

## VII.

Aus der Königlichen Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten zu Halle (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. G. Anton).

# Ueber akute paranoische Erkrankungen.

Von

Privatdozent Dr. Hans Willige,  
Oberarzt der Klinik.



## I. Einleitung.

Die Paranoia ist neuerdings wieder mehrfach erörtert worden, ohne dass eine Klärung dieser Streitfrage und eine Einigung der zum Teil sehr gegensätzlichen Ansichten herbeigeführt wäre, vielmehr ist die Verwirrung grösser denn je, besonders, da einige Bemühungen der jüngsten Zeit darauf abzielen, auch der anscheinend so gut fundierten Paranoia chronica die Existenzberechtigung zu bestreiten.

Wenn ich hier bei der Erörterung der akuten paranoischen Erkrankungen zunächst nicht nur von diesen, sondern von der Paranoia schlechthin spreche, so geschieht dies, weil es unmöglich ist, sich über den speziellen Fall der akuten paranoischen Erkrankungen zu äussern ohne wenigstens in gröberen Zügen auf die Paranoia überhaupt einzugehen. Schon die Literatur erfordert das, da man fast alle Mitteilungen der modernen Autoren über akute paranoische Psychosen in Arbeiten findet, die die Paranoia an sich oder die chronische Paranoia betreffen.

Nachdem Thomsen und ganz kürzlich Schnizer ausführlich die bisherige Literatur referiert haben, erübrigts sich ein nochmaliges Eingehen auf das Historische der Frage. Es sei nur kurz hervorgehoben, dass seit der grossen Paranoidebatte im Verein deutscher Irrenärzte 1893 (Referat Cramer-Boedeker) im Laufe der letzten Jahrzehnte das Gebiet der Paranoia immer mehr eingeeengt wurde, indem nicht nur die alten Gegner der grossen weitgefassten Paranoigruppe (speziell Kräpelin und seine Schüler) immer mehr Anhänger gewannen und die Grenze ihres Paranoabegriffs immer enger zogen, sondern auch die Vertreter des Sammelbegriffs Paranoia diesen wesentlich einschränkten. Während 1893 noch grosse Uneinigkeit über den Paranoabegriff überhaupt herrschte und fast alle funktionellen Psychosen unter diesen Be-

griff gerechnet wurden, hat sich seither im allgemeinen eine gewisse Uebereinstimmung wenigstens darüber ergeben, was man unter dem Adjektiv paranoisch verstehen will und welche Erkrankungen man mit der Bezeichnung paranoische Psychosen meint. Man hat sich immer mehr daran gewöhnt, die Kriterien der angeblich so gut charakterisierten chronischen Paranoia auch bei den paranoischen Erkrankungen überhaupt anzuwenden, die chronische Paranoia als Vorbild und reinste Form solcher Erkrankungen anzusehen und demnach nur dann von paranoischen Psychosen zu sprechen, wenn Wahnbildung das wesentlichste Krankheitszeichen ist.

Durch die präzisere Begriffsbestimmung der Paranoia chronic a einerseits und andererseits durch die Erkenntnis, dass einzelne paranoische Erkrankungen nur Phasen oder Verlaufsformen anderer Erkrankungen, besonders oft solche hebephrenischer Psychosen sind, fielen immer mehr der früher zu ihr gerechneten Geistesstörungen aus dem Rahmen der Paranoia heraus. Ein Teil derselben wurde, wie schon angedeutet, der Gruppe der Hebephrenie zugewiesen und Kräpelin bildete aus ihnen als Unterabteilung des Jugendirreseins die Dementia paranoides, wobei zu bemerken ist, dass die Frage, was zu derselben gehören soll, keineswegs gelöst ist.

Jedenfalls bleibt aber auch bei weiter Fassung der Dementia paranoides immer noch eine ziemlich grosse Zahl von paranoischen Erkrankungen übrig, die sich nicht ohne Zwang in eine der allgemein anerkannten grossen Psychosengruppen einordnen lassen. Diese paranoischen Erkrankungen sind in den letzten Jahren mehrfach bearbeitet worden, meist mit dem Endziel, bestimmte gleichartige Fälle als Sondergruppe herauszuheben. Die im präsenilen und senilen Alter auftretenden paranoischen Psychosen bildeten vorwiegend den Gegenstand dieser Forschungen.

Schon Kräpelin's Beschreibungen des präsenilen Beeinträchtigungs wahns und des senilen Verfolgungswahns können als Versuche derartiger Gruppierungen angesehen werden. Mit der erstenen Bezeichnung meint Kräpelin eine kleine Gruppe von Erkrankungen, die im Rückbildungs alter, und zwar in ganz überwiegender Mehrzahl bei Frauen, auftreten und durch allmähliche Entwicklung grosser Urteilsschwäche mit vielfach wechselnden kombinatorischen Beeinträchtigungsideen (besonders häufig ist der Wahn ehelicher Untreue) und gesteigerter gemütlicher Erregbarkeit charakterisiert sind. Sinnestäuschungen sind sehr selten und von ganz untergeordneter Bedeutung. Der Gedankengang bleibt vollkommen geordnet, es kommt niemals zu Verblödung und Verwirrtheit, sondern der Endausgang ist mässiger Schwachsinn mit zusammen-

hanglosen Wahnvorstellungen. Fast immer besteht erbliche Veranlagung zu psychischen Erkrankungen. Kräpelin glaubt, dass es sich um eine vorzeitige Alterserkrankung auf krankhaft vorbereitetem Boden handelt, die sich von der eigentlichen Paranoia, zu der diese Fälle gewöhnlich gerechnet würden, dadurch unterscheidet, dass es nicht zu einer Weiterverarbeitung der Wahnvorstellungen kommt.

Dieser eben kurz geschilderten Krankheitsgruppe ähnlich und nicht scharf von ihr zu trennen ist der eigentliche „senile Verfolgungswahn“, den Kräpelin als Erscheinungsform des Altersblödsinns schildert. Diese Kranken, meist im Alter von 65 bis 75 Jahren ganz allmählich erkrankend, sind von ziemlichdürftigen und zusammenhangslosen Wahnideen beherrscht. Sinnestäuschungen sind häufig. Besonnenheit und Orientierung bleibt vollkommen erhalten.

Den nach Kräpelin's Ansicht zur Melancholie des Rückbildungsalters gehörenden „depressiven Wahnsinn“ hat Thalbitzer für eine selbständige Erkrankung erklärt und ihm später unter Mitteilung von drei Krankengeschichten von klimakterischen Patientinnen, bei denen sich an einen anfänglich manischen Zustand halluzinatorische Wahnvorstellungen und schliesslich eine gewisse geistige Schwäche anschlossen, einen „manischen Wahnsinn“ an die Seite gestellt. Beide Erkrankungen sind nach Thalbitzer's Ansicht scharf vom manisch-depressiven Irresein zu trennen und entweder als selbständige Krankheiten oder als besondere Gruppe der Dementia praecox des späteren Alters aufzufassen.

Noch entschiedener hat sich Rehm für einen „depressiven Wahnsinn“ als Erkrankung sui generis ausgesprochen, allerdings scheint er nicht dieselben Erkrankungen wie Kräpelin und Thalbitzer darunter zu verstehen. Seine Fälle — nur zwei von weiblichen Patienten werden mitgeteilt — zeichnen sich durch akutes Einsetzen im Präsenium, anfangs depressive, gegen die Genesung hin auch euphorische Stimmung, Gehörshalluzinationen, depressive Wahnideen, auch Grössenvorstellungen aus und sollen höchstwahrscheinlich eine arteriosklerotische Aetiologie haben. Die Prognose ist nicht ungünstig, einer der mitgeteilten Fälle bot später keine Zeichen psychischer Erkrankung mehr.

Kleist hat vor karzem eine Gruppe von chronischen paranoischen Erkrankungen des Rückbildungsalters zusammengefasst, die er fast nur bei Frauen beobachtete. Die Patienten erkranken zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr, die Krankheitshöhe wird entweder allmählich ansteigend oder in wiederholten akuten Schüben erreicht und bleibt dann stationär. Verwirrtheit, Demenz und schizophrene Symptome fehlen. Das Wesentlichste der psychischen Veränderung ist eine affektive Umstimmung im

Sinne des Misstrauens, die zu Missdeutungen und Verfolgungswahnvorstellungen, zuweilen auch zu Größenideen führt. Stets sind Sinnes-täuschungen vorhanden. Kleist bezeichnet diese Erkrankungen als „Involutionsparanoia“ und hält sie für eine konstitutionelle Erkrankung, eine zur Zeit der sexuellen Involution aus inneren Gründen (autochthon) zum Durchbruch kommende krankhafte Anlage. Es handelte sich meist um Personen, die schon vor der eigentlichen Krankheit psychopathische Naturen waren (misstrauische oder selbstbewusste reizbare Charaktere). Bei zwei Dritteln der Kranken bestand erbliche Belastung meist durch Melancholie, selten durch paranoische Erkrankungen. Kleist glaubt, dass die Involutionsparanoia Berührungspunkte mit den manisch-depressiven Erkrankungen hat und zusammen mit ihnen und mit anderen ebenfalls auf krankhafter Anlage erwachsenden Psychosen (z. B. den heilbaren Motilitätspsychosen) zu der grossen Gruppe der konstitutionellen, autochthonen Psychosen von nicht progressivem Charakter gehört und dass diese verschiedenen Psychosen innerhalb dieser Gruppe als selbstständige, gleichgeordnete Erkrankungen zu betrachten seien.

Ausser diesen „wirklichen“ paranoischen Erkrankungen gibt es nach Kleist noch eine andere Gruppe chronischer wahnbildender Psychosen des Präseniums, die er als „Spätformen paranoider Demenz“ bezeichnet und vorläufig von der Spätkatatonie trennen möchte. Bei diesen paranoiden Psychosen besteht von Anfang an ein Zerfall des Bewusstseinsinhalts, oft treten Störungen des sprachlichen Ausdruckes (Wortneubildungen usw.) auf. Die Wahnbildung ist nur ein Ausdruck des Zerfalls des Bewusstseinsinhalts und hat keinen affektiven Kern, die Verfolgungs- und Größenideen sind barock, widerspruchsvoll und wechselnd, die Affekte entsprechen nicht den Wahnvorstellungen. Es fehlen aber katatonische Symptome, ebenso gemütliche Verblödung, und Ausgang in eigentliche Demenz ist selten. Offenbar sind diese Erkrankungen doch der Spätkatatonie nahe verwandt.

Kräpelin hat nun vor kurzem seine jetzigen Ansichten über die paranoischen Geistesstörungen dargelegt. Er erörtert zunächst die Frage, ob die Bezeichnung Paranoia überhaupt noch beibehalten werden soll und beantwortet dieselbe dahin, dass dieser Name für eine kleine Gruppe von Psychosen berechtigt erscheine, und zwar für solche, bei denen sich, aus inneren Ursachen schleichend, rein kombinatorisch ein geistig verarbeiteter, unerschütterlicher Wahn entwickelt bei voller Erhaltung des Zusammenhangs der Persönlichkeit. Kräpelin hält diese sehr selten in die Hände des Irrenarztes gelangenden Fälle, deren klinisches Hauptsymptom der Größenwahn ist, nicht für eigentliche Krankheitsvorgänge, sondern für psychische Missbildungen, für abnorme

Entwicklungen, die ihre Wurzel in einer paranoiden Anlage, bestehend in einem Gemisch von Misstrauen und massloser Selbstüberschätzung haben. Die Deutung dieser Erkrankungen im Sinne Specht's als Manien hält Kräpelin nicht für richtig, ebensowenig die Auffassung, dass es sich um eine Art der „latenten Schizophrenie“ handelt, vielmehr tritt er vorläufig noch für die Selbständigkeit dieser Psychosen ein. Demnach scheint die Kräpelin'sche Paranoia jetzt noch enger als bisher umgrenzt werden zu müssen und kaum noch Gegenstand psychiatrischer Beobachtung zu sein.

Nachdem Kräpelin ferner noch als „halluzinatorischen oder paranoiden Schwachsinn“ eine Unterart der Dementia praecox abgetrennt hat, gibt er zu, dass eine Reihe paranoischer Erkrankungen bestehen, die er früher mit Vorbehalt der Dementia praecox zugerechnet habe, die aber nach seiner jetzigen Ansicht aus der Dementia praecox-Gruppe ausgeschieden werden müssen. Er bezeichnet diese Psychosen als „Paraphrenie“, deren Selbständigkeit allerdings noch nicht feststehe, und unterscheidet eine *Paraphrenia systematica* (gebildet aus dem nicht der Dementia praecox zugehörigen Fällen des Magnan'schen *Délire chronique à evolution systématique*), charakterisiert durch eine ganz langsame, zunächst kombinatorische, dann auch halluzinatorische Entwicklung eines fortschreitenden fixierten und systematisierten Verfolgungs- und Grössenwahns mit Ausgang in einen mässigen Grad geistiger Schwäche; zweitens eine *Paraphrenia expansiva*, die viel seltener ist, fast ausschliesslich bei Frauen vorkommt, und in allmählicher Entwicklung eines Grössenwahns mit heiterer Stimmung besteht, mit Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen, die aber von geringer Bedeutung sind; drittens eine noch seltenere konfabulierende Paraphrenie, bei der die Wahnbildung fast gänzlich auf Erinnerungsfälschung beruht. Gewissermassen eine Mittelstellung zwischen der Dementia praecox und der Paraphrenie nehmen nach Kräpelin die Fälle ein, die er früher als Dementia paranoides bezeichnet hat und die er jetzt Paraphrenia (oder Dementia) phantastica nennt. (Der Name Dementia paranoides soll den paranoiden Formen der Dementia praecox vorbehalten bleiben.) Die Erkrankung ist durch massenhafte unsinnige und zusammenhangslose Verfolgungs- und Grössenideen nebst zahlreichen Sinnestäuschungen und Konfabulationen bei leidlich geordnetem Benehmen gekennzeichnet und führt erst nach längerer Zeit zu einer Zunahme der Zerfahrenheit und zu einer gewissen gemütlichen und Willensabstumpfung. Das letztere Verhalten stellt diese paranoischen Erkrankungen der Dementia praecox nahe und Kräpelin hält es für möglich, dass es sich um eine ungewöhnliche Lokalisation des schizophrenen Krankheitsvorganges handelt,

will diese Zugehörigkeitsfrage aber noch nicht definitiv entscheiden. Weiter wird kurz erwähnt, dass es Anfälle des manisch-depressiven Irreseins mit systematisierten Wahnideen und Sinnestäuschungen bei schwacher Ausbildung der krankhaften Gehobenheit und Niedergeschlagenheit gibt, die entweder zur Genesung kommen oder in einen rein manischen oder depressiven Zustand übergehen. Ein Teil derartiger Erkrankungen sei als akute Paranoia bezeichnet worden und die Beobachtung, dass mehrere gleichartige Anfälle vorkommen können, habe zu der Bezeichnung periodische Paranoia geführt. Die konstitutionell manischen Zustände mit Wahnbildungen (Verfolgungs- und Größenideen, oft auch Bild des Querulantewahns) sind schwer zu deuten, jedoch grundsätzlich verschieden von der Paranoia im Sinne einer psychischen Missbildung. Von den paranoischen Erkrankungen des Rückbildungsalters hebt Kräpelin entsprechend seinen früheren Anschauungen den präsenilen Beeinträchtigungswahn und den senilen Verfolgungswahn hervor. Ersteren hat er sehr selten und nur bei Frauen im 50. bis 55. Lebensjahre beobachtet; er besteht vorwiegend in unbestimmten wechselnden, stets depressiv gefärbten Beeinträchtigungswahnvorstellungen und geht weder in wirkliche Genesung noch in Verblödung aus. Der senile Verfolgungswahn ist viel häufiger, tritt etwa um das 70. Lebensjahr und vorwiegend bei Frauen auf und ist durch einförmige Verfolgungsideen der verschiedensten Art häufig mit Gehörstäuschungen charakterisiert, allmählich nach längerem Bestehen treten die Symptome des senilen Schwachsinns stärker hervor. Kräpelin fasst diese paranoische Erkrankung als krankhafte Steigerung der Unsicherheit und des Misstrauens der Greise auf, als eine Reaktion der noch leidlich gut erhaltenen Gesamtpersönlichkeit auf die mehr oder weniger deutlich empfundene Schädigung durch die senilen Rückbildungsvorgänge.

Alle diese paranoischen Psychosen kann man als endogene Erkrankungen zu einer grossen Hauptgruppe zusammenfassen und von der echten Paranoia als psychische Missbildung sondern. Dann blieben als dritte Hauptgruppe die auf exogenen Schädigungen beruhenden paranoischen Erkrankungen, die wieder in mehrere Untergruppen zerfallen. Das sind zunächst die durch Giftwirkung verursachten paranoischen Psychosen. An erster Stelle wegen ihrer Wichtigkeit und Häufigkeit stehen die alkoholischen paranoischen Erkrankungen, die Kräpelin als metalkoholische Krankheiten auffasst und die sich in der Form des akuten Alkoholwahnsinns, der akuten Halluzinose der Trinker und zweitens als chronische Alkoholparanoia äussern.

Die Fälle der ersten Form haben nach Kräpelin im wesentlichen zur Lehre der akuten Paranoia Veranlassung gegeben. Er sagt darüber:

„Dass diese Zusammenfassung klinisch einander durchaus fernstehender, nur äusserlich ähnlicher Krankheitsformen unter einer gemeinsamen Bezeichnung unhaltbar ist, bedarf für denjenigen, der sich eben nicht mit der Abgrenzung von Zustandsbildern begnügen will, keiner weiteren Begründung. Mir scheint aber auch der Ausdruck ‚akute Paranoia‘ überhaupt unzweckmässig, weil dadurch der falsche Anschein einer näheren Verwandtschaft mit der ‚chronischen Paranoia‘ erweckt werden kann. Höchstens könnte man von einer akuten und chronischen ‚Alkoholparanoia‘ sprechen, die in der Tat miteinander in engster Beziehung stehen; wir müssten uns aber dann dessen bewusst bleiben, dass die Alkoholparanoia mit der Krankheitsform Paranoia ausser einer entfernten äusserlichen Aehnlichkeit nicht das Geringste gemein hat.“ Die chronischen paranoischen Alkohol-Psychosen hält Kräpelin für ungeheilte Endzustände der akuten Alkoholparanoia. Aehnlich sind die akuten und chronischen paranoischen Psychosen, die durch Cocain verursacht werden. Ganz kurz werden noch die durch Lues bedingten paranoischen Erkrankungen besprochen, die schwer zu bewerten sind, chronisch verlaufen und vorwiegend in Verfolgungswahnvorstellungen mit vereinzelten Grössenideen und Gehörstäuschungen bestehen, und endlich die akuten und chronischen Tabespsychosen.

Als letzte Untergruppe der exogenen paranoischen Erkrankungen werden diejenigen zusammengefasst, die durch psychische Ursachen entstehen. Es sind das der Verfolgungswahn der Gefangenen, der Unschulds- und Begnadigungswahn derselben, die Psychose der Schwerhörigen und Tauben, die induzierten Psychosen und der Querulantewahn. Bei allen diesen Formen werden ausser vorwiegend chronischem Verlauf auch akute Erkrankungen beobachtet, wie wir später noch sehen werden.

Die erwähnten Autoren versuchen also auf verschiedenen Wegen und mit sehr differenten Resultaten die in Rede stehenden paranoischen Erkrankungen in einzelne Gruppen zu zerlegen, damit dokumentierend, dass das Bedürfnis nach einer Neuorientierung der Paranoiafrage vorliegt. Andere suchen dem gleichen Bedürfnis dadurch gerecht zu werden, dass sie diese Erkrankungen zwischen dem manisch-melancholischen Irresein und der Dementia praecox aufteilen. Am radikalsten ist da Specht vorgegangen, der in der sogenannten echten chronischen Paranoia Kräpelin's, und zwar gerade auch in ihrer angeblich markantesten Form, dem Querulantewahn nur ein Zustandsbild einer protrahierten, oder, wie er sagt, „gestreckten Manie“ sieht. Er findet in ihr alle Merkmale des manisch-melancholischen Irreseins und glaubt, dass sich nur von diesem Gesichtspunkte aus ein wirkliches tieferes Verständnis

und eine richtige Erklärung dieser Krankheitsbilder gewinnen lasse. Krankengeschichten als Belege für seine Ansichten bringt er nicht bei, hält auch alle älteren Krankengeschichten für wertlos, da sie natürlich nur die alte Lehre beweisen würden, fordert vielmehr eine ganz neue Kasuistik. Einstweilen hat Specht mit seiner radikalen Ablehnung der Paranoia einen unbedingten Anhänger in Weygandt gefunden, welcher sagt, dass unter dem grossen Hamburger Material kaum ein wirklicher Paranoiker zu finden sei und dass die dortigen schönsten Paradefälle von echter chronischer Paranoia sich als manisch-depressive Psychosen und speziell chronische Manie oder als Dementia paranoides entpuppen. Immerhin muss er zugeben, dass ein Rest von etwa 1 pro Mille übrig bleibt, die man vorläufig nicht anders unterbringen kann und provisorisch als Paranoia bezeichnen müsse.

Für die Ablehnung der Kräpelin'schen Paranoia als Krankheitseinheit haben sich noch Wilmanns und Kleist ausgesprochen, freilich ohne damit für das erweiterte manisch-melancholische Irresein Specht's einzutreten.

Bleuler nimmt andererseits die Mehrzahl der paranoischen Erkrankungen für die von ihm stark erweiterte Dementia praecox oder Schizophrenie in Anspruch; seinen bezüglichen Ansichten stimmen auch einige andere Autoren teilweise zu.

Nun sind aber auch eine Menge Gegner dieser Anschauungen aufgetreten. Hoche und Meyer haben sich ausdrücklich für die Selbständigkeit der chronischen Paranoia, allerdings nicht in der engen Kräpelin'schen Begrenzung erklärt. Ebenso Gaupp, Salgo, Merklin, Löwy, Christiansen, Gadelius, Bresowsky und mehrere andere Autoren. Es würde hier zu weit führen, auf alle diese von ganz verschiedenen Fragestellungen ausgehenden Arbeiten näher einzugehen.

Nur einige der wichtigsten seien hervorgehoben. Das sind zunächst die von Gaupp, Wilmanns und Merklin. Sie behandeln im wesentlichen die neuerdings auch von Kräpelin erwogene Frage, ob die Paranoia eine Erkrankung im engeren Sinne ist, ob sie vorher völlig gesunde Personen befällt oder ob es sich um eine ins Psychotische fortentwickelte paranoische Art der psychischen Degeneration handelt. Die genannten Autoren neigen sämtlich zu der letzteren Ansicht und glauben, dass jedenfalls die Mehrzahl der Paranoikranken Degenerierte oder Psychopathen sind, die ab ovo eine paranoische Veranlagung haben, welche im Laufe des Lebens je nach ihrer Stärke und nach dem Grade und der Dauer schädigender äusserer Momente entweder nur zu leichteren und vorübergehenden Exazerbationen oder zu dauernder Psychose führen. Mit der Aufstellung dieser endogenen speziell paranoischen degenerativen

Veranlagung wird der manisch-melancholischen Entartung ein andersartiger Typus entgegengestellt und der Paranoia wieder ein weiteres Gebiet eingeräumt. Denn wenn die Autoren es auch nicht immer ausdrücklich aussprechen, so geht doch aus ihren Darlegungen hervor, dass für die von ihnen geschilderten Krankheitsformen der enge Kräpelin'sche Paranoiacbegriff nicht ausreicht, dass sie auch akute, subakute und periodische Erkrankungen im Auge haben, die sie als Paranoia bezeichnen müssen. Daher sind diese Arbeiten, wenn sie auch nicht direkt von akuten paranoischen Psychosen sprechen, doch für unser Thema besonders wichtig, da sie dartun, dass neuerdings auch im ursprünglich gegnerischen Lager sich die Tendenz nach Erweiterung des Paranoiacbegriffes wieder geltend macht, oder doch ein Weg eingeschlagen wird, auf dem bei beiderseitigem Entgegenkommen die gegnerischen Anschauungen sich nähern können. Eine solche Möglichkeit des gegenseitigen Verständnisses findet sich sogar bei Specht, dem radikalsten Bekämpfer der Paranoia angebahnt, wenn er am Schluss seiner Arbeit sagt, dass die Klinik die Diagnose akute und periodische Paranoia nicht entbehren könne. Es ist das nach dem ganzen Inhalt seiner Abhandlung dahin zu verstehen, dass er gegen die akute Paranoia als Erkrankungstypus nichts einzuwenden hat, wenn man ihm nur die manisch-melancholische Wurzel bei der Deutung der Krankheit zugesteht. Wenn man dieses Zugeständnis etwas allgemeiner fasst und eine schlechthin affektive Grundlage der Paranoia annimmt, so findet man sich in der Tat im Einverständnis mit den jetzigen Anschauungen der Vertreter des weiteren Paranoiacbegriffes. Denn die Beurteilung der Bedeutung des Affektes bei der Paranoia hat im Laufe der Jahre sich von der äfänglichen Verneinung jeder Beziehung des Affektiven immer mehr dahin entwickelt, dass ihm eine wichtige Rolle gebührt und Meyer hat neuerdings ausgesprochen, dass eine gewisse gesteigerte Affektivität bei der Paranoia bestehe, nur behauptet er im Gegensatz zu Specht, dass der Affekt bei der Paranoia nicht die Vorstellungen färbt, sondern sich nach ihnen richtet; immerhin gibt er damit zu, dass eine gewisse Affektlage notwendig ist zur Entwicklung der Paranoia. Für eine Reihe von Fällen, und wie es scheint für die Mehrzahl, trifft dieses wohl zu, aber es gibt doch auch Fälle, wo sich eine solche gesteigerte Affektivität jedenfalls nicht nachweisen lässt, wo man vielmehr annehmen muss, dass ohne primäre Affektbeteiligung infolge exogener Schädlichkeiten ein paranoisches Krankheitsbild entsteht. Dass ein solcher, zunächst affektloser Entstehungsmodus möglich ist, lehren die Beobachtungen bei psychisch gesunden Personen, die unabsichtlich infolge ungünstiger Konstellationen zufällig in eine Kampfstellung geraten, beispielsweise

beim Wechsel ihres Wirkungskreises, sich nun von tatsächlichen Gegnern umgeben sehen und, da es meist unmöglich ist das wirklich feindselige Handeln derselben von dem harmlosen zu unterscheiden, alle Schritte dieser Gegner auf sich beziehen und schliesslich in den harmlosesten Aeusserungen ihrer Feinde wenigstens die Möglichkeit einer Beeinträchtigung erblicken. Natürlich entsteht dann auch sehr rasch die entsprechende Affektlage, sie ist aber jedenfalls nicht primär da und ist nicht die Ursache der wahnhaften Auffassung. Im gegebenen Falle wird jeder normale Mensch mehr oder minder diese Auffassung gewinnen und nur ganz indolente oder ganz siegesgewisse Personen werden ihr nicht erliegen; ein gewisser Grad von Kampffähigkeit und Aufmerksamkeit ist allerdings unerlässlich für die Entstehung dieser Zustände, die übrigens, um noch ein Beispiel zu nennen, ganz ähnlich bei der normalen Eifersucht beobachtet werden. Natürlich sind diese Zustände nicht als Paranoia zu bezeichnen, sie verschwinden sofort und restlos, sobald die Situation sich ändert, aber sie zeigen doch, dass auch die paranoischen Zustände eine Reaktionsform des Gehirns darstellen, die wie andere krankhafte psychische Reaktionen schon bei normaler Hirntätigkeit vorkommen und gelegentlich in ihren Ansätzen auch beim Gesunden beobachtet werden können. Von dieser Auschauung ausgehend, wäre es a priori verständlich, dass sowohl auf dem Boden einer degenerativen Veranlagung paranoischer Natur, als auch ohne diese Grundlage eine Paranoia entstehen kann. Ist die paranoische Anlage stark, so genügen relativ geringfügige äussere Schädlichkeiten, ist sie sehr hochgradig, so wird sich auch ohne nachweisbare exogene Momente die Paranoia entwickeln, ist die paranoische Degeneration schwach, so werden die betreffenden Personen nur leicht und vorübergehend erkranken, ist sie sehr geringgradig, so können sie bei günstigen äusseren Lebensverhältnissen sozusagen gesund bleiben und nur bei genauer Beobachtung ihre paranoische Veranlagung erkennen lassen. Für alle diese Möglichkeiten lassen sich Beispiele anführen, und in neuerer Zeit sind besonders durch das Studium der Haftpsychosen (Bonhöffer, Siefert, Wilmanns) und durch die Schilderung der milden, vorübergehenden Paranoiaformen seitens Friedmann's, der übrigens im wesentlichen dieselben Erkrankungen meint, die Wernicke als zirkumskripte Autopsychose bezeichnet hat, die akuten heilbaren Paranoiaformen eingehender beleuchtet worden. Bei den Haftpsychosen hat sich ergeben, dass bei bestimmten Individuen, nämlich den primär paranoisch Degenerativen, die Haft und besonders die Einzelhaft akute Psychosen auslöst, die alle Kriterien der Paranoia darbieten und heilen oder doch unter das Niveau des krankhaft Psychotischen absinken, sobald die

Haft aufhört. Aehnlich verhält es sich mit den milden Paranoiaformen Friedmann's, bei denen es sich auch höchstwahrscheinlich um Degenerative oder Psychopathen handelt, deren paranoische Veranlagung infolge ungünstiger äusserer Einflüsse — eben affektvoller Erlebnisse — überwertige Ideen zur Ausbildung gelangen lässt, die in ihrer weiteren Entwicklung zur Paranoia — der zirkumskripten Autopsychose Wernicke's — anwachsen, aber auch heilen können, sobald die Situation sich ändert, sobald dauernd geordnete günstige Lebensbedingungen eintreten. Natürlich ist sowohl bei den Haftpsychosen wie bei diesen milden Formen jederzeit ein Rezidiv möglich.

Wenn man einmal ohne jedes Vorurteil und ohne klassifikatorische Stellungnahme die verschiedenen akuten paranoischen Erkrankungen betrachtet, die sich in der Literatur mitgeteilt finden und bei der Beobachtung eines grösseren psychiatrischen Materials vorkommen, so ergibt sich ohne weiteres, dass das Gemeinsame dieser Affektion zunächst nur in der Symptomatologie besteht, dass die Wertigkeit und Deutung dieser Erscheinungen aber erheblich voneinander abweichen müssen.

Um einen Ueberblick zu gewinnen, sei die ganz allgemeine Fragestellung erlaubt, wo finden wir überhaupt paranoische Zustände, die nicht chronisch sind? Da ist zu sagen, dass uns akute vorübergehende paranoische Zustände im Verlauf nahezu aller Psychosen gelegentlich begegnen. Sie sind in diesem Falle natürlich lediglich als Zustandsbilder, nicht als selbständige Psychosen aufzufassen.

Dieses Vorkommen akuter paranoischer Zustände auf Grund nahezu aller psychischer Veränderungen lässt den Schluss zu, dass der paranoische Symptomenkomplex ebenso wie viele andere Symptomenkomplexe eine Reaktionsform des menschlichen Gehirns darstellt, die durch die verschiedensten das Gehirn treffenden Schädlichkeiten ausgelöst werden kann. Die Bedingungen, die nötig sind, damit im Verlauf einer beliebigen Psychose gerade ein paranoischer Symptomenkomplex auftritt, sind uns noch wenig bekannt. Nur so viel kann man wohl schon sagen, dass die ganze psychische Persönlichkeit, die ganze psychische Konstitution des betreffenden Individuums eine entscheidende Rolle dabei spielt, dass es wesentlich auf die spezielle Artung des von einer psychischen Erkrankung ergriffenen Gehirns ankommt, ob ein paranoischer Zustand entsteht oder nicht.

Man könnte dagegen einwenden, dass wir bei der so häufigen progressiven Paralyse, die doch in einem Alter auftritt, in dem die paranoischen Komplexe nicht gerade selten sind, so relativ selten wirkliche paranoische Zustandsbilder sehen (der paralytische Grössenwahn kann natürlich hier nicht in Betracht kommen, da er offenbar nur der

kritiklose Ausdruck des jedem Menschen innewohnenden Triebes nach Höherem und Besserem — Besitz, Macht, Leistungsfähigkeit, Ruhm usw. — ist). Das kann aber daher kommen, dass zur paranoischen Wahnbildung doch ein grösstenteils noch richtig funktionierendes Gehirn gehört, dass höchstwahrscheinlich ein so diffus in seiner gesamten höheren Leistungsfähigkeit beeinträchtigtes Gehirn wie das paralytische die komplizierte Bildung eines paranoischen Wahns nicht mehr zustande bringt. Dafür sprechen auch die Mitteilungen Rudrew's, der unter der Bezeichnung Paralysis progressiva paranoides Fälle beschreibt, bei denen die progressive Paralyse unter einem paranoischen Zustandsbild verlief, aber nur anfangs, während später mit fortschreitender Demenz die paranoischen Symptomenkomplexe verschwanden. Ausserdem ist zu bedenken, dass die progressive Paralyse ja ziemlich wahllos Menschen von ganz verschiedener psychischer Anlage ergreift und dass daher die an sich so viel häufigeren manisch-melancholischen NATUREN uns auch in den Zustandsbildern der progressiven Paralyse so überwiegend oft begegnen.

Fillassier hat ausgeführt, dass manche Symptomenkomplexe, die bei der progressiven Paralyse beobachtet werden, nicht der paralytischen Hirnveränderung, sondern einer früher latenten, durch die Paralyse manifest gewordenen psychopathischen Konstitution entspringen. Auch Kern, der sich eingehend mit dem Vorkommen des paranoischen Symptomenkomplexes bei der Paralyse beschäftigt hat, ist der Ansicht, dass die Paralyse in diesen Fällen „nur zu Tage fördert, was schon lange im Keime schlummert, wie es ein andermal die Schädigung der Nuptien, des Wochenbettes, des Alkohols tut“, dass also eine präformierte paranoische Veranlagung durch die Paralyse manifest geworden ist.

Am häufigsten kommen paranoische Zustandsbilder im Verlauf der hebephrenischen Geistesstörungen vor. Oft sind es die ersten Manifestationen der Schizophrenie, die unter dem Bilde einer akuten Paranoia die Kranken in die Klinik führen. Und zwar sind es unter dem Material unserer Klinik in Halle auffallend häufig die jugendlichen Kranken im Alter von 20—30 Jahren, die das paranoische Zustandsbild einer hebephrenischen Psychose darbieten im Gegensatz zu Berichten aus anderen Kliniken, wo der paranoische Symptomenkomplex häufiger bei den Spätformen der Dementia praecox beobachtet wurde.

Weit seltener sind paranoische Zustände beim manisch-melancholischen Irresein und bieten hier nach unseren Erfahrungen auch weniger diagnostische Schwierigkeiten als bei der Dementia praecox, wo es, besonders wenn es sich um die Beobachtung eines einzelnen Anfalles, dem noch keine psychische Erkrankung voraufgegangen war, handelt, zuweilen kaum möglich ist, die richtige Diagnose zu stellen.

Auf diese Art der vorübergehenden paranoischen Zustandsbilder bestimmter chronischer Geisteskrankheiten soll hier nicht näher eingegangen werden.

## II. Akute paranoische Erkrankungen bei exogenen Vergiftungen.

Als selbständige psychische Erkrankung finden wir akute paranoische Zustände bei exogenen Vergiftungen. An erster Stelle stehen hier wegen ihrer Häufigkeit die Alkoholvergiftungen.

Von den akuten psychischen Störungen, die auf dem Boden des Alkoholmissbrauchs entstehen, nehmen neben dem Rausch in seinen verschiedenen Modifikationen und dem Delirium tremens die paranoischen Erkrankungen einen verhältnismässig kleinen Raum ein, jedenfalls sind sie unter unseren, an sich nicht gerade zahlreichen Fällen alkoholischer Psychosen eine recht seltene Erscheinung.

Diese Psychosen werden von den Autoren als akute Alkoholparanoia, akute Halluzinose der Trinker, akuter Trinkerwahnsinn und ähnlich bezeichnet. Es handelt sich bei diesen Erkrankungen meist um Personen im mittleren Lebensalter zwischen dem 30sten und 50sten Jahre und vorwiegend um Männer, die meist nach längere Zeit fortgesetztem, übermässigem Alkoholgenuss plötzlich unter lebhaften Sinnestäuschungen, namentlich Gehörstäuschungen bedrohenden Inhalts, an einem ausgesprochenen Verfolgungswahn mit starkem Angstgefühl erkranken.

Einige derartige Fälle sollen zunächst mitgeteilt und besprochen werden.

1. G. H., Steueraufseher aus L., 54 Jahre alt. In der Klinik vom 13. 3. bis 10. 4. 05.

Anamnese: Keine Heredität. Früher stets gesund. Potus: für 35 Pfsg. Schnaps täglich, gelegentlich ein paar Glas Bier. Seit vielen Jahren Eifersucht.

Jetzige Krankheit: Seit 3 Wochen Mattigkeit, Schmerzen im Magen und Stechen in den Waden. Seit derselben Zeit Sinnestäuschungen, Verfolgungs-ideen, lief mit dem Säbel im Zimmer herum.

Befund bei der Aufnahme: Oertlich und zeitlich orientiert. Merkfähigkeit, Kenntnisse usw. gut. Gibt seine Personalien usw. richtig an. Klagt über Aufstossen, Unruhe, Angstgefühl auf der Brust. Ueber die psychische Erkrankung macht er folgende Angaben: Vor etwa 3 Wochen bemerkte er zuerst ein Summen und Brummen in den Ohren, dazwischen Worte, seinen Namen, Beschimpfungen; er hörte das aus dem Fussboden seines Zimmers heraus, unter dem eine Wirtschaft war, offenbar gingen die Stimmen von dort aus. Er projizierte sie auf einen gewissen Matuschek (einen Polizisten), der ihm übel gesinnt war, weil er (H.) von einer Straftat desselben (Misshandlung eines Mannes) wusste. Diesem Polizisten musste daran gelegen sein, ihn als unglaubwürdig

hinzustellen und zugrunde zu richten. Dann reiste ein gewisser Möhring, der reiche Verwandte hatte, zu diesen und beteiligte sich mit dem Gelde, das er sich dort geholt hatte, an den Machinationen des Polizisten (der Möhring sei ein lenksamer Trottel). Diese beiden Männer warben nun eine ganze Kolonne an, die immer unten in der Wirtschaft sassen und riefen: „O Heidelberg, o Heidelberg, de supt, de supt, de supt“ — das erste war die Losung, das zweite das Feldgeschrei (taktmässig gerufen). Er hörte dieses vermittels Röntgenstrahlen. Dann hörte er in der Zuckerfabrik, in der er tagsüber war, die Stimme eines Untersuchungskommissars und Regierungsrats, der sich als solcher zu erkennen gab. Diese Stimmen lobten ihn, dass er das Komplott herausbekommen habe, er werde dafür belohnt werden, dem Kaiser vorgestellt werden, den Orden pour le mérite bekommen. In letzter Zeit nahm die Sache aber immer mehr zu; er hörte nun die Stimme des Untersuchungskommissars auch aus der Wirtschaft, wo dieser über ihn schimpfte, seine Familienverhältnisse erzählte — also offenbar zu seinen Feinden übergegangen war. Er hörte nun immer noch die Losung; dazu Schimpfereien und Drohungen (Lump, Schuft, der kommt ins Gefängnis, wird abgesetzt, er soll abgeschossen werden, wenn er zum Fenster herausschaut, soll auf den Mist geworfen werden usw., es sollen Löcher durch den Fussboden gebohrt werden, dadurch wird geschossen). Er geriet in immer grössere Angst, schlief nicht mehr, machte Fluchtpläne, schnallte seinen Säbel um und übte sich im Fechten — aber Alles, was er sich ausdachte, war nun sogleich denen unten bekannt: sie lasen seine Gedanken und untersuchten ihn bis ins Einzelste (er merkte es daran, dass sie über alle seine Gedanken gleich sprachen). Schliesslich in der letzten Nacht sah er auch Katzen und Hunde im Zimmer und war sehr aufgeregzt.

Körperbefund: Mittelgross, kräftig, keine Arteriosklerose, Herz normal, Zunge belegt, ganz leichtes Silbenstolpern, Pupillen gleich, reagieren, Augenhintergrund normal, im linken Trommelfell alte Perforation, Hörvermögen gut.

15. 3. Hat hier gut geschlafen, fühlt sich körperlich ganz wohl, keine belegte Zunge mehr. Psychisch augenblicklich frei, keine Angst, keine Halluzinationen, keine Beziehungsideen. Nachmittags erneutes Auftreten von Gehörstörungen. Er schildert das selbst folgendermaassen: es sei ein Summen und Surren im Ohr (links mehr als rechts) entstanden; nur vereinzelt habe er ein deutliches Wort herausgehört, er habe zwangsmässig darauf achten müssen und sich anstrengen müssen, die Worte herauszuhören und sich das Gehörte als Worte und Sätze zurechtzulegen (wie bei einem undeutlichen Telephonieren). Die Stimme kamen mittels Röntgenstrahlen von L., zum Teil von dem Untersuchungskommissar und dem Staatsanwalt, sie sagten: „um 5 Uhr kommt Ihre liebe Frau, Sie müssen um 5 Uhr abreisen, im Zimmer des Oberarztes liegt ein Telegramm, o Heidelberg, o Heidelberg.“ Er will fort, verlangt seine Sachen. Nach etwa zwei Stunden keine Phoneme mehr, war ruhig, später noch vereinzelte Phoneme. Er zeigt bereits Neigung zur Krankheitseinsicht.

18. 3. Gestern Nachmittag hat er wieder undeutliches Murmeln gehört, in der letzten Nacht deutliche Stimmen durch Röntgenstrahlen; er solle nach Wilhelmshaven kommen, wo ein Sohn von ihm sei, derselbe sei vom Kaiser

zum Marineleutnant befördert worden. Er freue sich schon auf die Reise. Er zeigt sich Belehrungen zugänglich. Bis zum 23. 3. bestanden in geringem Grade und anscheinend weniger zahlreich nur die Akoasmen fort, zuweilen war er auch tagelang ganz frei davon. Die Wahnbildung trat mehr zurück, doch hielt er daran fest, dass jetzt alles von dem Kommissar ausgehe. Dabei war er fast affektlos. Die Krankheitseinsicht war noch schwankend. Der Inhalt der Stimmen war wechselnd, er hörte unflätige Schimpfereien, Drohungen, aber auch Belobungen und Ankündigungen von Beförderungen, er sollte 1000 Mark bekommen usw. Auch viel Schimpfereien über seine Frau hörte er, sie sei ihm untreu und Aehnliches. Seit dem 30. 3. blieb er, nachdem in den vorhergehenden Tagen die Stimmen nur noch sporadisch aufgetreten waren, völlig frei von Sinnestäuschungen und Wahnidéen. Er hatte völlige Krankheitseinsicht, hielt alle Erscheinungen für krankhaft. Die Krankheitseinsicht blieb dauernd bestehen und er blieb seither frei von psychotischen Symptomen. Wurde geheilt entlassen.

Es handelt sich also um einen früher gesunden, chronischen Alkoholiker, der im präsenilen Alter (54 Jahre) eine einmalige subakute psychische Erkrankung durchmachte. Dass diese als akute Alkoholparanoia aufgefasst werden muss, ist ohne weiteres klar, wenn auch zugeben ist, dass sich einzelne atypische Züge im Krankheitsbilde finden, z. B. optische Halluzinationen und Größenwahnvorstellungen. Diese Abweichungen sind aber nur andeutungsweise vorhanden, während bedrohliche Phoneme und Verfolgungswahnvorstellungen durchaus das Bild beherrschen. Die ängstliche Stimmungslage ist nicht sehr hochgradig entwickelt, dagegen ist die Wahnbildung in diesem Falle besonders ausgeprägt, deutlicher, als es in den meisten Fällen von akuter Alkoholhalluzinose beobachtet wird; es zeigt sich sogar ganz ausgesprochene Systemisierung. Ein Residualwahn blieb nicht zurück, vielmehr trat völlige dauernde Heilung ein. Es braucht nicht ausdrücklich betont zu werden, dass progressive Paralyse, Dementia praecox, manisch-melancholisches Irresein oder andere chronische Psychosen ausgeschlossen werden konnten. Für solche Fälle alkoholischer Psychose, wo die Wahnbildung so im Vordergrunde steht, erscheint die Bezeichnung akute Alkoholparanoia passender als akute Halluzinose.

**2. K. G., 65 Jahre, Eisenbahnbetriebssekretär aus E. In der Klinik vom 22. 6. bis 12. 7. 09.**

Anamnese: Keine Heredität. Frau und Kinder gesund. Er selbst soll von jeher ziemlich viel getrunken haben. Vor etwa 7 Jahren hat er an einer ähnlichen, aber kürzer dauernden Krankheit gelitten, war ängstlich, glaubte sich verfolgt, schoss sich eine Revolverkugel in die Schläfe. Er bekam dann eine Lähmung an der rechten Hand und wurde infolgedessen pensioniert. War seither gesund. Anfang Juni erkrankte er plötzlich, hörte beschimpfende Stimmen, glaubte sich verfolgt, werde fortwährend von Leuten belästigt, die ihm zuriefen:

„Kornschnaps, Schnapstrinker, Unteroffizier usw.“, er sagte, er werde dadurch zur Verzweiflung gebracht, müsse sich das Leben nehmen, wenn das nicht aufhöre. Wurde ins Krankenhaus gebracht, dort hörte er weiter die Stimmen, wurde vorzeitig abgeholt, hörte zu Hause nun auch Stimmen, die sagten, er habe seine Tochter und die Krankenschwester verführt.

Bei der Aufnahme ist er geordnet und ruhig. Er macht selbst über seine Krankheit die folgenden Angaben: Er habe in der Nacht vom 31. Mai zum 1. Juni sehr lebhaft geträumt und im Traume gerufen: „ich bin Unteroffizier“, das hatten die Leute, die aus der benachbarten Kneipe kamen, gehört, da die Fenster offen standen, die hatten dann geglaubt, er sei betrunken und am folgenden Tage habe er dann bemerkt, dass auf der gegenüberliegenden Strasse eine männliche Stimme beleidigende Worte über ihn ausrief, gesehen habe er jedoch niemanden, darauf hörte er eine weibliche Stimme antworten, diese Stimme sei gewissermaassen das Echo der männlichen gewesen, indem sie die Ausrufe wiederholte. Die Stimmen lauteten: „besoffen gewesen“, „Staatsanwalt“, „Tochter verführt“, „Nordhäuser trinkt er nicht, Spiritus trinkt er“.

Die Stimmen hörte er fast den ganzen Tag, regte sich sehr darüber auf, wollte die Leute anzeigen, wurde ängstlich, träumte angeblich nachts von diesen Stimmen und schlief deshalb sehr schlecht. Da die Stimmen nicht nachliessen, ging er am 4. Juni ins Krankenhaus, wo er auch die Stimmen hörte, es waren immer dieselben Stimmen, besonders deutlich war die männliche Stimme, jedoch weiss er nicht, wessen Stimme es war, es sei keine ihm bekannte Stimme gewesen. Bis zum 17. 6. blieb er im Krankenhaus, wo er halb und halb zu der Ueberzeugung kam, dass es sich um Sinnestäuschungen handelte, er glaubte, „die Stimmen hätten sich in seinen Ohren festgesetzt“. Im Krankenhaus war besonders sein Angstgefühl gewichen. Als er wieder in seiner Wohnung war, ging es wieder ärger als vorher los mit den Stimmen, so dass er schlieslich auf den Rat seines Arztes hierher in die Klinik kam.

Befund: Pat. liegt ruhig im Bett, ist zeitlich und örtlich völlig orientiert, bewertet seine Umgebung richtig, gibt auf Fragen prompt und sachgemäss Antwort, erzählt klar und ohne erhebliche Abschweifung und Umständlichkeit seine Krankengeschichte. Keine krankhaften motorischen Erscheinungen. Die Stimmung ist eine leicht deprimierte, der Sachlage entsprechende. Pat. erzählt, er habe auch hier die Stimmen gehört, es seien dieselben wie zu Hause, jedoch seien sie hier weniger intensiv aufgetreten, auch habe er hier kein Angstgefühl, wie er es zu Hause hatte, er sei halb und halb überzeugt, dass es Sinnestäuschungen seien, aber anfangs sei es Wirklichkeit gewesen. Wer das gewesen sei, wisste er nicht, er habe auch keinerlei Verdacht, könne nur sagen, dass die Erfurter eine schlechte Sorte seien, denen man wohl so etwas zutrauen könne, es sei auch möglich, dass die Arbeiter, die vorwiegend in seiner Nähe wohnten, Sozialdemokraten seien und ihn wegen seiner besseren Situation beneideten. Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten haben nicht bestanden und fehlen auch zur Zeit. Von Angst ist zur Zeit nichts zu bemerken, er sagt, hier habe er kein Angstgefühl verspürt.

Körperbefund: Potatorenhabitus. Pupillen: beide etwas entrundet, reagieren gut. Beide Bulbi etwas prominent. Hirnnerven ohne Besonderheiten. Korneal- und Konjunktivalreflexe beiderseits etwas schwach. Zunge gerade, zittert nicht. Herzgrenzen etwas verbreitert. Töne leise, aber rein. Arterien rigide. Bauchorgane bis auf rechtsseitigen Leistenbruch ohne Besonderheiten. Keine Reflexstörungen.

23. 6. Pat. hat nachts gut geschlafen, keine Stimmen mehr gehört, fühlt sich jetzt ganz wohl, hört auch am Tage jetzt nichts mehr.

24. 6. Keine Aenderung des Zustandes, hat nachts gut geschlafen, keine Stimmen mehr gehört, ist bezüglich der Phoneme zu Hause nicht völlig überzeugt, dass es sich um Sinnestäuschungen handelte.

Am 25. 6. schrieb er auf Aufforderung folgenden Bericht über seine Erkrankung: Ich soll in der Nacht vom 31. Mai zum 1. Juni im Schlaf bei offenem Fenster gerufen haben „ich bin Unteroffizier“ und noch anderes, ich weiss aber von allem nichts. In derselben Nacht wollen nun Leute, welche aus der Kneipe bei mir nebenan gekommen sind, Vorstehendes gehört haben und es ist nun ausgesprochen worden, ich wäre total besoffen. Am 3. Feiertag habe ich nun nach meiner Ansicht Stimmen gehört, die dies ausgesprochen haben, namentlich eine kräftige Stimme und als ob eine weibliche „akomtiert“ habe, Gestalten habe ich dabei niemals gesehen. Ich habe nun die ganze folgende Zeit, ob in Wirklichkeit, will ich nicht behaupten, Stimmen gehört, die ausgeschrien, der Kerl ist immer besoffen und er säuft Tag und Nacht Nordhäuser, ja in der letzten Zeit sogar Spiritus und soll die Nächte von nichts weiter im Schlaf gesprochen (fantasiert) haben, als immer Schnaps, Spiritus; wenn dies wirklich der Fall wäre, hätte es doch wohl meine Familie am ersten gehört. Ich bin infolgedessen, da ich angenommen habe, ich soll blamiert und lächerlich gemacht werden, ängstlich und aufgeregt geworden, denn ich habe stets auf meine Ehre gehalten, getobt habe ich nicht.

Ferner schrieb er an denselben Tage folgenden Brief:

Meine liebe Alte!

Ich bin am Einlieferungstage in ein Zimmer gelegt worden, wo schon 8 Mann lagen, sogar  $\frac{3}{4}$  Verrückte. Am vorgestrigen Tage wurde ein Zahnarzt wegen Säuerwahnssinn eingeliefert, der dann bis gestern phantasierte, nachmittags war er tot; ich war inzwischen nach dem Nebenzimmer gelegt worden, wo nur zwei Mann, epileptische, der eine schon 3, der andere schon 4 Jahre sind. Ich befindet mich den Umständen nach soweit wohl, Stimmen habe ich nur den ersten Nachmittag noch gehört, sonst nicht mehr, die Aerzte sind zufrieden, ich darf jetzt im Garten spazieren gehen, in dem besseren Teil und werde wahrscheinlich bald nach einer anderen Station verlegt, wo ich ein Zimmer für mich allein habe und mich freier bewegen kann. Das Essen ist trotz 2. Klasse ganz miserabel; belegtes Brot gibt es nicht, was man bekommt ist fast trocken, man isst es um den Hunger zu stillen, der Belag muss extra bezahlt werden, gegen das Erfurter Krankenhaus müsste das hier höchstens 2 Mark kosten. Wenn es Dir möglich ist, schicke mir doch ein paar Mark zum Leben. Du kannst ja zum 1. Jani meine Apanage dafür nehmen.

Heute Nacht habe ich fast garnicht geschlafen, nebenan sind ein paar Tobsüchtige, wovon der eine fürchterlich brüllte. Uebrigens ist im Nebenzimmer ein Erfurter, welcher einen gehörigen Spitz hat, machte mit mir natürlich gleich Bekanntschaft.

Es grüssst Dich herzlich und die Kinder in Liebe  
Carl.

28.6. Er ist dauernd ruhig und geordnet, fühlt sich völlig wohl. Psychische Störungen sind nicht mehr nachweisbar. Es besteht völlige Krankheitseinsicht. Gelegentlich traten schnell vorübergehende geringgradige Ohrgeräusche auf und zuweilen wurde er bei der Erörterung der Vorgänge in Erfurt etwas aufgereggt. Während der letzten 14 Tage seines Kliniksaufenthaltes liess sich nichts Krankhaftes mehr nachweisen. Krankheitseinsicht blieb dauernd bestehen. Er wurde als geheilt entlassen.

Hier haben wir es mit einem älteren, schon dem Senium sich nähernden Manne zu tun, der seit langer Zeit dem Alkoholmissbrauch huldigte und vor 7 Jahren schon einmal — im Alter von 58 Jahren — eine gleichartige akute Psychose, aber von noch kürzerer Dauer, durchmachte, dann jedoch gesund war. Die vorliegende Psychose ist eine typische Alkoholparanoia im Rezidiv. Andere Erkrankungen kommen nicht in Frage. Als einziger ätiologischer Faktor fand sich der Alkoholabusus. Es ist zu bemerken, dass die Psychose sowohl im Krankenhaus wie in der Klinik gleich nach der Aufnahme eigentlich schon aufhörte, zwischendurch aber zu Hause sofort wieder in alter Heftigkeit ausbrach.

3. K. K., 30 Jahre alt, Steinhauer aus N. In der Klinik vom 6. 7. bis 31. 7. 05.

**Anamnese:** Ein Bruder war geisteskrank, Heredität sonst ohne Besonderheiten. Seit vielen Jahren ist er Trinker. Vor 2 Jahren war er wegen einer ähnlichen Erkrankung — war ängstlich — im Krankenhaus in Dortmund. Seit einigen Wochen hat er nicht mehr regelmässig gearbeitet, viel getrunken. Wurde dann leicht ängstlich, bekam Schweissausbrüche, hatte Ohrensausen, hörte schliesslich einzelne Worte. Verschlimmerung seit etwa 8 Tagen. Er hörte seinen Namen rufen. Die Stimmen und das Brummen im Ohr müssten wohl aus einem Telephonapparat kommen; er wurde von einem Wirt angerufen, dem er seine Lebensgeschichte erzählen musste. Am Tage vor seiner Einlieferung sah er, auf einer Bank sitzend, zwei Burschen auf sich zukommen, deren einen er als Messerhelden kannte, er lief gleich davon; als er wieder in den Ort zurückkam, schrie man auf allen Strassen — es war eine Menge Volk hinter ihm her — der X. ist totgeschossen und K. ist daran schuld. Er lief zur Polizei, wurde dort ins Arrestlokal gebracht und verlebte da eine schlaflose Nacht. Man schrie draussen: „der Lump, der hat seine Schweine gefickt, schiesst ihn tot“. Durch alle Lücken wurden Gewehrläufe hereingeschoben und auf ihn geschossen.

Bei der Aufnahme war er völlig geordnet, klar und orientiert. Gab selbst die vorstehende Anamnese. Zweifelte bereits hier und da an der Realität seiner Wahrnehmungen. Er hat am Aufnahmetage noch Summen in den Ohren gehabt und die ihn ausfragende Stimme des Wirtes durchs Telephon gehört. Merkfähigkeit, Urteil, Kenntnisse erwiesen sich als gut. Der Körperbefund ergab außer rotem, gedunsenem Gesicht, leichtem Sprachstolpern, Tremor, lebhaften Reflexen nichts Krankhaftes. Bis zum 9. 7. hatte er noch manchmal Summen in den Ohren, hörte auch noch seinen Namen rufen, sagte, er verstehe das Meiste nicht, weil das Telephon nicht so weit reiche.

Vom 10. 7. an traten keine Akoasmen und Phoneme mehr auf. Seit diesem Tage bestand auch volle Krankheitseinsicht, die dauernd bestehen blieb. Er wurde als geheilt entlassen.

Ein recht jugendlicher Mann (30 Jahre), der aber schon seit vielen Jahren viel getrunken und schon einmal im Alter von 28 Jahren eine ähnliche Psychose gehabt hat. An der Diagnose ist wohl nicht zu zweifeln. Der Ausbruch der Psychose schloss sich an einen mehrwöchigen stärkeren Alkoholmissbrauch an. Der Verlauf war ein ganz akuter und bislang ist keine psychische Erkrankung wieder aufgetreten, obwohl der Alkoholismus, wenn auch in mässigerem Grade, fortbestanden hat.

Der vorhergehende Fall und dieser zeigen, dass bei Trinkern nach ganz verschieden langer Zeit des Alkoholabusus akute paranoische Zustände auftreten, die sich bei weiterer Zufuhr des Giftes früher oder später wiederholen. Leider lässt sich in solchen Fällen nie mit einiger Sicherheit die Menge des täglich genossenen Alkohols feststellen, was doch vielleicht für den Ausbruch der Erkrankung von Wichtigkeit wäre. In diesen beiden Fällen ergab sich nur die Wahrscheinlichkeit, dass der letztere der stärkere Potator war; auch schien er der psychisch Minderwertigere zu sein, obwohl sich deutliche Zeichen eigentlicher psychischer Entartung weder anamnestisch noch während der Beobachtungszeit fanden, nur die Geisteskrankheit des Bruders, über die sich nichts Genaueres in Erfahrung bringen liess, deutete auf erbliche Belastung hin.

Im Anschluss an diese zwei Fälle von rezidivierender akuter Alkoholparanoia sei noch erwähnt, dass beide Kranke während des ersten Anfalls zwar nicht in der Klinik waren und daher Genaueres über diese erste Psychose nicht bekannt ist — sie waren damals in allgemeinen Krankenhäusern auf der internen Station —, dass aber nach den Schilderungen der Angehörigen kaum daran gezweifelt werden kann, dass es sich ebenfalls um eine akute Halluzinose gehandelt hat. Diese Annahme wird bestärkt durch unsere Beobachtungen an anderen Kranken mit akuter Alkoholparanoia, die Alkoholiker blieben und, wenn sie nach

kürzerer oder längerer Frist wieder psychotisch wurden, mit derselben Psychosenform eingeliefert wurden, nie aber eine andere alkoholische Psychose bekamen; einer von ihnen, ein Potator strenuus, war viermal in relativ kurzer Zeit wegen akuter Halluzinose in der Klinik. Die ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichten erübrigts sich, da sie ausser diesem Rezidivieren nichts Besonderes bieten.

4. A. F., 36 Jahre alt, Steinmetz aus H. In der Klinik vom 3. 7. bis 8. 7. 09.

Anamnese: Keine Heredität. Frau gesund, keine Kinder. Keine früheren Krankheiten. Seit 3 Wochen hat er auffallend viel getrunken, für 40—50 Pfennig Schnaps täglich. Lief oft von der Arbeit fort, kam dann in stark angetrunkenem Zustand nach Haus, misshandelte seine Frau in roher Weise, zog sie an den Haaren durch die Stube, trat und schlug sie. Am 26. 6: trat nachts ein starker Schweissausbruch ein mit Erbrechen und Durchfall, welcher Zustand 3 Tage anhielt. Am 28. 6. nachts trat eine ängstliche Erregung auf, er schrie um Hilfe, sah Männer in der Kammer, welche die Mauer durchbrochen hatten, holte von der Polizeiwache 3 Polizisten und wollte denselben die durchbrochene Mauer zeigen. Holte sich dann ein Tischmesser, legte es unter das Kopfkissen, stach auf die Einbrecher los, wenn sie ihm wieder erschienen. Sah auch Hunde und Katzen unter dem Bette laufen. Während der nächsten Tage scheint er dann verhältnismässig ruhig im Bett gelegen zu haben. In der Nacht vor der Aufnahme wurde er wieder ängstlich, lief auf die Strasse, rief den Hauswirt um Hilfe, sah Männer, welche ein Loch durch den Giebel brachen.

Bei der Aufnahme war er ruhig, wurde nur einmal etwas erregt, als seine Frau sagte, er leide an Sinnestäuschungen, habe Gestalten gesehen, die nicht da waren; er sagte darauf: „ich will mir gleich den Kopf abhacken lassen, wenn das nicht wahr ist, ich habe es ganz genau gesehen, wenn Du es nicht gesehen hast, bist Du eben verrückt“. Geht willig auf die Station.

Befund: Pat. liegt ruhig im Bett, ist zeitlich und örtlich völlig orientiert, bewertet seine Umgebung richtig, über seine Person und Situation ist er vollständig im Klaren. Auf Fragen antwortet er prompt und sachgemäss. Ueber seine Krankheit macht er die folgenden Angaben: Vor etwa 8 Tagen sei er an Erbrechen und Durchfall erkrankt, habe Medizin bekommen; später habe er Kopfschmerzen bekommen, habe dann bis 2. 7. ruhig im Bett gelegen, an diesem Tage abends gegen 10 Uhr sah er plötzlich, dass oben in der Wand der Stube ein grosses Loch entstanden war, aus diesem Loch kroch ein schwarz gekleideter Mann, liess sich an der Wand herabgleiten, dann folgten ihm unmittelbar noch 3 ebenso gekleidete Männer nach, diese 4 Männer kamen lautlos auf ihn zu geschlichen, als sie nahe am Bett waren, schrie er sie an: „wenn ihr nicht macht, dass ihr fortkommt, schlage ich euch den Kopf ein“, brannte dann das Licht an und sah, dass die Kerle verschwunden waren, auch das Loch in der Wand war nicht mehr zu sehen. Er weckte seine Frau und forderte sie auf, mit ihm aufzupassen, löschte das Licht aus und nach zirka 10 Minuten sah er (bei Mondenschein), dass wieder das Loch in der Wand war,

dass derselbe Mann wieder herauskam, dieser stellte sich auf die Spiegelkommode und winkte seinen Gefährten, die inzwischen aus dem Loche hervorkrochen, es waren diesmal 6 Männer, die auf dem Fussboden gegen sein Bett herankrochen, einer hing am Perpendikel einer alten Uhr, die neben dem Bette des Pat. hängt. Er bekam nun erst starke Angst, stand auf, zog sich an, lief fort, wollte draussen den Anbruch des Tages abwarten; als er auf der Strasse war, fühlte er sich sicher, die Angst verliess ihn, er traute sich jedoch nicht wieder in die Wohnung, ging in der Stadt spazieren bis zum Morgen, besuchte dann seine Mutter, erzählte ihr das nächtliche Erlebnis, die lachte ihn aus, sagte, es wären Einbildungungen. Er ging dann morgens zum Arzt, der im riet, in die Nervenklinik zu gehen, womit Pat. einverstanden war, da er glaubte, in der Klinik von seinen Kopfschmerzen befreit zu werden. An seine in der Wohnung zurückgelassene Frau dachte er mit einiger Besorgnis, sagte sich aber schliesslich, es sei ihre eigene Schuld, wenn ihr etwas passierte, er habe sie aufgefordert mit ihm fortzugehen, aber sie habe ja nicht gewollt. Ausser diesem zweimaligen Erscheinen der Männer in der Wohnung hat er nichts Verdächtiges gemerkt. Stimmen hat er nicht gehört. Auf der Strasse hat er keine Sinnestäuschungen gehabt, sich auch nicht verfolgt gefühlt. Er ist überzeugt, dass diese Männer wirklich dagewesen sind, will auf keinen Fall in die alte Wohnung zurück, meint, es sei da zu unsicher, glaubt, die Männer hätten ihn umbringen wollen, er habe sie nicht gekannt, sie seien vermummt gewesen, man habe nur die Augen sehen können, er habe keinerlei Verdacht, wer das etwa gewesen sein könnte. Auf Vorhalt gibt er zu, es könne vielleicht auch ein Traum sein, ganz überzeugt sei er aber davon nicht. Hier fühle er sich völlig wohl und sicher, habe keinerlei Beschwerden mehr, hält sich für völlig gesund. Pat. benimmt sich sehr geordnet und ist ganz ruhig. Irgendwelche weitere psychische Krankheitssymptome sind nicht nachweisbar. Die Intelligenz ist gut.

**Körperlicher Befund:** Linker Fazialis etwas schwächer als der rechte. Hirnnerven sonst ohne Besonderheiten. Beim Sprechen zuweilen etwas Vibrieren. Tremor der Hände vorhanden. Innere Organe ohne Besonderheiten. Keine Zeichen einer organischen Nervenkrankheit.

4. 7. Pat. hat nachts gut geschlafen. Keine Sinnestäuschungen mehr gehabt. Fühlt sich völlig wohl, möchte bald entlassen werden. Kommt allmählich mehr und mehr zu der Ueberzeugung, dass es ein Traum gewesen sei, jedoch hält er noch an der Möglichkeit fest, dass die Wohnung verdächtig sei und dass möglicherweise doch die Männer im Zimmer gewesen seien.

5. 7. Pat. hat gut geschlafen, ist dauernd ruhig und geordnet. Pat. ist jetzt völlig davon überzeugt, dass es ein traumhaftes Erlebnis war, meint, es komme davon, dass er so lange im Bett gelegen habe, was er nicht vertragen könne, da er die Arbeit im Freien gewohnt sei. Je mehr er über die Sache nachdenke, desto unwahrscheinlicher erscheine sie ihm, er halte es jetzt für ganz unmöglich, dass plötzlich so ein Loch in der Wand entstünde und Kerle daraus hervorkröchen, er müsse daher annehmen, dass die ganze Sache ein Traum gewesen sei. Der körperliche Befund ist ausser gelegentlichem Muskel-

flimmern im Gesicht beim Sprechen normal. Keinerlei psychotische Symptome mehr. Geheilt entlassen.

Dieser Fall ist deswegen bemerkenswert, weil hier im Gegensatz zur Regel die Halluzinationen nur in Visionen bestanden. Es ist trotzdem wohl nicht zu zweifeln, dass es sich um eine akute Alkoholparanoia handelt; der Symptomenkomplex, Sinnestäuschungen, Angstgefühl, Verfolgungswahn war deutlich ausgeprägt, der Alkoholismus erwiesen, der ganze Verlauf entsprach dem der akuten Halluzinose. Es sei noch erwähnt, dass der Ausbruch der Erkrankung in diesem Falle auch nach kurz vorhergegangenem ungewöhnlich starkem mehrwöchigem Alkoholgenuss stattfand und ferner in unmittelbarem Anschluss an ein körperliches Unwohlsein, welches einige Tage Bettruhe bedingte. Ein atypisches Delirium ist auszuschließen, da jede Desorientiertheit fehlte, auch keine Andeutung von Beschäftigungsdelir zu finden war. Dass es sich nicht um einen traumartigen Zustand handelte, der nachher umgedeutet und mit Realitätswert versehen wurde, ging aus den bestimmten Angaben der Frau hervor, die bezeugte, dass der Pat. in völlig wachem Zustande die Gesichtstäuschungen hatte. Auffallend war die grosse Entschiedenheit und Unbeeinflussbarkeit, mit der er anfangs an der Realität des Erlebten festhielt, sowie die ausserordentliche plastische Deutlichkeit der Visionen, die er bis in alle Einzelheiten schildern konnte. Die so sehr kurze Dauer des eigentlichen halluzinatorischen Stadiums ist auch ungewöhnlich. Bei der Entlassung schien er völlig gesund, es hat sich aber herausgestellt, dass offenbar doch noch ein gewisser wahnhafter Rest zurückgeblieben war, da er sofort seine bisherige Wohnung aufgab und nach einem anderen Stadtviertel verzog, was er seiner Frau gegenüber damit begründete, es sei ihm doch ungemütlich und unheimlich in dem Hause. Seither ist er aber völlig gesund geblieben, obwohl es höchstwahrscheinlich ist — trotz seines Leugnens — dass er weiter trinkt.

5. S., Albert, 29 Jahre alt, Kaufmann aus F. In der Klinik vom 30. 6. bis 17. 7. 09.

Anamnese: Keine Heredität. Frau und Kind gesund. Keine Aborte. Er selbst ist früher nie krank gewesen. Er trinkt etwas, ist selten betrunken. Nach Angabe des Arztes in Fermersleben liegt bei S. kein Alkoholmissbrauch vor. Derselbe Arzt gab an, dass er immer etwas verschlossen und in sich gekehrt war, auch öfter jähzornig. In letzter Zeit hat er sich Sorgen über sein Geschäft gemacht, welches nicht mehr so gut ging wie früher. Kurz vor dem Ausbruch der Erkrankung hatte er einen ziemlich harmlosen Streit mit Hausgenossen. Die Frau machte folgende Angaben: Sie habe in glücklicher Ehe gelebt. Ihr Mann habe nicht getrunken. Auf näheres Befragen gibt sie zu, dass er seit einem Vierteljahr stärker getrunken hat, sie habe es ihm verboten,

er habe aber oft, wenn er geschäftlichen Aerger gehabt hat, sich abends einen angetrunken. Bier und Kognak habe er getrunken, wieviel, ist nicht zu erfahren. Am 27. Juni habe er Erbrechen gehabt, habe den ganzen Tag im Bett gelegen, am 28. ging es ihm morgens besser. Nachmittags 4 Uhr begann er zu „phantasieren“, sagte zu seiner Frau: „siehst du nicht die Leute, hörst du, jetzt verbieten sie uns, wir sollen nicht sprechen, wir sollen im Laden trinken lassen“, hat nachts nicht geschlafen, sagte, er solle verhaftet werden, lief nachts um 1 Uhr fort zum Rathause, sagte dort, er sei verhaftet, wurde von der Polizei nach Hause gebracht, zitterte am ganzen Körper, hatte grosse Angst, lag dann kurze Zeit im Bett, stand wieder auf, sah durchs Fenster, sprach dann immer von Verhaften.

Am 29. 6. bestand derselbe Zustand weiter, einmal stand er  $1\frac{1}{2}$  Stunde lang starr und sprachlos da, sagte schliesslich, er sei nun zu 30 Jahren Zuchthaus verurteilt, er müsse nun fort, ging dann auf die Strasse, bekam plötzlich einen Krampfanfall (unsicher, vom Arzt nicht bestätigt), soll hingefallen sein, Zuckungen gehabt haben,  $\frac{1}{4}$  Stunde bewusstlos gewesen sein, sich am Kopf verletzt haben. Er konnte nicht im Bett gehalten werden, ging ans Fenster, rief nach seiner Schwester, arbeitete später dann viel im Laden, räumte auf, verkaufte aber dabei richtig. Abends wurde er wieder unruhig, blieb nicht im Bett, klopfte an die Tür, glaubte zu telephonieren, zog sich aus und an, sah wieder die Polizei draussen stehen, wollte mit dem Zug wegfahren. Am 30. Juni morgens wollte er fort, sagte, er müsse zum Gericht.

Befund: Bei der Aufnahme ist er ruhig und geordnet. Blieb auch in der ersten Nacht ruhig. Morgens liegt er ruhig im Bett mit aufmerksamem Gesichtsausdruck. Auf Fragen antwortet er sachgemäss. Oertlich und zeitlich ist er völlig orientiert, auch über seine Person und Situation, die Umgebung bewertet er richtig, die Stimmung ist eine gleichmässige, indifferente. Von Halluzinationen ist zunächst nichts zu merken. Auf die Frage, ob er krank sei, antwortet er, „nein, ich fühle mich ganz wohl“. Er sei hier wegen der Klagesache mit seiner Frau, „ich bin doch gestern auch verurteilt wie meine Frau, hat ein Kind gehabt als Mädchen, eine Missgeburt, die soll sie tot gemacht haben, ich weiss ja auch nicht wie das ist, das ist so eine verwickelte Geschichte, und wie ich da nun zwischen gekommen bin, weiss ich nicht“. Gestern verurteilt? „Ja, zu 14 Monaten Gefängnis. Meine Frau hat wohl 6 Monate und 20 Tage gekriegt und gleich als das Urteil verkündigt war, bin ich hierher gekommen und da habe ich gebadet und bin dann ins Bett gekommen. Wo verurteilt? „Na, hier gestern nachmittag, der andere Doktor mit den vielen Narben hat doch das Urteil gesprochen, sie waren doch auch dabei; zu Hause war ich zu 17 Monaten verurteilt und meine Frau zu 7, davon hat der Doktor gestern 3 Monate nachgelassen, er hat gleich telegraphiert, Albert zu 14 Monaten verurteilt, ich habe den Zettel gesehen, wie er zum Telegraphenamt getragen wurde.“ Wo ist ihre Frau? „Die sitzt hier in Haft, gestern Abend habe ich gehört durch das elektrische Rohr an meinem Bette, dass sie rief: „Hier muss ich nun 6 Monate sitzen im Dunkeln, kein Wasser und kein Licht“. Sie jammerte fortwährend, ich sollte kommen. Ich habe auch gesehen, wie sie an das Fenster klopfte,

und ihr die Haare ins Gesicht hingen und der kleine Junge zeigte mit der Hand hin und sagte, „da“, ich konnte ganz genau sehen, wie sie in der Zelle sass und schrie und mit den Händen an die Wand klopfe und sagte, „kein Fenster, kein Fenster — wo ist denn mein Ottchen, hast du denn Ottchen bei dir — kein Wasser, kein Wasser“. Ich konnte sehen, wie sie so mit der Zunge leckte, wie man tut, wenn man durstig ist und kein Wasser hat — schliesslich sagte sie, „jetzt kommt einer, der schliesst auf, der bringt mir gewiss Wasser“, und da bin ich dann darüber eingeschlafen. Pat. liegt in der Nähe des Fensters und hält die draussen mit zwei Schrauben angebrachte Markisenstange für eine elektrische Leitung „eine Art Sprachrohr“, glaubt, dass durch Vermittlung dieser Leitung seine Frau zu ihm gesprochen habe, glaubt, an den Schrauben oder auf den Schrauben seine Frau gesehen zu haben, wundert sich, dass man das „so natürlich“ sehen könne.

Körperlicher Befund: Stottert stark. Hirnnerven sonst ohne Besonderheiten. Leber etwas vergrössert. Innere Organe ohne Besonderheiten. Nervengeflechte und Nervenstämme überall etwas druckempfindlich. Deutlicher Tremor der Hände.

3. 7. Pat. hat ausser an dem ersten Abend seines Hierseins keine Stimmen mehr gehört, hat immer gut geschlafen. Gesichtstänschungen sind auch nicht mehr aufgetreten. Er verhält sich geordnet und ruhig, hält an den Wahnideen, dass er und seine Frau verurteilt sind, fest, glaubt, dass seine Frau hier interniert sei, bittet den Arzt, ihm zu erlauben, dass er seine Frau besuche.

Gibt nachträglich an, es sei ihm so gewesen, als ob er auch am Morgen nach der ersten Nacht hier noch einmal die Stimme seiner Frau gehört habe, sie habe gesagt, „jetzt kommt der Kaffee, der ist aber schlecht“. Er habe das aber nur undeutlich gehört und könne nicht genau sagen, ob es Wirklichkeit gewesen sei.

7. 7. Klinische Vorstellung: Er hat die Stimme seiner Frau gehört, ich lag im Bett, mit einem Male hörte ich meine Frau, sie wäre verurteilt zu 6 Monaten und 20 Tagen, es wäre so dunkel bei ihr und sie solle so lange aushalten. Er hat gewacht, wie er diese Stimme hörte; dieselbe sei nicht so laut gewesen, wie die Stimme des Arztes. Einmal sei er des Nachts aufgewacht (zu Hause), da kam es aus dem Oellämpchen neben seinem Bette herausgezogen wie kleine Gespenster. Dieselben sprachen mit sich. Wenn er aber herausguckte, war nichts zu sehen. Jetzt meint er über dieses Erlebnis, es könnte ein Traum gewesen sein.

12. 7. Pat. ist dauernd ruhig und geordnet. Halluzinationen sind nicht mehr aufgetreten. Jedoch hält er noch an der Wahnidee, verurteilt zu sein, fest. Er sagt, er könne sich das nicht erklären, seine Frau habe bei ihrem Hiersein gesagt, es sei alles nicht wahr und lediglich Einbildung, aber er habe das doch erlebt und könne sich nicht denken, dass das alles geträumt gewesen sei, andererseits wisse er auch nicht, weshalb er verurteilt sein solle, da er doch nichts verbrechen habe, die ganze Sache sei ihm höchst unklar, er wisse wirklich nicht, was er davon denken solle.

16. 7. Pat. scheint jetzt völlig überzeugt zu sein, dass alles auf Einbildung beruhe, jedoch ist es ihm noch nicht recht denkbar, dass es Sinnes-

täuschungen waren, die zu diesen Wahnideen führten, er sagt immer wieder, er wisse garnicht recht, was er denn denken solle, er sehe ein, dass alles Un- sinn gewesen sein müsse, er sei wohl sehr aufgeregzt gewesen, sodass er nicht recht über die Sache habe urteilen können. Jetzt glaube er, dass er nicht verurteilt sei. Er hält sich nicht für einen Alkoholiker, gibt aber zu, hin und wieder zuviel getrunken zu haben, will wegen der Verführung seinen Laden verkaufen.

#### 17. 7. Geheilt nach Hause entlassen.

Dieser jugendliche Patient (29 Jahre) war jedenfalls kein starker Trinker — der Arzt, der in dem kleinen Orte die Bewohner doch genau kennt, bescheinigt ausdrücklich, dass er kein Potator sei — sein Potatorium war nur der Frau bekannt, war kein gewohnheitsmässiges sondern nur ein gelegentliches — er trank nur zu Hause, nur abends wenn er geschäftlichen Aerger gehabt hatte, ausserdem bestand dieses Trinken erst seit einem Vierteljahr vor Ausbruch der Psychose. Trotzdem erkrankte dieser Mann an einer heilbaren Psychose paranoischer Art, die ganz einer akuten Alkoholparanoia ähnlich sah. Der angebliche epileptische Krampfanfall ist, da er der einzige blieb und nicht einwandsfrei beobachtet wurde für die Diagnose und Aetiologie nicht zu verwerten; um einen genuinen Epileptiker handelt es sich jedenfalls nicht, es käme höchstens ein alkoholepileptischer Anfall in Frage, der dann für die alkoholische Natur der Psychose spräche. Es kann fraglich sein, ob hier wirklich eine Alkoholparanoia vorliegt, da der Alkoholabusus eigentlich zu kurz dauernd und quantitativ zu gering war. Ausser dem Alkohol kommt in diesem Falle wenigstens als auslösende Ursache ebenso wie in dem vorigen noch eine akute Magen-Darmstörung in Betracht, und schliesslich darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass in den seit längerer Zeit bestehenden geschäftlichen Sorgen auch ätiologische Momente psychischer Natur gegeben sind. Also keine völlig eindeutige Aetiologie, gleichwohl ist doch dem Alkohol wohl die ausschlaggebende Rolle für die Entstehung der Psychose zuzuschreiben.

Diese Krankengeschichten zeigen, dass die akute Halluzinose, abgesehen vom kindlichen, in jedem Lebensalter auftritt, dass die Dauer und der Grad des vorhergegangenen Alkoholgebrauches ganz verschieden sein kann und dass dasselbe Individuum mehrmals betroffen werden kann. Uebrigens schliesst das Kindesalter keineswegs die akute Halluzinose aus, wie die Mitteilung von Rittershaus zeigt, der einen 16jährigen Jungen beobachtete, welcher aus schwer belasteter Trinkerfamilie stammte, selbst seit Jahren Trinker war und seit dem 12 ten Lebensjahre wiederholt (dreimal) an akuter Alkoholhalluzinose erkrankt war.

Es ist zweifellos, dass derartige, in den meisten Fällen perakut verlaufende paranoische Erkrankungen in ihrer reinsten Form vorwiegend bei Personen beobachtet werden, die längere Zeit übermässigem Alkoholgenuss ergeben waren. Es sind keine einfachen akuten Alkoholvergiftungen, die sich bekanntlich ganz anders darstellen, chronischer Alkoholmissbrauch ist zu ihrer Entstehung erforderlich. Aber es sind keineswegs häufige Ereignisse bei chronischen Alkoholikern, sondern Seltenheiten im Vergleich mit den anderen alkoholischen Psychosen. Ferner ist es Tatsache, dass die Personen, die einmal an akuter Alkoholparanoia, an akuter Halluzinose erkrankten, wenn sie weiter trinken und wieder psychotisch werden, in der Regel wieder eine akute Alkoholparanoia bekommen. Dieses Verhalten lässt sich nicht durch die Annahme von ätiologischen Zwischengliedern (Bonhoeffer) erklären, denn diese muss man, wenn überhaupt, für alle alkoholischen — und sonstige toxischen — Psychosen postulieren. Das Auftreten und besonders das rezidivierende Auftreten gerade der akuten paranoischen Erkrankungen bei einigen wenigen chronischen Alkoholikern ist damit nicht erklärt. Man muss für das Zustandekommen gerade dieser Art der psychischen Störung eine bestimmte individuelle paranoische Artung, eine paranoische Disposition der betreffenden Personen annehmen, die es bedingt, dass die alkoholische Noxe im Verein mit den ätiologischen Zwischengliedern gerade diese krankhafte Reaktion des Gehirns zu Folge hat. Der Umstand, dass zuweilen auch ein Delirium tremens bei sonst an akuter Halluzinose Erkrankten vorkommt und dass gelegentlich sich Uebergangsformen beider Erkrankungen beobachten lassen, spricht nicht gegen diese Annahme, da das Delirium tremens wahrscheinlich unabhängig von endogenen Momenten bei ganz bestimmten äusseren Bedingungen (reichliche Alkoholaufnahme, plötzliche Abstinenz, Hinzutreten fiebiger Erkrankungen), wahrscheinlich auch unter ganz bestimmtem Verhalten der ätiologischen Zwischenglieder, jeden chronischen Alkoholiker gelegentlich ergreifen kann, ganz ähnlich wie die progressive Paralyse ohne nennenswerte Rücksicht auf die spezielle psychische Artung des betreffenden Individuums jeden Luetiker befallen kann, wenn bestimmte, im wesentlichen exogene, jedenfalls nicht rein psychische Bedingungen erfüllt sind. Diese Ansicht, dass das im Grunde ursächlichste Moment für die Alkoholparanoia in der speziellen psychischen Disposition der betreffenden Personen zu suchen ist, würde am besten gestützt und nahezu erwiesen werden durch die Beibringung von Fällen, bei denen bei demselben Kranken einmal lediglich durch den Alkohol, ein anderes Mal durch eine andere Schädlichkeit (beispielsweise durch die Haft oder andere psychische Ursachen) eine akute paranoische Erkrankung hervorgerufen wurde.

Ganz einwandsfreie derartige Fälle habe ich weder beobachtet noch in unseren Krankengeschichten oder in der Literatur gefunden. Bei den eventuell in Betracht kommenden Fällen liess sich eben niemals die Alkoholwirkung völlig ausschliessen, was ja verständlich ist, da es sich eben meist um chronische Alkoholisten handelt. Immerhin hält es Bormann für erwiesen, dass die akute Halluzinose auch ohne weiter fortgesetzten Alkoholgenuss rezidivieren kann, da er unter seinem Material von 26 akuten Halluzinosen, von denen 12 mehrere Male rezidierten, zwei fand, die angeblich ohne Alkoholgenuss eine rezidierende Halluzinose bekamen und es ihm bei mehreren höchstwahrscheinlich schien, dass das Rezidiv nicht durch Alkohol verursacht wurde.

Aber noch ein Umstand spricht für die Annahme einer paranoischen Disposition als Hauptursache der akuten Halluzinose, nämlich die Beobachtung, dass man symptomatisch und im Verlauf ganz dieselben vorübergehenden paranoischen Erkrankungen auch bei Personen findet, die weder Alkoholiker sind, noch sonstigen nachweisbaren exogenen Schädigungen ausgesetzt waren. Derartige Erkrankungen werden später noch besprochen werden.

Mehrere Autoren haben neuerdings wieder darauf hingewiesen, dass der Alkohol allein nicht die Ursache der akuten Alkoholparanoia ist. Bormann erklärt auf Grund eines ziemlich grossen Materials, dass der Alkohol zwar Delirium tremens, Korsakoff'sche Psychose und Alkoholepilepsie verursache, dass aber akute Halluzinose respektive Alkoholparanoia auf degenerativem Boden entstehe; überhaupt sei zu bedenken, dass Psychopathen, Hysterische, Hypomanische, Degenerierte prädisponiert seien für den Alkoholismus und dass häufig die Trunksucht nicht Ursache, sondern Symptom einer Psychose sei. Auch Stöcker hat hervorgehoben, dass der Alkoholismus stets Zeichen einer psychopathischen Veranlagung sei.

Es fragt sich nun, ob man berechtigt ist, diese bei chronischen Alkoholikern beobachteten Erkrankungen als akute Paranoia zu bezeichnen. Dass es sich, wenn man symptomatologisch charakterisieren will, um paranoische Psychosen handelt, ist wohl ohne Weiteres zuzugeben, ebenso dass sie hinsichtlich ihres Verlaufs als akute Psychosen anzusehen sind. Dagegen lässt sich nicht ohne Weiteres behaupten, dass wir es hier einfach mit einer akut verlaufenden Form der Paranoia zu tun haben, die etwa durch Alkohol nur ausgelöst wäre. Jedenfalls wird kaum jemand annehmen, dass diese Psychosen mit der Kräpelin'schen Paranoia — ganz abgesehen vom Verlauf — identische Krankheitsformen wären, schon deshalb nicht, weil hier die Sinnestäuschungen eine ganz

wesentliche Rolle spielen, während sie bei der Kräpelin'schen Paranoia — wenn überhaupt — nur ganz untergeordnete Bedeutung haben und in der Regel ganz fehlen. Dieser Umstand brauchte uns aber nicht von der Bezeichnung „akute Paranoia“ zurückschrecken zu lassen, da einerseits die Kräpelin'sche Paranoia in ihrer jetzigen Fassung kaum noch eine Existenzberechtigung hat — auch nach Kräpelin's eigenen Aeusserungen der letzten Zeit nicht — und da andererseits die früher für die möglichst radikale Ablehnung der Paranoia akuta massgebende Befürchtung der Verwechselung mit andersartigen Psychosen namentlich der Gruppe der hebephrenischen Psychosen heutigen Tages nicht mehr vorliegt; aber man kann einwenden, dass bei diesen alkoholischen Erkrankungen das wesentlichste paranoische Elementarsymptom die Wahnbildung weniger im Vordergrunde steht und oft nur rudimentär bleibt, während die Halluzinationen und wohl auch das Angstgefühl stets das Bild beherrschen und man den Eindruck gewinnt, dass sie das primäre sind, und der Wahn sekundär entsteht. Es ist jedoch überhaupt misslich, derartige Entscheidungen zwischen primären und sekundären Symptomen zu machen, da das bei unseren heutigen Kenntnissen im konkreten Fall kaum befriedigend gelingen dürfte. Vielmehr wird man sich vorläufig begnügen müssen mit der Feststellung gewisser charakteristischer Symptomenkomplexe, die unter bestimmten Verhältnissen immer wieder in derselben Weise beobachtet werden. Für grosse zusammenfassende Gesichtspunkte können solche Feststellungen von bestimmten Symptomverbindungen nicht weiter führen, es gelingt auch garnicht solche für grosse Krankheitseinheiten geltige Komplexe aufzustellen, z. B. ist es nicht möglich von einem schlechthin paranoischen Symptomenkomplex zu reden und danach die Krankheit Paranoia abzugrenzen. Wohl aber können solche Syndrome für die Abgrenzung von Untergruppen, für die ihr Auftreten charakteristisch ist, verwandt werden. So ist für die hier besprochene Gruppe der alkoholparanoischen Erkrankungen das Syndrom Sinnestäuschungen, Angst, Verfolgungswahn charakteristisch, ein Symptomenkomplex, der gelegentlief auch bei andersartigen Psychosen vor kommt, aber am häufigsten und ausgeprägtesten das ganze Krankheitsbild darstellend doch vorwiegend bei der akuten Alkoholparanoia auftritt. Er ist von Schröder als Halluzinosekomplex bezeichnet worden. Wenn man nun zum Ausdruck bringen will, dass bei den in Rede stehenden Psychosen das Halluzinosesyndrom in reinster Form vorliegt, so scheint die Bezeichnung Wernicke's „akute Halluzinose der Trinker“ am zweckmässigsten; will man dagegen hervorheben, dass diese Psychosen auf dem Boden paranoischer Veranlagung unter Mitwirkung des Alkohols entstehen, so ist die „akute Alkoholparanoia“ zu wählen.

Bekanntlich gibt es auch seltene Fälle von chronischer Alkoholparanoia oder chronischer Halluzinose, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Sie haben im wesentlichen dieselbe Symptomatologie wie die akuten. Kräpelin hält diese chronischen Halluzinosen nicht für so selten und meint, dass sie einfach chronisch gewordene akute Halluzinosen sind. Demgegenüber ist zu sagen, dass die klinische Stellung der chronischen Alkoholpsychosen noch durchaus zweifelhaft ist, jedenfalls viel weniger geklärt als die der akuten.

Es ist auffällig, dass diese perakuten paranoischen Psychosen bei anderen Vergiftungen so selten sind oder gar nicht vorkommen und ganz vorwiegend bei Trinkern gefunden werden. Einerseits ist dies Verhalten durch die gegenüber anderen Giften ganz überwiegende Verbreitung des Alkohols zu erklären, ja man wird nicht zu weit gehen, wenn man annimmt, dass dies der wesentlichste Grund dafür ist und dass auch durch andere Gifte bei paranoisch Veranlagten ganz ähnliche Erkrankungen hervorgerufen würden, wenn sie mehr im Gebrauch wären und damit die Möglichkeit des Ergriffenwerdens derartig Veranlagter grösser sein würde. Dafür spricht auch die Tatsache, dass trotz der grossen Zahl der Trinker die akute Alkoholparanoia doch recht selten ist.

Ein viel regelmässigeres und vom Toxin viel direkter abhängiges Ereignis soll nach manchen Autoren die akute Halluzinose der Kokainisten sein. Wenn man bedenkt, dass in den meisten Fällen von Kokainmissbrauch eine akute Halluzinose auftritt, dass die akute Halluzinose die charakteristische Psychose der Kokainisten ist, dass andererseits der Kokainmissbrauch doch recht selten ist, so kann man wohl nicht annehmen, dass hier ein ganz bestimmter endogener psychischer Faktor eine besonders grosse ätiologische Rolle spielt, denn es ist nicht wahrscheinlich, dass die seltenen Fälle von Kokainmissbrauch fast immer gerade bei Personen sich ereignen sollten, die eine paranoische Veranlagung besitzen. Vielmehr muss man angesichts dieser Tatsachen doch annehmen, dass die Kokainhalluzinose vorwiegend auf der direkten spezifischen Giftwirkung beruht. Fälle von reinem Kokainmissbrauch sind in Deutschland sehr selten und in dem gesamten Material an Krankengeschichten der Klinik in Halle findet sich nicht ein reiner derartiger Fall. Dagegen ist bekanntlich zeitweiliger Kokainmissbrauch bei Morphinisten öfter zu beobachten. In vielen derartigen Fällen gesellt sich auch noch ein gewisser Alkoholabusus hinzu, so dass dann drei Gifte als ätiologische Faktoren in Betracht kommen. Es ist nun auffallend, dass diese Morphinisten trotz jahrelang dauernden Morphiumgebrauchs nicht psychotisch werden, dass bei ihnen aber, wenn sie nur kurze Zeit Kokain nehmen, eine Halluzinose eintritt. So kenne ich seit Jahren

einen Mann, der trotz vieler Entziehungskuren immer wieder Morphinist wird, zwischendurch auch viel Alkohol geniesst, aber nie psychotisch wird — abgesehen von der allgemeinen Depravation des chronischen Morphinisten —, jedoch stets bei Kokainmissbrauch, dem er zeitweise neben dem Morphiumgenuss verfällt, halluzinoseähnliche Zustände bekommt.

Allerdings sind es ja wohl immer Individuen mit deutlichen psychopathischen und degenerativen Zügen, die sich dem chronischen Missbrauch derartiger Gifte ergeben. Demnach wäre wohl eine allgemeine psychopathische Veranlagung stets vorhanden, aber die spezielle paranoische Form der Psychose ist damit nicht erklärt. Angesichts des unzureichenden kasuistischen Materials an eindeutigen Fällen von Kokainpsychosen lässt sich in dieser Frage noch kein einigermassen sicheres Urteil gewinnen. Kräpelin nimmt an, dass die akute Halluzinose der Kokainisten sich durch ganz bestimmte charakteristische Symptome, besonders durch die mikroskopisch kleinen Gesichtstäuschungen von andersartigen Halluzinosen unterscheiden lasse. Es kommen aber solche mikroskopisch kleinen Halluzinationen auch bei anderen Vergiftungen vor, wie die Beobachtungen von de Clerambault bei Chloralhydrat zeigen.

Beobachtungen von akuter Halluzinose bei verschiedenen seltenen chronischen Vergiftungen finden sich nur ganz vereinzelt in der Literatur, ich erwähne hier beispielsweise eine Mitteilung von Fickler über eine 11 Wochen dauernde akute Halluzinose auf allen Sinnesgebieten bei einem Astmatiker, der 8 Wochen lang täglich Atropin in der Maximaldosis und darüber genommen hatte. Laudenheimer, der ausführlich die Schwefelkohlenstoffpsychose der Gummiarbeiter behandelte, zeigte, dass dabei oft halluzinoseartige Psychosen vorkommen, häufig jedoch auch andersartige Krankheitsbilder. Bei den halluzinoseartigen Erkrankungen handelte es sich immer um belastete Individuen. Auch der von Brehm ausführlich mitgeteilte Fall einer Schwefelkohlenstoffpsychose betraf einen von jeher mässig Schwachsinnigen, zeigte eine weitgehende Aehnlichkeit mit der akuten Halluzinose der Trinker und führte nach 9 monatiger Dauer zur völligen Heilung. Die von Knauer experimentell näher studierte Mescalinvergiftung macht keine eigentliche Psychose mit Wahnbildung, sondern nur kurzdauernde, aber hochgradige halluzinatorische Störungen optischer und haptischer Art, d. h. es treten wohl regelmässig bei jeder Versuchsperson Halluzinationen auf, aber bald sind es vorwiegend optische, bald haptische, und dieser Unterschied zeigt sich nicht nur bei verschiedenen Personen, sondern auch bei denselben Menschen wechselt das Bild der Mescalinvergiftung bei verschiedenen Versuchen.

Aehnliche vereinzelte Beispiele liessen sich wohl auch für andere selten zu therapeutischen oder Genusszwecken missbrauchte Gifte noch beibringen. Es sind das aber eben Seltenheiten, und sie lassen wegen ihres sporadischen Vorkommens vorläufig keine Schlüsse auf ihre klinische Stellung und die ätiologische Bedeutung des betreffenden Giftes für die Entstehung der paranoischen Psychose zu. Bei Chloralhydrat, Hyoscin, Haschisch, Aether sind solche halluzinoseartige paranoische Psychosen in einzelnen Fällen beobachtet worden. Aber auch der so häufige Nikotinmissbrauch macht selbst in den höchsten Graden auch bei Degenerierten aller Art keine Psychosen und die Mitteilung Löwy's über einen Fall von subakuter Raucherparanoia muss, da sie ganz vereinzelt dasteht, zunächst als schwer zu beurteilende Ausnahme registriert werden.

Auch bei den häufigeren gewerblichen Vergiftungen finden sich derartige Psychosen höchstens ausnahmsweise. Selbst auf dem Boden der chronischen Bleivergiftung, der verbreitetsten gewerblichen Vergiftung, werden solche paranoische akute Erkrankungen kaum beobachtet. In der Literatur habe ich, abgesehen von Bleivergiftungen, keine Fälle gefunden, bei denen akute paranoische Erkrankungen mit einiger Sicherheit auf gewerbliche Vergiftungen ursächlich bezogen werden konnten und auch in unserem Krankengeschichtenmaterial finden sich solche Fälle nicht. Diejenigen Fälle, die eventuell in Betracht kommen könnten, haben entweder — und zwar in den meisten Fällen — auch noch eine alkoholische Komponente oder zeigen ätiologische Faktoren, die ihre Deutung zweifelhaft machen. Nur folgender Fall, der kurz mitgeteilt sei, gehört vielleicht hierher.

6. L., Karl, 45 Jahre alt, Schriftsetzer aus H. In der Klinik vom 1. 10. bis 7. 11. 05.

**Anamnese:** Er kommt selbst zur Aufnahme. Gibt an, er sei seit einigen Monaten krank, es habe damit begonnen, dass seine Kollegen über ihn Redensarten machten und stichelten. Vor einer Woche war er in N. auf Urlaub, dort sei eigentlich die Krankheit ausgebrochen. Er hörte viele Stimmen, die ihn beschimpften, bezog alle Vorgänge usw. auf sich, hatte schattenhafte Visionen. Tremor, Schweissausbruch. Gibt an, es kämen ihm ganz unvermittelt die verrücktesten Gedanken in den Kopf, wie, er solle Mörder sein, sich mit kleinen Kindern vergangen haben usw. Er zweifelt, ob das nicht auf übernatürliche Weise vorgeinge, jetzt habe es etwas nachgelassen. Er ist völlig orientiert, verhält sich geordnet. Früher hat er Zeichen von Bleivergiftung gehabt: Krämpfe, Tremor, Schweissausbrüche, vor 4 Jahren auch Leibscherzen und Durchfälle.

**Körperbefund:** Innere Organe ohne Besonderheiten. Fraglicher Bleisaum. Deutlicher Tremor. Gesteigertes Nachröteln. Starke Schweissabsonderung. Im übrigen körperlich nichts Krankhaftes.

10. 10. Fühlt sich unglücklich, hat das Gefühl, als ob die Gedanken wie aus einem Automat in der Stirn herunterklappten.

13. 10. Besserung. Schlaf gut. Gelegentlich tauchen ihm immer noch Gedanken auf, wie, er habe einen umgebracht, sich an seinen Kindern vergriffen. Diese Gedanken drängen sich ihm förmlich auf die Lippen, er fühlt einen Zwang, sie gegen seinen Willen auszusprechen.

20. 10. Grübelt immer, wie so etwas möglich sei, es müsse etwas Uebernatürliche sein. Er ist missmutig, macht sich Sorgen wegen seines Körperzustandes.

27. 10. Unverändert, nur ist die Stimmung etwas besser.

5. 11. Aengstliche Vorstellungen tauchen noch auf, er müsse sie aussprechen. Die Entstehung dieser Gedanken ist ihm unverständlich. Er bringt aber keine Erklärungsideen mehr vor, hält es für krankhaft, hat Krankheitseinsicht. Körperlich gebessert, kaum noch Tremor, keine vermehrte Schweißbildung mehr. Die Besserung hielt an, psychotische Symptome zeigten sich nicht mehr, auch die ängstlichen Vorstellungen nicht. Er ist seither gesund geblieben.

Also eine subakut verlaufende Psychose mit Sinnestäuschungen, Beziehungsideen und Verfolgungswahnvorstellungen, sowie andeutungsweisen Erklärungsideen. Es ist fraglich, ob man diesen Zustand als einen akuten paranoidischen bezeichnen darf. Das zwangsmässige Auftreten von wahnhaften Gedanken, die er aussprechen muss, die von ihm selbst zwar als auf übernatürliche Weise entstanden angesehen, aber doch als lästiger Zwang empfunden werden — wenigstens zur Zeit des Abklingens der Psychose — lassen auch andere Deutungen zu. Da dies aber nur am Schluss der Erkrankung auftrat, glaube ich doch, dass das Ganze am zutreffendsten als subakter paranoidischer Zustand aufzufassen ist. Ausser der Bleiintoxikation fand sich kein schädigendes Moment und daher liegt es nahe, den Saturnismus als Aetiologie der Psychose in Anspruch zu nehmen. Kehrer hat einen Fall von akuter Paranoia bei einem Tüncher beschrieben, der 3 Monate nach der letzten Beschäftigung mit Oelfarbe erkrankte und nach 4 Wochen geheilt war. Kehrer fasst diese Erkrankung als Abstinenzpsychose bei chronischem Saturnismus auf. Aehnliche Fälle sind von Drosilin, Claude und Lewi Valensi und Jones beschrieben worden. (Der von Claude und Lewi Valensi beschriebene gehört aber wohl kaum hierher.) Es lassen sich jedoch wie schon gesagt, aus solchen vereinzelten Fällen keine wesentlichen Schlüsse ziehen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass ausser dem Alkohol und dem Kokain eigentlich kein exogenes Gift eine irgendwie nennenswerte ätiologische Bedeutung für das Zustandekommen akuter paranoidischer Erkrankungen hat, wie ja überhaupt diese Gifte keine spezifischen, für die betreffende Noxe charakteristischen Psychosen verursachen.

Auch das nächst dem Kaffee, Tabak und Alkohol wohl am häufigsten in unseren Gegenden als Genussmittel missbrauchte Morphin macht keine Ausnahme in dieser Beziehung, denn nach der Ansicht der meisten Autoren kommen bei chronischem Morphiummissbrauch keine ausgesprochenen Psychosen vor, selbst bei lange dauerndem und starkem Morphinismus werden in der Regel nur allgemeine Charakterdepravation und allerlei nervöse Störungen beobachtet. Erst bei der Morphiumentziehung pflegen deutlichere psychische Störungen aufzutreten, aber zu eigentlichen charakteristischen Psychosen kommt es auch während der Entziehung nicht. Allerdings reden einige Autoren auch von Morphiumpsychosen, z. B. Mörchen, der Delirium tremens der Morphinisten und andere durch Morphinmissbrauch bedingte Psychosen unterscheidet. Aber wenn man bei Morphinisten wirkliche Psychosen antrifft, muss man in ihrer Beurteilung sehr vorsichtig sein und namentlich in der Deutung des Morphins als ätiologischen Faktors, da sich bei genauer Prüfung der anamnestischen Daten in solchen Fällen fast immer noch andere Schädlichkeiten nachweisen lassen, denen erfahrungsgemäss eine grössere ätiologische Bedeutung zukommt, als dem Morphin. Besonders wichtig ist auch hier wieder die Rolle des Alkohols. Nur in einem Falle schien mir der chronische Morphinismus eine wichtige ursächliche Rolle zu haben. Ich gebe die Krankengeschichte ausführlich wieder, da es sich um eine wegen ihrer Seltenheit interessante Beobachtung handelt.

7. R. B., 61 Jahre alt, verheiratet, höherer Beamter aus K. In der Klinik vom 9. 7. 05 bis 31. 5. 06.

Anamnese: Heredität ohne Besonderheiten. Der Vater starb an Schlaganfall mit 74 Jahren. Er selbst war von Geburt an schwächlich. Mit 8 Jahren Scharlach. Hinterher wurde Schwerhörigkeit bemerkt. In der Pubertätszeit bleichsüchtig und schwächlich, sonst aber gesund. Anfangs der zwanziger Jahre habituelle Stuhlverstopfung und Herzanfälle mit Schüttelfrost, kaum fühlbarem Puls, Luftmangel, Abgestorbensein der Arme und Beine, die ganz weiss und blutleer dabei wurden. Diese Zustände traten in der Kälte leichter auf als in der Wärme, sie wurden vom Arzt als ein Leiden des Sympathikus bezeichnet. Vom 16. Jahre an Migräne, die schliesslich in wöchentlichen Anfällen auftrat, stets an der linken Stirnseite. Das Auge sei dabei oft ganz rot geworden. Erbrechen trat nie dabei auf. Erbliche Belastung durch Migräne lag nicht vor. Mit etwa 25 Jahren starke Schmerzen im Rücken und Genick, die das Gehen erschwerten und erst nach längerer Zeit allmählich verschwanden. Mit 32 Jahren Verheiratung. Fühlte sich dann im ganzen besser, hatte aber doch noch oft nervöse Beschwerden, Mattigkeit, zeitweise auch noch Schüttelfrost und Herzanfälle und keine Ausdauer zu körperlicher Anstrengung. Im 29. Lebensjahr wurde ihm zuerst Morphin gegen die Herzanfälle verordnet.

Das habe sehr gut geholfen. Ohne Morphin sei er nicht imstande gewesen, seinen Dienst zu versehen, besonders seine Vorlesungen abzuhalten. In den ersten 10 Jahren habe er nur Einzeldosen von 0,001 g genommen. Auf ein Vierteljahr sei im ganzen 1,08 g gekommen. Nach 10 Jahren Versuch einer Entziehungskur. Litt zwar sehr unter Schlaflosigkeit, hielt es aber doch 14 Tage lang aus, bis wieder eine heftige Migräne dazu kam. Nahm dann allmählich etwas grössere Dosen.

Stieg bis zum Jahre 1890 bis  $\frac{1}{4}$  g täglich. Darauf Entziehungskur, die wegen Zeitmangels unvollendet blieb. In der Folgezeit wieder Steigerung der Dosis, nach 5 bis 6 Jahren war er auf 1 g täglich gekommen, dabei blieb er bis jetzt. Einen sogenannten Morphinrausch oder irgendwelche angenehmen Gefühle habe er dabei nicht gehabt.

Pat. gibt weiter an, dass er wegen seines Sohnes viele Sorgen und Aufregungen gehabt habe. Als Schüler habe er nicht gelernt und nirgends gut getan. Er musste schliesslich aus dem Hause, kam in verschiedene Pensionen und brachte es mit Mühe zum Einjährigen. Darauf beschäftigte er sich etwa 2 Jahre mit praktischen Arbeiten, danach  $\frac{1}{2}$  Jahr mit Schlosserei, kam dann wieder nach Hause, um zu studieren (1900). Während dieser Zeit habe er sich zu Hause unverträglich und lügnerisch betragen. Habe Schimpfworte gegen seine Eltern gebraucht, rohe Drohungen gegen seine Schwestern ausgestossen. Er habe dem Pat. Werkzeuge und allerlei Geräte entwendet. Ferner sind dem Pat. vom Jahre 1902 ab eine Menge Mineralien aus seiner Sammlung, wertvolle Chemikalien und noch nicht veröffentlichte schriftliche Arbeiten abhanden gekommen. Das sei in den letzten Jahren immer schlimmer geworden. Auch Schlüssel zu den Privatzimmern und Geldschrank des Pat. seien verschwunden. Pat. hatte Verdacht, dass sein Sohn der Täter sei. Glaubte, die Mineralien habe er im Interesse seines Freundes entwendet, da er selbst kein Interesse dafür hatte. Die Schlüssel habe er weggenommen, um sich Nachschlüssel zu machen. Aus dem Geldschrank des Pat. seien auch Kupons verschwunden. Wenn er sich besonders über das Verschwinden eines Gegenstandes beschwerte, sei derselbe nach langer Zeit wieder an einen Platz gebracht worden. Die Frau des Pat. habe auch sehr unter dem Verhalten des Sohnes gelitten. Im April 1903 habe er den Sohn wegen Diebstähle zur Rede gestellt. Darauf sei er frech geworden, habe gesagt, er sei geisteskrank. Das seien alles Wahnsinnen, die infolge seiner Morphiumsucht entstanden seien. Er werde überall verbreiten, dass der Vater ihn ungerechterweise des Diebstahls beschuldigt habe. Darauf habe der Sohn ihm vorgelogen, dass der Minister ihn zwangsweise pensionieren wolle wegen seiner Krankheit. Da auch sein Chef ihm riet, seines Gesundheitszustandes wegen eine Anstalt zu besuchen, ging er darauf in die Anstalt Liebenburg bei Goslar und liess sich von dem dortigen Arzt untersuchen. Der Arzt habe ihm geraten, sich von den Geschäften zurückzuziehen und mehr seinen Liebhabereien und seiner Gesundheit zu leben. Im Herbst 1903 liess er sich darauf pensionieren. Trotzdem der Sohn in der Folgezeit nur selten nach Hause kam, fanden die Diebstähle weiter statt. Ausserdem hörte Pat. in dem Nebenzimmer öfter Geräusche, die, wie er fand, durch über

blanke Stifte laufende Fäden von aussen hervorgerufen wurden. Das hatte nur den Zweck, ihn irre zu führen, damit er glauben solle, dass er von jemanden bestohlen würde. Er passte dann des Nachts meist bis 4 Uhr auf die Diebe auf. Wenn er sich zu Bett legte, hörte er bohrende Geräusche. Entdeckte nachher, dass das von Bohrungen herrührte, die in die Fenster und in die Wände gemacht waren. Wurde auch des Nachts im Bett belästigt, angeschrieen, mit Instrumenten gebrannt und gestochen. In den letzten 8 Tagen sei das so schlimm geworden, dass er keine zwei Stunden habe schlafen können.

Trotzdem der Sohn seit 1 Jahr fort ist, glaubt er, dass er dahinter steckt und sich Leute gedungen habe. Er tue das hauptsächlich, weil er wohl glaube, dass er im Testament benachteiligt sei.

Nach Aussagen der Ehefrau ist der Sohn in Wirklichkeit ein durchaus tüchtiger und anständiger Mensch, der seinen Eltern nie ernstlich Sorgen gemacht hat.

Der körperliche Befund bei der Aufnahme zeigte folgende Abweichungen: Klein, schwächlich, blasse Gesichtsfarbe, schlaffe Züge. Nur mässiger Tremor der Zunge. Erster Herzton etwas dumpf. Vordere und seitliche Partien des oberen Teiles der Oberschenkel dorh infiltriert infolge Injektionen. Coeli-algie ausgesprochen. Lumbalgeflecht sehr empfindlich. Im übrigen fand sich körperlich nichts Krankhaftes.

13. 12. Pat. gibt an, in der Nacht belästigt worden zu sein. Er sei mit spitzen Instrumenten gestochen und mit glühenden Zangen gezwickt worden. Glaubt, sein Sohn stecke dahinter. Jemand anders könne es doch nicht sein. Will auch bemerkt haben, dass zwei Leute von K. aus mit hierherfuhren.

14. 12. Seither keine Belästigungen mehr. Fühlt sich jetzt sehr wohl hier. Beginn der Entziehungskur.

15. 12. Heute Nacht wieder Belästigungen. Hatte an der Hüfte, die nach unten lag, mehrmals ein Gefühl von schmerzlichem Druck. Nachher seien starke Schwieolen an den betreffenden Stellen zu fühlen gewesen. Beim Greifen unter das Bett hatte er das Gefühl, als ob etwas darunter vorgezogen würde. Hörte auch manchmal ein verdächtiges Knacken. Früher habe er auch manchmal Husten und Räuspern gehört, aber niemals Stimmen.

20. 12. Hat nur 4 Stunden geschlafen. Er habe ein unangenehmes, aufregendes Gefühl vom Rücken her. Das sei immer der Fall gewesen, wenn es ihm an Morphin gefehlt habe. Das Gefühl sei so, als wenn ihm langsam die Unterlage weggezogen würde.

23. 12. Klagte gestern wieder über Belästigungen in der Nacht. Er sei mit spitzen Instrumenten von unten gestochen worden. Glaubt, dass sein Sohn dahinter stecke; sonst habe doch niemand etwas gegen ihn.

1. 1. 06. Klagt dann und wann über Belästigungen in der Nacht. Morgens häufig verstimmt wegen ungenügenden Schlafes, Herzbeschwerden und Unruhe während der Nacht.

Auszug aus einem Briefe an die Ehefrau:

Die Spuren der Misshandlungen an seinem Körper, die er während der Nacht erleiden müsste, seien des Morgens, wenn der Arzt komme, wieder ver-

schwunden. Er wisse, dass er verloren sei, zumal er jetzt ganz ausserstande sei, irgend etwas gegen die Verbrecher, welche ihn auf teuflische Weise nach dem Leben trachten oder was noch schlimmer sei, ihn geistig durch Störung des Schlafes zu vernichten suchten, zu unternehmen.

10. 1. Nachts schlecht geschlafen, beklagt sich am Morgen darüber.

11. 1. Klagt wieder über Peinigung, die man ihm nachts verursacht habe, er sei wieder mit glühenden Drähten gebrannt worden. Zu Hause sei es eben so gewesen, da habe er einmal deutlich an der Tür kleine Stifte stecken gesehen und an dem gegenüberliegenden Fenster sei die Glasscheibe mit ganz feinen Löchern durchsetzt gewesen. Durch diese Löcher werden die Drähte hinein gestossen und an den Stiften in der gegenüberliegenden Tür befestigt.

24. 1. Beklagt sich immer noch darüber, dass er gebrannt und gepeinigt werde, man habe ihm die Brille zerbrochen, damit er nichts sehen könne, mache ihm etwas in die Ohren, damit er taub werde. Alles, was ihm angetan werde, ginge von seinem Sohn aus und dessen Helfern, dieser habe ein Detektiv-institut gegen ihn mobil gemacht, um ihm Qual zu bereiten. Es sei alles so raffiniert angestellt, dass er nie dem Arzte einen direkten einwandsfreien Beweis erbringen könnte. Das Ganze habe den Zweck, ihn als geisteskrank vor den Aerzten erscheinen zu lassen, damit er das Selbstverfügungsrecht verliere und damit er vor allem nicht frei testieren könne.

Die Veranlassung zur Aktion des Sohnes sei der Umstand gewesen, dass er ein Testament gemacht habe, wo der Sohn benachteiligt war. Um sich nun am Vater zu rächen und ihn unzurechnungsfähig hinzustellen, habe der Sohn schon seit langer Zeit gegen ihn machiniert. Pat. führt eine Reihe von Beweisen, die für ihn sprechen sollen, an, wie Löcher in der Zimmerdecke zum Zwecke der Beobachtung seiner Person, ebenso Löcher im Fussboden, die eben frisch mit Fensterkitt verschmiert worden sind. Er habe Menschen vor den Fenstern seiner Privatwohnung gesehen, die ihn beobachteten. Auch auf der Fahrt hierher sei er im Eisenbahnabteil von verdächtigen Menschen begleitet worden usw.

11. 2. Klagt immer noch über Belästigungen während des Schlafes, er werde gestochen und gebrannt, man werfe ihm Gegenstände vom Nachttischchen herunter. Seine Morphinlösung trägt er beständig in seiner Jacke mit sich herum. Hält immer noch daran fest, dass er von einem Heer gedungener Menschen gepeinigt werde, der Urheber sei sein Sohn, der ihn auf diese Weise krank erscheinen lassen wolle, damit er das Verfügungsrecht über sein Vermögen nicht mehr habe.

Kürzlich drang der Pat. darauf, dass er wieder seinen alten Wärter bekomme, denn der letzte sei auch bestochen. Er habe ihn kürzlich, während er auf dem Sofa lag, in den Kopf gestochen und ihm noch verschiedenes Andere angetan. Pat. bezieht das Zimmer, welches rechts und links von Patientenzimmern begrenzt ist, in der Hoffnung, dass er dann weniger gepeinigt werden könne, weil von aussen niemand an die Zimmerwände herankommen könnte. Er meint, dass durch die Heizungsöffnung und Ventilationslöcher Drähte geführt werden. Er erzählt von abenteuerlichen Hoteldiebstählen, wo der Dieb

die Zimmerdecke durchbohrte, an einem Drahte chloroformgetränktes Tampons einführte, die Opfer auf diese Weise narkotisierte und dann mit Drähten Uhren, Preziosen usw. einangelte.

Die Anzahl der Hautsensation, d. h. deren Häufigkeit, ist gewiss vermindert im Vergleich zu früher. Während er auf der Höhe seiner Erkrankung nicht auf der Strasse gehen konnte, ohne alle Augenblicks Stiche zu empfinden, die er von den Passanten zugefügt wähnte, geht er jetzt, ohne irgend eine ähnliche Aeusserung zu tun, in Begleitung seiner Frau durch die Strassen.

Unter Veronal 0,2, dann 0,3 schläft er einige Tage gut, meint dann am Morgen, er sei nachts weniger gequält worden und habe deshalb schlafen können. Die Schlafmittel hatten nach seiner Meinung höchstens den Effekt, dass sie ihn das Stechen und Brennen weniger empfinden liessen. Wenn er trotz Veronal nicht schläft, was vorgestern vorkam, sieht er darin den Beweis für seine Auffassung, er sei eben wieder soviel gestochen und gebrannt worden, dass er absolut nicht schlafen konnte.

21. 2. Klagt über ziehende Schmerzen in den Extremitäten, besonders nachts, ohne dieselben mit irgendwelchen Beeinträchtigungen von aussen in Zusammenhang zu bringen. Die Nervenstämme sind fast durchweg druckschmerhaft, ebenso die Muskulatur.

5. 3. Es werden keinerlei Beeinträchtigungsideen geäussert. Auf Befragen gibt er an, es sei gut möglich, dass die verschiedenen Quälereien, denen er ausgesetzt war, ihm tatsächlich, so wie er annahm, zugefügt wurden. Gegenwärtig werde er nicht mehr belästigt. Bei Fragen nach Beeinträchtigungen gibt er immer ausweichende Antworten, man glaube ihm ja ohnedies nicht, sei von jeher anderer Meinung gewesen als er. Es habe eigentlich keinen Zweck über diese Dinge zu sprechen. Das körperliche Befinden ist wechselnd, klagt viel über allgemeine Mattigkeit und Ermüdbarkeit sowie über allgemeine Schmerzen.

28. 3. Seit 8 Tagen kein Morphium mehr, bekommt einfach Ringer'sche Lösung. Fühlt sich subjektiv sehr matt, mit allgemeinen Schmerzen. Das in letzter Zeit verabreichte Morphium zu 0,005 pro Injektion scheint noch spezifische Wirkung gehabt zu haben.

5. 4. Seit 14 Tagen vollkommene Entziehung des Morphiums. Es wurden seither noch immer täglich 2 Injektionen mit Ringer'scher Lösung gemacht. Keine wesentliche Zunahme der Abstinenzerscheinungen. Nur grosse Mattigkeit, geringer Appetit, schlechter Schlaf, zeitweilig Durchfälle.

14. 4. Seit 8 Tagen starke neuralgische Beschwerden, besonders heftig im Gebiete beider Ischiadici, links stärker als rechts. Trotz Antineuralgicis, Thermophor und Opium keine Besserung. Erhält jetzt abends 0,01 Codein, Anodengalvanisation der Ischiadici. Bettruhe. Untersuchung per rectum ergibt nichts Abnormes.

25. 4. Die Ischiasbeschwerden haben erheblich nachgelassen. Pat. steht wieder auf und geht spazieren. Noch besondere Schmerzen in der linken Wade, linke Wade angeschwollen. Zuweilen klagt er auch noch über Schmerzen in anderen Körpergegenden, die aber niemals mehr in paranoischer Weise verarbeitet werden. Wurde von der Psychose geheilt entlassen.

Es handelt sich also um einen von jeher schwächlichen, nervösen Menschen, der seit seinem 30. Lebensjahre ununterbrochen Morphinist war und im Alter von 58 Jahren an einer Paranoia erkrankte, die nach etwa dreijähriger Dauer erst dann zur Heilung kam, als die völlige Morphiumentziehung durchgeführt war. Darf man diese Erkrankung nun wirklich als Morphiumparanoia bezeichnen (?). Ich glaube, das ist trotz des Zusammenfallens der Heilung mit der Giftentziehung nicht zulässig, da doch offenbar nicht nur das Morphin, sondern ausserdem noch die neuropathische Konstitution und das präseneile Alter als ätiologische Faktoren in Betracht kommen. Dann würde sich das Zustandekommen der Psychose am zwanglosesten so erklären, dass man annimmt, dass die neuropathische Veranlagung auch eine paranoische Komponente hatte, welche relativ gering war und jedenfalls durch das Morphin allein nicht zu einer wirklich psychotischen Entfaltung gebracht wurde, sondern erst durch die schliesslich noch hinzukommende Schädigung der Altersveränderungen, der Involution manifest wurde dann aber heilte, nachdem die eine der ursächlichen Noxen, das Morphin, beseitigt war. Auf die interessanten symptomatologischen Einzelheiten des Falles, den eigenartigen Zusammenhang zwischen Sinnestäuschungen und den neuritischen Sensationen sowie ihre paranoische Umdeutung kann hier nicht näher eingegangen werden.

Dieser Fall bildet gewissermassen einen Uebergang zu den später zu besprechenden heilbaren paranoischen Erkrankungen bei psychisch Degenerativen aller Art und zu den senilen Psychosen dieser Art. Ehe diese vorwiegend endogen bedingten Formen geschildert werden, müssen hier im Anschluss an die paranoischen Intoxikationspsychosen noch die Fälle erwähnt werden, wo anderen — nicht im strengen Sinne toxischen — exogenen Schädigungen eine ursächliche Rolle für die Entstehung vorübergehender paranoischer Erkrankungen zugeschrieben werden kann.

### III. Akute paranoische Psychosen bei inneren Erkrankungen usw.

Bezüglich der inneren Erkrankungen können wir uns ganz kurz fassen, denn nach Bonhöffer, dessen Untersuchungen über die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkranknngen und inneren Erkrankungen hier massgebend sind, sind paranoische Zustandsbilder bei diesen Erkrankungen sehr selten; in den wenigen Fällen, wo sie beobachtet wurden, handelte es sich nach Symptomatologie und Verlauf um eine akute Halluzinose. Bonhöffer sah solche akuten resp. subakuten Halluzinosen einmal bei Lungentuberkulose, ausserdem sollen sie gelegentlich bei Variola und bei organischen Herzerkrankungen be-

obachtet sein. Bei urämischen Zuständen scheinen akute paranoische Erkrankungen von halluzinoseähnlichem Charakter auch zuweilen vorzukommen (Bonhöffer), ebenso bei Diabetes mellitus (Teschenmacher, Fr. Liebe), hier aber jedenfalls sehr selten. Fraiken und Grenier de Cardenal haben eine interessante Beobachtung bei einer 48jährigen Frau mitgeteilt, die an einem starken Kropf litt und verschiedene myxödematöse Zeichen darbot; nachdem die allgemeinen myxödematösen psychischen Störungen eine Zeit lang bestanden hatten, trat akut eine Psychose auf mit Größenideen, Halluzinationen, Verfolgungswahn. Nach Schilddrüsenbehandlung verschwand die Psychose und die Frau ist seither gesund und arbeitsfähig geblieben. Derartige Fälle sind aber Seltenheiten und wenn auch nicht bestritten werden soll, dass akute paranoische Psychosen und speziell solche vom Charakter der Halluzinose als exogene psychische Reaktionstypen (Bonhöffer) vorkommen, so ist doch zu bedenken, dass sie ebenso wie manisch-melancholische und hysterische Zustandbilder doch eigentlich nur ausnahmsweise als solche symptomatische Psychosen bei Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Krankheiten vorkommen. Bonhöffer erklärt mehrfach, dass auch endogene Faktoren im einzelnen Fall das symptomatische Zustandsbild färben und abändern, dass man aber ebensowenig wie bei den verschiedenen Formen der Alkoholpsychosen eine Erklärung für die Tatsache habe, warum in dem einen Falle dieser, im anderen jener psychische Reaktionstypus auftrete. Ich glaube, dass man wenigstens für die exquisit endogenen Formen dieser Psychosen, d. h. die paranoischen, manisch-melancholischen, hysterischen doch eine solche Erklärung finden kann, wenn man ganz ähnlich wie das bei den alkoholischen paranoischen Erkrankungen ausgeführt wurde, annimmt, dass es sich um latente paranoische resp. manisch-melancholische oder hysterische Veranlagungen handelt, die unter dem auslösenden Einfluss der betreffenden Infektionskrankheiten zu einer akuten Psychose anwachsen.

Ausser den eben erwähnten Krankheiten müssen noch die organischen Erkrankungen des zentralen Nervensystems berücksichtigt werden. Bei ihnen allen sind nur vereinzelt vorübergehende paranoische Psychosen beobachtet worden, wenn man von den Mitteilungen absieht, in denen neben anderen psychischen Störungen gelegentliche Wahnideen erwähnt werden und nur die Fälle in Betracht zieht, wo bei einer organischen Gehirn- oder Rückenmarkskrankheit eine vorübergehende, scharf umgrenzte Psychose lediglich paranoischen Charakters aufgetreten ist. Derartige Vorkommnisse sollen nach Kräpelin bei Tabes nicht selten sein. Nach Schuster sind sie auch bei Hirntumoren öfter beobachtet, was jedoch von Pfeiffer und Redlich mit Recht bestritten wird.

Jedenfalls sind wirkliche paranoische Psychosen als isolierte Störungen bei den Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen auf Grund des bisherigen Materials als Ausnahmen anzusehen.

Von viel grösserer Wichtigkeit für unser Thema sind die Erkrankungen, die mit der Involution und dem Senium in Zusammenhang stehen. Bekanntlich ist gerade das Rückbildungsalter besonders prädestiniert für die Entstehung von Geisteskrankheiten überhaupt und gerade auch von paranoischen Psychosen. Meistens sind dies chronische Erkrankungen, wie die Involutionsparanoia Kleist's, der präsenile Beeinträchtigungswahn Kräpelin's, ein Teil der von letzterem Paraphrenien genannten Erkrankungen, der manische und depressive Wahnsinn Thalbitzer's und Rehm's und andere. Demgegenüber haben die vorübergehenden, heilbaren paranoischen Psychosen dieses Lebensalters noch wenig Beachtung gefunden. Rehm berichtet dass die Erkrankung, die er als depressiven Wahnsinn abgrenzen will, nicht unter allen Umständen chronisch verläuft und der eine seiner Fälle blieb tatsächlich geheilt. Bonhöffer erwähnt, dass besonders bei Frauen subakute, heilbare Paranoia im präsenilen Alter vorkommt. Zweifellos sind ja die chronischen Psychosen dieser Art im Präsenium die Regel, aber die klinische Erfahrung lehrt doch, dass man vorsichtig sein muss mit der Prognose in solchen Fällen und dass nicht von vornherein eine paranoische Erkrankung im Rückbildungsalter als chronisch bezeichnet werden darf.

Welche Rolle bei der Entstehung dieser Psychosen den Involutionsvorgängen an sich zukommt, lässt sich nicht entscheiden, zumal es keineswegs feststeht, ob die Involution überhaupt eine Schädigung des Organismus bedeutet, ob durch sie allein Stoffwechselgifte produziert werden, ob nur eine langsamere Verarbeitung der Nahrungsstoffe und daher ein geringerer Umsatz stattfindet oder ob der normalerweise stattfindende weitgehende Abbau der Nahrungsstoffe, der ihre Entgiftung und Assimilierbarkeit gewährleistet, in der Involutionszeit in irgend einer Weise gestört ist. Alles das ist zurzeit noch nicht erforscht. Ausser den Involutionsvorgängen muss aber für die Aetiologie aller Psychosen im Rückbildungsalter auch noch die beginnende oder mehr oder weniger fortgeschrittene Arteriosklerose in Rechnung gezogen werden.

Da diese Schädigungen aber ganz allgemein alle Menschen treffen ohne dass, selbst bei dem Hinzukommen aller möglichen Auslösungsursachen, eine Psychose entsteht, muss auch hier wieder die psychotische Disposition als conditio sine qua non angenommen werden. Normale Gehirne ertragen diese Schädlichkeiten, während die entarteten mit Psychose darauf reagieren. Die spezielle Form der Geisteskrankheit

wird natürlich durch die besondere Art der Veranlagung bestimmt. Jedenfalls ist man nicht berechtigt, in diesen Psychosen etwas wesentlich Anderes zu sehen als in den gleichen Erkrankungen in anderen Lebensaltern. Als Beispiel für derartige heilbare paranoische Erkrankungen im Präsenium diene folgender Fall.

8. H. S., 64 Jahre alt, aus K. In der Klinik vom 19. 10. bis 12. 11. 05 und dann wieder vom 27. 11. 05 bis 3. 1. 06.

**Anamnese:** Von Heredität nichts bekannt. Als Kind hat er angeblich Krämpfe gehabt. Vor mehreren Jahren Lungenentzündung. Alkoholmissbrauch und Lues wird bestimmt in Abrede gestellt.

Nach seiner eigenen Angabe ist er seit etwa einem halben Jahr krank, hat seitdem 20 Pfund abgenommen und sich immer satt gefühlt. Seit derselben Zeit Entwicklung der Eifersuchtsideen (von der Frau bestätigt). Er bemerkte zuerst beim Beischlaf, dass die Scheide seiner Frau anders „verhotzelt“ war, folgerte daraus, dass sie mit anderen verkehre. Hatte Verdacht auf einen Gärtner, bei dem die Frau arbeitete. Beziehungswahn aus unbedeutenden Anlässen: wenn die Frau einmal etwas später nach Hause kam, wenn sie zu angeblich ungewöhnlicher Zeit ausging. Im weiteren Verlauf Sensationen, beim Koitus Schmerzen im Glied und Brennen am Leibe, woraus er folgerte, dass seine Frau sich mit einem giftigen Pulver bestreue, das zugleich seine Abmagerung bewirke (fettleibiges Abzehrungspulver), das sich seine Frau auf eine Zeitungsannonce hin habe kommen lassen. Machte seiner Frau immer mehr Vorwürfe, sie musste auf dem Fussboden schlafen. Als er trotzdem das Brennen spürte, schloss er, dass seine Frau das Pulver ins Bett gestreut habe. In den letzten Tagen Bedrohung der Frau, er tobte in der letzten Nacht in der Wohnung herum, warf die brennende Lampe auf die Strasse, bedrohte seine Frau mit dem Revolver. Niemals Bedrohung der vermeintlichen Geliebten seiner Frau.

**Aufnahmefund:** Oertlich und zeitlich genau orientiert. Macht geordnete Angaben über seine Vorgeschichte. Hat deutliches Krankheitsgefühl. Merkfähigkeit gut, ebenso Rechnen, begriffliche Unterschiede bezüglich einfacher Gegenstände gut, Kenntnisse sehr beschränkt.

**Körperbefund:** Kleiner nur mässig kräftiger Mann in reduziertem Ernährungszustande. Innere Organe gesund bis auf Arteriosklerose und pathologischen Herzbefund: systolisches Geräusch über allen Ostien, am lautesten an der Herzspitze, am wenigsten deutlich über der Pulmonalis, zweiter Aortenton klappend, Puls wenig kräftig, etwas schnellend. Urin frei. Deutlicher Tremor der Zunge und der Hände. Körperbefund im übrigen ohne Besonderheiten.

23. 10. Seither ganz geordnetes Verhalten. Keine psychotischen Symptome nachzuweisen. Krankheitseinsicht noch nicht völlig vorhanden. Er behauptet, er denke garnicht mehr an die Eifersuchtsideen, jedenfalls beginnt er daran zu zweifeln.

7. 11. Nachdem er bisher psychisch nichts Auffälliges geboten hatte, auch während einer heftigen Angina sich ganz normal verhalten hatte, ist jetzt völlige Krankheitseinsicht eingetreten. Er erklärt seinen Eifersuchtwahn für Unsinn,

meint, er müsse wohl sehr krank gewesen sein. Er könne nicht begreifen, wie er seine Frau in einem solchen Verdacht gehabthaben könnte. Wird geheilt entlassen.

Zweite Aufnahme: Nach der Entlassung aus der Klinik ging es acht Tage lang ganz gut. Dann sah er eines Abends, wie seine Frau sich mit einem Lappen die Genitalien abwischte. Als er nachher mit ihr zu Bett ging, fühlte er wieder, auch ohne dass ein Koitus stattgefunden hatte, ein Gefühl von Brennen im Penis und starken Urinzwang. Daraufhin tauchten die früheren Wahnideen wieder auf, er glaubte wieder, dass seine Frau mit anderen Männern Verkehr habe und ihn vergifte. Als seine Frau dies in Abrede stellte, wurde er sehr gereizt, beschimpfte und schlug seine Frau. Auch an den folgenden Tagen quälte er seine Frau sehr mit seinen Wahnideen und behandelte sie so schlecht, dass sie sich an die Polizei wenden musste.

Bei der Aufnahme wurde körperlich im wesentlichen derselbe Befund festgestellt wie früher. Auch in psychischer Beziehung fand sich nichts nennenswert Anderes als bei der ersten Aufnahme. Er verhielt sich völlig geordnet, war orientiert, antwortete sinngemäss.

Er hielt daran fest, dass er dadurch, dass seine Frau sich am Unterleib rieb, Urinzwang bekommen habe.

Am 30.11. schrieb er folgenden Brief (sehr unorthographisch) an seine Frau:

Nervenklinik, Halle an der Saale.

Liebe Frau!

Mit weinenden Augen ergreife ich die Feder, Dich zum letzten Male als meine liebe Frau anzureden. Nehme einmal an, wir sind bereits 43 Jahre verheiratet und haben 6 Kinder wohl und gross erzogen, wo wir jetzt unsere Freude daran haben. Da nun der liebe Gott den grossen Sohn zu sich genommen hat, da können wir alle beide nichts dazu, das war sein Wille. Wenn Du Dich bessinnen kannst, wie scharf ich die Kinder gehalten, wenn sie Strafe verdient haben, mussten sie erst die Rute dazu holen, zumal wenn sie den Vater mit Lügen berichtet haben, und Du liebe Frau willst jetzt auftreten von 62 Jahren und willst Deinen Mann mit Lügensagen in die Klinik bringen. Was ich mit meinen Augen gesehen habe, die Herren Doktoren glauben, es wäre ein Schein von mir oder eine Krankheit von mir; es ist keine Krankheit, ich kann Hören, Sehen, Riechen, Schmecken und auch Fühlen und was meine Augen gesehen haben, glaubt mein Herz. Also ich soll vergessen, was Du am Montag vorgenommen hast also mit dem schwarzen Lappen. Glaube Deinem Schwiegersohn nicht, der Dich so aufhetzt und sagt, kommt her liebe Mutter mit eurem Unterröck ins Parade . . . und du Jacob gehst mit deinem schwarzen Lappen in den Kasch. Ich sitze gut, lieber Mann, und sieh, wie Du wieder herauskommst. Bedenke nur, liebe Frau, wie froh ich war, wie ich aus der Klinik kam, ich habe Dir viel erzählt und habe die ganze Schuld auf mich genommen und Dich ermahnt, dass die Schweinerei nicht wieder vorkommen soll wie vorher, denn an mir hat es nicht gefehlt, aber Du hast nur 8 Tage ausgehalten, da ging es schon wieder los und was da vorgefallen ist, dass habe ich den Herren Doktoren erzählt. Bitte gib dein Geständnis ab, dass ich aus der Klinik komme, sonst bist Du meine Frau gewesen, nur eilig.

Dein Mann H. S.

Wenn mich ja ein Kind besuchen sollte, ich schreie, dass die Leute in ganz Halle hören. Den 9. Dezember ist mein Geburtstag, liebe Frau, den feiere aber gut, halte grosses Schlachtfest und lasst es Euch gut schmecken. Eilig Dein Geständnis. Wer mich wieder hierher gebracht hat, kann es vor Gott nicht verantworten.

4. 12. Auf Vorhalt bleibt er dabei: „Was meine Augen gesehen haben, glaubt mein Herz.“ Legt grossen Wert auf jede Kleinigkeit bei dem ihm beschäftigenden Vorgang.

15. 12. Keine Krankheitseinsicht. Will fort, er sei gesund, wolle sich mit seiner Frau wieder vertragen, wolle die alten Sachen vergessen.

27. 12. Beim Besuch seiner Tochter leugnet er alles, er sei immer nett zu seiner Frau gewesen. Verhält sich dauernd ruhig und geordnet. Hält sich für völlig gesund.

Wird geheilt entlassen, ist nicht wieder psychotisch geworden.

Wir haben also einen 64jährigen Mann, der früher nicht psychisch krank war, ohne ersichtliche auslösende Ursache subakut erkrankte, und zwar im wesentlichen an einem Eifersuchtwahn gegenüber seiner Frau. Die Psychose klang in der Klinik ziemlich schnell ab, rezidierte aber nach 8 Tagen zu Hause wieder und kam nach einem zweiten etwas längeren Klinikaufenthalt zur definitiven Heilung.

Der Eifersuchtwahn mit seinen Folgeerscheinungen ist die typische Form dieser heilbaren Paranoia der Involutionszeit ganz ähnlich wie das auch für die chronischen paranoischen Erkrankungen dieses Alters bekannt ist. Es ist wahrscheinlich, dass das mit dem Sinken der Potenz zusammenhängt, wie es für den alkoholischen Eifersuchtwahn angenommen wird. Die chronischen paranoischen Erkrankungen in der Involutionszeit sollen nach den Autoren (Kräpelin, Kleist) in ganz überwiegender Mehrzahl bei Frauen vorkommen und auch von den heilbaren akuten bzw. subakuten paranoischen Psychosen dieses Alters ist das behauptet worden (Bonhöffer). Nach unseren Beobachtungen in der Klinik in Halle können wir keine so besonders hervortretende Bevorzugung des weiblichen Geschlechts konstatieren.

Der folgende Fall zeigt, dass auch im eigentlichen Greisenalter vorübergehende paranoische Psychosen auftreten, die natürlich immer etwas anders gefärbt sind, einen mehr oder weniger senilen Beigeschmack haben, aber doch sich deutlich als zirkumskripte Psychosen von den sonstigen senilen psychischen Veränderungen abheben. Ich meine hier nicht die Fälle von ausgeprägter seniler Demenz, die vorübergehend bald diese, bald jene Wahnideen produzieren, sondern solche Personen, die zwar senil in ihrem ganzen Wesen, aber nicht chronisch psychotisch sind.

9. H. Sch., 71 Jahre alt, Hospitalit, früher Kaufmann, aus H. In der Klinik vom 2. 3. bis 7. 5. 08.

**Anamnese:** Von Heredität nichts Sichereres bekannt. Pat. wird aus dem hiesigen Hospital der Klinik zugeführt mit kurzem Arztbericht, aus dem hervorgeht, dass er an Verfolgungswahn und Sinnestäuschungen (Gesichts- und Gehörshalluzinationen) leide.

**Befund bei der Aufnahme:** Pat. befand sich bei der Aufnahme in deutlich gehobener Stimmung, spricht viel und lebhaft, ist nach kurzer Zeit bereits mit allen Patienten des Saales bekannt, führt das grosse Wort. Sehr selbstbewusst, erzählt sofort von dem grossen Geschäft, „eine eingetragene Handelsfirma“, welches er früher gehabt habe. Bei ihm haben früher nur Studenten und feine Leute gekauft, er habe jetzt noch etwa 5000 Mark austehen. Auch ein Patient, der vor kurzem hier entlassen sei, sei noch sein Schuldner. Wenn die Leute wüssten, wie es ihm ginge, würden sie ihm sofort beispringen.

Eine zusammenhängende Unterhaltung ist sehr erschwert, weil Pat. immer wieder zu Nebensächlichkeiten abschweift. Zeitlich und örtlich völlig orientiert. Er sei ganz gesund. Der Grund seiner Zuführung sei der, dass er Herrn Dr. Sch. beleidigt habe, indem er ihm erklärte, er wolle sich von einem anderen Arzt behandeln lassen, daraufhin habe Herr Dr. Sch. ein Zeugnis gegen ihn ausgestellt. Zum Teil sei auch an seiner Aufnahme der Umstand schuld, dass er öfter mit seinem Inspektor Differenzen gehabt habe. Mit seinem Zimmergenossen im Hospital habe er sich nicht vertragen. Er sei Raucher und der Andere Schnupfer, zwei derartige Menschen vertrügen sich nicht. Obwohl derselbe bereits 78 Jahre alt sei, verkehre er mit einer Dame, was dabei geschehe, könne man sich doch denken. Derselbe käme immer erst um 12 oder 1 Uhr nach Hause und mache dann Tür und Fenster auf, um den Tabakrauch hinaus zu lassen. Nun sei er aber gegen Zugwind sehr empfindlich und daher habe es oft Zank gegeben. Aus verschiedenen Begebenheiten müsse er schliessen, dass der Zimmergenosse einen Nachschlüssel für seinen Schrank haben müsse. Um den Menschen los zu werden, habe er daher an den Rat der Stadt ein Gesuch gerichtet, ohne indessen eine Antwort zu erhalten.

**Körperbefund:** Pat. ist für sein Alter noch sehr gut erhalten und frisch aussehend. Pupillen eng, gleich, prompte Reaktion. Linker Facialis ein wenig schwächer. Zunge weicht etwas nach rechts ab. Deutlicher Tremor der vorgestreckten Finger. Achillessehnenreflexe auch im Knieen nicht auslösbar.

4. 3. Sehr lebhaft gehobene Stimmung, spricht sehr viel, zahlreiche Wünsche. Hat im Bett ein Halstuch um seinen Kopf gebunden, weil er gegen Zugwind so empfindlich sei. Schläft angeblich sehr gut.

6. 3. Bisher keinen Erregungszustand. Schläft gut. Stets sehr lebhaftes, selbstbewusstes Wesen. Schimpft, sobald die Sprache auf seinen Stubenkollegen gebracht wird. Er sei nur hergekommen, weil Dr. Sch. mit dem Inspektor unter einer Decke stecke. Dr. Sch. sei doch in einem gewissen Sinne von dem Inspektor abhängig.

10. 3. An seinen Beeinträchtigungsiden betreffs des Inspektors und seines Stubengenossen hält er fest. Im übrigen nicht mehr so lebhaft und wortreich wie anfangs.

16. 3. Unverändert. Halluzinationen bisher nicht beobachtet. Schläft gut ohne Mittel.

26. 4. Ganz unverändert. Drängt auf Entlassung, schreibt Briefe an den Oberbürgermeister, will sich beschweren über Freiheitsberaubung, ist aber sonst immer ganz umgänglich. Bringt manchmal querulierende Aeusserungen über verschiedene Personen vor, mit denen er früher geschäftlich zu tun hatte.

6. 5. Drängt stets nach Hause, ist ganz geordnet. Auch die paranoischen Ideen werden nicht mehr produziert. Gibt an, dass er vollkommen zufrieden sei, auch wenn er von des Bruders Vermögen garnichts bekäme. Er möchte wieder ins Hospital zurück. Wenn das nicht gehe, könne er auch in der Stadt wohnen. Hat Krankheitseinsicht dafür, dass er unberechtigte Vorwürfe erhoben habe.

#### 7. 5. Geheilt entlassen.

Also bei einem sonst psychisch gesunden Greise im Anschluss an einen Konflikt ein subakuter Verfolgungswahn, der nach einigen Monaten heilte.

In der Literatur sind derartige Fälle selten erwähnt, da sie offenbar auch nicht häufig sind. An ihrem Vorkommen kann aber nicht gezweifelt werden. Eine Mitteilung von Hübner gibt die Krankengeschichte eines solchen Falles. Spielmeyer erwähnt auch das Vorkommen solcher Fälle. Bei diesen Erkrankungen handelt es sich meist um einen Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, seltener um einen Eifersuchtwahn. Ausgeschlossen ist aber ein solcher auch bei ganz alten Greisen nicht. Ob das Senium bei diesen Erkrankungen den wesentlichsten Faktor darstellt, lässt sich nicht sagen. Döblin ist der Ansicht, dass das Senium zwar eigenartige Bedingungen für die Entstehung und Exazerbation psychischer Prozesse bildet, dass er aber niemals das ätiologische Hauptmoment ist. Ich glaube, dass die Verhältnisse hier auch ganz ähnlich zu beurteilen sind, wie das bei den gleichen Erkrankungen im Präsenium versucht wurde.

Bei den bisher erörterten Formen akuter paranoischer Erkrankungen konnten exogene Schädigungen des Gehirns, wenigstens teilweise als ätiologische Faktoren angenommen oder doch als auslösende Ursache in Betracht gezogen werden und es wurde nachzuweisen versucht, dass diese exogenen Momente höchstens für das Entstehen einer Psychose überhaupt, nicht aber für die besondere paranoische Art derselben verantwortlich gemacht werden können. Es sei hier noch besonders hervorgehoben, dass unter den erwähnten exogenen Schädigungen solche verstanden wurden, die in den Körper eingeführt (Gifte), oder in ihm

entstanden (Tumoren, Arteriosklerose, senile Veränderungen), für das Gehirn fremdartig oder giftig sind oder irgendwie seine Funktion schädigen. Ferner ist zu bemerken, dass rein psychische exogene Schädlichkeiten in den bisher betrachteten Fällen keine wesentliche Rolle spielten.

#### IV. Akute paranoische Psychosen bei Degenerierten.

In einem gewissen Gegensatz zu den bisher erörterten Formen stehen die jetzt zu behandelnden akuten paranoischen Erkrankungen insofern als bei ihnen einer äusseren Schädlichkeit keinerlei nachweisbare ursächliche Bedeutung zuzukommen scheint, wo wir aber, abgesehen von der Psychose selbst Zeichen psychischer Abartung feststellen können. Diese psychische Degeneration in jeder Form ist das eigentliche Feld, auf dem akute, heilbare Psychosen paranoischen Charakters von kürzerer oder längerer Dauer entstehen. Zunächst kommen da die paranoischen Erkrankungen in Betracht, die auf dem Boden der epileptischen und hysterischen Konstitution erwachsen, weiterhin die bei Schwachsinn jeder Art beobachteten. Alle diese Formen können als Degenerationspsychosen im weitesten Sinne aufgefasst werden.

##### a) Epileptiker.

Bei Epileptikern sind diese paranoischen Erkrankungen selten, wenigstens in dem Sinne, wie sie hier gemeint sind, das heisst, dass bei sonst nicht psychotischen Epileptikern gelegentlich eine vorübergehende, eng umschriebene, rein paranoische Psychose auftritt. In der Literatur sind einige Fälle von Paranoia bei Epileptikern mitgeteilt und verschieden gedeutet worden. Tamburini berichtet über einen Epileptiker, bei dem eine chronische Paranoia auftrat; er hielt eine Kombination zweier Psychosen für vorliegend im Sinne Gaupps, indem zu einer kongenitalen Psychose eine erworbene hinzutritt. Ein von Selig mitgeteilter Fall ist ganz ähnlich und wird vom Autor auch als Kombination von Epilepsie und Paranoia gedeutet. Meeus bespricht im Anschluss an zwei Fälle, in denen bei Epileptikern später eine echte Paranoia auftrat, die Annahme Ziehen's, dass die Wahnideen in solchen Fällen als Ueberbleibsel von Wahrnehmungen in den epileptischen Dämmerzuständen erklärt werden könnten, und die Theorie von Buchholz, nach der sich in dem durch Epilepsie geschädigten Gehirn leichter eine andere Psychose entwickeln könne. Beide Erklärungen lehnt er ab, da schon das relativ seltene Vorkommen von Epilepsie und Paranoia dagegen spreche. Auch Magnan's Ansicht, dass es sich um Vererbung zweier verschiedener Krankheiten handle, stimmt er nicht zu, da in den

beiden mitgeteilten Fällen nichts von Heredität nachgewiesen werden konnte. Er kommt schliesslich zu dem Resultat, dass ebenso wie ein Gesunder eine Paranoia bekommen könnte, auch ein Epileptiker davon befallen würde, es handele sich also um ein zufälliges Zusammentreffen zweier Psychosen.

Die 4 von Hollos berichteten Fälle sind sehr verschiedenartiger Natur; zwei Kranke sind Paranoiker mit epileptischen Symptomen, der dritte war jahrelang Epileptiker, dann hörten im 50 ten Lebensjahre die Anfälle auf und es entwickelte sich ein chronischer Verfolgungswahn. Bei dem vierten Kranken, einem genuinen Epileptiker, bestanden gleichzeitig Verfolgungswahn und epileptische Erscheinungen. Hollos meint, dass das Zusammenvorkommen von epileptischen und paranoischen Symptomen für einen gemeinsamen Ursprung dieser beiden Erkrankungen spreche und nimmt an, dass die gemeinsame anatomische Grundlage in einer Abnahme der nervösen Substanz im Gehirn und einer Wucherung des interstitiellen Gewebes bestehe, woraus eine Einengung der geistigen Funktionen und eine Verminderung der Assoziationen resultiere. Als Beweis führt er die Paralyse an, wo die nervöse Substanz schwinde und paranoische und epileptische Erscheinungen vorkämen.

Alle diese Erklärungen haben wenig Befriedigendes, sie beziehen sich vorwiegend auf chronische paranoische Zustände, die akuten Psychosen dieser Art sind in der Literatur kaum berücksichtigt. Daher sei ein Beispiel kurz mitgeteilt: Ein 19 jähriger Mann, aus gesunder Familie stammend, wurde vom Militär wegen epileptischer Absenzen entlassen. Zu Hause zeigte er sich leicht reizbar, neigte zu Zornausbrüchen gegen seine Angehörigen, sobald er nicht seinen Willen durchsetzen konnte; keine Dämmerzustände; auch in den Wutanfällen bei vollem Bewusstsein. Er wurde wegen eines solchen Wutanfalles in die Klinik eingeliefert, wo er zunächst ganz ruhig war, einen völlig gesunden Eindruck machte. Etwa nach 3 Wochen wurde er plötzlich sehr deprimiert, wollte sich erhängen, gab als Grund an, er habe Stimmen gehört, die ihm zuriefen, er solle nach Hause kommen, seine Braut habe in den letzten Nächten an seinem Bette gestanden und ihm das zugerufen, seinen Onkel habe er am Tage an der Mauer stehen sehen, er glaube, dass seine Braut, vielleicht auch seine Eltern gestorben seien. An der Realität der Sinnestäuschungen und der Wahnideen hielt er etwa 5 Tage lang fest, dann wurde er zweifelhaft, hielt es für Traum, glaubte aber noch den Onkel wirklich mehrmals gesehen zu haben. Nach einigen weiteren Tagen trat volle Krankheitseinsicht ein.

Wir haben hier also einen einmaligen halluzinoseähnlichen paranoischen Zustand von etwa 8 bis 10 tägiger Dauer bei einem genuinen

Epileptiker, der sonst frei von psychotischen Symptomen war. Zu den sogenannten epileptischen Psychosen kann man derartige Ereignisse nicht rechnen. Aus der epileptischen Anlage allein lassen sie sich nicht erklären, schon ihre relative Seltenheit spricht dagegen. Die oben erwähnten verschiedenen Theorien, die für das Zusammenvorkommen chronischer paranoischer Erkrankungen mit Epilepsie aufgestellt sind, können hier auch nicht aushelfen. Am einleuchtendsten erscheint auch hier wieder die Annahme, dass diejenigen Epileptiker, die unter gewissen — noch nicht näher bekannten — Umständen paranoisch erkranken, neben ihrer epileptischen Konstitution noch eine paranoische Degenerationskomponente haben, die ausschlaggebend für die Form der Psychose ist.

### b) Hysterische.

Viel häufiger als bei der Epilepsie finden sich vorübergehende paranoische Psychosen auf dem Boden der Hysterie. Sie pflegen hier meist nicht so scharf sich von dem hysterischen Grundleiden abzuheben, sind oft stark mit hysterischen Zügen durchtränkt, zeigen im Ganzen ein durch das hysterische Gepräge etwas abgeändertes Bild, aber die Psychose ist doch als solche deutlich zu erkennen und in den ansgeprägten Fällen, wo sie das einzige wirklich psychotische Geschehen bei einem konstitutionell hysterischen, aber sonst nicht psychotischen Individuum darstellt, imponiert sie durchaus als eigenartige, selbständige, heilbare Geisteskrankheit. Immerhin muss hervorgehoben werden, dass gerade die hysterische Konstitution an sich eine unverkennbare Verwandtschaft mit der paranoischen Degeneration besitzt und viel mehr als andere Degenerationsformen aus sich selbst heraus zu Wahnbildungen aller Art neigt. Bonhöffer meint, dass das vorwiegend seinen Grund hat in der von ihm sogenannten „Labilität des Persönlichkeitsbewusstseins der Hysteriker.“ Birnbaum hat die „Labilität des psychischen Gleichgewichtes“ als einen allgemeinen degenerativen Faktor bezeichnet und sie verantwortlich gemacht für die bei den Wahnbildungen der Degenerierten beobachtete grosse Abhängigkeit des Verlaufs dieser Psychosen von äusseren Momenten. Da er dieses Verhalten auch bei den hysterischen Wahnbildungen findet und da überhaupt ganz die gleichen paranoischen Psychosen sowohl bei Degenerativen ohne hysterische Kennzeichen wie bei Hysterikern vorkommen, hält er die Unterordnung der hysterischen Wahnformen unter die grösere, umfassendere Gruppe der degenerativen Wahnbildungen für gerechtfertigt. Er betont übrigens wiederholt und ausdrücklich, dass alle diese Zustände mit der Paranoia — d. h. der Paranoia Kräpelin's — nichts zu tun haben, er nennt sie deshalb auch nicht paranoisch, sondern spricht nur von Wahnspsychosen der Degene-

rativen, Psychosen mit Wahnbildung, wahnhaften Einbildungen, hysterischen Wahnformen. Auf die Ausführungen Birnbaum's wird später noch zurückzukommen sein.

Der folgende Fall soll als Beispiel einer akuten Paranoia auf hysterischer Basis dienen.

**10.** R. F., geb. S., 26 Jahre alt, Näherin, Buchdruckersfrau aus H. In der Klinik vom 5. 2. bis 18. 3. 06.

**Anamnese:** Heredität ohne Besonderheiten. Eltern und Geschwister gesund. Sie selbst ist früher nie ernstlich krank gewesen, hat in der Schule gut gelernt, hatte aber nicht viel Zeit zum Lernen, da sie ihren Eltern bei der Arbeit (Viktualiengeschäft) helfen musste. Nach der Schulzeit Ueberanstrengung durch Nähen, strenge Erziehung. Sie musste lange Zeit für die Eltern mit sorgen. Dann seit 1901 glückliche Ehe. Erste Menstruation mit 13 Jahren. Geburt des ersten Kindes 1903, sehr schwer, mit ärztlicher Hilfe, das Kind starb bei der Geburt. Zweite Geburt Juni 1905, verlief normal.

**Jetzige Krankheit:** Sie soll früher nie ernstlich krank gewesen sein, war aber angeblich schon vor der Ehe etwas nervös. Nach der schweren Geburt des ersten Kindes wurde das schlimmer. Das zweite Kind hat sie sehr lange gestillt (Juni 1905 bis Ende Januar 1906). Da sie während der Kindessäugung nervös wurde, hat sie das Kind 4 Wochen vor der Aufnahme entwöhnt, (Angabe des Ehemannes). Etwa gleichzeitig mit dem Aufhören des Stillens soll die jetzige Geisteskrankheit entstanden sein. Das erste auffällige Symptom bestand in einem Brief, den sie etwa 4 Wochen vor der Aufnahme an ihren in Berlin beschäftigten Ehemann schrieb, und aus dessen etwas konfusem Inhalt hervorging, dass sie glaubte, ihr Mann habe sie und ihr Kind an einen Herrn W. verkauft. Ihren hiesigen Angehörigen fiel damals noch nichts auf. Der Ehemann liess sie nach Berlin kommen, wo sie ihm erzählte, sie habe gehört, er wolle sich von ihr scheiden lassen, er habe Weihnachten mit Herrn W. gesprochen und sie und das Kind verkauft, sie sei auch bei den Eltern des Herrn W. gewesen und habe sich nach der Sache erkundigt. Der Ehemann kennt weder Herrn W. noch dessen Eltern. Es gelang dem Ehemann angeblich, sie völlig zu beruhigen, doch drang er darauf, dass sie sich in H. in ärztliche Behandlung begab. Der Arzt erklärte sie aber bald wieder für völlig gesund, auch die Angehörigen fanden nichts Krankhaftes mehr an ihr. Zwei Tage vor der Aufnahme äusserte sie Verfolgungs ideen, glaubte, dass Bekannte sie umbringen wollten, um sich das ihr zustehende Vermögen ihrer Verwandten anzueignen. Auch die Geschichte mit Herrn W. brachte sie wieder vor. Sie liess sich diesmal auch nicht von ihrem Mann ihre Wahnideen ausreden, sondern blieb dabei, dass alles Wahrheit sei.

**Befund bei der Aufnahme:** Körperbefund ohne Besonderheiten. Sie sieht gesund und kräftig aus, keine hysterischen Zeichen.

Keine Intelligenzstörung, Stimmung indifferent. Ruhiges und geordnetes Verhalten. Pat. gibt an, ganz ruhig zu sein und sich wegen Verfolgungen

keine Gedanken zu machen. Sie gibt an, bei ihren Schwiegereltern habe sie erzählen hören, es habe einer seine Frau verkauft. Nachher habe sie gedacht, es sei ihr Mann, der seine Frau verkauft habe. Der Schwager habe mal gesagt, „wenn Dich der Schuh drückt, dann zieh ihn doch aus“ und sie bedeutungsvoll angesehen.

In den ersten Tagen des Klinikaufenthaltes konnte nichts wesentlich Krankhaftes festgestellt werden, ausser dem Festhalten an den erwähnten Wahnideen. Sie klagte zeitweise über Sausen oder Zirpen im Kopf, wie von einer Drahtspirale. Der Schlaf, der während der letzten 3 Wochen zu Hause schlecht war, ist in der Klinik gut.

14. 2. Die Stimmung wechselt sehr. Pat. war beim Besuch ihres Mannes sehr munter, nachdem sie am Tage vorher unter Jammern und Klagen gebeichtet hatte, sie habe in Berlin bei Aschinger den Kaiser gesehen und ihn nicht so angeredet, wie es sich gehöre und ihn dadurch beleidigt. Pat. bat den Arzt, doch an den Kaiser zu schreiben und ihn um Verzeihung zu bitten. Pat. erzählt später auch, der Kaiser und seine Frau sei hier in H. in der Ulrichstrasse gewesen, um sie zu beschützen gegen die Leute, die das ihr erblich zustehende Geld haben wollten. Es sind immer nur die drei Ideen, die sie vorbringt: das Verkaufstwerden, das Beraubt- und Betrogenwerden und die Beleidigung des Kaisers. Pat. betont auf Versuch, sie zu korrigieren, immer wieder, dass alles wahr sei. Keine Krankheitseinsicht. Sie will selbst zum Kaiser nach Berlin, bittet deshalb täglich um Entlassung.

16. 2. Pat. hat gestern im Flur eine Patientin gesehen und später erzählt, sie habe die Kaiserin im Flur gesehen, sie bittet, heute mit der Oberin zur oberen Villa gehen zu dürfen, um die Kaiserin zu besuchen. Auf Vorhalt, dass die Kaiserin in Berlin sei, meint sie, nein, sie sei hierher gekommen, um sie zu beschützen, dann aber, sie könne ja auch nach Berlin fahren, um sie um Verzeihung zu bitten. Sie sagt, die Kaiserin habe einmal gesagt, sie gehöre eigentlich zur Familie, sie habe so etwas Fürstliches an sich. Sie schreibt einen Brief an den Kaiser.

19. 2. Pat. behauptet heute, sie sei in Berlin mit den Kaiserlichen Prinzen bei den Stettiner Sängern gewesen; der Kronprinz, der vielleicht nicht gewusst habe, dass sie verheiratet sei, habe ihr zugeredet, sie solle doch dem Prinzen Eitel Friedrich zu Willen sein. Sie will den Kaiser antelefonieren, da er nicht auf ihren Brief geantwortet habe.

21. 2. Klinische Vorstellung: Pat. bezeichnet sich als gesund und kommt gleich auf ihre Wahnideen zu sprechen, erzählt, dass bei Aschinger in Berlin der Kaiser und die Prinzen mit ihr am Tisch gesessen hätten, sie habe den Prinzen Eitel „Herr Leutnant“ genannt und müsse darum um Verzeihung bitten. Sie verneint, Stimmen gehört zu haben, gibt dagegen an, aus Gebärden der Leute gesehen zu haben, dass man etwas gegen sie habe. Auf Vorhalt ihrer Ideen sagt sie, sie komme immer mehr zur Gewissheit, dass alles wahr sei mit der Kaiserin, sie denkt, die Wärterinnen seien vom Kaiser beauftragt, über sie zu wachen. Sie seien so auffallend freundlich zu ihr, sie habe keinen

Mann mehr, ihr Mann habe eine Frau H. geheiratet. Eine Wärterin habe davon gesprochen, dass sie auf einer Hochzeit in Ballenstedt gewesen sei, da habe sie gleich gedacht, dass sei die Hochzeit ihres Mannes mit einer Anderen gewesen.

22. 2. Nachdem die Pat. vorgestern noch auf die Frage nach fürstlicher Herkunft oder Verwandtschaft nichts zu sagen wusste, rückte sie heute damit heraus, ihre Schwiegermutter habe nicht einmal, sondern mehrere Male gesagt: „Wenn du eine Prinzessin bist, dann musst du einen Prinzen heiraten“. Das habe sie gesagt, wenn sie einen unerfüllbaren Wunsch ausgesprochen habe. Pat. glaubt aber doch, die Schwiegermutter habe etwas gewusst. Nach eindringlichen Fragen kommt Pat. damit heraus, sie glaube ganz sicher, dass sie fürstlicher Abkunft sei und von ihren Eltern nur angenommen sei, mit ihrem Mann sei es gerade so, der sei auch fürstlicher Abkunft und nur von seinen Eltern angenommen. Es habe ihr mal jemand gesagt: „Wenn Sie wüssten, wer Ihr Mann ist“. Auf die Frage: „Wie denken Sie über Ihre Zukunft?“, meint Pat., der Kaiser werde ihr wegen der Beleidigung schon verzeihen und werde sie und ihren Mann dann schon „in ihre alten Rechte wieder einsetzen“, sonst würde sie der Kaiser nicht so beschützen. Wogegen? „Gegen die Leute, die sich mein Geld aneignen wollen“. Viel Geld? „Ja, ich denke“. Wo? „In Halle oder in Aschersleben, ich habe mal was gehört vom Grafen Douglas, der Verwandte in Amerika habe“. Verwandt mit Graf Douglas? „Das weiss ich nicht sicher, ich denke es, aber Beweise habe ich nicht, habe aber gehört, dass die Verwandten von Graf Douglas Schulze heißen, und ich bin doch so genannt worden“. Wie? „Luise Rosalie Schulze“. Richtiger Name? „Nein, mein richtiger Name nicht“. Wie ist der richtige? „Das weiss ich nicht“. Was vermuten Sie? „Ich vermute, wir sind mit dem Kaiser verwandt, vielleicht bloss fern verwandt“. Woher wissen Sie das? „Ich habe nur den einen Anhaltspunkt, dass der Kronprinz sagte, wenn Sie meinem Bruder zu Willen sind, dann ist alles gut. Denn das hätte er doch nicht gesagt, wenn ich nicht fürstlicher Abkunft wäre“. Wo war das? „Bei den Stettiner Sängern“.

24. 2. Pat. erinnert sich heute, dass Prinz Eitel (ein Patient nach Angabe der Wärterin) im Garten gesungen habe: „Es war im Böhmerwald, wo meine Wiege stand“. Damit habe er ihr eine Andeutung machen wollen, dass sie im Böhmerwald geboren sei. Auch heute sei vom Leierkastenmann das Lied vom Böhmerwald gespielt worden (von der Wärterin bestätigt), das sei eine Bestätigung, dass sie im Böhmerwald geboren sei. Pat. gibt an, der Kaiser sei in der Villa, weil es sie immer hinüberziehe.

27. 2. In den letzten Tagen hat sie davon gesprochen, dass sie mit Napoleon verwandt sei. Die Kaiserin Eugenie von Frankreich sei ihre Mutter, sie müsse nach Frankreich und werde wohl bald auf den Thron kommen. Es sei ihr immer mehr zur Gewissheit geworden, dass alles wirklich wahr sei. Jetzt habe sie mehr Ruhe und könne sich alles besser klar machen. Als Grund für ihre Ideen gibt sie an, dass sie sich immer fremd in ihrer Familie gefühlt habe. Sie schreibt auf Verlangen des Arztes folgenden Lebenslauf.

Halle, Königl. Nervenklinik, 27. 2.

## Meine Erlebnisse und Erinnerungen!

Schon als Kind fühlte ich mich immer so niedergedrückt, als gehörte ich nicht zur Familie, die mich gross gezogen hat, als war ich zu etwas Höherem geboren. Von meinen Mitschülerinnen wurde ich nicht verstanden. Nach allem Schönen und Edlem strebte mein Sinn. Doch nie konnt ich's erreichen, alles blieb für mich nur Wunsch. Nach meiner Confirmation besuchte uns ein Herr, der sprach diese Worte zu mir (ganz genau vermag ich die Worte nicht wieder zu geben), also ungefähr: „Du mein Kind bist von deinen Eltern fortgenommen, du bist eine Königstochter. Dein Grossvater oder Urgrossvater hat sich an uns Hohenzollern furchtbar schwer vergangen. Er hat unsre edle Königin Luise furchtbar beleidigt und Königin Luise von Preussen war ein reiner Engel. So ein reiner Engel sollst du auch werden. Du sollst hungrern und frieren, von allen überall das fünfte Rad am Wagen, aber rein sollst du bleiben, und doch sollst du deinen eigenen Bruder heiraten, willst du das? Darauf antwortete ich: „nein, das tue ich niemals.“ Der Herr sagte, und du tust es doch, gute Menschen warnen dich, aber du hörst nicht darauf und weisst auch nicht, dass es dein Bruder ist. Das ist der Fluch, der auf dir lastet. Du wirst dich niemals wohl fühlen in deiner Umgebung, du kannst nicht fröhlich sein mit den Gemeinen, denn du bist zu etwas Höherem geboren. Wenn du diese Worte noch weisst an deinem 25. Jahre, dann wirst du Frankreichs Thron besteigen und wirst meine liebe Schwiegertochter werden. Deutschland und Frankreich wird eins. Liebes Kind, du hast einen schweren Weg vor dir, aber wir wollen für dich beten, dass du gesund bleibst und die schweren Stunden schadlos an dir vorübergehen. Dein Geburtstag ist mein Hochzeitstag, aber du feierst einen anderen Geburtstag. Als ich den Herrn darauf aufmerksam machte, dass er „Du“ zu mir sagt, sprach er: „Ich bin dein deutscher Kaiser, Deutschlands Hohenzoller, habe Euch auseinander gerissen und will Euch auch wieder zusammenführen.“ Dieser Fluch ist in Erfüllung gegangen, ich habe schwere Stunden durchgemacht. Als ich noch nicht 14 Jahre alt war, musste ich an der Nähmaschine tüchtig nähen. Alles, was ich verdiente, musste ich abgeben, immer und immer war nichts für mich da. Ja, es fehlte oft das Nötigste. Als die Not am grössten war, lernte ich meinen Mann kennen und heiratete ihn. Vorher aber, ehe ich heiratete, traf ich mal abends, als ich Arbeit ab lieferte, eine Dame, die sprach zu mir, sie sei meine Mutter, ein hartes Geschick habe uns auseinandergerissen, „du darfst nicht bei uns sein.“ Bei dieser Dame war noch ein Herr, die Dame sagte, ob sie mich blos einmal küssen dürfte, aber der Herr wollte nicht, ich glaube nachher sagte der Herr, ich sollte meine Mutter küssen, aber ich konnte es nicht, konnte es nicht fassen, dass meine Mutter da war. Heute tut es mir bitter weh, dass ich damals meine liebe Mutter nicht geküsst habe. Dann wieder als ich Arbeit wegtrug, traf ich in der grossen Ulrichssrasse Ihre Kaiserlichen Majestäten und Ihre Kronprinzliche Hoheit. Da sagten mir Ihre Kaiserlichen Majestäten von der Gefahr, die mir drohte und sagten: „Wir wollen beten für Sie, dass sie der liebe Gott behüte.“

Ich habe Seine Kaiserliche und Ihre Kaiserliche Majestät und seine Kronprinzliche Hoheit beleidigt. Und Ihre Kronprinzliche Hoheit habe ich auch beleidigt. Ich konnte es gar nicht fassen. Dann habe ich im Geschäft bei Herrn Michel von der Verkäuferin gehört. Einmal war ein Herr bei Michel im Geschäft, der nannte mich seine Schwester und sagte, wir wären deutsche Franzosen, ich hätte ein schweres Verbrechen begangen, ich hätte meinen Bruder geheiratet. Unsere Ahnen hätten Deutschlands Hohenzollern schwer beleidigt. Er wollte jetzt selbst zum Kaiser und um Verzeihung bitten. Er habe aber eine so grosse Sehnsucht nach mir gehabt. Aber auch das verstand ich nicht. Dieser Herr, mein Bruder, sagte auch noch, er sei Arzt der Medizin. Er wollte aber jetzt in einer Nervenklinik lernen, um mich gesund zu machen. Dies schöne Werk ist ihm gelungen. Ich fühle mich jetzt gesund. Ich wage mich nicht, ihm zu danken, denn ich bin so einen guten Bruder nicht wert. Auch Herr Oskar Wünsche hat mir manches gesagt, dass unser Kaiserpaar nach Giebichenstein kommt zu Pastor Melzers. Ich ging auch hin, um für meine Schuld zu büßen. Ich sah keinen Soldat vor der Tür stehen, dann dachte ich, es wäre nicht wahr. Heute aber weiss ich, dass es doch Wahrheit gewesen ist, dann ging ich nach Hause und musste so bitterlich weinen. Aussprechen konnte ich mich nicht, so wie ich eine Silbe sprach, sagte meine Pflegemutter zu mir: „Du bist krank, das ist alles nicht wahr.“ Ich konnte weder essen noch trinken und nichts tun, wo ich sass, blieb ich sitzen und musste immer denken oder weinen. Dann liess meine Mutter meinen Mann holen, der ging mit mir nach Dr. H., darauf hierher in die Nervenklinik. Hier bekam mir die Ruhe sehr gut. Nach ungefähr 8 Tagen sprach ich mit Herrn Dr. Ha. darüber, es war mir aber immer noch nicht klar, ob das alles Wahrheit ist. Aber heute weiss ich es. Eines Abends sagte Herr Dr. Ha.: „Wissen Sie noch, ob Sie das richtige Kind Ihrer Eltern, die Sie gross gezogen haben, sind?“ Ich war ganz erstaunt. Diese Frage ging mir durch und durch, mit jedem Tage kamen dann mehr Zweifel, dass ich nicht das richtige Kind derer bin, die mich gross gezogen. Seit 3 Tagen glaube ich in Dr. Ha. meinen Bruder zu sehen. Heute weiss ich gewiss, dass ich die Tochter der Exkönigin Eugenie von Frankreich bin, dass Dr. Ha. mein Bruder, mein — früherer Mann mein Bruder ist. Prinz Eitel Friedrichs Braut soll ich werden, und würde es auch gern, wenn ich es wert wäre. Aber das bin ich nicht wert. Ich nähme am liebsten mein Kind und ging in ein anderes Land, nicht nach Frankreich, denn meine Schande ist so gross. Ich habe nicht mehr menschlich gehandelt und möchte auf alles verzichten. Ich fühle mich ja unschuldig, aber die Sünde ist zu gross, als dass sie mir vergeben werden könnte. Doch denke ich oft, mir ist verziehen, denn sonst beschützte mich doch unser Kaiser nicht. Ich fühle, dass ich unter Kaiserlichem Schutz stehe. Mir wurden von Herrn Wünsche Zeichen gesagt. Wenn ich ein Weihnachtsbäumchen im Krankenzimmer sehe, dann beschützt mich Seine Kaiserliche Majestät. Auch fiel mir vor einigen Tagen ein, dass Herr Wünsche mir noch mehr Zeichen gab, nämlich gegenüber von uns ist ein neues Haus gebaut und immer werden die Dachziegel abgenommen und wieder frisch darauf getan.“ Dann sang einst ein Herr den schönen Böhmerwald-

walzer, und das war Prinz Eitel Friedrich von Preussen. Meine Wärterin sagte zwar es wäre ein Arzt, aber ich weiss es gewiss, dass es Prinz Eitel Friedrich von Preussen war. Dann wurde ich zum Kolleg geführt. Als es beendet war, ging Herr Oberarzt mit einem Herrn in Zivil vor mir her, und dieser Herr war Seine Kaiserliche Majestät von Deutschland. Ich erkannte Seine Kaiserliche Majestät nicht, erst als ich darüber nachdachte. Soeben fällt mir ein, dass jener Dame, meiner lieben Mutter, welche ich vor vielen Jahren hier in Halle traf, auffiel, dass ich die Ohrringe nicht mehr trüge. „Ich durfte Dir nicht einmal echte goldene schenken, wie Du sie tragen könntest, und nun trägst Du die noch nicht einmal.“ Da sagte meine Mutter, von Wünsches wäre jemand da gewesen, die hätte gesagt, ich solle die Ohrringe wieder tragen. Ich glaube aber nicht, dass mir meine Pflegemutter verboten hat, die Ohrringe zu tragen, es war vielleicht auffällig, vielleicht war ein Glöckchen ab. Ferner fällt mir ein, dass Herr Wünsche sagte, „wenn den Abend vor dem 27. Januar die Glocken läuten, das sind die Friedenglocken. Dann hat sich Frankreich und Deutschland versöhnt.“ Wenn das wahr wäre, ja dann wäre ich glücklich.

Vor ungefähr 6 Wochen war ich in Berlin, da traf ich auch wieder unsere lieben Hohenzollern und habe auch da wieder die hohe Familie arg beleidigt. Ich habe Seine Kaiserliche Majestät schriftlich um Verzeihung gebeten, und ich weiss auch, mir ist verziehen. Aber mir selbst kann ich es niemals verzeihen. Auch habe ich am Sonntag vor 8 Tagen und am Sonntag herrliche Blumen geschenkt bekommen, in dem ersten Sträusschen befand sich eine italienische rote Blume. Diese schöne Blume habe ich vom Prinzen Eitel Friedrich bekommen. Ueberreicht wurde sie mir von meiner Pflegeschwester, und die sagte auch, diese Blumen hätte sie gekauft. Aber ich weiss wohl, wer sie mir geschenkt hat und was sie bedeuten sollen. Ach könnt ich mich doch erst dafür bedanken. Hier neben unserem Krankensaal links ist ein kleines Stübchen, das wird von einer kranken Frau Professor bewohnt, die sieht mich immer so böse und doch so traurig an, ich denke oft, es ist meine liebe Mutter. Genau weiss ich es aber nicht, ich habe sie ja blos einmal gesehen und von Frau W., welche auch hier im Saal liegt, denke ich manchmal, es ist meine Schwester. Aber das denke ich blos, ich weiss ja garnicht, ob ich eine Schwester besitze. Einmal war mir nachts, als ging ich durch Giebichenstein, durch die Burg Giebichenstein, da standen viele Wagen, alle mit weissen Pferden bespannt. Da konnt ich nicht durch, ich musste einen Umweg machen. Da ging ich durch einen Fleischerladen, da kamen mir zwei bekannte Fräulein entgegen und wollten mich bedienen, ich sagte aber, ihr habt mich erst nicht angeguckt, nun braucht ihr mich jetzt auch nicht anzugucken. Auch weiss ich, dass die Ausstellung unseres Kaiserpaars, die Geschenke von allen Mächten, möchten vielleicht Prinz Eitel Friedrich von Preussen und mir gelten. Aber fest glaub ich das noch nicht, denn, wenn es so wäre, dann wäre mir ja eine grosse Schuld verziehen vor aller Welt. Und das kann ich mir nicht denken. Die Sünde ist ja zu gross, was ich begangen habe, ist ja nicht mehr menschlich. Ich kann mir es nicht verzeihen. Mir ist immer, als müsste ich

etwas tun, aber ich weiss nicht was. Das ist meine Lebensgeschichte. Ich kann wirklich aus vollem Herzen singen:

Mächtig tobt des Sturm's Brausen um ein kleines Schiff,  
Hülflos bin und her geworfen, droht ihm manches Riff.  
Mut, hab' Mut, blick auf den Retter, höre was er spricht:  
Ich bin bei Euch alle Tage, ich helfe Euch, verzaget nicht.  
Nimm mein Leben, Jesu Dir übergeb ich's für und für,  
Nimm Besitz von meiner Zeit, jede Stunde sei Dir geweiht.

Mittwoch, den 28. 2. 06.

Heute morgen fiel mir weiter ein: Als ich vielleicht 5 bis 6 Jahre alt war, ging ich mit meiner Pflegemutter in das Goldgeschäft des Herrn Walter hin. Dort war ein Herr und eine Dame, die wollte mir recht schöne Ohrringe aussuchen, aber der Herr, der dabei war, sagte, ich sollte keine besseren kriegen als in den Stand gehörten, wo ich aufgezogen werden soll. Ich glaube, meiner Pflegemutter wurde noch gesagt, ich sei ihr Kind nicht. Dann sagte die Dame wieder: „Es ist doch ihr Kind, ich bin eine reiche Frau und habe ihr Kind lieb, deshalb bekommt es die Ohrringe“. Als wir draussen waren, sagte meine Pflegemutter: „Wenn ich wüsste, dass du mein Kind nicht wärst, dann liess ich dich hier stehen“. Der fremde Herr sagte zu meiner Pflegemutter, sie sollte mich recht streng erziehen, sollte nichts durchgehen lassen. Ich sollte eine strenge Erziehung erhalten, denn ich wäre zu etwas Höherem geboren.

1. 3. Pat. hält auf Befragen an allen in den Schriftstücken niedergelegten Ideen fest, und lässt sich durch nichts davon abbringen. Wird unwillig und beleidigt, will nichts mehr schreiben, wenn man ihr nicht glaube. Da die Pat. sich als sehr suggestibel erwies, wurde ein Versuch mit Hypnose gemacht. In der Hypnose wurde ihr unter fortwährender Betonung ihres Einverständnisses suggeriert, dass sie körperlich krank gewesen sei, zu lange gestillt habe und dass sie infolge der Krankheit durch Gehörstäuschungen krankhafte Ideen bekommen habe, der krankhafte Zustand sei jetzt aber zu Ende, es sei alles wie weggeblasen.

2. 3. Pat. hat nach der Hypnose nachts gut geschlafen, ist heute frei von Wahnideen, lacht beim Hinweis auf dieselben, bezeichnet sich als gesund, hält aber den Arzt für ihren Bruder. Weitere Wahnideen äussert sie nicht, auch nicht in einem Brief an ihren Mann. Bei einer ausführlichen Exploration über ihre einzelnen früheren Wahnideen erklärt sie die meisten derselben für verkehrt und krankhaft, bei anderen sagt sie: „das ist gewiss auch falsch gewesen, das ist wohl nicht wahr, ich weiss ja nicht“. Auf die Frage: „Interessiert die Kaiserin sich für Sie persönlich?“ antwortet sie: „Ich weiss ja nicht“. Auf die Frage „was ist mit dem Böhmerwald?“ antwortet sie: „Das ist wohl auch nicht wahr, ich dachte einmal, ich müsste in den Böhmerwald, einmal, ich müsste nach Frankreich, ich weiss garnicht“. Sie wurde wieder hypnotisiert und in der Hypnose wurden nochmal die einzelnen Wahnideen ihr ausgeredet.

3. 3. Pat. hat die Nacht unruhig geschlafen, zeigt sich aber in munterer Stimmung, frei von Wahnideen, bezeichnet sich als gesund, möchte bald zu

ihrem Mann und ihrem Kind entlassen werden. Jedoch fiel sie der Wärterin durch heimliches Lächeln auf, rückte aber auf Befragen nicht mit ihren Gefühlen heraus. Bei der Abendvisite erklärte sie, sie wollte sich von einem anderen Arzt behandeln lassen. Nach dem Grunde befragt, gibt sie schliesslich an, sie liebe Herrn Dr. Kl., den sie heute vom Fenster aus im Garten gesehen habe. In der Hypnose erklärte sie, sie liebe Herrn Dr. Kl., den sie in Berlin bei den Stettiner Sängern als Humoristen kennen gelernt habe, er liebe sie auch und sie wollte sich darum von ihm behandeln lassen, er werde sie gesund machen. Diese Idee habe sie erst seit heute. Nach entsprechenden Gegensuggestionen wird die Hypnose beendet und die Pat. blieb seitdem frei von dieser Wahniddee.

4. 3. Sie erklärt heute unter Weinen, es sei ihr wieder etwas eingefallen: „am ersten Schultage habe sie der Lehrer hoch gehoben und gesagt „das ist ein kleines Prinzesschen“ und hinzugefügt, wenn sie das nach ihrem 20. Jahre noch wisse, so werde sie eine Prinzessin. Dann aber habe er gesagt, ob sie lieber Prinzessin werden, oder sterben wolle. Sie habe gesagt, lieber sterben, und darum glaube sie jetzt sterben zu müssen. In der Hypnose wird ihr suggeriert, dass sie derartige Ideen, die als ganz unbedeutende Ueberbleibsel ihrer Krankheit sich noch melden würden, sofort unterdrücken könne, durch den Gedanken, dass der Arzt sie doch beseitigen würde.

10. 3. Nachdem sie seither völlig frei von Wahniddeen gewesen war, auch spontan volle Krankheitseinsicht und vernünftige Zukunftspläne geäussert hatte, gab sie heute an, sie habe wieder ein Gefühl als ob sie etwas nicht recht gemacht, etwas verbrochen habe, aber sie könne nichts sagen, es sei als ob ihr jemand die Zunge festhalte. Weiter erzählt sie, sie habe, als sie sich morgens sehr müde fühlte und Sterbegedanken hatte, den Wunsch gehabt, dass ihr Mann eher sterben möchte, damit sie ihn pflegen könne.

In den folgenden Tagen bis zu ihrer Entlassung zeigten sich keine krankhaften Symptome mehr, sie hatte volle Krankheitseinsicht, beschäftigte sich fleissig, das Arbeiten machte ihr Freude. Sie war überzeugt, dass sie jetzt gesund sei, sie freute sich auf ihre Entlassung und die Wiedervereinigung mit ihrem Mann und ihrem Kinde. Der körperliche Befund entsprach im Wesentlichen dem bei der Aufnahme erhobenen. Es fanden sich keinerlei Zeichen von Hysterie.

Am 18. 3. wurde sie als geheilt entlassen. Sie ist nicht wieder psychisch erkrankt.

Obwohl in der Krankengeschichte ausdrücklich betont wird, dass sich keine somatischen Zeichen von Hysterie fanden, ist es doch wohl wahrscheinlich, dass es sich um eine hysterische Konstitution handelt, das ganze Gebaren der Frau, die starke Suggestibilität und der Verlauf der Psychose spricht dafür. Will man die abnorme Veranlagung genauer präzisieren, so würde man sie am besten als eine phantastische Natur (Pseudologia phantastica) bezeichnen. Es ist bemerkenswert, dass anfangs nur ein Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn zu bestehen schien, während sich nachher ganz das Bild einer originären Paranoia ergab. Ferner ist zu beachten, dass das Wahnsystem sehr schnell in

voller Ausbildung in die Erscheinung trat, so dass man fast den Eindruck hat, als ob es schon nahezu fertig vorlag, als sie zuerst damit herauskam. Dieses Verhalten findet sich häufig bei den paranoischen Zuständen der Hysteriker und der Degenerativen überhaupt und lässt darauf schliessen, dass entweder schon einige Zeit vor dem Manifestwerden der eigentlichen Psychose die Wahnbildung begonnen hat, oder dass früher irgendwann einmal Wahnbildungen stattgefunden haben, die aber nicht besonders affektbetont waren, keinen Realitätswert hatten, mehr phantastische Einbildungen und Träumereien waren und daher nicht geäussert wurden. Es gehört offenbar noch irgend eine äussere Schädigung dazu, damit derartige Individuen wirklich psychotisch werden. In dem vorliegenden Falle kann dieses exogene auslösende Moment ungezwungen in dem langen Stillen des Kindes und der Trennung vom Ehemanne gefunden werden.

Bei diesen hysterischen paranoischen Psychosen braucht man nicht eine besondere paranoische Veranlagungskomponente neben der hysterischen Konstitution zur Erklärung der speziellen Form der Psychose anzunehmen, da, wie schon angedeutet, die hysterische Degeneration an sich zu vorübergehenden Wahnbildungen neigt und infolgedessen paranoische Ereignisse aus der hysterischen Abartung allein verständlich sind. Offenbar sind die hysterische und paranoische Veranlagung sehr nahe Verwandte, sehr ähnliche und häufig nicht scharf zu trennende Degenerationsarten. Deshalb ist es auch nicht immer möglich, im einzelnen Fall den einwandfreien Nachweis zu führen, dass es sich um eine akute paranoische Psychose auf hysterischer Basis handelt; in manchen Fällen, zu denen auch der hier mitgeteilte gehört, kann man zweifeln, ob das betreffende Individuum wirklich ein Hysteriker — in weitester Fassung des Begriffes — ist, oder ob die Psychose die Manifestation einer lediglich paranoischen Veranlagung ist. Diese Unterscheidung scheint mir auch nicht so wichtig zu sein, wenn man bedenkt, dass weder in den Ursachen, noch in der Symptomatologie, noch im Verlauf dieser Psychosen eine wesentliche Differenz besteht, dass sie gewissermaassen nur eine andere Färbung haben, je nach dem Vorherrschen der einen oder der anderen Degenerationskomponente.

### c) Haftpsychosen.

Unter den sogenannten Degenerationspsychosen im engeren Sinne finden wir besonders häufig paranoische Erkrankungen heilbarer Art mit akutem oder subakutem Verlauf. Ein Teil der von Magnan als *Syndrome épisodique* bei Degenerierten beschriebenen Zustände gehört hierher.

In neuerer Zeit ist besonders durch das Studium der Gefängnis- und Haftpsychosen unsere Kenntnis von den vorübergehenden Geisteskrank-

heiten der Degenerierten gefördert worden. Die Arbeiten Bonhöffer's, Siefert's und Wilmann's haben gezeigt, dass ganz vorzugsweise in dem Gefängnismilieu bei entarteten Personen paranoische Psychosen von relativ kurzer Dauer auftreten und die Erfahrung lehrt tatsächlich, dass diese Zustände im freien Leben viel seltener beobachtet werden, dass man in den Kliniken und Anstalten, die ihr Krankenmaterial aus dem freien Leben schöpfen, nur ausnahmsweise solche Fälle sieht. Wenn das auch teilweise daher kommt, dass in den Gefängnissen, aus denen sich die ihnen angegliederten psychiatrischen Beobachtungsstationen und Irrenabteilungen rekrutieren, an sich ein grosses Material von Degenerativen zusammenströmt, so steht es doch fest, dass die psychischen Schädigungen der Haft ganz vorzugsweise für die Entstehung von Wahnbildungen bei dazu Veranlagten verantwortlich zu machen sind. Es ist schon a priori verständlich, dass der Gefängnisaufenthalt geeignet ist, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn zu erzeugen, da das Einzelpersonal kaum eine stärkere Beeinträchtigung und Verfolgung erleben kann, als sie ihm durch die Rechtspflege des Staates in den Gefängnissen zu teil wird. Ein feindlicheres und intensiver gegen die Interessen des Einzelnen gerichtetes Vorgehen, als es die Strafhaft darstellt, gibt es nicht. Die absolute Abhängigkeit, der dauernde, unentzinnbare Zwang, die Unmöglichkeit, aus eigenem Entschluss die Verhältnisse zu ändern, kurz die ganze der betroffenen Einzelperson höchst feindliche Situation müssen notwendigerweise bei Allen, die dazu neigen, eine paranoische Psychose zum Ausbruch bringen, es ist das denkbar günstigste Milieu für die Entstehung eines Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahns und man begreift, dass unter solchen Verhältnissen auch geringe, bis dahin völlig latente paranoische Veranlagungen in Gestalt einer charakteristischen Psychose manifest werden. Von diesem Gesichtspunkte aus ist wahrscheinlich auch die erste Gruppe, die Bonhöffer bei den Degenerationspsychosen unterscheidet, zu beurteilen. Er stellt diese Gruppe „der einfachen paranoiden Erkrankungen bei Degenerierten“ der Gruppe der querulatorischen paranoiden Erkrankungen der Haft gegenüber, indem bei den ersteren „das ursprüngliche Temperament“ eine paranoische Denkrichtung ganz vermissen lässt und die Psychose unvermittelt der ursprünglichen Persönlichkeit gegenübersteht, während die Kranken der zweiten Gruppe (querulatorische Formen) ab ovo paranoidisch sein sollen und ihre Gefängnisparanoia nur eine durch die Schädigung der Haft bedingte akute Exazerbation der paranoischen Konstitution darstellen soll.

Nach dem Gesagten halte ich einen prinzipiellen, wesentlichen Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen nicht für erwiesen und

auch nicht für wahrscheinlich. Es besteht nur ein quantitativer Unterschied, insofern, als bei der querulatorischen Form die paranoische Veranlagung eben stärker ausgeprägt ist, so dass es möglich ist, schon ausserhalb der eigentlichen Psychose die paranoische Konstitution aus verschiedenen Symptomen (Misstrauen, Reizbarkeit usw.) zu diagnostizieren, was bei den einfachen paranoischen Haftpsychosen nicht möglich ist, da sie ohne die Schädigung der Haft sich nicht bemerkbar macht. Es muss allerdings dahingestellt bleiben, ob bei genauerer Beobachtung sich nicht auch für diese Fälle der positive Nachweis einer paranoischen Artung führen liesse. Die leichtesten Grade psychischer Abartung erkennt man bekanntlich weder in Anstalten, noch in Beobachtungsstationen oder Kliniken, sondern im freien, ungezwungenen Verkehr des gewöhnlichen Lebens, da sie nicht als Krankheit, sondern als Charakter-eigentümlichkeit, als individuelle Besonderheit imponieren. Jedem sind neben anderen Formen der psychischen Abartung aus seinem täglichen Verkehr Personen bekannt, die in ihrer Rechthaberei, ihrer Neigung, alles auf sich zu beziehen usw. alle Komponenten der paranoischen Veranlagung darbieten. Derartige Personen werden höchstwahrscheinlich in der Haft paranoisch erkranken. Uebrigens weist Bonhöffer darauf hin, dass die Haft nicht die eigentliche Ursache dieser Psychosen sein kann, da auch im freien Leben ähnliche Erkrankungen beobachtet werden, wie Friedmann's Fälle von „milden Wahnformen“ zeigen. Bonhöffer meint, dass diese Fälle für die Anhänger der akuten Paranoia keine Schwierigkeiten bieten; er selbst scheint diese Ansicht nicht unbedingt zu teilen, sondern eine ähnliche Auffassung dieser Fälle zu haben, wie ich sie kurz vorher andeutete. Bonhöffer sagt, dass ebenso wie auf dem Boden der endogenen hysterischen oder epileptischen Anlage charakteristisch gefärbte episodische Psychosen entstehen, auch andersartige Entartungszustände, die nicht gerade den Typus dieser beiden speziellen Formen tragen, zu episodischen Psychosen disponieren. Er ist überzeugt, dass diese Kranken in der psychosenfreien Zeit der Imbezillität, speziell der „erethischen Debilität“ zuzurechnen seien und dass auf dieser Basis ebenso wie auf der hysterischen und epileptischen interkurrente Psychosen entstehen. Aus diesem Vergleich mit der hysterischen und epileptischen Entartung und ihren charakteristischen Psychosen ergibt sich — wenn Bonhöffer es auch nicht direkt ausspricht — die Notwendigkeit, für die akuten paranoischen Psychosen der Degenerativen eben eine paranoische Entartung anzunehmen.

Kurz zusammengefasst, geht Bonhöffer's Auffassung dahin, dass die querulatorischen Formen „den ganzen psychopathologischen Mechanismus nach der echten Paranoia im engsten Kräpelin'schen Sinne

nahe stehen, aber lediglich als äusserlich ausgelöste Reaktionen eines paranoischen, zur Bildung dominiernder überwertiger Ideen disponierten Temperamentes zu betrachten sind, während die erste Gruppe (einfache paranoide Erkrankungen bei Degenerierten) Beobachtungen umfasst, die man als paranoide Erkrankungen, oder, wenn man will, als akute Paranoia auf dem Boden von Entartungszuständen, die der erethischen Debilität nahe stehen, auffassen müss“.

Die Ansichten der anderen Autoren, die sich speziell mit den Haftpsychosen beschäftigt haben, weichen mehr oder weniger von der hier geschilderten ab, wenigstens in der Deutung dieser Zustände, wenn auch die beobachteten und mitgeteilten Krankheitsbilder im wesentlichen identisch sind. Siefert gibt in seinen „Haftpsychosen“ unter der Bezeichnung paranoische Entartungsformen 14 Fälle paranoischer Erkrankungen wieder, die er in querulierende Formen und halluzinatorisch-paranoische Formen teilt. Die Erkrankungen der ersten Form gleichen symptomatologisch mehr oder weniger dem Querulantenwahniss des freien Lebens, welchen Siefert nicht für eine eigentliche Krankheit, sondern für ein aus Artung und äusseren Umständen gebildetes Kunstprodukt hält. Es sind querulatorisch-paranoisch veranlagte Individuen, bei denen durch den rechtlichen Konflikt diese Anlage bis zur Psychose gesteigert wird. Diese Fälle können genuesen, wenn die äusseren Krankheitsmomente fortfallen, wenn die Haft aufhört, Begnadigung oder Freisprechung eintritt, aller dings kommt es in der Regel nicht zu völliger Krankheitseinsicht für die vergangene psychotische Periode. Die halluzinatorisch-paranoiden Formen Siefert's sind durch Sinnestäuschungen und Verfolgungswahn ausgezeichnet und gleichen symptomatologisch völlig den echt paranoischen Erkrankungen, so dass man a priori annehmen müsste, dass man eine unheilbare echte chronisch fortschreitende Paranoia vor sich hat, während tatsächlich die ganze Psychose verschwindet, sobald das Milieu geändert wird, sobald die Haft aufhört; auch bei diesen Fällen ist völlige Krankheitseinsicht selten. Siefert sagt, dass diese Erkrankungen nicht ohne Weiteres als Haftpsychosen degenerativer Genese imponieren, dass sie aber in Wirklichkeit doch nicht prinzipiell anders sind als die querulatorischen Formen. Er meint damit offenbar, wie schon aus der Unterordnung unter die gemeinsame Gruppe „paranoische Entartungsformen“ hervorgeht, dass auch diese akuten Psychosen nur bei entarteten disponierten Individuen durch die Schädigung der Haft uusgelöst werden. Siefert bewertet allerdings die ursächliche Bedeutung des Haftmilieus ausserordentlich hoch und nimmt an, dass nur in der Haft derartige Psychosen möglich sind, die sich auch durch die Enge des paranoischen Feldes, durch die Beschränkung des Wahns lediglich auf den Gefängnis-

komplex (Staatsanwalt, Direktor, Beamte, Aufseher usw.) von anderen paranoischen Erkrankungen unterscheiden. Auch scheint er nicht eine spezielle paranoische Artung als Basis dieser Psychosen zu postulieren, sondern nur eine allgemeine Entartung.

Karl Wilmans weist in einer ausführlichen Besprechung der Siefert'schen Arbeit darauf hin, dass weder die Enge des paranoischen Feldes, noch das Gefängnismilieu etwas speziell Charakteristisches für diese Psychosen sei, da auch im freien Leben Aehnliches vorkommt. Eine Reihe der Siefert'schen Fälle hält er für Zustandsbilder chronischer Erkrankungen (Dementia praecox), steht sonst aber im wesentlichen auf dem gleichen Standpunkt wie Siefert.

Kurt Wilmans hat in einer statistischen Arbeit das Bonner Material von Gefängnispsychosen behandelt und kommt zu dem Resultat, dass in der Haft zwei verschiedene Symptomenkomplexe auftreten, die man als Haftpsychose bezeichnen kann, nämlich eine stuporöse Form, die der Isolierhaft eigentlich und eine nicht stuporöse die seltener als die stuporöse ist; beides sind akute Psychosen mit günstiger Prognose; Degenerierte verfallen ihnen leichter als Geistesgesunde. Ob es eine Haftpsychose sui generis gibt, kann Wilmans nicht entscheiden, hält es aber für wahrscheinlich. Krankengeschichten bringt Wilmans in dieser Arbeit nicht.

F. Stern bezeichnet die psychogenen Erkrankungen der Kriminellen, welche eine deutliche Abhängigkeit vom Milieu zeigen, als Situationspsychosen und hält vornehmlich die akuten hysteriform verlaufenden, bei Situationswechsel schnell abklingenden Verwirrtheits- und Stuporzustände für typische Zustände dieser Art. Es meint, dass diese Erkrankungen mit den paranoid-querulatorischen Haftpsychosen viele Be rührungspunkte haben und macht die bemerkenswerte Angabe, dass gelegentlich bei denselben Individuen zu verschiedenen Zeiten beide Ver laufsformen vorkommen können.

Aehnlich wie Bonhöffer betrachtet auch Birnbaum die vorübergehenden paranoischen Haftpsychosen als spezielle Fälle der Degenerationspsychosen, die er als Psychosen mit Wahnbildung bei Degenerativen bezeichnet und als echte Krankheitseinheiten anerkannt wissen will, da sie in Entstehung, Verlauf und Ausgang sich von anderen typischen Psychosen unterscheiden und zwar liegen diese Unterscheidungsmerkmale im Wesen des Krankheitsvorganges begründet und sind auf die degenerative Eigenart zurückzuführen. Diese Psychosen sind vorwiegend durch Wahnbildung charakterisiert, Sinnestäuschungen treten meist zurück, Beeinträchtigungsideen oder phantastische Größenideen bilden den Inhalt des Wahns. Oberflächlichkeit, Unbeständigkeit, Beeinflussbarkeit,

unzulänglicher und wechselnder Realitätswert zeichnen diese Wahnbildungen aus. Der Beginn ist meist akut, eine systematische progrediente Weiterentwicklung des Wahns findet gewöhnlich nicht statt, oft steht ein umfassender, umfangreicher Wahnkomplex gleich zu Beginn fertig da. Die Verlaufsverhältnisse zeigen eine weitgehende Abhängigkeit von äusseren Verhältnissen, was nach Birnbaum auf einen allgemeinen degenerativen Faktor, der von ihm Labilität des psychischen Gleichgewichts genannt wird, zurückzuführen ist. Der Verlauf ist also sehr verschieden, entweder allmählich, oder mit Schwankungen oder plötzlich klingen die Krankheitserscheinungen ab. Die Dauer schwankt zwischen ganz kurzem, auffallsartigem Auftauchen und jahrelangem Bestehen desselben; meist aber dauern diese Psychosen einige Wochen oder Monate. In der Mehrzahl der Fälle tritt Heilung ein mit voller Krankheitseinsicht, bei anderen bleibt trotz Abklingens der Psychose die Krankheitseinsicht aus oder es bleibt ein Residualwahn (Wernicke) bestehen. Ein Defektzustand tritt nicht ein. Die Erkrankungen erinnern weitgehend an die Paranoia, sind aber von ihr im Wesen verschieden, stehen vielmehr den als hysterisch im weitesten Sinne anzusehenden Psychosen nahe und stellen auf psychisch erregende äussere Einflüsse entstehende episodische psychotische Steigerungen der Durchschnittsverfassung dar.

Der Ansicht Birnbaum's haben andere Autoren widersprochen. Bleuler hält diese Fälle für Dementia praecox-Kranke, ein Standpunkt, der bei der weiten Fassung, die Bleuler der Dementia praecox gibt, nicht überraschend ist.

Bornstein hat neuerdings die psychotischen Zustände bei Degenerativen eingehend behandelt und dabei auch die paranoischen Formen besprochen. Er kommt zu dem Resultat, dass es eine selbständige Degenerationspsychose nicht gibt, dass vielmehr bei Psychopathen verschiedene akute und chronische psychotische Zustände auftreten, die gewissermassen eine Steigerung der in der Seele solcher Individuen präformiert enthaltenen latent-psychotischen Elemente darstellen (Dämmerzustände bei Hysterischen, paranoische Erkrankungen bei Personen mit angeborener Zweifelsucht usw.). Diese Zustände können bei demselben Individuum kombiniert vorkommen, wobei dann die der prävalierenden Veranlagungskomponente entsprechende Psychosenform mehr hervortritt. Meist heilen diese Zustände, gehen jedenfalls nicht in Demenz über. Sie sind weitgehend abhängig von ungünstigen Lebensbedingungen und stellen meist nur eine krankhafte Reaktion der Degeneration auf solche äussere Schädlichkeiten dar. Die paranoischen Formen dieser Art werden besonders oft im Gefängnis beobachtet, kommen aber auch unter anderen

Lebensverhältnissen vor. Sie gehören nicht zu der Dementia praecox, sind aber auch von dem manisch-depressiven Irresein und der chronischen Paranoia zu trennen. Diese beiden letzten bilden gewissermassen das Endglied in der langen Reihe degenerativ-psychotischer Zustände; speziell die Kräpelin'sche chronische Paranoia bezeichnet Bornstein als das letzte Glied in der Entwicklungskette der angeborenen paranoidischen Erkrankungen, wie das manisch-depressive Irresein zu rein reaktiven, psychologisch motivierten Depressions- und Erregungszuständen.

Abweichend von diesen Anschauungen Birnbaum's und Bornstein's sucht Glück nachzuweisen, dass die psychogenen Psychosen nicht immer in einer degenerativen Veranlagung ihren Grund haben, dass sie auch bei nicht Degenerierten entstehen können, wie aus ihrem Auftreten bei Katastrophen (Erdbeben in Messina) hervorgeht. Der affektive Wert des auslösenden Erlebnisses und die Intensität, mit der es wahrgenommen und verarbeitet wird, sollen das Wesentlichste für die Entstehung derartiger Psychosen sein; außerdem komme noch ein individueller Faktor, nämlich die psychische Gesamtkonstitution hinzu, die aber nicht durch eine degenerative Veranlagung, sondern durch persönliche Antecedentien bedingt sei.

Als für unser spezielles Thema wichtig, ergibt sich aus diesen Darlegungen kurz zusammengefasst, dass bei degenerativen Individuen (psychopathischen Konstitutionen) akute heilbare paranoische Erkrankungen vorkommen, die verschieden lange dauern und in Entstehung und Verlauf weitgehend von äusseren Faktoren abhängig sind. Sie sind als durch exogene Momente ausgelöste psychotische Exazerbationen eines psychisch degenerativen Grundzustandes aufzufassen und da diese psychotischen Manifestationen bei den gleichen Individuen unter ähnlichen äusseren Schädigungen wiederholt in derselben Form auftreten, da sie im Vergleich mit anderen degenerativen psychischen Störungen selten sind und wenn auch mit ihnen verwandt, doch deutlich zu unterscheiden sind, ist die Annahme einer speziellen paranoischen degenerativen Veranlagung als Grundursache dieser Psychosen berechtigt. Die Tatsache, dass ausnahmsweise bei derselben Person einmal eine paranoische, ein anderes Mal eine hysterische oder manisch-melancholische Episode beobachtet werden kann oder, dass sich im jeweiligen Zustandsbilde Symptome dieser verschiedenen Degenerationskomponenten gleichzeitig nachweisen lassen, spricht nicht dagegen, sondern beweist nur die Verwandtschaft dieser Zustände, zeigt an, dass die gemeinsame Hauptwurzel in einer allgemeinen psychischen Degeneration zu suchen ist.

Eine eingehende Definition dieser psychischen Degeneration zu geben, erübrigt sich, da das in den erwähnten Arbeiten genügend geschehen

ist, und kaum eine Meinungsverschiedenheit darüber — wenigstens hinsichtlich der wesentlichsten Punkte — besteht.

#### d) Querulantener.

Es ist in den vorhergehenden Erörterungen schon mehrfach die Frage des Querulantenvahns gestreift worden, der in nahen Beziehungen zu den erwähnten paranoischen Psychosen der Degenerierten steht. Er ist als eine besondere Erscheinungsform der paranoisch-degenerativen Veranlagung anzusehen, die durch ihren eigenartigen Entstehungsmodus, ihre Symptomatologie und ihren Verlauf von jeher (seit Casper, von dem der Name stammt) als eine charakteristische, wohl umgrenzte Erkrankung imponierte, lange Zeit für das Prototyp der echten Paranoia galt (Hitzig, Kräpelin), von anderen Autoren aber teils als manisch-melancholische Manifestation (Specht), teils als Degenerationspsychose (Bonhöffer, Siefert, Wilmans u. a.) gedeutet wird. Die letztere Ansicht, nämlich, dass es sich dabei um ab ovo paranoisch veranlagte Individuen handelt, bei denen infolge tatsächlicher oder eingebildeter rechtlicher Benachteiligung diese angeborene psychische Abartung sich zur wirklichen Psychose entwickelt, scheint immer mehr Anhänger zu gewinnen.

Simmonds schildert einen katamnestisch verfolgten Fall, der nach vielen Jahren zwar noch an seinen Wahnideen festhielt, aber keine Zeichen von Schwachsinn erkennen liess; er bezeichnet den Querulantenvahn als eine Form der Entartung, meint, dass es sich dabei stets um psychopathische Persönlichkeiten handelt, und sieht die Unterschiede gegenüber der Paranoia Kräpelin's darin, dass der Beginn meist ein akuter ist, dass im Verlauf keine Weiterbildung des Wahnsystems stattfindet, wenn die Ursache fortfällt und dass niemals ein Ausgang in Demenz stattfindet.

Hübner kommt auf Grund der Beobachtung von 18 Fällen zu dem Ergebnis, dass nur wenige der Querulantener Paranoiker sind, einige andere zum manisch-depressiven Irresein gehören, dass aber die weitaus grösste Mehrzahl als Degenerationspsychosen aufzufassen sind. Aehnlich ist Lövy's Ansicht, welcher zwar auch zugibt, dass ein Teil der Querulantener Maniaci sind, aber daneben eine Gruppe mit andersartiger Pathogenese anerkannt wissen will, nämlich die, wo sich der Querulantenvahn auf Grund einer psychopathischen Konstitution entwickelt im Anschluss an einen unerledigten Affekt; diese Art des Querulantenvahns stelle eine Untergruppe der überwertigen Ideen Wernicke's dar.

Dagegen betont John die grosse Aehnlichkeit zwischen Hypomanie und Querulantenvahn und teilt ausführlich einen Fall mit, der nach

9jähriger Dauer des Querulierens, 10 Jahre hindurch völlig gesund blieb worauf wieder ein Querulantenvahn auftrat; John hält derartige Fälle für hypomanische Zustände.

Heilbronner bespricht ausführlich die Beziehungen zwischen Querulantenvahn und Hysterie, er bezeichnet die überwertige Idee im Sinne Wernicke's als massgebend für die Gestaltung des Querulantenvahns, während das bei der echten Paranoia nicht der Fall ist. Eine allgemeine degenerative Basis hält er für erforderlich zur Entstehung des Querulantenvahns, der von der echten Kräpelin'schen Paranoia zu trennen ist. Der eine der beiden Heilbronner'schen Fälle gelangte nach einigen Monaten zur Heilung.

Dass der Querulantenvahn heilen kann, wird wohl allgemein zugegeben, aber man hebt hervor, dass es zu einer Heilung im praktischen, nicht im streng wissenschaftlichen Sinne kommt, indem die Wahndeide zwar völlig verschwinden können, aber doch keine komplette Krankheitseinsicht erreicht, die psychotische Periode nicht als krankhaft erkannt wird. Es ist aber dabei zu bedenken, dass eine solche völlige Krankheitseinsicht überhaupt selten ist und dass viele Menschen, und besonders so rechthaberische NATUREN wie die Querulanten, niemals einsehen oder gar zugeben, dass sie sich geirrt haben, dass sie im Unrecht waren. Andererseits darf man nicht vergessen, dass zuweilen wohl ein an Heilung grenzendes Nachlassen der Wahndeide und des ganzen krankhaften Zustandes eintritt, das so weit gehen kann, dass es einer völligen praktischen Heilung gleich kommt und nur bei sorgfältiger Prüfung doch noch ein auf ganz bestimmte Dinge beschränktes Wahnsystem erkennen lässt, welches dauernd bestehen bleibt. Das sind dann Patienten, die ganz manchen alten chronischen Paranoikern gleichen, die gelernt haben, ihre Wahndeide zu unterdrücken, nie mehr davon sprechen, nicht ihrem Wahn entsprechend handeln, sondern ruhig und geordnet ihrer Beschäftigung obliegen. Aber jedenfalls steht es fest, dass eine Reihe von Fällen ausgesprochenen typischen Querulantenvahns zur Heilung kommt, dass also auch hier akute, vorübergehende Erkrankungen vorkommen.

#### e) Induzierte.

Zu den Degenerationspsychosen im weiteren Sinne sind wohl auch die als induziertes Irresein bezeichneten heilbaren paranoischen Psychosen bei verschiedenen Mitgliedern derselben Familie zu rechnen. Meist handelt es sich in diesen Fällen um eine chronische Paranoia eines Familienmitgliedes, welches einen massgebenden Einfluss auf einen Teil der übrigen ausübt und auch auf sie seine paranoischen Ideen über-

trägt. Derartige Fälle sind mehrfach beschrieben und bedürfen keiner ausführlichen Erörterung, nur einige neuere Mitteilungen sollen erwähnt werden.

Etchepare hat eine Familie von 7 Personen beschrieben, von denen 2 oder 3 primär an Querulantenvahn oder Paranoia erkrankt waren, während die übrigen an einer induzierten paranoischen Erkrankung litten. Schönhals hat vor kurzem die Beobachtungen von induziertem Irresein, die in der Jenenser Klinik in den letzten 13 Jahren gemacht wurden, veröffentlicht. Er schildert ausführlich eine Familie, in der anscheinend die Mutter und besonders der älteste Sohn primär paranoisch waren und zwei jüngere Söhne an induzierter, bald heilender Paranoia erkrankten. Bei dieser Familienkrankengeschichte, in der auch die Voreltern, soweit es möglich war, berücksichtigt sind, zeigt sich sehr schön einerseits die allgemeine, von Generation zu Generation zunehmende psychische Degeneration, die allmählich immer mehr nach der paranoischen Richtung gravitiert, und andererseits die „suggestive Beeinflussung mehrerer disponierter, geistig minderwertiger Individuen durch den — Autorität und Einfluss geniessenden — Geisteskranken, dessen krankhafte Wahnideen als solche zu erkennen ihre kritische Veranlagung nicht ausreichte“. Ausser dieser Familienerkrankung teilt Schönhals noch 4 Fälle mit, von denen aber nur 3 als induzierte Paranoia angesehen werden können; einer dieser 3 Fälle ist dadurch interessant, dass es sich bei der induzierten Person nicht um ein Familienmitglied, sondern um einen Angestellten eines gebildeten und geistig überlegenen Paranoikers handelt; ein weiterer Fall zeichnet sich dadurch aus, dass die induziert erkrankte Schwester einer chronischen Paranoika auch nach der Trennung nicht geheilt wurde, sondern ihre Wahnideen selbstständig weiter entwickelte. Ein solches Fortschreiten des Wahnes stellt eine Ausnahme beim induzierten Irresein dar, welches in der Regel als eine akute, heilbare Paranoia bei Degenerativen auftritt.

Solche Fälle sind in unserer Klinik in letzter Zeit mehrfach zur Beobachtung gekommen, einmal war eine ganze Familie betroffen, immer erwiesen sich die heilbaren induziert Paranoischen als labile, degenerative, suggestible Personen. Zwei Fälle, die längere Zeit zurückliegen und daher eine gewisse katamnestische Beurteilung zulassen, seien kurz mitgeteilt, da sie auch wegen des ganz akuten Beginns der Erkrankung interessieren.

**11.** Ein 33jähriger Schiffer wurde samt seiner gleichalterigen Frau durch die Polizei eingeliefert, weil sie plötzlich Zeichen von Geisteskrankheit zeigten.

Sie hatten am 1. 2. 04 eine neue Wohnung bezogen, zogen dort am 4. 2. aus, weil der Mann üble, betäubende Gerüche wahrnahm und glaubte, er solle samt seiner Familie vergiftet werden. Sie zogen nun auf einen Kahn in der Saale, auch dort merkte der Mann und bald auch die Frau die üblen Gerüche. In der Nacht vom 5. zum 6. 2. geriet der Mann in grosse Angst wegen dieser Gerüche, lief in die Stadt, um einen Arzt zu holen. Auf dem Rückwege glaubte er sich von seinen Feinden irregeführt, wurde erregt, hielt einen Schlächterwagen an, weil er glaubte, seine Kinder seien darin, wurde deshalb von der Polizei festgenommen und in die Klinik gebracht. In der Klinik war er während der ersten Tage ängstlich erregt, beruhigte sich dann, fühlte selten Sinnestäuschungen, äusserte aber mannigfache Beziehungsidenen und brachte schliesslich ein ganzes Verfolgungswahnssystem vor (eine Verbrecherbande bedrohte ihn und die Seinen, der Fabrikant seines Kahnes sei der eigentliche Feind). Nach einigen (3) Monaten trat zunehmende Krankheitseinsicht ein und er konnte am 2. 5. 04 ohne Bedenken entlassen werden. Seine Frau hatte, durch ihren Mann aufmerksam gemacht, die verdächtigen Gerüche auch wahrgenommen und war auch von der Realität der Verfolgungswahnideen ihres Mannes fest überzeugt. Bei ihr trat aber schon nach einigen Wochen volle Krankheitseinsicht ein, so dass sie schon am 15. 3. 04 entlassen werden konnte. Sie war später noch einmal in der Klinik, um sich zu bedanken für ihre Heilung und zeigte sich bei dieser Gelegenheit völlig frei von psychischen Symptomen. Sie ist 1906 an Genickstarre gestorben. Der Mann ist angeblich auch nicht wieder geisteskrank geworden. Aber genauere Nachforschungen haben ergeben, dass er im Anschluss an den Tod seiner Frau einen länger dauernden, offenbar querulatorischen Zustand durchmachte, indem er in rascher Folge Eingaben an alle Instanzen und Behörden machte, weil er glaubte, seine Frau sei ohne hinreichenden Grund ins Krankenhaus gebracht und dort falsch behandelt worden. Er beschwerte sich über den Kreisarzt und den Krankenhausleiter und beschimpfte sie. Er ging schliesslich bis an den Reichskanzler und wusste einen Reichstagsabgeordneten davon zu überzeugen, dass ihm Unrecht geschehen sei, so dass dieser die Sache im Reichstage zur Sprache brachte, worauf der Reichskanzler genauen Bericht einforderte. Vor Gericht nahm er die Beleidigungen reuevoll zurück und bat um Verzeihung. Seither hat er sich ganz ruhig und geordnet verhalten.

Bei diesen beiden Kranken lag keine hereditäre Belastung vor; Alkoholismus kam nicht in Frage. Die Frau bot ausser leichter Beeinflussbarkeit nichts besonderes Psychopathisches. Auffallend ist der ganz akute Ausbruch der Erkrankung bei dem noch jungen Manne; das einzige auslösende Moment, welches in Frage kam, bestand in gewissen Differenzen mit dem Erbauer seines neuen Kahnes, welcher nach seiner Ansicht nicht so gebaut wurde, wie er es verlangt hatte. Diese Differenzen, die ihm viele Sorgen machten, bestanden nach Aussage der Frau seit einigen Wochen vor Ausbruch der Psychose. Ferner ist bemerkenswert, dass der Mann, welcher bei der ersten Erkrankung im Jahre 1904 gar keine querulatorischen Züge darbot, 2 Jahre später im Anschluss an den Tod seiner Frau das ausgeprägte Bild des Querulantenvahns zeigte.

### f) Schwachsinnige.

Anschliessend an diese Erörterungen über die akuten Wahnspsychosen der Degenerativen muss noch kurz darauf hingewiesen werden, dass nicht nur bei diesen leichten Formen der psychischen Abartung, nicht nur bei den psychopathischen Konstitutionen, sondern auch bei ausgesprochen Schwachsinnigen vorübergehende paranoische Erkrankungen vorkommen und zwar nicht so ganz selten. Bei leichteren Graden der Imbezillität bildet zuweilen ein solcher akuter paranoischer Zustand das einzige, wirklich psychotische Ereignis, welches die Betroffenen, die sonst im Schutze der Familie ihr Leben lang in ihrem beschränkten Wirkungskreise tätig sind, vorübergehend in die Anstalt führt, wie das beispielsweise der folgende kurz referierte Fall zeigt.

**12.** Eine 35jährige, ledige Gastwirtstochter, deren Familienanamnese nichts Besonderes bietet, galt immer als schwachsinnig, war aber im elterlichen Haushalt tüchtig und brauchbar. Sie erkrankte plötzlich mit Sinnestäuschungen und Wahnideen, wollte nicht aus dem Hause gehen, weil die Leute sie so merkwürdig ansahen, ihr ehrenrührige Dinge nachsagten, dabei war sie ängstlich. Es entwickelte sich schnell das Bild einer akuten Halluzinose. In der Klinik änderte sich der Zustand zunächst nicht wesentlich. Die Wahnideen bezogen sich stets auf die Kränkung ihrer jungfräulichen Ehre, ein deutlicher Erklärungswahn bildete sich nicht aus. Die Sinnestäuschungen bestanden nur in Gebörs- und vereinzelt auch in Gesichtstäuschungen. Nach mehreren Monaten klang die Psychose ab, soweit es der Schwachsinn zuließ trat Krankheitseinsicht ein und jetzt ist sie seit vielen Jahren (seit 1891) ruhig und geordnet im Haushalt des Bruders, der die elterliche Gastwirtschaft übernommen hat, tätig. Psychotische Symptome sind nicht wieder bemerkt worden.

In der Literatur sind diese vorübergehenden paranoischen Zustände bei Schwachsinnigen wenig beachtet worden. Deny und Blondel weisen bei der Vorstellung eines solchen Falles darauf hin, dass Schwachsinnige mit Wahnideen besonders geeignet seien für das Studium des Mechanismus der Paranoia. Vor Kurzem hat Maier-Zürich als Paranoia der Imbezillen Fälle beschrieben, die durch Dürftigkeit der Wahnideen und mangelhafte Ausbildung des Wahnsystems gekennzeichnet sind. Die Psychose entstand im Anschluss an psychische Erregungen und kam nach einigen Jahren zum Stillstand und zu teilweiser Korrektur. Diese Fälle scheinen dem mitgeteilten Beispiel sehr ähnlich zu sein, nur ist in meinem Falle der ganze Zustand von viel kürzerer Dauer gewesen. Solche kurzdauernden paranoischen Zustände sind bei Schwachsinnigen nicht gar so selten zu beobachten. Zuweilen klingen sie so schnell ab, dass eine Anstaltsunterbringung nicht nötig wird.

## V. Akute paranoische Psychosen ohne deutliche Aetiologie (idiotopathische? Paranoia).

In der vorhergehenden Darstellung ist gelegentlich schon die milde systematisierende Paranoia Friedmann's erwähnt worden. Sie muss jetzt noch etwas eingehender erörtert werden. Friedmann hat unter der eben erwähnten Bezeichnung paranoische Erkrankungen beschrieben, die er vorwiegend bei weiblichen Personen beobachtete. Diese Frauen erkrankten meist im Alter zwischen 30 und 40 Jahren im Anschluss an ein stark affektbetontes Erlebnis mit einem eng begrenzten Wahnsystem, welches sich mit diesem Erlebnis und seinen Ursachen oder Folgen beschäftigte. Halluzinationen traten nie auf. Nach 2 bis 3 Jahren trat Heilung — wenigstens im praktischen Sinne — ein. In der vorpsychotischen Zeit waren die betreffenden Personen sensibel, eigensinnig und exaltiert.

Einen ähnlichen Fall hat Bonhöffer mitgeteilt, der eine Dame betraf, die von der Polizei eine Anfrage über einen früheren Dienstboten erhielt, gegen den ein Diebstahlverfahren schwelte; sie fürchtete nun, dass seitens des Dienstboten Aeusserungen von ihr berichtet werden könnten, die als Majestätsbeleidigung angesehen werden könnten und zu einer Anklage wegen Majestätsbeleidigung führen würden. Sie liess sich diese Wahnideen nicht ausreden, war stets und nur damit beschäftigt bis nach 10 wöchiger Dauer und nach Aufhebung des Verfahrens dieser ausgesprochene Beziehungswahn allmählich verschwand. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass diese Erkrankungen identisch sind mit den von Wernicke als zirkumskripte Autopsychosen auf Grund einer überwertigen Idee im Anschluss an ein affektvolles Erlebnis bezeichneten Psychosen. Alle diese Zustände sind paranoische Erkrankungen, die meist subakut verlaufen, aber auch chronisch werden können. Die Patientinnen Friedmann's sind sämtlich geheilt, der Fall Bonhöffer's gelangte ebenfalls zur Heilung und Wernicke sagt von seiner Autopsychose, dass Heilung möglich sei, dass das Wahnsystem stets auf eine bestimmte Idee beschränkt bleibe.

Dass es sich bei diesen Fällen um Personen handelte, die in ihrer vorpsychotischen Zeit keine nachweisbaren geistigen Störungen boten, ist zweifellos, ebenso, dass nicht Zustandsbilder im Verlauf einer chronischen Geisteskrankheit vorlagen, aber es geht aus den Schilderungen der Autoren deutlich hervor, dass die betreffenden Personen immer eigenartige, exaltierte, sensible, kurz psychopathische Personen waren und dass zum Teil eine mehr oder minder starke psychopathische Belastung vorlag. Aber ein speziell paranoischer Charakter wurde vor Ausbruch

der Psychose nicht festgestellt. Damit ist natürlich noch nicht erwiesen, dass ein solcher tatsächlich nicht vorhanden war, zumal wenn man bedenkt, wie schwer es ist, selbst bei sorgfältiger Nachforschung über die Vorgeschichte psychisch Kranker sichere Aufschlüsse zu erhalten, besonders wenn es sich um so diffizile Fragen, wie diese latenten Charaktereigenschaften, handelt. Nur in den seltenen Fällen, wo man die betreffenden Personen aus eigener Anschauung längere Zeit vor der Psychose genau gekannt hat, kann man ein einigermassen zutreffendes Urteil in diesen Dingen gewinnen.

Bei den bisherigen Betrachtungen wurde immer versucht, irgend eine Aetiologie für die Entstehung akuter paranoischer Erkrankungen zu finden oder doch wahrscheinlich zu machen. Den äusseren Ursachen, den inneren Erkrankungen einschliesslich der Involutions- und Seniumsveränderungen wurde im Wesentlichen eine auslösende oder eine gewisse Form und Färbung gebende Rolle zugewiesen, während die wahre Aetiologie in der psychischen Konstitution, in der speziellen psychischen Artung der betreffenden Individuen gesucht wurde. Es erhebt sich nun die Frage, ob es auch eine akute, paranoische Erkrankung gibt, die psychisch ganz einwandfreie Personen befällt, zu einer gewissen Höhe anwächst, eine Zeit lang besteht, dann mehr oder minder schnell abklingt und eine gesunde Psyche zurücklässt. Derartige Fälle würden gewissemassen als „akute Paranoia“ im Sinne der inneren Medizin, wie etwa ein Typhus zu bewerten sein.

Thomsen hat in einer ausführlichen Arbeit diese Frage im bejahenden Sinne zu lösen versucht. Er meint durch seine Fälle die Existenz einer solchen akuten Paranoia nicht nur wahrscheinlich gemacht, sondern direkt bewiesen zu haben. Er teilt 24 ausführliche Krankengeschichten mit nebst genauen Katamnesen, welche dartun, dass die betreffenden Personen später dauernd gesund geblieben sind. In allen Fällen sucht Thomsen nachzuweisen, dass irgend eine besondere Aetiologie (Alkohol, Gifte, u. s. w.) nicht vorlag. Neuropathische oder psychopathische Belastung fand sich nur bei der Hälfte der Fälle und spielte nach Thomsen's Ansicht keine nennenswerte Rolle. Die Mehrzahl der Erkrankungen fiel in die erste Lebenshälfte, nur drei erkrankten nach dem 40. Jahre. Die Erkrankung begann immer akut, oft im Anschluss an Blutverlust, Unterernährung, Ueberanstrengung, Umständen, denen vorwiegend auslösende Bedeutung zugeschrieben wird. In einer Reihe von Fällen bestand aufangs ein Verwirrheitszustand, der aber bald vorüberging und dann trat ein mehr oder minder systematisierter Wahn bei völliger Besonnenheit zu Tage. Andere Fälle waren von vornherein und dauernd besonnen. Der Wahn war meist ein Verfolgungs-

wahn, zuweilen aber auch Grössenwahn. Die Stimmung war verschieden, jedoch in der Regel eine leicht gehobene, hypomanische. Die Dauer der Erkrankung betrug in der Mehrzahl der Fälle 3 Monate, nur einmal dauerte sie 2 Jahre. Immer trat Heilung ein, nie blieb ein geistiger Defekt zurück. Thomsen gibt zu, dass man bei mehreren seiner Fälle zweifeln kann, ob sie nicht dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen sind; er selbst scheint überzeugt zu sein, dass auch diese Fälle als akute Paranoia zu gelten haben. Kleist hat in einer eingehenden Besprechung der Thomsen'schen Arbeit nachzuweisen gesucht, dass die Mehrzahl der Thomsen'schen Fälle nicht als Paranoia angesehen werden können, sondern anderen Krankheiten, nämlich dem manisch-melancholischen Irresein, den Motilitätspsychosen, zugezählt werden müssen. Aber bei 2 Fällen muss auch Kleist anerkennen, dass es sich um paranoische Zustände handelt.

Wenn man bei der kritischen Betrachtung der Thomsen'schen Krankengeschichten von dem Standpunkt ausgeht, zu versuchen, ob das, was der Autor beweisen will, sich halten lässt, so wird man doch nicht nur zwei, sondern noch einige mehr der Thomsen'schen Krankengeschichten als Paranoia bezeichnen können. Allerdings glaube ich auch, dass es vorläufig, solange die Streitfrage der akuten Paranoia noch so wenig geklärt ist, nicht angängig erscheint, Psychosen, bei denen nicht völlige Besonnenheit während der ganzen Dauer der Erkrankung herrscht, als beweisend für die Existenz der akuten Paranoia heranzuziehen. Die Zugehörigkeit solcher Fälle muss einstweilen zweifelhaft bleiben, obwohl *a priori* kein Grund vorliegt, eine Verwirrtheit, besonders im Beginn einer akuten Psychose — als Gegenargument gegen die Annahme einer Paranoia zu verwenden. Jedenfalls scheint aus der Arbeit Thomsen's hervorzugehen, dass akute Psychosen vorkommen, die man nach ihrer gesamten Symptomatologie als Paranoia bezeichnen muss und nicht ohne Zwang in eine der anderen bekannten Krankheitsgruppen einreihen kann und dass diese akuten Wahnspsychosen auch bei Personen auftreten können, die keine erbliche Belastung aufweisen und keine Zeichen psychischer Degeneration erkennen lassen, vielmehr bis zum Ausbruch der Psychose psychisch ganz gesund erschienen und erkrankten, ohne dass eine besondere Aetiologie nachweisbar ist. Sicher sind solche Psychosen selten und in dem grossen Material an Krankengeschichten der Klinik in Halle konnte ich nur wenige finden, die vielleicht hierher gehören dürften. Die folgenden Krankengeschichten betreffen diese Fälle.

13. W. B., 35 Jahre alt, Assessor, aus B. In der Klinik vom 13. 10. bis 1. 12. 05.

Heredität: Grossvater väterlicherseits litt an Schwermut und endete durch Selbstmord. Die Eltern sind beide nervös. Der Vater soll an hypochondrischen

Stimmungen leiden. Die einzige Schwester (älter als der Patient) war 1895 wegen Melancholie  $1\frac{1}{4}$  Jahr und 1903 nochmals einige Monate in der Irrenanstalt K. Zwei jüngere Brüder sind gesund. Er selbst glaubt schon als Kind nervös gewesen zu sein. Auf der Schule hat er leicht und gut gelernt, war aber auch immer sehr fleissig. Er konnte pekuniärer Verhältnisse wegen nicht, wie er eigentlich wollte, in eine Verbindung eintreten. Er lebte sehr einsam und solide, war stets schüchtern, zurückhaltend, schloss sich schwer an. Zuerst stellten sich merkbare Beschwerden gelegentlich des Referendarexamens 1894 ein, infolge Ueberarbeitung. Er hatte auch viel geraucht. Das juristische Studium hatte er stets mehr aus Pflichttreue als aus Interesse an der Sache getrieben, sich viel mehr für Literatur interessiert. Bei den schriftlichen Arbeiten zum Referendarexamen fühlte er eine Ohnmacht nahen, gab deshalb die Arbeit unvollendet ab; sie war übrigens trotzdem gut. Zur Erholung ging Pat. in den Harz und gebrauchte eine Wasserkur. Verschlechternd auf sein Befinden wirkte dann die Aufregung über die Erkrankung der Schwester, die er selbst in die Anstalt brachte, und ferner eine Influenza, die sich seitdem im Winter mehrmals wiederholt hat. Er litt nun öfter an Kopfschmerzen, Mattigkeit, Verstimmung. Das viele Protokollieren als Referendar griff ihn sehr an. Milde Wasserkuren brachten jedesmal Besserung. Weihnachten 1897 Assessorexamen. Von zwei schriftlichen Arbeiten bewältigte er die erste spielend leicht, die zweite aber nur unter Aufbietung der grössten Energie, bestand jedoch das Examen gut. Er trat gleich als Gerichtsassessor ein und war dann 3 Jahre lang in angestrengter Tätigkeit. Das häufige Wechseln des Wohnorts wirkte ungünstig. Seit Herbst 1901 hatte Pat. eine ständige Stellung unter ihm zugesagenden Verhältnissen, da fühlte er sich besser. Seit etwa 1900 war er zeitweise in nervenärztlicher Behandlung. Die Krankheitserscheinungen bestanden in Störungen des Magens, des Schlafes, Appetitlosigkeit und insbesondere in einer ausgeprägten Entschlussunfähigkeit. Der Zustand schwankte zwischen fast völliger Gesundheit und ausgeprägtem Krankheitsgefühl die ganzen Jahre hindurch. Anfang 1904 im Winter hatte er wieder Influenza, ausserdem Aufregungen durch ein Liebesverhältnis mit einer Frau. Zu geschlechtlichem Verkehr kam es nicht, nur zu Küsselfen. Es war dies seine erste Liebe. Sexuellen Verkehr mit Puellis hat er nur selten gehabt, und sich dann immer abgestossen gefühlt. Pollutionen hat er nicht im Ueberfluss gehabt, masturbiert nur ganz vereinzelte Male. Er war überhaupt nicht sehr erotisch veranlagt. Im Jahre 1904 war er dann mehrfach in Sanatorien, hat aber zunächst noch seinen Dienst weiter verrichtet. Ende November 1904 schwere Influenza, war damals im Krankenhaus in B. Dort stellte sich zuerst die Idee ein, dass er heimlich vom Arzt Morphium bekomme. Er schloss das daraus, dass er plötzlich in einer Nacht gut schlief, nachdem abends der Arzt lange auf ihn eingeredet und seine Hand festgehalten hatte, wobei er ihm heimlich eine Einspritzung gemacht habe. Er litt damals an hochgradiger Schlaflosigkeit. Seitdem glaubt er ständig Morphium zu bekommen, welches ihm von verschiedenen Aerzten in Sanatorien, von seiner Wirtin und im Elternhaus gegeben würde. Trotz der gegenteiligen Versicherungen aller Beteiligten hielt er an dieser Idee fest. Wenn er sich

wohler fühlte, glaubte er, er bekomme mehr Morphinum, ging es ihm schlechter, so hielt er das für Abstinenzerscheinungen. Oft merkte er an einem eigentümlichen Gefühl von Kraft und guter Laune, dass er mehr Morphinum bekomme. Auch fand er Morphinumkristalle im Essen, besonders im Kakao, und zwar sowohl in den Sanatorien, wie im Elternhause und in Pensionen. Auch bestärkte ihn das Benehmen der Aerzte in seiner Annahme: sie hatten es zwar nie zugegeben, dass er Morphinum bekommen habe, aber er habe es doch durch Andeutungen und indirekte Zugeständnisse herausgehört und ein Arzt sei, als er ihn zur Rede stellte, sehr verlegen geworden und habe sich verfärbt. Er nahm an, dass die Aerzte glaubten, er könne ohne Morphinum nicht mehr auskommen und eine Entziehungskur nicht aushalten. Während des Aufenthaltes in verschiedenen Sanatorien traten ganz vorübergehend und andeutungsweise andersartige Wahnideen auf (Wahrnehmung zweier Aerzte), z. B. die Idee, dass sich die Nahrung im Körper in flüssiges Fett umwandle. Er kam schliesslich mit seiner Einwilligung in die hiesige Klinik.

Befund bei der Aufnahme: Körperlich: grazil gebauter, mässig geährter, blasser Mann mit neurasthenischem, müdem Gesichtsausdruck. Hirnnerven ohne Besonderheiten, innere Organe gesund, keine hysterischen Zeichen. Sehnenreflexe überall lebhaft. Psychisch: völlig ruhig und geordnet, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Urteilsfähigkeit nicht herabgesetzt. Er ist leicht ermüdbar, erzählt anfangs fliessend seine Lebensgeschichte, ermüdet dann aber schnell und kann sich nur schwer besinnen, so dass die Aufnahme der Anamnese mehrmals unterbrochen werden muss. Er macht einen unentschlossenen, weichlichen, wehleidigen Eindruck.

Das einzige psychotische Symptom, welches sich nachweisen liess, bestand in der erwähnten Wahnidee, dass er zum Morphinisten gemacht sei und noch fortwährend Morphinum erhalte. Sinnestäuschungen konnten nicht nachgewiesen werden. Zwar verstopfte er sich gelegentlich die Ohren mit Watte, erklärte dies aber glaubhaft dadurch, dass er es wegen des störenden Lärmes tue. Er war dauernd fest überzeugt, dass er Morphinum bekomme, glaubte, es werde ihm mit dem Essen verabfolgt, vertauschte deshalb öfter sein Essen mit dem anderer Patienten. Gelegentlich klagte er über Magenbeschwerden, Angstgefühle und Atemnot, öfter auch über Brummen und Summen in den Ohren. Er behauptete, sein Körper habe im Laufe der Zeit ein anderes Aussehen bekommen, er bekomme einen Ausschlag am Körper, verliere die Muskulatur, werde schwammig dick, der Bauch sei aufgetrieben (tatsächlich nahm er erheblich an Körpergewicht zu), sei ein Giftbauch. Andererseits komme zuweilen ein gewisses Kraftgefühl über ihn und sein Gedächtnis, das früher schlechter war, sei jetzt besser. Alles dies sowie das Verhalten der Aerzte und der Nachweis der Morphinumkristalle im Essen sei ein Beweis dafür, dass er dauernd Morphinum bekomme. In einem Briefe am 3. 11. 05 sagt er: „Die Ueberzeugung, dass ich zum Morphinisten gemacht bin, kann ich nicht aufgeben, da der Beweis ein absolut zwingender ist. Jedoch glaube ich, dass die mir bisher verabfolgte Dosis eine noch verhältnismässig geringe ist und gebe mich der Hoffnung hin, dass eine Heilung noch möglich ist.“ Weiterhin verlangt er in dem Briefe seine

Entlassung, da er den Aufenthalt und die Behandlung in der Klinik für unzweckmässig halte. Eine wesentliche Aenderung des Zustandes trat während des Klinikaufenthaltes nicht ein, er war nicht zu irgend einer Beschäftigung zu bewegen, strebte sehr fort, bat, man möchte ihm doch die Dosis sagen, die er noch bekomme, damit er Gewissheit habe und eventuell hoffen könnte, durch eine Entziehungskur geheilt zu werden. Die Stimmungslage war sehr schwankend, meist jedoch depressiv. Er klagte viel über Schlaflosigkeit, obwohl er leidlich schlief, auch an Gewicht erheblich zunahm. Er beschäftigte sich fortwährend mit seiner Wahnidee der Morphinvergiftung, die sein ganzes Fühlen und Denken dauernd beherrschte, so dass er für andere Dinge keinerlei Interesse aufbrachte. Als er schliesslich seinem wiederholten Wunsche entsprechend in eine Privatanstalt entlassen werden sollte, konnte er sich nicht entschliessen, suchte fortwährend Ausflüchte, um in der Klinik zu verbleiben.

Am 1. 12. 05 wurde er als ungeheilt in die Privatanstalt Erdmannshain entlassen. Aus der dortigen Krankengeschichte ist noch folgendes zu entnehmen: Bei der Aufnahme brachte er in derselben Weise wie in Halle seine Wahnidee vor und fügte noch hinzu, er sei in der Klinik auf Paralyse untersucht und beobachtet worden, das habe er aus verschiedenen Äusserungen schliessen können. Zum Beweise für die Richtigkeit seiner Idee führt er noch an, dass er in Halle öfter seinem Wärter das für ihn bestimmte Essen gegeben habe, worauf sich die Morphinwirkung zeigte, indem der Wärter auf dem Sofa fest eingeschlafen sei. Ferner hatten in einem Sanatorium öfter auch andere Gäste von seiner Milch getrunken, auch die Frau des Arztes, auch da habe er die Wirkung gesehen, die Frau des Arztes habe auch einmal Erbrechen danach bekommen. Auf die gegenteiligen Versicherungen des Arztes lächelte er unglaublich, sagte, er wisse es eben. Starke Gegenbeweise (Attest aus Halle, Briefe des Vaters) machten zwar im ersten Augenblick Eindruck, bald aber erklärte er alles wieder für „verabredetes Lügengewebe, pia fraus“. Der Zustand änderte sich zunächst nicht, er war immer misstrauisch, oft sehr verstimmt, sehr mutlos, klagte viel, besonders über Schlaflosigkeit und Ohrensausen. Seine Gedanken und Reden betrafen immer dasselbe Thema der Morphinvergiftung, er betonte häufig, dass er fühle, er sei ein ganz anderer geworden, seine Konstitution sei verändert usw. Am 18. 1. 06 las er seine Krankengeschichte durch und erklärte sich darauf für überzeugt, dass er kein Morphin erhalte und dass es eine Wahnidee sei.

23. 1. Die Krankheitseinsicht bleibt bestehen. Ueber die Vergangenheit ist er sich noch nicht recht klar, scheint aber wenigstens zu zweifeln. Schlaf noch schlecht, viel Sausen im rechten Ohr. Otologisch kein Befund.

28. 1. Krankheitseinsicht. Klagt über den Magen. Sonst mutige Stimmung, will am 1. 4. wieder in Tätigkeit treten, will möglichst bald zur Nachkur nach Harzburg.

Bemerkenswert ist, dass Pat. nach Monaten zum ersten Mal wieder eine Pollution hatte.

11. 2. Als erheblich gebessert entlassen. Schlaf noch schlecht. Viel Ohrengeräusche, meist rechts, aber auch etwas links. Tuben durchgängig. Die

Idee kommt nicht wieder, auch keine Zweifel. Pat. glaubt nur, dass er zuerst in B. eine Morphinumjektion erhalten habe, vielleicht in H. noch einmal. Ausserdem meint er, dass er auch heute noch, wenn ihm als Jurist der Fall vorläge, nach den Indizien urteilen würde, er habe Morphin erhalten, wenn nicht dann die Eide der betreffenden Aerzte dagegen sprächen. Pat. ist zum Schluss ganz dankbar, fühlt sich durchaus fest, nur inbezug auf Leistungsfähigkeit noch unsicher.

Am 1. 7. 06 richtete B. an die Nervenklinik ein längeres Schreiben, in welchem er mitteilte, dass sein Leiden völlig beseitigt sei, seitdem er sich durch Einsicht der über ihn in Erdmannshain geführten Krankengeschichte davon überzeugt habe, dass seine Annahme unbegründet und nur durch ein Zusammentreffen zahlreicher unglücklicher Zufälle, sowie durch die ungeschickte ärztliche Behandlung vor der Aufnahme in der Klinik entstanden war. Er sei seit Mitte März 1906 wieder als Gerichtsassessor im Staatsdienst beschäftigt und jetzt mit der Vertretung des erkrankten Richters am Amtsgericht beauftragt. Obwohl er somit bewiesen habe, dass er wieder völlig arbeitsfähig sei, obwohl er selbst überzeugt sei, dass er seine volle Gesundheit wieder erlangt habe, sei er bei einer zum 1. Juli erfolgten Neuanstellung von 4 Richtern übergangen worden. Er vermute, dass dies geschehen sei, weil das Justizministerium in der Annahme, er sei geisteskrank gewesen, noch an seiner völligen geistigen Gesundheit zweifle. Er bitte deshalb um ein Attest, mit dem er das Ministerium überzeugen könne.

B. ist bis jetzt gesund geblieben und seit Jahren Amtsrichter.

Hier trat bei einem aus belasteter Familie stammenden, neurasthenischen oder besser endogen nervösen (Cramer), 35jährigen bis dahin psychisch gesunden Manne nach einer Influenza die ganz zirkumskripte Wahnidée, dass er zum Morphinisten gemacht sei, auf, nahm sein ganzes Fühlen und Denken ein und blieb über ein Jahr lang fast unverändert bestehen. Eine wesentliche Weiterbildung des Wahnsystems fand nicht statt. Bemerkenswert ist der plötzliche Beginn der Erkrankung und die ebenso plötzliche Genesung nach über einjähriger Dauer. Ueber derartige heilbare paranoische Psychosen bei endogen Nervösen ist wenig bekannt; sie sind jedenfalls äusserst selten. Ob überhaupt der endogenen Nervosität in solchen Fällen irgendwelche Bedeutung zukommt, ist zweifelhaft und wenn man die extreme Seltenheit solcher Erkrankungen der enormen Häufigkeit der Nervosität gegenüberstellt, muss ein ursächlicher Zusammenhang gänzlich unwahrscheinlich erscheinen, nur eine ganz allgemeine Disposition zu psychischer Erkrankung könnte aus der nervösen Disposition geschlossen werden und das auch nur unter Berücksichtigung der erblichen Belastung. Fällt somit hier die nervöse Disposition als ursächlicher Faktor nicht ins Gewicht, so haben wir nichts, was für die Entstehung dieser paranoischen Psychose verantwortlich gemacht werden könnte. (Die Influenza kommt nicht ernstlich in

Betracht, zumal der Patient wiederholt daran gelitten hatte, ohne dass irgendwelche psychische Störungen auftraten.) Dass es sich nicht um eine Aeusserung einer Schizophrenie oder um eine Phase des manisch-melancholischen Irreseins gehandelt hat, geht aus der Krankengeschichte deutlich hervor. Dagegen kann man vielleicht zweifeln, ob man den psychotischen Zustand einen paranoischen nennen darf. Da aber die Wahnbildung durchaus im Vordergrunde der psychotischen Erscheinungen steht, und dauernd das ganze Krankheitsbild beherrscht, ist es am nahe-liegendsten, den Zustand als paranoischen anzusprechen, zumal sich die Erkrankung, ohne den Tatsachen Gewalt anzutun, kaum anders unter-bringen lässt. Wenn man hier die Grundursache der akuten Psychose in einer paranoischen Veranlagung sucht, so kann das angesichts des Mangels von nachweisbaren paranoischen Charakterzügen in der vor- und nachpsychotischen Zeit nur eine hypothetische Vermutung sein, die eine ganz latente, der Beobachtung nicht zugängliche paranoische Artung voraussetzte.

Der folgende Fall stellt einen ganz kurzen, milden paranoischen Zustand dar:

14. K., Friedrich, 43 Jahre alt, Gärtnerarbeiter aus G. In der Klinik vom 11. 6. 03 bis 23. 6. 03.

**Anamnese:** Heredität ohne Besonderheiten. Keine früheren Krankheiten. Potos und Lues negiert.

Die jetzige Krankheit begann 8 Tage vor Pfingsten im Anschluss an einen Aerger. Er wurde unruhig, reizbar. Alles hatte bei ihm seine besondere Bedeutung: wenn etwas am Boden lag, wenn er etwas hörte, wenn jemand kam, glaubte er immer, es habe eine besondere Beziehung zu ihm. Dabei immer ängstliches Wesen. Angeblich habe er auch Stimmen gehört, nachts wenig geschlafen; anfänglich sei er mehr erregt gewesen, jetzt sei er ruhiger.

**Befund bei der Aufnahme:** Körperbefund ohne Besonderheiten. Pat. zeigt einen indifferenten Gesichtsausdruck bei ebensolcher Stimmung. Er ist ruhig, geordnet, unterhält sich mit anderen Patienten. Er antwortet sinn-gemäss, ist komponiert, orientiert, gröbere Intelligenzfehler treten nicht hervor. Merkfähigkeit nicht reduziert. Schulkenntnisse seinem Bildungsgrade entsprechend. Er kommt mit seiner Einwilligung her, weiss, dass seine Wahrnehmungen krankhafter Natur sein müssen. Vor 3 Wochen sei ihm schon einmal ähnliches wie jetzt aufgefallen. Diesmal sei der Zustand bei einem Aerger aufgetreten. Es handelt sich um einen Kaufakt, bei dem er zuviel zahlen sollte, es hatte sich schliesslich herausgestellt, dass er im Recht sei. Es sei ihm alles so sonderbar vorgekommen; die Menschen sähen ihn so misstrauisch an, machten Bemerkungen, die er nicht verstanden habe; dann hatte er den Eindruck, als ob nichts mehr auf seinem Felde gedeihen würde; er glaubt, daran sei der Ortsrichter schuld. Er warf ihm deshalb eine tote Katze in einen

seiner Kornacker; er hat sie mit der Hand erwürgt. Nachher meinte er, dass die tote Katze bald in seinem Zimmer, bald in der Kommode, bald im Ofen rumore. Dann war es ihm, als ob er aus dem Ticken der Uhr, aus dem Krähen des Hahnes allerlei höre, auch seine eigenen Gedanken. Zeitweise hört er die Stimme des Ortsrichters, die immer sagt, was er im Moment vor hat, „jetzt macht er das, jetzt macht er das usw.“ Wieso das komme, weiss er nicht. Aber das wäre nur Wahn in seinem Kopfe. In diesen Tagen sei es schon weniger geworden; hier habe er noch nichts Aehnliches bemerkt.

13. 6. Hat hier keine ähnlichen Wahrnehmungen gemacht, bleibt dabei, dass alles nur krankhafter Natur gewesen sein müsse. Völlig geordnet, komponiert. Klagt über Verstopfung und Magendruck. Zuweilen Kopfweh, Zunge ohne Belag, Appetit gut.

15. 6. Dauernd geordnet, fleissig, hilft im Garten, hat völlige Krankheits-einsicht.

23. 6. Dauernd geordnet, fleissig und freundlich, völlige Krankheits-einsicht. Auf seinen Wunsch heute geheilt (frei von psychotischen Erschei-nungen) entlassen.

Auch hier lässt sich, abgesehen von dem Aerger, dem aber nur eine auslösende Rolle zukommt, keinerlei Aetiologie nachweisen. Alko-holismus lag sicher nicht vor. Es trat dauernde völlige Heilung ein.

In den beiden folgenden Fällen kann vielleicht dem Präsenium oder der Involution eine ursächliche Bedeutung beigelegt werden.

15. F. F., 50 Jahre, Weber aus H. In der Klinik vom 14. 4. bis 5. 5. 04.

Anamnese: Keine Heredität. Er selbst hat als einjähriges Kind eine schwere Erkrankung durchgemacht, ist sonst aber nie ernstlich krank gewesen. Seit mehreren Jahren habe er über Kreuzschmerzen geklagt, sei aber geistig immer normal gewesen, nur seit ein paar Jahren etwas vergesslich. Die jetzige Krankheit sei vor 7 Tagen ganz plötzlich ausgebrochen. Er begann von Ver-folgern zu sprechen, von Amerikanern, die immer auf ihn loskamen, ihn an den Beinen und am Kopfe gehabt hätten, die immer zu ihm gesprochen, auf ihn geschimpft hätten; er habe sie auch vor sich gesehen und habe ein Gewehr ge-nommen, um auf sie zu schießen. Auch habe er immer Schwefel gerochen und in der Medizin Gift vermutet. Nachts war er unruhig, ängstlich, wollte aus dem Fenster. Gestern war er besonders aufgeregt. Er war dabei immer völlig orientiert.

Bei der Aufnahme zeigte er ein komponiertes Verhalten. Auf die Frage, wo es ihm fehle, meinte er, er leide immer so an Reissen und Stechen in der linken Seite. Seine Personalien gibt er richtig an.

Das Datum weiss er nicht genau anzugeben, sagt, es sei April 1904, ent-schuldigt sich damit, dass, wenn man 14 Tage nicht geschlafen habe und so etwas ausgestanden habe, man das nicht so genau wissen könne. Oertlich ist er völlig orientiert. Er beurteilt seine Umgebung richtig. Seit einem Viertel-jahr merke er, dass er oft, bald in der Brust, bald im Nacken und am Kopfe elektrische Schläge bekomme. Gesehen habe er niemand dabei, aber die

Elektrizität und der Magnetismus reichten ja sehr weit, er sei hypnotisiert worden, er merke das an den magnetischen Schlägen etwa seit 6 bis 8 Wochen, auch schon früher, aber er habe es da noch nicht so gewusst und verstanden. Er habe nun seit etwa 8 Wochen Stimmen gehört, erst seien es Quasseleien gewesen wie: „kommst du nicht wieder, stechen wir dich tot usw.“ Er habe dann auch Ziehen bald hier, bald dort an seinem Körper gefühlt: „Die renken einen ja ganz aus, Herr Doktor.“ Die Stimmen habe er bald im Rücken, bald in der Brust, auch in den Beinen gehört. Er habe einmal in der Zeitung von einem Bauchredner, einem amerikanischen Professor gelesen, er wisse nun nicht, ob der das sei, der das macht oder, ob das Leute aus einer Truppe seien, die bei ihnen gewesen wären. Er habe auch öfter Schwefelgeruch verspürt, einmal habe er es auf dem Felde vor lauter Schwefel gar nicht aushalten können. Gesehen habe er nie jemanden, die seien immer unsichtbar, hier und da habe er nachts so ein Gesicht gesehen. Warum das Alles geschehen sei, weiss er sich nicht zu erklären, es sei aber in den letzten 14 Tagen nicht mehr zum Aushalten gewesen. Potsdam wird entschieden in Abrede gestellt.

**Körperbefund:** Sicht etwas vorzeitig gealtert aus. Leichte Arteriosklerose der peripheren Gefässer. Innere Organe ohne Besonderheiten. Nervensystem ohne Besonderheiten.

18. 4. Hat nur am Tage seiner Aufnahme noch einige elektrische Schläge gespürt, sagte: „Herr Dr. eben jetzt, merken Sie es denn nicht?“ Sonst keine Halluzinationen. Weiss nicht, ob er dem amerikanischen Professor oder dem Bauchredner die Schuld geben soll. Merkfähigkeit nicht herabgesetzt. Auffallend ist nur noch eine gewisse Euphorie, die Pat. ständig zur Schau trägt. Nach dem Grunde gefragt, meint er, er lache, weil der Doktor selbst lache.

24. 4. Liegt ruhig im Bett, verhält sich geordnet und verständig. Keine Halluzinationen mehr, auch keine Wahnideen.

2. 5. Völlig korrektes Verhalten. Nach seinem früheren Zustande gefragt, meint er, er wisse gar nicht, wie das gewesen sei, er könne sich gar keinen Begriff davon machen, wie das eigentlich war. Er sei krank gewesen. Ueber die Stimmen denke er, dass das seine eigene Stimme gewesen sei, über die elektrischen und magnetischen Schläge meint er, er habe sie deutlich gefühlt, das könne doch keine Einbildung sein oder die Einbildung müsse so stark gewesen sein, dass er das richtig gefühlt hätte. Das sei krankhaft, denn in Wirklichkeit habe er es nicht gefühlt. Krankheitseinsicht dauernd. Keine psychotischen Symptome. Wird geheilt entlassen.

Dieser Fall, der symptomatologisch sehr einer akuten Halluzinose ähnelt, bei dem aber Alkoholismus nicht in Betracht kommt, könnte auch zu den präsenilen Erkrankungen gerechnet werden, da außer dem Evolutionsalter und der Arteriosklerose keine andere Ursache eruiert werden konnte. Er würde dann ein Beispiel dafür sein, dass auch akute, halluzinoseähnliche Erkrankungen ohne Alkoholismus im Präsenium vorkommen, die in völlige Heilung ausgehen.

16. J. Sch., 48 Jahre alt, Buchdruckersfrau aus H. In der Klinik vom 29. 7. bis 20. 8. 04.

Anamnese: Keine Heredität. Keine früheren Erkrankungen.

Sie wird nachts von der Polizei zugeführt, weil sie zu Hause gelärmt und ihren kranken Mann tätlich angegriffen hatte. Nach Angabe einer Tochter ist sie schon von jeher eine reizbare Frau gewesen, die mit ihrem Manne, ihren Kindern und den Nachbarn oft Streit hatte. In letzter Zeit Eifersuchtsideen, glaubte, ihr Mann hielte es mit einer Nachbarsfrau. Pat. ist seit langem schwerhörig, leidet offenbar sehr darunter; sie fühlte, dass sie es in mancher Beziehung mit ihrer Rivalin nicht aufnehmen könnte. Besonders jetzt während der Krankheit ihres Mannes fühlte sie ihre Unzulänglichkeit recht, indem sie die Pflege nicht gut leiten konnte; die Frau N. hatte einen Krankenpflegekurs gehabt und machte Alles besser. Ihre Kinder ässen auch viel lieber bei der Frau N. als bei der Mutter, dort war immer Alles besser. In den letzten Tagen machte sich das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, der Zurücksetzung und der Eifersucht in Schimpfereien Luft. In der letzten Nacht drohte sie ihrem schwerkranken Manne die Lampe an den Kopf zu werfen, schrie und tobte.

Nach der Einlieferung in die Klinik schließt Pat. während des Restes der Nacht gut. Am anderen Morgen erzählte sie, die häuslichen Vorgänge ungefähr übereinstimmend mit den Angaben der Tochter. Die Frage, ob sie sehr reizbar sei, bejahte sie, sagte aber, das sei nicht zu verwundern, alle Schwerhörigen seien reizbar. Weist alle Schuld von sich; ihr Mann und die Frau N. seien an allem Schuld. Mit ihrem Manne hätte sie überhaupt schon oft Streit gehabt, der verleihe sein Geld zu leichtsinnig. Die Frau N. habe sich die Krankenpflege angemasst, habe ihre Kinder an sich gezogen. Sie sei sich schliesslich ganz überflüssig vorgekommen und habe sich masslos über die Frau N. geärgert. Den direkten Vorwurf der ehelichen Untreue mache sie ihrem Manne nicht, sie halte es aber nicht für unmöglich. Keine Halluzinationen. Ausser den Eifersuchtsvorstellungen keine weiteren Beziehungs ideen. Sie verhält sich völlig ruhig und geordnet. Körperbefund ohne Besonderheiten.

15. 8. Bisher stets geordnet und ohne Auffälligkeiten. Zuweilen verkehrte Auffassungen infolge ihrer Schwerhörigkeit. Wenn man auf ihre häuslichen Verhältnisse zu sprechen kommt, gerät sie in Affekt. Beim Besuch ihrer Kinder ist sie freundlich zu ihnen. Sie will sich zusammennehmen, damit nichts wieder vorkommt. An ihren Eifersuchtsideen hält sie fest und weist jede Schuld an den häuslichen Streitigkeiten energisch von sich, höchstens gibt sie zu, dass sie etwas reizbar sei. Wird gebessert entlassen. Ist nachher völlig gesund geworden und nicht wieder psychotisch erkrankt.

Hier kommt ausser dem Präsenium noch die Schwerhörigkeit in Betracht. Bekanntlich beobachtet man oft bei Schwerhörigen und Tauben als dauernde Charaktereigentümlichkeit eine gewisse Neigung zu Misstrauen und zu wahnhafter Auffassung der Vorgänge in ihrer Umgebung. Es hängt das ganz offenbar mit ihrem körperlichen Leiden zusammen, und speziell das Misstrauen ist im allgemeinen durchaus

berechtigt, wenigstens hinsichtlich der mündlichen Aeusserungen der sie umgebenden Personen, die im Vertrauen darauf, dass sie nicht verstanden werden, gelegentlich auch in Gegenwart der betreffenden Schwerhörigen und Tauben abfällige Bemerkungen über sie machen. Die Schwerhörigkeit oder Taubheit ist aber keineswegs die Ursache dieser paranoischen Erkrankungen, sie stellt nur ein den Ausbruch derartiger Psychosen begünstigendes äusseres Moment dar, bedingt gewissermassen nur eine geeignete Situation, ähnlich wie die Haft bei den paranoischen Gefängnisspsychosen. Die wesentlichste Aetiologie muss auch hier wieder in einer latenten paranoischen Artung gesucht werden. Denn die grosse Mehrzahl der Schwerhörigen und Tauben erkrankt während des ganzen Lebens nicht paranoisch, und trotz vielfacher Enttäuschungen und trübster Erfahrungen entwickelt sich bei den meisten eben nur allmählich ein berechtigtes Misstrauen, aber keine paranoische Denk- oder Gefühlsrichtung.

Dass auch ohne Schwerhörigkeit und vor dem Involutionsalter ganz ähnliche akute paranoische Psychosen, speziell mit Eifersuchtwahn, vorkommen, zeigt der nächste Fall.

17. L. W., 39 Jahre alt, Arbeitersfrau aus H. In der Klinik vom 1. 12. bis 30. 12. 05.

**Anamnese:** Von Heredität und früheren Krankheiten ist nichts bekannt. Seit dem 20. 11. war sie in frauenärztlicher Behandlung wegen Retroflexio uteri fixata. Sie machte damals auf den Frauenarzt einen hysterischen Eindruck. Nach Angabe des Mannes wurde sie 3 Tage vor der Aufnahme plötzlich ohne Ursache erregt, marschierte wie die Soldaten, weinte viel, schimpfte viel, schlief nicht, beschuldigte ihren Mann entwürdigender sexueller Zumutungen, behauptete, er behandle sie schlecht, weil sie kinderlos sei. Sie hielt Wagenrollen für Donner. Der Mann gab ferner an, sie sei schon früher eifersüchtig gewesen, und zwar nicht ohne Grund. Potus wird dagegen entschieden bestritten.

Bei der Aufnahme ist sie völlig komponiert und orientiert; die Stimmung ist eher heiter, sie sei nicht krank, leide nur an Schlaflosigkeit, deshalb sei sie hierher gebracht. Ueber die Vorgesichte gibt sie noch an: sie sei zum ersten Male mit 21 Jahren verheiratet gewesen. Vor der Ehe habe sie zweimal geboren, beide Kinder seien bald gestorben. In der Ehe ein Kind, welches im ersten Lebensjahre starb; keine Fehlgeburt. War als Amme in Stellung, wo sie viel Bier trinken musste, was sie nicht habe vertragen können. Seitdem habe sie höchstens gelegentlich mal eine Flasche Bier getrunken. Der erste Mann sei ein starker Trinker gewesen, sie habe nur 4 Wochen mit ihm zusammen gelebt, er habe zu grosse sexuelle Anforderungen an sie gestellt, so dass sie es nicht mit ihm ausgehalten habe, der Mann sei später verunglückt. Seit 8 Jahren zweite Ehe, der Mann sei ordentlich, aber er mache ihr Vorwürfe,

weil sie keine Kinder von ihm bekomme. Auf die Frage, warum sie so auf ihren Mann schimpfe, antwortete sie, er habe sie belogen, habe sie betrogen und er wisse nicht, was Liebe sei, sie habe aus Liebe geheiratet und nicht wegen solcher Sachen. Er gebrauche so eklige Worte. Kaum sei sie aus dem Diakonissenhause, wo sie wegen Blutung ausgekratzt wurde, nach Hause gekommen, da . . . ist nicht zum Weitererzählen zu bewegen — „man schämt sich so“. Angst, Beziehungsideen, Selbstvorwürfe werden geleugnet, dagegen gibt sie Stimmen zu. „Es war heute Nacht ein Apparat im Ofen, nicht wahr Herr Doktor?“ Aus demselben kamen unanständige Worte. Wer den Apparat aufgestellt habe, wisse sie nicht. Auch Donner und Blitz habe es diese Nacht gegeben. Sensationen an den Genitalien werden zugegeben, doch äussert sie sich nicht näher darüber. Sie habe auch ein Wimmern gehört, wie wenn ein Kind geboren wird, sie habe dann selbst mit gewimmert. Erst seit einigen Tagen höre sie Stimmen. Sie äussert Eifersuchtsideen gegen ihren Mann, er treibe es besonders mit einer Frau am Unterberg, Beweise habe sie allerdings nicht. Auch während der Exploration scheint sie zu halluzinieren, sie sagt plötzlich, durch den Apparat seien ihr eben die Hände in die Höhe gehoben worden. Sensationen im Leibe: es gehe so herauf und herunter. Es habe nachts, wenn das Wasser wegging, so gestunken, da habe es sie geekelt. Ein Arzt hätte ihr gesagt, sie solle die Ohren spitzen und die Augen öffnen, damit habe er eine Anspielung auf ihren Mann gemacht.

4. 12. Wechselndes Verhalten. Bald heiter, bald sehnsgütig zu ihrem Mann verlangend und sein gutes Herz rühmend, bald auf ihn schimpfend, bald ihr Elend bejammernd. Begriffliches Unterscheidungsvermögen schlecht. Fällt dem Arzt bei der Intelligenzprüfung oft ins Wort: „Jetzt ist der Apparat wieder da, da sind die Gedanken wieder weg“. Ist schwer dauernd zu fixieren. Aeußerst häufig Beziehungsideen, was die Frau macht, das gilt doch alles mir. Spricht häufig vom Apparat, dessen Wirksamkeit sich gelegentlich durch Chloroformgeruch verrät, sie hört durch denselben alle möglichen ekligen Worte, auch würden durch ihn gelegentlich Sensationen in ihren Genitalien hervorgerufen oder die Arme in die Höhe gezogen. Sagt plötzlich ganz unmotiviert mit weinerlicher Stimme: „ich bin immer ordentlich gewesen, ich habe immer meine Zeit ausgenutzt, Fehler macht ein jeder. Keiner kümmert sich um mich. Ich bin nicht verrückt. Ich habe so schönen Stuhlgang gehabt heute. Ich will bei mein Mutterchen. Ich will mein Herz ausschütten. Ich bin nicht krank. Ich bin so munter“. Sagt das mit kindlich schmollender Stimme laut vor sich hin.

Schon vom 6. 12. an keine Halluzinationen mehr, keine Wahnideen. Bezeichnet die früheren Ideen als Dummheiten. Hat völlige Krankheitseinsicht. Am 8. 12. Eintreten der Menstruation.

Bleibt dauernd völlig ruhig und einsichtig, frei von psychotischen Symptomen. Auch beim Besuch ihres Mannes bleibt sie ganz ruhig in völlig affektivem Gleichgewicht. Hält eine Verlängerung ihres Klinikaufenthaltes für zweckmäßig. Als Ursache ihrer Erkrankung gibt sie an, dass sie sich sehr aufgeregt habe über den Ausspruch des Arztes, dass sie operiert werden

müsste, was ihr Mann nicht gewollt habe. Dazu komme, dass in ihrer Ehe ihre Kinderlosigkeit eine ständige Streitursache gewesen sei, da ihr Mann ihr deshalb immer Vorwürfe gemacht habe. Psychotische Erscheinungen sind nicht wieder aufgetreten.

Hier kommt wohl sicher den schädigenden psychischen Einflüssen eine erhebliche Bedeutung zu. Die Furcht vor dauernder Kinderlosigkeit, die infolgedessen unglückliche Ehe, die Untreue des Mannes haben schliesslich, als das klimakterische Alter in bedenkliche Nähe gerückt war, zu einer einmaligen, eine psychotische Höhe erreichenden Manifestation der paranoischen Veranlagung geführt, die vielleicht auch mit einer gewissen hysterischen Komponente kombiniert war. Bei solchen Personen und in derartiger Situation erscheint eine gelegentliche Wiederholung der gleichen Psychose ohne weiteres verständlich, besonders in späterem Alter, wenn noch die Schädigungen der Involution hinzukommen. Diese Frau ist bisher gesund geblieben, d. h. es ist nicht zu einer neuen wirklich psychotischen Exazerbation ihres Grundcharakters gekommen.

Schliesslich sei noch eine Beobachtung mitgeteilt, bei der anfangs ein gewisser Erregungs- und Verwirrtheitszustand bestand.

**18.** W. K., 40 Jahre alt, Landwirt und Maurer, aus T. In der Klinik vom 16. 10. bis 18. 11. 1890 und dann wieder vom 25. 4. bis 11. 5. 1904.

**Anamnese:** Von Heredität ist nichts bekannt. Ein Bruder soll vor einem Jahre nervenleidend gewesen sein, ist zu Hause wieder gesund geworden. Erst vor zwei Tagen hat die Frau gemerkt, dass er krank war, er redete irre. Bis gestern hat er gearbeitet und es ist keinerlei Klage über ihn laut geworden. Heute früh um zwei Uhr ging er zu einem Bekannten und sprach dort konfuses Zeug: ein Kind solle umgebracht werden, er müsse zum Kaiser, es sei ihm ein Licht aufgegangen, frug den Bekannten, ob er noch kein Arschloch gesehen hätte und dergleichen mehr. Auf der Fahrt hierher war er sehr aufgeregzt, sprach zusammenhanglos, forderte jeden auf, sein Arschloch zu besehen. Auf dem Bahnhof wurde er rasend, schrie laut, schlug um sich, so dass ein grosser Auflauf entstand, wodurch er noch aufgeregter wurde. (Kurz vor Ausbruch der Krankheit war er beim Bau einer Kirche in Dessau beschäftigt gewesen und es war damals viel davon die Rede, dass der Kaiser selbst zur Einweihung kommen werde.)

Bei der Aufnahme kommt Patient mit hochrotem Gesicht und sehr erregtem, wildem Gesichtsausdruck unter lautem Gebrüll, aus dem man lediglich das Wort Arschloch heraushört, ins Zimmer. Bekleidet war er mit einem schwarzen schlitternden Rock, weit abstehender Binde und viel zu kurzen Hosen. Auf dem Kopfe balanzierte ein vielfach eingetriebener Zylinder. Er verlangte fortwährend zum Kaiser gelassen zu werden und erging sich in höchst unflätigten Redensarten und Einladungen. Im Dauerbad beruhigte er sich

einigermaassen und schlied darauf nachts einige Stunden. Gegen Morgen wurde er wieder laut, verlangte nach dem Kaiser, sagt, seine Gedanken sagen ihm, dass er sterben muss, er soll wahrscheinlich bingerichtet werden. Seine Frau habe ihm wegen eines Berliner Frauenzimmers Vorwürfe gemacht, er ruft weinend aus: „Weib, was hast Du mir getan“. Wird dabei sehr aufgeregzt, spuckt um sich, schlägt auf den Arzt los, fängt heftig an zu weinen. Tagsüber ist er ziemlich ruhig.

18. 10. Er hat gut geschlafen, schläft auch tagsüber viel. Er macht einen deprimierten Eindruck, sieht sich verwundert um, fängt nach einigen Fragen, auf die er keine Antwort gibt, heftig zu weinen an, klagt über seine Frau: „Weib, was hast Du mir getan?“

21. 10. Er weiss heute, wo er sich befindet, glaubt erst seit zwei Tagen hier zu sein. Er müsse viel geträumt haben, könne sich nicht recht besinnen. Er gibt an, seine Frau glaube an Hexerei, er jedoch nicht, seine Frau habe gesagt, die Kopsche (eine Frau aus dem Dorfe) wolle seinem Kinde Schaden zufügen, darüber sei er wohl in Wut geraten. Mit seinem Nachbar habe er einen Grenzstreit gehabt und sich darüber sehr geärgert, das könne auch zu seiner Krankheit beigetragen haben. Auf der Fahrt nach Halle schienen ihm die Felder, Bäume und Wiesen viel schöner und grösser, in schönem, glänzendem Lichte, ebenso die Schaufenster der Stadt. Er habe Stimmen gehört, die ihn beschimpften, ihm Umgang mit Frauenzimmern vorwarfen. Sonstige Halluzinationen werden in Abrede gestellt. Er erinnert sich nicht an die Einzelzeiten seiner Einlieferung und der ersten Tage seines Hierseins. Als Kind habe er zweimal ähnliche Anfälle gehabt, zuletzt im Alter von 9 Jahren. Ein Sohn von ihm im Alter von 7 Jahren habe bis vor 3 Jahren häufiger Anfälle von stundenlanger Aufgeregtheit gehabt, von denen er nachher nichts wusste. Er selbst hat früher angeblich alle 14 Tage an Schwindelanfällen gelitten. Krämpfe habe er nicht gehabt. Dauernd völlig ruhig und geordnet. Völlige Krankheitseinsicht. Hat grosse Sehnsucht nach Hause. Weint leicht, sagt, die Tränen sässen sehr locker bei ihm, das habe nichts zu bedeuten. Er will die Bestimmung über seine Entlassung ganz den Aerzten überlassen.

18. 11. Dauernd frei von psychotischen Erscheinungen, gänzlich unauffälliges Verhalten. Wird geheilt entlassen.

Zweite Aufnahme: 25. 4. bis 11. 5. 1904.

Vier Tage vor der Aufnahme wurde er aufgeregzt, blieb nicht im Bett, kroch mit angstvoller Miene unter das Bett, betete forwährend. Er soll nach Angabe des Ortspfarrers ein ruhiger, stiller und mässiger Mann sein, der nie irgendwie exzentrisch war; er sei ein recht intelligenter Mann. Seine Familie sei gesund, seine Kinder gut begabt. Er habe böse Nachbarn, die ihm Unrecht getan hätten, und er sei sehr empfindlich gegen Unrecht; es handelte sich besonders um Grenzsireitigkeiten.

Bei der Aufnahme ist er örtlich und zeitlich völlig orientiert, gibt über seine Familienverhältnisse und seinen früheren Aufenthalt in der Klinik klar Auskunft. Beim Betreten des Krankensaales gibt er einem Patienten ohne ersichtlichen Grund einen Schlag ins Gesicht, sagt auf Vorhalt, der Patient habe

ihm „Kaffer“ zugerufen. Zu Bette gebracht, ruft er mit lauter Stimme Bibelsprüche in den Saal. Gegen den Arzt zeigt er sich freundlich, als derselbe ihm eine kleine Wunde reinigen will, schreit er plötzlich: „Gift, Hilfe“, schlägt und speit nach dem Arzt, drückt das Gesicht ängstlich in die Kissen, lässt sich nur mit Mühe beruhigen. Körperlich ist ausser einer Hypalgesie der linken Fusssohle, Arteriosklerose und Hypertrophie des linken Ventrikels nichts Abnormes nachzuweisen.

26. 4. Gibt klar und geordnet Auskunft, ist zeitlich und örtlich völlig orientiert. Er stellt Phoneme in Abrede. Dagegen hat er lauter Licht und Feuer gesehen, so dass er die Augen abwenden musste. Er dachte dabei an die göttliche Herrlichkeit, weil er so fest in dem Herrn war, weil er auf Gott seine Sachen gegründet hatte. „Ich habe Gottes Wege schon von Kindheit auf geführt, sie waren wahrnehmbar an mir. Ich habe gefragt und Gott hat geantwortet: Steh auf und gehe zum Pastor. Wenn er nicht kommt, dann schlage ihn, ich werde ihn auch schlagen.“ Er habe sich so gehoben dabei gefühlt. Gott habe ihm manchmal die Worte eingegeben: „Wenn ich nicht wusste, wo aus und ein, frug ich Gott und dann wusste ich alles.“ Wegen der Grenzstreitigkeiten mit seinem Nachbar sei er in Angst gewesen.

27. 4. Springt plötzlich auf, schlägt eine Scheibe ein, reibt mit dem Handgelenk gegen die Glasscherben, so dass er sich eine Sehne vollkommen durchtrennt. Fragt den Arzt, warum einer der Kranken immer gewisse Fingerbewegungen mache, das beziehe sich auf ihn. Es sei ihm auch, als ob ihn derselbe „Kaffer“ rufe. Als Motiv seiner Aufregung am Morgen gibt er an, Gottes Stimme habe gerufen: „Steh auf“. Er erzählt geläufig aus seinem Leben, verfällt aber dazwischen immer wieder in Weinen und Jammern. Er spricht Todesgedanken aus und meinte, seine Knochen würden ihn nicht mehr lange tragen. Essen will er nur Brot, das ihm seine Mutter schickt, alles andere schmecke ihm nicht. Das Brot hier wolle nicht rutschen.

28. 4. Trotz Schlafmittel die ganze Nacht unruhig, hat furchtbar geschrien, macht einen ängstlichen Eindruck, gibt Angstgefühl zu, weitere Antworten sind nicht zu erhalten.

29. 4. Weint und jammert oft plötzlich unmotiviert. Macht gelegentlich strampelnde Bewegungen mit den Beinen.

4. 5. Hat sich vollkommen beruhigt. Die göttliche Stimme habe er nur in sich gehört. Oft habe er gar nicht gewusst, wie ihm sei. Hat Krankheitseinsicht.

11. 5. Er hat sich seither vollkommen ruhig verhalten. Ist durchaus orientiert und hat volle Krankheitseinsicht.

Dieser Mann, der als Kind zwei Aufregungszustände gehabt hat, über die nichts Genaueres bekannt ist, war psychisch völlig unauffällig bis zu seinem 26. Lebensjahre, wo er ohne Vorboten an einem Aufregungszustande mit Wahnideen ängstlichen Inhaltes erkrankte, der nach 4 Wochen völlig heilte. Im 40. Lebensjahre im Anschluss an Aerger über Grenzstreitigkeiten erneute Aufgergetheit mit beschimpfenden

Phonemen, Beziehungsideen und Wahnideen religiösen Inhaltes. Schon nach 10 Tagen Krankheitseinsicht und Heilung.

Es ist schwierig, solche kurzdauernden psychotischen Zustände in einer der bekannten psychischen Krankheitseinheiten unterzubringen. Die Anhänger des erweiterten manisch-melancholischen Irreseins werden derartige Kranke wohl ohne weiteres hierfür in Anspruch nehmen, und ich gebe zu, dass diese Psychose dem manisch-melancholischen Formenkreise sehr nahe steht. Mir scheint aber bei beiden Erkrankungen der Halluzinosekomplex so sehr im Vordergrunde zu stehen, dass die Deutung dieser Psychose als ein rezidivierender, akut paranoischer Zustand berechtigt erscheinen kann.

Die letzten 5 Krankheitsfälle habe ich hier mitgeteilt, weil sie die einzigen in meinem Material sind, die man eventuell als akute Paranoia im Sinne Thomsen's auffassen könnte, d. h. als akute paranoische Psychose, die früher völlig gesunde Personen ohne psychische Degeneration befallen und zu völliger Heilung führen. Aber einerseits entsprechen sie symptomatologisch doch nicht genau den Thomsen'schen Fällen, und andererseits sind es doch teils deutlich psychopathische Persönlichkeiten, so dass, wenn auch nichts Genaueres darüber bekannt ist, doch mit der Möglichkeit einer paranoischen Charakteranlage gerechnet werden muss und teils spielen die Involution und sonstige ätiologische Faktoren eine Rolle. Daher können diese Fälle nicht als beweisend für die Thomsen'sche Paranoia acuta angesehen werden, womit nicht gesagt sein soll, dass solche Fälle vorkommen.

### Zusammenfassung.

Ueberblicken wir nun noch einmal die vorstehenden Ausführungen, so ist zusammenfassend Folgendes zu sagen: Es wurden diejenigen nicht chronischen paranoischen Zustände besprochen, die als selbständige psychische Erkrankungen — nicht als Phasen oder Zustandsbilder andersartiger Psychosen — auftreten. Dabei wurde in symptomatologischer Beziehung ein ziemlich weiter Spielraum gelassen, wenigstens in den symptomatologischen Einzelheiten und diejenigen Psychosen als paranoisch angesprochen, bei denen Wahnideen das charakteristische Symptom waren.

Die Gruppierung erfolgte zunächst soweit als möglich nach ätiologischen Gesichtspunkten, wobei sich zeigte, dass die Bewertung der verschiedenen in Betracht kommenden ätiologischen Momente sehr zweifelhaft und unsicher ist und dass in den meisten Fällen eine einheitliche Aetiologie nicht nachzuweisen ist, sondern mehrere ätiologische Faktoren eine Rolle spielen.

Bei dieser Gruppierung ergab sich; dass von den exogenen Giften nur dem Alkohol eine grössere ätiologische Bedeutung für die Entstehung akuter paranoischer Zustände zukommt, während bei sonstigen Vergiftungen nur ausnahmsweise akute paranoische Psychosen beobachtet werden; das Kokain scheint eine eigentümliche angesichts des geringen und nicht eindeutigen kasuistischen Materials noch ungeklärte ätiologische Rolle zu spielen.

Auch bei inneren Erkrankungen (Infektionen, Allgemeinerkrankungen, organischen Krankheiten des Zentralnervensystems usw.) kommen akute paranoische Zustände nur ganz vereinzelt vor.

Dagegen beanspruchen das Rückbildungs- und Greisenalter wie überhaupt für paranoische Psychosen auch für die Entstehung der akuten Erkrankungen dieser Art eine wesentliche Bedeutung.

Aber alle diese erwähnten ätiologischen Faktoren sind nicht die eigentliche Grundursache der akuten paranoischen Psychosen, sondern es wurde versucht, wahrscheinlich zu machen, dass dieselbe in einer primären paranoischen Veranlagung des betreffenden Individuums zu suchen sei, einer latenten Veranlagung, die durch einen der erwähnten ätiologischen Faktoren manifest wird und nach dem Verschwinden der auslösenden Schädlichkeit wieder unter das Niveau des Psychotischen absinkt.

Viel deutlicher und ohne weiteres überzeugend kommt dieser ätiologische Zusammenhang zur Geltung bei den akuten paranoischen Psychosen der Degenerativen aller Art, die überhaupt das eigentliche Feld darstellen, auf dem die meisten vorübergehenden paranoischen Zustände erwachsen. Es wurde gezeigt, dass nicht eine allgemeine psychische Abartung genügt, um die Entstehung gerade der paranoischen Psychosen zu erklären, sondern dass eine spezielle paranoische psychopathische Konstitution das Auftreten dieser Psychosen bedingt, wie das neuerdings von mehreren Autoren für die chronischen paranoischen Erkrankungen behauptet worden ist (Kleist's hypoparanoische Konstitution)

Schliesslich wurde noch erwähnt, dass bei manchen Fällen sich kaum Anhaltspunkte für die Annahme einer paranoischen Veranlagung als Grundursache der Psychose nachweisen lassen, dass dies aber vielleicht an der Schwierigkeit und zuweilen an der Unmöglichkeit liegt, über den vorpsychotischen Charakter der Patienten authentische Nachrichten zu erhalten; ganz besonders kommt dies in Betracht für die ganz latenten degenerativen Veranlagungen, die im gewöhnlichen Leben nur als Charaktereigentümlichkeiten in die Erscheinung treten.

Immerhin besteht die Möglichkeit — und einige Fälle Thomsen's scheinen das zu beweisen —, dass akute paranoische Psychosen als selbständige Erkrankungen bei nicht paranoisch Veranlagten, vorher psychisch ganz einwandfreien Personen in seltenen Fällen vorkommen.

Jedenfalls konnte an dem grossen Material unserer Klinik nicht einwandsfrei die Existenz einer wirklich idiopathischen Paranoia acuta im Sinne Thomsen's nachgewiesen werden. Bei den Fällen, die am meisten hierfür in Betracht kommen (Fall 14, 15, 16) kommt höchstwahrscheinlich der Involution eine wesentliche ursächliche Rolle zu. Wenn man mit Kleist dieser Aetiologie die Hauptbedeutung für die Entstehung solcher paranoischer Psychosen einräumt, so kann man diese Fälle zusammen mit Fall 8 in eine Gruppe zusammenfassen, die als „akute Involutionsparanoia“ der Kleist'schen chronischen Involutionsparanoia an die Seite gestellt werden kann. Dazu würden dann auch die beiden einwandsfreisten Fälle Thomsen's (Fall 1 u. 2 der Thomsen'schen Arbeit), die auch in das Rückbildungsalter fallen, zu rechnen sein. Bei diesen Fällen von akuten paranoischen Psychosen der Involutionszeit lässt sich in der vorpsychotischen Zeit keine paranoische Konstitution nachweisen, aber es ist aus mehrfach erwähnten Gründen doch sehr wahrscheinlich, dass auch in diesen Fällen die hypoparanoische Anlage neben den innersekretorischen Vorgängen der Involution eine Rolle spielt und zwar so, dass diese Schädigungen eben nur bei hypoparanoischen NATUREN paranoische Psychosen hervorrufen.

A priori ist das gerade für akute paranoische Zustände verständlich, wenn wir bedenken, dass paranoische Denk- und Gefühlsäusserung an sich nichts dem normalen Gehirnmechanismus Fremdes ist, sondern eine Reaktionsform sonst normaler Gehirne darstellt, die durch exogene Schädigungen (Milieu, psychische Einwirkungen, Gifte?) ausgelöst werden kann. Dagegen ist eine chronische Paranoia wohl immer nur als eine ins Psychotische gesteigerte Entwicklung einer paranoischen Anlage — eventuell unter Beihilfe exogener oder autochthoner Schädigungen — denkbar.

### Literaturverzeichnis

- Birnbaum, Ueber vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908. S. 637.
- Birnbaum, Psychosen mit Wahnbildung und wahnhaftie Einbildungen bei Degenerativen. Halle 1908.
- Bleuler, Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909. S. 77.
- Bleuler, Die Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Handb. d. Psych. v. Aschaffenburg. 4. Abt. I. Hälfte.
- Bonhoeffer, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.
- Bonhoeffer, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle 1907. Marhold.

- Bonhoeffer, Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen. Wien 1910. Deuticke.
- Bornstein, M., Ueber psychotische Zustände bei Degenerativen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1912. Orig. 7. S. 129.
- Boumann, Psychosen bei Trunksüchtigen. Psych. en Neurol. Bladen. 1910. No. 14, 18.
- Brehm, Beitrag zur Kenntnis der Schwefelkohlenstoffpsychosen. Dissert. Erlangen 1911.
- Bresowsky, Ueber die Beziehungen der Paranoia acuta hallucinatoria (Westphal) zur Aementia (Meynert). Monatsschr.f.Psych.u.Neur. 1912. Bd.27 u. 28.
- Claude et Lewi Valensi, Revue neurol. 1908. p. 1189.
- Christiansen, Paranoiaens stilling in den moderne Psychiatrie. Tidskrift for nordisk Retimedicum og Psychiatrie. 1910. p. 22. (Nach Referat.)
- de Clerambault, G., Du diagnostic différentiel des délires de cause chloralique. Annales médico-psychologiques. 1909. T. 67. p. 220, 365. 1910. T. 68. p. 33, 192.
- Cramer, Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1895. S. 286.
- Drosin, Inaug.-Diss. Berlin 1907.
- Deny et Blondel, Débilité mentale et délire d'interprétations. Société de Psychiatrie, Séance du 21. octobre. Journ. de psych. norm. et pathol. 1910 No. 7. p. 50.
- Döblin, Zur Wahnbildung im Senium. Arch. f. Psych. 1910. Bd. 46. S. 1043.
- Etchepare, Folie familiale, délire d'interprétation antilogique communiqué entre sept personnes. Annales médico-psychol. 1910. 68. 5.
- Fickler, Atropinwahnsinn bei einem Astmatiker. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. S. 1033.
- Fillassier, Des diverses formes de la paralyse générale suivant le degré de prédisposition du sujet (Soc. méd. psychol. 25. Juli 1910). Annales médico-psychol. 1910. 68. 434.
- Fraikin et Grenier de Cardenal, Un cas de psychose par dysthyroidie chez une goitreuse. La médecine pratique. 18. Oct. 1910. 6—8.
- Friedmann, M., Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1905. Bd. 17.
- Gadelius, Paranoia och paranoid stillstand. Tidskrift for nordisk retimedicin og psychiatrie. 1910. p. 42.
- Gaupp, Ueber paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Vers. südwest-deutscher Irrenärzte in Heilbronn 1909. Neurol. Zentralbl. 1909. S. 1310.
- Gluck, A contribution to the study of psychogenesis in the psychoses. Amer. journ. of insanity. 1912. 68. p. 371.
- Heilbronner, Hysterie und Querulantenvahn. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907. S. 769.
- Hitzig, Der Querulantenvahn.
- Hoche, Einfache Seelenstörungen (Melancholie, Manie, Paranoia). Deutsche med. Wochenschr. 1910. S. 2255.

- Hollós, Epilepsie und Paranoia. Psych.-neurol. Sektion des Budapester Aerztevereins 1906. Neurol. Zentralbl. 1908. S. 1189.
- Hübner, Klinisches über Querulant. Vortrag in Stuttgart 1911.
- John, K., Hypomanie und Querulantewahn. Vierteljahrsschrift f. gerichtliche Med. 1910. 39. 58.
- Kehrer, F., Ueber Abstinenzpsychosen bei chronischen Vergiftungen (Saturnismus, Paraldehydismus). Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1910. 3. 472.
- Kern, O., Ueber das Vorkommen des paranoischen Symptomenkomplexes bei progressiver Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1910. Orig. 4.
- Kern, O., Ueber Symptomenkomplexe, besonders den paranoischen und Hereditätsfragen in der Psychiatrie. Med. Korrespondenzbl. des württemb. ärztl. Landesvereins. 1911. 81. S. 235.
- Kleist, Die Streitfrage der akuten Paranoia (Ein Beitrag zur Kritik des manisch-depressiven Irreseins). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1911. S. 366.
- Kleist, Ueber chronische, wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters, besonders im Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein. Vortrag in Kiel 1912.
- Kleist, Die Involutionsparanoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1913.
- Knauer, Versammlung bayerischer Irrenärzte zu München Pfingsten 1911.
- Kräpelin, Psychiatrie 1909.
- Kräpelin, Ueber paranoide Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912. S. 617.
- Laudenheimer, Ueber nervöse und psychische Störungen bei Gummiarbeitern (Schwefelkohlenstoffvergiftung). Neurol. Zentralbl. 1898.
- Löwy, M., Beitrag zur Lehre vom Querulantewahn. Zentralb. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910. 33. S. 81.
- Löwy, M., Subakute Raucherparanoia und einige andere Fälle von diffusem Beachtungswahn usw. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1911. Orig. 5. S. 603.
- Lückerath, Ueber Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken. Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1911. Nr. 17. S. 45.
- Magnan, Psychiatrische Vorlesungen. I. Heft. 1911. Deutsch von Möbius.
- Maier, H. W., Ueber katathyme Wahnbildung und Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1912. Orig. 13.
- Meeus, F., Epilepsie et délire chronique. Annal. méd.-psychol. 1908. No. 3.
- Merklin, Bemerkungen zur Paranoiafrage. Neurol. Zentralbl. 1909. S. 846.
- Meyer, Beiträge zur Kenntnis des Eifersuchtwahns mit Bemerkungen zur Paranoiafrage. Arch. f. Psych. Bd. 46. S. 847.
- Meynert, Paranoia. Klin. Vorlesungen. 1890.
- Meynert, Die akuten Formen des Wahnsinns. Jahrb. f. Psych. 1879.
- Meynert, Ueber den Wahn. Vortrag. 1885.
- Moerchen, Fr., Epileptoide und delirante Zustände bei kombiniertem Morphium- und Isopralmisbrauch. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1910. Nr. 28. S. 35.
- Pfeifer, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Arch. f. Psych. 1910. S. 588.
- Raimann, E., Bewusstsein und Intoxikation. Wiener klin. Wochenschr. 1910. No. 23. S. 800.

- Redlich, Die Psychosen bei Gehirnerkrankungen. Handb. der Psychiatrie von Aschaffenburg. 3. Abt. II. Hälfte.
- Rehm, O., Der depressive Wahnsinn. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910. Nr. 33. S. 41.
- Rittershaus, Ein Fall von Alkoholhalluzinose (Alkoholwahnsinn) im Kindesalter. Zeitschr. z. Erforschung u. Behandlung d. jugendl. Schwachsinn. 1910. 3. 476.
- Rudnew, W., Paralysis progressiva paranoides (Saratow'sche Landesirrenanstalt). Neurol. Bote. (Russisch.) 1912. Nr. 19. S. 103. (Nach Referat.)
- Salgo, Paranoia. Internation. medizinischer Kongress 1909. Budapest. Neur. Zentralbl. 1909. S. 1068.
- Schnizer, Die Paranoiafrage. Referat über die Paranoialiteratur der letzten 20 Jahren. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Referate und Ergebnisse. 1913. Nr. 8.
- Schönhals, Ueber einige Fälle von induziertem Irresein. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1913. S. 40.
- Schroeder, Intoxikationspsychosen. Handb. d. Psychiatrie von Aschaffenburg. 3. Abt. I. Hälfte.
- Schuster, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Arch. f. Psych. 1902. Bd. 47.
- Selig, A., Kombination von Epilepsie und Paranoia. Sitzungsbericht d. neurol. u. psych. Sektion des kgl. ungar. Aerztevereins vom 19. Juni 1911. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1912.
- Siefert, Ueber die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle 1907.
- Simmonds, Der Querulantewahnsinn, eine Form der Entartung. Inaug.-Diss. Heidelberg 1910. Neurol. Zentralbl. 1911. S. 951.
- Specht, G., Ueber die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralbl. für Nervenheilk. u. Psych. 1908. S. 816.
- Spielmeyer, Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. Handb. d. Psych. v. Aschaffenburg. V. Abt.
- Stern, F., Ueber die akuten Situationspsychosen der Kriminellen. (Vortrag in Kiel). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.
- Stöcker, W., Klinischer Beitrag zur Frage der Alkoholpsychosen. Jena 1910. Gustav Fischer.
- Tamburini, Le délire paranoïque dans l'épilepsie. Rivista sperimentale di Frenatria 1909. Vol. 35. F. 2, 3, 4.
- Thalbitzer, Melancholie und Depression. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62. S. 745.
- Thalbitzer, Manischer Wahnsinn. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1910. Orig. 1. S. 134.
- Thomsen, Die akute Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 45.
- Wernicke, Grundriss der Psychiatrie. 1906.
- Weygandt, Zur Paranoiafrage. Neurol. Zentralbl. 1910. S. 664.
- Wilmanns, Karl, Zur klinischen Stellung der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilkunde. 1910. Bd. 21. S. 204.
- Wilmanns, Karl, Die klinische Stellung der Paranoia. Vortrag in Baden-Baden 1909. Neurol. Zentralbl. 1909. S. 661.
- Wilmanns, Kurt, Statistische Untersuchungen über Haftpsychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1910. 67. S. 847.