Bleuler. Ueber periodischen Wahnsinn. Psych. neur. Wochenschr. 4 Bd. 1902/03.
  13. Georg Adam. Zum periodischen Irresein. J.-D. Rostock. 1903.
  14. Gierlich. Ueber periodische Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 40. 1905.
  15. Mönkemöller. Zur Lehre von der periodischen Paranoia. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 62. 1905.
  16. Seiffer. Acute recidivirende hallucinatorische Paranoia. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 62. 1905.
  17. R. v. Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart. 1890. 4. Aufl.
-