

(Aus der psychiatrischen und Nervenklinik Königsberg i. Pr. [Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. E. Meyer].)

Paranoische Formen des manisch-depressiven Irreseins¹⁾.

Von

Dr. G. Meyer,

Assistent der Klinik.

(Eingegangen am 18. April 1921.)

Die Erkrankungsformen, die unter Kraepelins Begriffsbestimmung der Paranoia fallen, sind außerordentlich vielgestaltig, und ihre Einheitlichkeit ist oft schwer zu beweisen. Kraepelin selbst hat dieses Symptomenbild später umgewandelt. Beziehungen zu den Syndromen, welche im äußeren Verlauf Berührungspunkte mit ihnen aufweisen, sind vielfach Gegenstand der Erörterung gewesen. Die Verständigungsmöglichkeiten wuchsen, als die Bahnen der alten Psychiatrie mehr und mehr verlassen wurden und man nicht mehr wie früher die Bewußtseinsinhalte, sondern die Bewußtseinsvorgänge zu Grundlagen der Forschung machte. Nach Spechts Vorgang wurde eine besondere Aufmerksamkeit den affektiven Grundlagen der Paranoia zugewandt. Specht selbst ließ die Paranoia gänzlich im manisch-depressiven Irresein aufgehen. Diese Anschauung, gegen die von der Mehrzahl der Autoren gewichtige Gründe angeführt wurden, wirkte doch insofern befriedigend, als man nunmehr zur Abtrennung zahlreicher manischer Zustandsbilder von der Paranoia schritt.

Aus ähnlichen Erwägungen wie Specht stellte Kleist den Begriff der autochthon labilen Veranlagung auf mit den Untergruppen der manischen, melancholischen und paranoischen Veranlagung. Jede dieser Veranlagungen führt nach ihm zu einer besonderen Form von Störungen, die akut, periodisch oder chronisch verlaufen können. Abgesehen von mannigfachen anderen Bedenken, die diese Einteilung hervorruft, fragt es sich, ob eine Berechtigung dazu besteht, periodische paranoische Formen von periodischen manischen oder manisch-depressiven Formen abzugrenzen. Wie Kraepelin, Willmanns und in

¹⁾ Nach einem Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 2. April 1921.

letzter Zeit Schröder hervorheben, kann das Verlaufsbild einer Phase des manisch-depressiven Irreseins plötzlich aus dem Rahmen des Krankheitsbildes herausfallen, können die wesentlichen Krankheitsbestandteile im äußeren Bilde von sekundären, unspezifischen überwuchert werden, so daß sogar gelegentlich die charakteristische Stimmungsanomalie nicht oder kaum erkennbar vorhanden zu sein braucht. Demgemäß können paranoische Symptome zu einer zirkulären Psychose hinzutreten und somit an diagnostischem Wert verlieren; sie schwinden dann in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit dem Abklingen der betreffenden Krankheitsphase.

Im Vergleich zu den charakteristischen Verlaufsbildern des manisch-depressiven Irreseins sind die paranoischen Formen relativ selten. Die Tatsache ist eigenartig, wenn man bedenkt, daß affektive Störungen infolge Lockerung des assoziativen Gefüges an sich eine besondere Disposition für Wahnbildung, ja geradezu für systematische Verfälschung des Bewußtseinsinhaltes haben. Es erhebt sich deshalb zunächst die Frage, warum es beim manisch-depressiven Irresein nicht zu viel allgemeinerer und stärkerer Wahnbildung kommt. Der Vorgang ist wohl in groben Umrissen der, daß die präformierten Vorstellungen aus der gesunden Zeit in die neu entstehenden mit eingehen und sie teilweise sanieren, und so gesellen sich als Korrelat zu der zugrundeliegenden Affektstörung auf dem Gebiete der Vorstellungstätigkeit die krankhaften optimistischen bzw. pessimistischen Ideen.

Die Erklärung, wie es zur Entwicklung paranoischer Zustandsbilder beim manisch-depressiven Irresein kommt, wird zumeist in ihrer Auslösung durch einen besonderen Mischaffekt gesucht. Es lag nahe, das Mißtrauen als günstigste Stimmungslage für krankhafte Eigenbeziehungen aus einer manischen und einer depressiven Komponente herzuleiten und daran die wahnbildenden Elemente anzuknüpfen. Sicherlich ist jedoch schon das Mißtrauen beim Gesunden kein einfacher Mischaffekt, sondern ein Komplex, bei dem eine komplizierte Stimmungsanomalie mit intellektuellen Vorgängen vergesellschaftet ist. Den Boden für das Wirksamwerden dieses Komplexes in der Psychose soll nach Ansicht mancher Autoren eine — vielleicht latente — paranoische Veranlagung bilden, die dann weiterhin auch der Psychose das besondere affektive Gepräge verleihen soll. Man müßte also, um in solchen Fällen den psychopathologischen Vorgang zu erklären, die Mischung eines paranoischen Temperaments mit einem manisch-depressiven annehmen.

Hierzu ist zu bemerken, daß eine solche Hilfkonstruktion einer paranoischen oder hypoparanoischen Veranlagung zweifelhaften Wert hat, da sie praktisch zu viele Berührungspunkte mit dem weiten Bereich der psychopathischen Konstitution hat. Die Wesenszüge, wie sie bei

jener Veranlagung beschrieben werden, können wir mehr oder weniger ausgeprägt bei Psychopathen, besonders solchen mit manischem Einschlag finden, nur daß hier vielleicht die Affektlabilität, das reaktive Moment, eine etwas größere Rolle spielt: erhöhtes Selbstbewußtsein, Ehrgeiz, Unausgeglichenheit, Reizbarkeit, Empfindlichkeit, leichte Gekränktheit, Angriffslust, Eigensinn, Unbeliebtheit, Mißlaune gegen die Umgebung, Eigenarten in Lebensgewohnheiten und Verkehr — mehr oder weniger alles Störungen, die auf dem Gebiete des Persönlichkeitsbewußtseins, der Eigengeltung, liegen. Selten wird freilich eine Stellungnahme möglich sein, ob und wie weit bei einer solchen Veranlagung die spätere Psychose ein besonderes Gepräge tragen wird.

Zweifellos muß eine endogene Veranlagung als Grundlage für die paranoischen Formen des manisch-depressiven Irreseins angenommen werden. Eine besondere Abweichung des Persönlichkeitsbewußtseins, die dadurch bedingte Abnormität assoziativer Mechanismen wird am ehesten ein vom charakteristischen abweichendes Bild der manisch-depressiven Störung ergeben. Daß der Komplex des Mißtrauens, der Unsicherheit bei der Entstehung paranoischer Formen eine wichtige Rolle spielt, soll nicht verkannt werden. Dieser Komplex erhält, wenn er genügende Festigkeit besitzt, aus der affektiven Überproduktion einen mächtigen Zustrom und kann so Überwertigkeitscharakter erlangen. Eine Andeutung dieses Vorgangs können wir mitunter schon bei einer „reinen“ Manie beobachten, indem auf die dem Kranken unverständliche und seiner gehobenen Stimmung nicht entsprechende Verbringung in eine Anstalt vorübergehende Beziehungs- und Verfolgungsideen gegenüber den Personen, die die Überführung veranlaßt haben, auftauchen können.

Da die soeben besprochene Veranlagung schließlich auch die Grundlage für die Entstehung der chronischen Paranoia Kraepelins abgibt, wird sich eine Voraussage betreffs des Ausganges der akut und periodisch auftretenden und selbst der chronisch verlaufenden paranoischen Psychosen nur dann machen lassen, wenn bestimmte symptomatologische und Verlaufsmomente für das Vorliegen einer zirkulären Erkrankung sprechen.

Die Wahnbildung beim manisch-depressiven Irresein folgt den gleichen Aufbaumechanismen wie die Wahnbildung überhaupt, nur ist vielleicht die Wahnbildungsmöglichkeit größer; die Anknüpfung kann an jede beliebige Idee erfolgen, wenn sie nur der herrschenden Stimmung entspricht.

Zur Illustrierung meiner Ausführung möge die Wiedergabe dreier Fälle dienen, die wir im Laufe der letzten Jahre in der Klinik zu beobachteten Gelegenheit hatten.

Fall 1. E. T., geboren 1872, Hafenaufseher a. D. Die Vorgeschichte ergibt nichts über Heredität. Er galt als sehr begabt, war schon als Kind ehrgeizig. Er machte die Marinelaufbahn durch, hatte in den Tropen Malaria und Ruhr. Seit 1892 zeigte er eine Veränderung seines Wesens: er wurde zunehmend streitsüchtig, mußte mehrfach wegen kleinerer Verfehlungen und Unbotmäßigkeiten Arreststrafen abbüßen. 1893 begann er Größenideen zu äußern, behauptete Offizier zu sein, wollte Befehle erteilen, wurde drohend und gewalttätig. Er kam daraufhin in die Heimat und blieb 3 Monate in Anstaltsbehandlung. Anfänglich standen Größenideen im Vordergrunde, er erklärte Kaiser von Europa, Admiral, König von Spanien zu sein, erkannte seine ihn besuchenden Eltern nicht an, äußerte ferner Vergiftungsideen, sprach von ungerechten Bestrafungen, sah Bilder, die Seeschlachten darstellten, hörte Stimmen, daß bald ein Krieg kommen würde. Es trat völlige Heilung ein. 10 Jahre verliefen ohne Störung, er wurde Beamter, Hafenaufseher, heiratete, war unauffällig, versah seinen Dienst zur Zufriedenheit.

1905 kam er zum ersten Male in die Klinik. Er war vorher seit einer Reihe von Monaten leicht gekränkt, erregt, heftig, sprach viel, glaubte, daß in der ganzen Stadt von seiner bevorstehenden Beförderung gesprochen würde, äußerte Vergiftungsideen, wurde ängstlich, beschuldigte die Frau, sie sei bestochen, telephonierte an Ärzte, an die Polizei, und als niemand kam, schienen ihm alle im Komplott zu sein. Expansive Ideen traten auf, er studierte sich Reden ein, die er als Offizier halten wollte, wurde sodann gegen die Frau eifersüchtig, bedrohte sie. In der Klinik zeigte sich große motorische Erregung, er klatschte in die Hände, lief umher, schrie Hurra, führte wüste Schimpfreden gegen seine Frau, nahm stolze, majestätische Haltungen an, erklärte, man habe ihn stürzen wollen, man habe ihn ins Irrenhaus bringen müssen, um in Europa Frieden zu machen; sein Recht lasse er sich nicht nehmen. Er werde warten, bis Majestät ihn wieder herauslasse; Majestät habe ihn auf die Probe stellen wollen. Mitunter bestand heitere Ideenflucht, Neigung zum Witzeln, dann kamen wieder maßlose Erregungen, er brüllte, bezeichnete seine Frau als Dirne, schrie, er sei der Kaiser von Holland, der Stationsarzt sein Leibarzt. Wenn es in ruhigeren Zeiten gelang, mit ihm in Beziehung zu treten, zeigte er sich über Ort und Umgebung genau orientiert, faßte prompt auf, sprach viel von seiner Tüchtigkeit, man habe ihn deshalb nicht leiden können, habe seine Ehre beleidigt, ihm die Karriere verdorben. Einmal war er plötzlich vorübergehend depressiv, glaubte, seine Frau sei gestorben, beklagte ihren Verlust. Bei der nach 3 Wochen erfolgten Entlassung war er noch ziemlich erregt, Beziehungs- und Größenideen bestanden fort. Er stellte Strafantrag gegen Ärzte und Personal der Klinik, nach 3 Monaten war er wieder voll dienstfähig und war von der Krankhaftigkeit des Zustandes überzeugt.

Im Laufe der folgenden Jahre bis 1920 ist der Pat. noch 10 mal in der Klinik bzw. in Anstalten aufgenommen worden. Die Dauer des jedesmaligen Erregungszustandes war wechselnd, betrug mindestens einige Wochen, in der Regel mehrere Monate. Das Symptomenbild war ähnlich dem beschriebenen, nur traten noch mehr schizophrene Züge hervor: Manieren, Grimassieren, Stereotypien, Negativismus. Der manische Grundzug äußerte sich in Wortwitzten, in Tätigkeitsdrang, in der Abfassung weitschweifiger Tagebücher, Lebensläufe, Eingaben an Staatsanwalt und Behörden, unzufrieden-nörglerischem, anspruchsvollem Wesen, Streitsucht, Hetzreden. Mitunter schienen sich die Krankheitsphasen an unangenehme Erlebnisse, Krankheit der Mutter, Verhaftung wegen Spionageverdachts, anzuschließen. Nach dem Abklingen der Erregung war er ruhig, geordnet und korrekt, nahm stets wieder seine Arbeit auf, war tüchtig und fleißig, nach seiner zwangsweisen Pensionierung geschäftlich und in der Landwirtschaft tätig, war sehr ge-

wissenschaft, empfindlich. Über seine krankhaften Zustände spricht er nicht gern; er sei dann ganz willenlos, könne nicht anders, habe alles so machen müssen; er erinnert sich an fast alle Einzelheiten; gibt zu, Stimmen gehört und Gestalten gesehen zu haben. Er ist geistig vollkommen auf der Höhe. Er zeigt ein gesteigertes Rechtsgefühl, kommt besonders gern auf Vorgänge zu sprechen, in denen angeblich seine Ehre gekränkt, sein Recht beschnitten wurde. Ein mißtrauischer Wesenszug gelangt mitunter in Briefen zum Ausdruck, so, wenn er dem Bruder zu einer Beförderung gratuliert: „Du hast einen Posten bekommen, die Zahl der Neider wird natürlich groß sein.“ Sobald er einen Menschen schätzen gelernt hat, ist er anschmiegsam und bezeugt ihm ein unbegrenztes Vertrauen. Alkohol hat bei ihm nie eine Rolle gespielt. Der körperliche Befund ergab keinerlei Störungen.

Wie sich der Kranke jetzt präsentiert, bildet den Grundzug seines Charakters ein erhöhtes Rechtsgefühl, ein hohes Bewußtsein vom eigenen Wert, Empfindlichkeit, Mißtrauen. Wenn man sich auch vor zu weitgehenden Schlüssen hüten muß, so hindert uns doch nichts an der Annahme, daß diese Eigenschaften auch schon in der vorpsychotischen Zeit bestanden haben. Während der Zeiten der Erregung kommt es zu einer Steigerung der endogenen Wesenszüge, das Streben nach erhöhter Eigengeltung äußert sich in lebhaften expansiven Ideen, aus den übrigen Charakterzügen entwickeln sich Beziehungs-, Verfolgungs-ideen, dann treten Erinnerungsfälschungen und Halluzinationen auf. Auf der Höhe der Erregung findet sich eine große Reihe von typischen schizofrenen Symptomen, die jedoch mehr oder weniger rasch abbllassen und am Ende der Erkrankungsphase völlig geschwunden sind. Demungeachtet ist die Psychose dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen. Nicht nur der Verlauf in scharf voneinander geschiedenen Phasen entspricht dem der zirkulären Psychosen. Nach Beendigung des Krankheitsschubes ist volle Einsicht, kritische Beurteilung des Zustandes festzustellen. Trotz Jahrzehntelangem Bestehen der Krankheit zeigen sich in den gesunden Zwischenzeiten keinerlei Defektsymptome, keine Manieren, Stereotypien; der Kern der Persönlichkeit ist trotz allen psychotischen Symptomen deutlich erhalten. Vor allem findet sich auch während der Krankheitszeit eine typische manische Affektsteigerung, Vielgeschäftigkeit, Ideenflucht, Neigung zum Scherzen, Gereiztheit, Streitsucht, so daß aus ihr heraus auch während der einzelnen Phase die Diagnosestellung möglich ist. Hinsichtlich der Form der Wahnideen ist zu betonen, daß sie sich durch ihren heteronomen, nicht nacherlebbaren Charakter von den der Paranoia zukommenden Wahnideen unterscheiden und damit die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber der Dementia praecox vermehren.

Über einen 2. Fall will ich nur kurz referieren, da eine ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle stattfinden wird. Ein hereditär nicht belasteter, konstitutionell leicht erregbarer Lehrer erkrankte im Alter von 26 Jahren, nachdem er einige Wochen lang Unruhe, gesteigerte Unternahrungslust, aufgeregtes Wesen gezeigt, dabei viel getrunken und zuletzt sich verlobt hatte, an einer Psychose, bei

der Größenideen, Beziehungs-, Vergiftungsvorstellungen, Mißdeutungen, Erinnerungsfälschungen das äußere Bild beherrschten, die manische Grundstimmung mit kurzen hypochondrisch-depressiven Schwankungen unverkennbar war. Nach 4 Monaten war der Zustand abgeklungen, wenn auch keine volle Einsicht bestand. Die folgenden Jahre verliefen ohne Störung, er war im Beruf tätig, galt nur immer als leicht erregbar, zog sich einmal einen Verweis wegen Mißhandlung der Schulkinder zu. Nach fast 16jährigem Intervall trat Anfang 1920 gesteigerte Reizbarkeit, Lebhaftigkeit, Neigung zu öffentlichem Auftreten, gelegentlicher Alkoholabusus hervor, dann entwickelte sich rasch ein systematisierter Eifersuchtwahn, der dem klassischen Eifersuchtwahn der Trinker durchaus ähnlich war. Dabei blieben die manischen Grundelemente in Form von gesteigertem Selbstbewußtsein, anspruchsvollem, herausforderndem Wesen, Streitsucht, Neigung zum Witzeln, in der Abfassung umständlicher Schriftstücke erkennbar. Die Beruhigung trat allmählich ein; ob es zu einer völligen Korrektion des Eifersuchtwahns gekommen ist, haben wir nicht in Erfahrung bringen können. Körperliche Abweichungen waren nicht festzustellen, insbesondere auch keine Zeichen eines chronischen Alkoholabusus.

Der Alkoholmißbrauch war beide Male jedenfalls schon Ausdruck der manischen Erregung. Der Patient hat vielleicht auch in der gesunden Zwischenzeit getrunken, aber jedenfalls nicht so, daß man von einem chronischen Alkoholabusus sprechen kann. Daß die Alkoholintoxikation bei der letzten Erkrankung die Ursache der Wahnbildung war, ist daher kaum anzunehmen. Die Wahnbildung knüpfte an einige wohl richtige, andere falsche Beobachtungen, an nicht genügend verarbeitete Eindrücke aus früherer Zeit, schließlich besonders an eine zufällige Äußerung der Mutter des Patienten über das Aussehen eines seiner Kinder an. Das Besondere dieses Falles ist bei der Gemeinsamkeit der in den beiden Krankheitsphasen liegenden wahnhaften Überproduktion die veränderte Form der 2. Phase. Während die erste Erkrankung Ähnlichkeit mit dem Symptomenbild des erstbeschriebenen Falles hatte, haben wir jetzt ein systematisiertes, aber homonomes, nacherlebbare Wahngebäude vor uns.

Fall 3. F. P., geboren 1880, Lehrer. Über Heredität und ursprüngliche konstitutionelle Eigenarten war nichts bekannt. Im 19. Lebensjahr äußerte er auf dem Seminar Größenideen, meinte der Glaubensverkünder zu sein. Mit 28 Jahren heiratete er, lebte sehr glücklich mit seiner Frau. Er war stets sehr religiös, etwas grüblerisch, bedauerte seine Kinderlosigkeit, führte sie auf Masturbation in der Jugend zurück. Wie der Kranke selbst angab, trieb er stets viel Selbstbeobachtung, beschäftigte sich in den freien Stunden mit höheren Dingen, Philosophie und Religion. Im Kriege brachte er es bis zum Vizefeldwebel, geriet dann in Gefangenschaft und machte hier einmal einen Erregungszustand durch, über den er später nichts näheres anzugeben wußte.

Im Januar 1919 hatte er eine schwere Grippe; im Anschluß daran wurde er erregt, äußerte Größenideen, hielt sich für einen neuen Weltbeglückter, glaubte zu fühlen, daß alles Schlechte von ihm wiche, meinte, jetzt werde er ein Kind zeugen, wurde geschlechtlich sehr anspruchsvoll. Der 38jährige Pat. kam am 2. II. 19 in die Klinik. Anfangs überwogen die motorischen Erscheinungen: er schrie, lief nackt umher, nahm sonderbare Stellungen ein, glaubte Gott und viele

Teufel zu sehen, die er in das Uringlas bannte. Er trug laut und salbungsvoll, mit lebhaftem Ausdruck, religiöse Ideen vor, dichtete religiöse Strophen unter oberflächlicher assoziativer Verknüpfung. Nach einem Tage war er ganz plötzlich geordnet und orientiert, nur noch etwas hastig in Bewegungen und Ausdruck, klagte, daß die Gedanken sich noch nicht genügend einfänden. Er zeigte ausgesprochenes Krankheitsgefühl. Dann brachte er für die Entstehung des Erregungszustandes komplizierte physikalische Erklärungsideen vor mit angedeuteter Systematisierung. Sein Körper sei mit Elektrizität zu sehr geladen, er habe einen Plus- und einen Minuspol, müsse auf besondere Weise, durch Überkreuzen der Arme und Beine, durch Handgeben, durch Einnehmen von abwechselnd Salzwasser, Honigwasser und Himbeerwasser eine Ableitung herbeiführen. Auch das elektrische Licht am Abend beeinflusse ihn, ebenso die Stellung der Betten, der Uringläser, die Lage der Kranken. Einige Tage später blaßten die physikalischen Erklärungsideen ab, dafür setzte eine mehr und mehr hypochondrische Wahnbildung ein: alles sei krank an ihm, der Schlund sei roh, der Magen drücke, er habe Harn- und Stuhlverhaltung, Krampf im Schließmuskel des Afters. Er legte sich verkehrt ins Bett, sagte, anscheinend des Wortspiels bewußt: „Ich bin eben verrückt.“ Die motorische Unruhe trat nur noch vorübergehend in Erscheinung; einmal erklärte er, er habe solchen Bewegungstrieb, man solle ihm Hanteln zum Turnen, Spiegel zum Anfassen geben. Mitunter sprach er in geordneter Weise mit einem Nachbarpatienten über Familienverhältnisse, unterhielt sich über Literatur, deutete im Anschluß an das Gespräch Selbstbeschuldigungen an: er sei ein Despot und gewalttätig, führe überall das Wort und reiße es an sich. Die Nahrungsaufnahme wurde immer schlechter, er behielt die Bissen im Munde oder zwischen den Zähnen. Am 23. Krankheitstage trat der Tod infolge Inanition und plötzlicher Herzinsuffizienz ein. Weder die körperliche noch die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab Anhaltpunkte für ein organisches Hirnleiden.

Die nosologische Beurteilung dieses Falles wird erschwert durch das Fehlen näherer objektiver Angaben über die früheren Erkrankungen, deren Zahl vielleicht größer gewesen ist, als der Kranke und seine Angehörigen uns angaben und die anscheinend schnell und vollkommen abgeklungen sind, und durch die Unmöglichkeit, ihn bis zum Ende der Psychose zu beobachten. Trotzdem glauben wir auch hier berechtigt zu sein, die Erkrankung zu den wahnbildenden Formen des manisch-depressiven Irreseins zu zählen auf Grund des affektiven Verhaltens, des tiefwurzelnden Krankheits- und Insuffizienzgefühls und des bis zuletzt erhaltenen Persönlichkeitsbewußtseins.

Alle eben besprochenen symptomatischen und Verlaufsbilder stellen an sich paranoische Komplexe dar, wie wir ihnen ähnlich bei schizophrenen Erkrankungen begegnen. Sie unterscheiden sich von diesen, durch den Affekt, der ihnen zugrunde liegt, und durch den Ausgang. Wir können sie deshalb der Dementia praecox nicht zurechnen. Andererseits stellen sie auch keine Sonderart dar, die eines eigenen Platzes in der Nomenklatur bedürfte. Sie gehen zwangslös im manisch-depressiven Irresein auf. Wie anfangs ausgeführt, sind auch hier die wesentlichen Krankheitsbestandteile wenigstens zeitweilig von sekundären Bildungen überwuchert worden. Differentialdiagnostisch können wir in Hinsicht auf unsere Fälle und ähnliche Beobachtungen in der Literatur sagen.

daß Diagnose und Prognose in der Regel als gesichert gelten können, wenn der Nachweis wesentlicher manisch-depressiver Züge gelingt. Freilich darf dabei nicht vergessen werden, daß der manisch-depressive Symptomenkomplex auch als Begleitercheinung einer exogenen psychischen Störung auftreten kann. Aus der Struktur der Wahnideen allein wird eine Unterscheidung zwischen manisch-depressivem Irresein, paranoischen Psychosen und Dementia praecox nicht immer zu ermöglichen sein. Solange wir noch nicht in der Lage sind, durch Auffindung anatomisch-pathologischer und chemischer Substrate die Klassifikationsfragen zu vereinfachen, muß unser Streben dahin gehen, das Zusammengehörige in eine Entwicklungsreihe zu bringen und in jedem Falle zu den seelischen Elementarvorgängen vorzuschreiten.
