

Aus der Heil- und Pflegeanstalt der Stadt Wien „Am Steinhof“ (Direktor: Prim. Dr. WILHELM PODHAJSKY) und der Univ. Klinik für Neurologie und Psychiatrie Wien (Vorstand: Prof. Dr. HANS HOFF)

Statistische Untersuchungen zur Paranoiafrage

Von

B. BRODSCHÖLL und H. STROTZKA

(Eingegangen am 8. August 1957)

I. Einleitung

K. JASPERS¹³ verweist bei der Diskussion seines bekannten Diagnoseschemas auf die prinzipielle nosologische Bedeutung der Paranoia als einer jener Krankheitsgruppen, die schwer einzuordnen sind.

KRAEPELIN¹⁸ definierte sie als die „aus inneren Ursachen erfolgende schleichende Entwicklung eines dauernden unerschütterlichen Wahnsystems, das mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln einhergeht“. JASPERS meinte, daß diese Krankheit relativ selten sei, die meisten Autoren vertreten jedoch den entgegengesetzten Standpunkt⁴ und es entspricht auch unserer Erfahrung, daß „milde“ Formen dieser Krankheit sehr weit verbreitet sind und in den meisten Fällen von den Ärzten gar nicht gesehen, geschweige denn in Anstalten aufgenommen werden.

Wir denken hier nicht so sehr an jenes Bild, das FRIEDMANN beschrieben hat⁸, sondern an Paranoiaformen aller Art, bei denen das Wahnsystem entweder teilweise dissimuliert oder von der Umgebung weitgehend akzeptiert wird. Diese Fälle sind sogar ein dankbares Gebiet einer oft recht oberflächlichen Psychotherapie, die mit der Unterstützung von zeitweiligem Wohnungs- und Arbeitswechsel über lange Zeit hinweg noch eine soziale Anpassung möglich machen kann¹². Andererseits stellen diese Fälle aber auch eine sehr große latente Gefahr dar, wie nicht nur der klassische Fall des Massenmörders Wagner beweist, den GAUPP^{9,10} so illustrativ beschrieben hat.

Aus der Praxis der Eheberatung schildern kürzlich zwei amerikanische Arbeiten^{8,21} die zahlreichen medizinischen, sozialen und juristischen Probleme, die sich bei solchen Patienten ergeben können.

Das Faszinierende am Paranoiaproblem sind aber nicht so sehr die schwierigen Fragen der praktischen Behandlung, Beurteilung und Betreuung dieser milden Fälle, sondern die Tatsache, daß hier zuerst die Diskussion über die Psychogenie der sogenannten „endogenen Psychosen“ in Fluß kam, deren Konsequenzen heute noch gar nicht abzusehen sind.

GAUPP⁹ formulierte seinen Eindruck über dieses merkwürdige Krankheitsbild in folgender Weise: . . . „daß wir in der chronisch systematisierenden Paranoia die psychologisch verständliche Weiterentwicklung einer von Haus aus degenerativen Persönlichkeit zu sehen haben, die unter dem Einfluß persönlicher Erlebnisse zu einer fortschreitenden Entfremdung gegenüber der Außenwelt, zu einer Verrückung ihres Standpunktes in der Welt und zu einer logisch gut verknüpften systematischen Wahnbildung gelangte. Die Partialität des Wahnes, die Beschränkung der wahnbildenden Eigenbeziehung auf gewisse Zeiten und gewisse Gebiete des Denkens und Erlebens sind von besonderem Interesse.“

E. KRETSCHMER, der sich mehrfach mit dem Problem beschäftigt hat, sah 2 Verlaufsformen des „besonnenen kombinatorischen Wahns“, die geradlinig expansive Entwicklung wie z. B. beim Querulant und die durch Inversion geknickte bei der sensitiven Entwicklung, der er seine feinsinnige Monographie¹⁰ gewidmet hat. Er sah in der Trias Charakter, Milieu und Erlebnisse die Hauptursachen, während im Hintergrund erbliche Belastung sowie körperliche und nervöse Insuffizienz eine Rolle spielen. Paranoiker sind Astheniker mit sthenischen Zügen. In einer jüngsten Arbeit²⁰ weist er noch einmal auf den endogenen Hintergrund, die Rolle blander Vitalitätsverluste und auf die Instinktlosigkeit gegenüber erotischen Signalen hin.

Wenn auch diese Verflechtung somatischer, sozialer und psycho-genetischer Faktoren in der Kausalkette der Paranoia wohl die derzeit einzige mögliche Auffassung der Pathogenese ist, so besteht zweifellos weiterhin das starke Bedürfnis, sich mehr Klarheit und Einsicht in die Zusammenhänge zu verschaffen.

Mit der Analyse des Selbstzeugnisses eines Falles von Verfolgungswahn hat FREUD⁷ den konsequenteren Versuch einer rein psycho-genetischen Erklärung eingeleitet. Seither sind zahlreiche psychoanalytische Arbeiten erschienen, die im großen und ganzen seine Annahme bestätigten, daß im Lichte tiefenpsychologischer Methodik der Wahn sich als eine Projektion von Wünschen oder Überich-Ansprüchen nach außen erweist. Es scheint auch heute noch berechtigt, anzunehmen, daß in den paranoiden Systemen vorwiegend homosexuelle Tendenzen und die Unsicherheit über die Geschlechtsrolle abgewehrt werden.

Das Objekt des Verfolgungswahns ist im allgemeinen in der Phantasie als (meist anal) inkorporiert und dann reprojiziert aufzufassen⁶. Die Arbeiten von MELANIE KLEIN¹⁵ erweisen sich hier mehr und mehr als bedeutungsvoll.

Da unter den gegebenen Umständen aber eine analytische Therapie oder auch nur eine Klärung des tiefenpsychologischen Zusammenhangs nur bei einer verschwindend kleinen Zahl von Patienten möglich ist,

bleiben diese Untersuchungen mehr auf dem Boden der Forderungen nach der minutiösen Schilderung von Einzelfällen, wie sie GAUPP und KEHRER wiederholt gestellt haben.

Wir glaubten nun, daß in der Diskussion der Paranoiafrage, deren Hauptproblem man, ebenso wie ARNOLD² es für die Schizophrenie getan hat, in der Frage formulieren kann — „determiniert der Erlebnisinhalt die Vollzugsweise oder umgekehrt?“ — auch eine statistische Untersuchung eines großen Krankengutes vielleicht empirisch manche Hilfe bringen kann ohne theoretisch-spekulativ auf die vielen Probleme einzugehen.

Wir hoffen damit einer Forderung KEHRERS¹⁴ Genüge zu tun, der, kürzlich die Paranoia als einen Pufferstaat zwischen Schizophrenie, Manisch-depressivem Irresein und Psychopathie bezeichnet hat und gegenüber den theoretischen Überlegungen mehr Praxis und Empirie für notwendig hielt.

Schließlich können wir für grundsätzliche Fragen auf das eben erschienene Buch KOLLES hinweisen, der die Problematik der Wahnkranken umfassend behandelt¹⁷.

II. Methodik

Wie definierten die Paranoia als die Entwicklung eines systematisierten Wahnsystems, vorwiegend mit Beziehungs-, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, ohne Halluzinationen. Wenn solche vorhanden waren, rechneten wir das Krankheitsbild bereits zur Paraphrenie (HOFF¹²). Es scheiden damit viele in der Literatur beschriebene Fälle aus der Diskussion aus. Weiterhin forderten wir eine ansonsten intakte Persönlichkeit ohne Abbauerscheinungen. Paranoide Bilder im Rahmen einer schizophrenen Psychose, des Manisch-depressiven Irreseins, von organischen Psychosen und in der Involution sowie auf Grund von chronischem Alkoholismus und schließlich paranoid gefärbte epileptische und psychogene Ausnahmezustände wurden diagnostisch abgetrennt.

Von etwa 13310 Patienten, die von 1945—1950 in stationärer Behandlung der Anstalt „Am Steinhof“ standen, fand sich bei 885 im Krankenblatt die Diagnose „paranoides Bild“, „paranoide Entwicklung“ oder „Paranoia“. Die folgenden Tabellen geben Aufschluß über diese Ausgangsgruppe.

Tabelle 1. Männer

	Gesamt-zugänge	I. x. in psych. Behandlung
1945	1084	841
1946	924	702
1947	1096	826
1948	1429	1010
1949	1683	1140
	6216	5519

Tabelle 2. Frauen

	Gesamt-zugänge	I. x. in psych. Behandlung
1945	2109	1156
1946	1495	1185
1947	1604	1444
1948	1798	1301
1949	2031	1454
	9037	6540

Die verschiedenen Abgänge machten bei den Männern die Durchsicht von nur 5318 Diagnosen möglich, es fanden sich dabei 254× die Diagnose Paranoia, paranoides Bild, paranoide Entwicklung usw.

Bei den Frauen konnten 8001 Krankenblätter verarbeitet werden. Dabei fanden sich bei 631 Patientinnen die obigen Diagnosen.

Diese 885 Krankengeschichten stellten das Ausgangsmaterial unserer Untersuchung dar (6,6% der Krankengeschichten).

Die Fälle wurden in folgender Weise excerptiert:

Laufende Nummer.

Name, Geburtsjahr, Beruf.

Beginn und Ende des Anstalsaufenthaltes und anderer stationärer Aufenthalte (soweit bekannt).

Diagnose der Anstalt.

Klinisches Bild in Schlagworten (z. B. Nr. 567: „Seit jeher Sonderling, habe sich kaum um ihre fünf Kinder gekümmert, seit Tod des Gatten (1909) phantastische paran. halluz. Erlebnisse, Hypnotisierungsgefühl, fühlt sich von ihrem Untermieter bedroht, vereinzelt eigenartige Wortbildungen.“)

Erbbild (soweit im Krankenblatt enthalten, sicherlich nicht vollständig).

Situative Faktoren, die zur Auslösung der Psychose oder zur Aufnahme führten.

Katamnese (z. B. Nr. 558: „Aus dem Urlaub in häusliche Pflege entlassen, Wohnungswechsel, Bericht günstig.“)

(oder 657: „Fortschreitende senile Demenz mit aphasischer Verwirrtheit. Hier verstorben an Marasmus senilis, anat.: Atrophia cerebri“).

Neuklassifizierung (d. h. neue Diagnose des Falles auf Grund dieser Angaben).

Es erwies sich in vielen Fällen notwendig, die Anstaltsdiagnose zu ändern. Es stellt dies keine Kritik an den diagnostischen Fähigkeiten der Anstalsärzte dar, sondern die Notwendigkeit der Revision der Diagnose ergab sich aus der Möglichkeit der Berücksichtigung der Berichte der nachgehenden Fürsorge und einer einheitlichen Nomenklatur. Zum Beispiel wurde bei dem zitierten Fall 567 die Anstaltsdiagnose „senile Paranoia“ auf Grund der außenanamnestischen Angabe, daß seit 1909 Halluzinationen und paranoide Wahnvorstellungen bestanden, in „alte Schizophrenie“ umgeändert. Die Anstaltseinweisung wurde erst 1950 notwendig, als eine senile Demenz zusätzlich die soziale Anpassung erschwerte und zur Dekompensation führte.

Das Bild der revidierten Diagnosen zeigen die Tab. 3 und 4.

Tabelle 3

*Männer. 221 Fälle mit Verdacht auf Paranoia (verschiedene Diagnosen)**

Revidierte Diagnosen:

30% (61) Schizophrenien und Paraphrenien

19% (38) paranoide Bilder bei seniler und arteriosklerotischer Demenz

10% (21) paranoide Bilder bei schwerer körperlicher Beeinträchtigung (Blindheit, Taubheit usw.)

7% (14) paranoide Bilder bei Neurosen und Psychopathien

7% (14) paranoide Bilder bei exogen. Psychosen (Hirnverletzungen usw.)

5% (11) paranoide Bilder bei Alkoholismus chron.

5% (10) paranoide Bilder bei Psychosen des Man.-depr. Formenkreises

16% (52) nach dem Bild der Krankengeschichte vermutlich echte Paranoiafälle = 1% aller Untersuchten (5318).

* Aus technischen Gründen liegen die Zahlen der revidierten Krankengeschichten etwas niedriger als die Zahlen in den Tab. 1 und 2.

*Tabelle 4**Frauen. 594 Fälle mit Verdacht auf Paranoia**

Revidierte Diagnose:

45 % (287)	Schizophrenien
20,5% (120)	paranoide Bilder bei seniler und arteriosklerotischer Demenz
6,5% (39)	paranoide Bilder bei schwerer körperlicher Beeinträchtigung
8 % (46)	paranoide Bilder bei Neurosen und Psychopathien
5,5% (30)	paranoide Bilder bei exogenen Psychosen
1 % (5)	paranoide Bilder bei Alkoholismus chron.
4,5% (26)	paranoide Bilder bei Psychosen d. Man.-depr. Formenkreises
7 % (41)	nach dem Bild der Krankengeschichte vermutlich echte Paranoia = 0,5% aller Untersuchten (8001)

* Siehe Fußnote Seite 244.

Auffallend viele Patienten kamen aus anderen Sprachgebieten und hatten Sprachschwierigkeiten. Die Rolle der Sprachisolierung für die Entwicklung paranoider Bilder ist uns ja seit der Arbeit von ALLFRS vertraut¹.

Nachdem die bisherige Vorarbeit nur an Hand der Krankengeschichten geleistet wurde, konnten bei 46 Männern und 45 Frauen mit der Diagnose „reine Paranoia“, die noch persönlich erreichbar waren, eingehendere Untersuchungen vorgenommen werden. Es handelt sich dabei um erreichbare Patienten aus früheren Jahren und solche, die 1950—1952 in stationärer Behandlung waren. In manchen Fällen begnügten wir uns auch mit einer genauen Außenanamnese.

Diese 91 Patienten wurden nach folgenden Punkten untersucht:

1. Ausführliche Anamnese mit möglichster Berücksichtigung aller in Frage kommenden sozialen, politischen und tiefenpsychologischen Momente, die erfahrungsgemäß von Bedeutung sein können.

2. Festlegung des echten Krankheitsbeginnes (meist wird in den Krankenblättern ein zu später Termin angenommen).

3. Genauer psychiatrischer Befund.

4. Verlaufskontrolle innerhalb und außerhalb der Anstalt.

5. Wahminhalte mit Beziehung zu realen Faktoren.

6. Präpsychotische Persönlichkeit.

7. Heredität.

8. Mögliche ätiologische Faktoren.

9. Typologische Zuordnung (äußere Erscheinung und psychische Grundhaltung).

10. Einstellung zur Krankheit (Krankheitseinsicht),

Einstellung zu Arzt und Anstaltsbehandlung,

Einstellung zur Umwelt (Neigung z. Erweiterung des Systems).

11. In einigen Fällen psychologische Testuntersuchungen, Rorschach usw.

Der Punkt 10 stützte sich auf die Untersuchungen über „Einstellungspsychologie“ des einen der beiden Verfasser²⁴, auf die hier nicht näher eingegangen wird.

Wir hatten ursprünglich vor, auch die großen Gruppen, die wir nur aus den Krankenblättern kannten, korrelationsstatistisch auszuwerten. Nach den Erfahrungen, die wir bei den persönlich untersuchten Fällen gewonnen hatten, haben wir vorläufig darauf verzichtet, da die nicht persönlich überprüfbar Daten doch etwas zu unzuverlässig erschienen, um sie als Basis für weitere Schlussfolgerungen verwenden zu können.

III. Ergebnisse der 91 untersuchten Fälle von vermutlich echter Paranoia

Die Durchsicht dieser eingehend bearbeiteten Fälle zeigte nun, daß auch von diesen nur 55 (25 Frauen und 30 Männer) einer strengen Kritik im Sinne unserer Definition standhielten und als echte Paranoia in unserem Sinne aufgefaßt werden konnten.

Einen Überblick über die 25 *weiblichen Fälle* gibt folgendes Bild:

Tabelle 5

Die präpsychotische Persönlichkeit ist oft unauffällig, viele sind als mißtrauisch, sensitiv und frigid beschrieben.

Das Durchschnittsalter bei Beginn der Psychose liegt bei 50 Jahren (Streuung von 26--64).

In der Aszendenz finden sich 4 × Alkoholiker, 1 × eine Schizophrenie.

Das Wahnsystem begann:

- 9 × beim Gatten
- 8 × bei Nachbarn und Hausparteien
- 3 × beim Hausbesorger(in)
- 2 × bei der Schwester
- 2 × bei der Mutter
- 1 × beim Untermieter

Der Wahninhalt betraf:

- 10 × Allgemeine Verfolgung und Beeinträchtigung
- 5 × Eifersucht
- 3 × Gift
- 3 × Diebstahl
- 3 × Erotische Inhalte
- 2 × Querulation
- 1 × Politik (Verwandte eines Lokalpolitikers)

Als vermutlich auslösendes Erlebnis kam in Frage:

- 10 × Klimakterium
- 9 × Vereinsamung
- 5 × Krankheit
- 1 × Unfall
- 1 × Übersiedlung

Verlauf:

- 9 × unverändert
- 5 × gebessert nach Ablauf des Klimakteriums
- 5 × gebessert nach äußeren Veränderungen
- 4 × gestorben (Außenanamnese)
- 2 × spontan abgeklungen d. i. 50% Besserung!

Allgemeine Einstellung:

- 5 × aktiv bejahend (alle gebessert)
- 7 × passiv verneinend (keine Besserung darunter)
- 10 × bestand Generalisierungstendenz des Wahnsystems
- 1 × Krankheitseinsicht (stark neurotische Züge)

Bei den 30 männlichen Fällen fand sich folgendes Ergebnis:

Tabelle 6

Präpsychotische Persönlichkeit: viele unauffällige, fleißige Menschen, oft Sonderlinge.

Durchschnittsalter bei Manifestation der Psychose: 46 (Streuung 29—61).

Aszendenz: 6 × Alkoholismus, 3 × Paranoia, 1 × Schizophrenie, 2 × Manisch-depr.: Irresein, 4 × unklare Psychosen (30% Belastung, wenn man den Alkoholismus nicht mitrechnet).

Bezugsperson:

20 × Gattin
4 × Vorgesetzte
6 × verschiedene.

Wahninhalt:

20 × Eifersucht
6 × Politik
3 × Gift
2 × Beruf
2 × Militär
2 × Querulation
1 × Wohnung
1 × Erotik

Vermutlich auslösendes Erlebnis:

15 × äußere Ereignisse
(3 × schlechte Ehe
5 × Untreue der Gattin
1 × gewerbliche Vergiftung
4 × Unfälle usw.
2 × Militärdienst)
6 × Alkohol
5 × Krankheit
3 × Impotenz
1 × Kastration

Verlauf:

15 × unverändert
3 × gebessert durch Situationswechsel
5 × spontan gestorben
3 × gestorben (Außenanamnese)
3 × Dissimulation

Allgemeine Einstellung:

7 × aktiv bejahend
6 × aktiv verneinend
1 × passiv bejahend
2 × passiv verneinend

Generalisierungstendenz:

13 × keine eindeutige Beziehung zur Besserung (etwas unsichere Daten)

Konstitutionstypen:

11 × Leptosome
2 × Pykniker
2 × Athletischer Typ

Unter den Patienten befanden sich 1 Krimineller, 2 Homosexuelle, 2 Mörder, 2 Selbstmordversuche, bei 3 Patienten waren Inzestvorstellungen manifest.

Zahlreiche Patienten stammten aus dem Burgenland (früher ungarisch, kroatische Minderheit, anderes kulturelles Milieu).

Die Auswertung des Rorschachtestes von 22 Paranoiafällen (11 weiblichen und 11 männlichen), die wir der Freundlichkeit von Herrn und Frau Dr. K. FOPPA, dzt. psychologisches Institut Würzburg, verdanken, ergab in grober Übersicht folgendes Bild:

Frauen.

Erlebnistypus *koartativ* (koartiert), meist mit Tendenz zur Extratension. Affektivität eher labil, Farbentypus der Art: 1 FFb—1FbF. Reine Fb selten (bei den 11 Vpn. 1 reine Fb-Antwort).

Durchschnittliches F⁺-% etwa 51, große Streuung.

Durchschnittliches Tierprozent etwa 40, die Einzelwerte streuen stark.

Etwa ein Orig.-% von 10 im Durchschnitt.

Erfassungstypus bloß in einem Fall von der Art G—. Sonst G—D—Dd—Dzw (Do).

Sukzession: soweit feststellbar geordnet bis gelockert.

Absurde Dd fehlen im allgemeinen.

Neigung zu Dzw.

Bkl fehlen völlig.

Komplexantworten relativ selten, fehlen aber nicht vollständig.

Wenige B bei niedrigem F⁺-%.

Männer.

Erlebnistypus uneinheitlich: koartativ (koartiert): 4 Vpn.; controversiv: 2 Vpn. extratensiv: 5 Vpn.;

Affektivität eher labil, reine Fb-Antworten häufiger 5.

Durchschnittliches F⁺-% etwa 65, die Streuung ist geringer als bei den Frauen, lediglich Extremwerte von 5, 93 u. 100.

Durchschnittliches Tierprozent etwa 44, die Einzelwerte streuen weniger stark als bei den Frauen, lediglich ein Extremwert von 0. Läßt man diesen Fall außer Betracht, erhält man ein T-% von etwa 48.

Das durchschnittliche Orig.-% liegt bei etwa 5.

Erfassungstypus zeigt stärkere G-Betonung als bei den Frauen; Erf. T. G—D allerdings bloß in einem Fall, sonst G—D—Dd—Dzw—Do, wobei Dd und (oder) Do u. U. ausfallen.

Sukzession geordnet bis gelockert.

Absurde Dd fehlen im allgemeinen.

Neigung zu Dzw.

Bkl fehlen völlig.

Komplexantwort relativ selten, fehlen jedoch nicht vollständig.

Relativ wenige B bei relativ niedrigem F⁺-%.

Auffällige Befunde: (nicht in allen Protokollen zu finden).

Frauen.

Anatomische Sterotypie

Lageantworten

Augendeutungen

(Erhöhte Zahl von Sexualantworten)

(Rot-S II, Fb-S VIII, IX).

Männer.

Farbenschock (VIII, IX)
 (Rot-S III)
 (Lageantworten).

Das Rorschachbild ist also nicht das typische, das wir bei Schizophrenien erwarten würden.

Die 36 Fälle, die sich bei genauer Exploration doch nicht als echte Paranoiker erwiesen, ließen sich wie folgt aufgliedern:

a) Somatogen:

3 Männer mit paranoiden Bildern, einmal bei Hirnverletzung, zweimal bei Arteriosclerosis cerebri.

b) Nicht psychotisch:

7 Frauen und 1 Mann mit paranoiden Bildern bei Neurose und Psychopathie, (5 Neurosen, 3 Psychopathien, das Durchschnittsalter bei Auftreten der Zustände 44 Jahre. 2 Fälle hatten eine hereditäre Belastung, das auslösende Moment hat ein wesentlich größeres Gewicht).

c) MDI:

2 Fälle litten an einem paranoiden Zustand im Rahmen einer endogenen Depression (1 Mann und 1 Frau, 33 und 36 Jahre, beide mit einem Suizidversuch, Ausgang in vollständige Heilung, aktiv-bejahende Einstellung).

d) Schizophrenie:

12 weibliche Patienten erwiesen sich als Paraphrenien oder Psychosen des schizophrenen Formenkreises.

Die präpsychotische Persönlichkeit war hier relativ häufig auffällig, Durchschnittsmanifestationsalter bei Frauen 46 (36—55), in 40% der Fälle bestand eine Familienbelastung mit Psychosen, das klinische Bild war diffuser, auslösende Momente spielten eine geringere Rolle; eine Psychose besserte sich; viele Defekte, sehr viele passiv-verneinende Haltungen, überwiegend negative Einstellung zur Behandlung, überwiegende Generalisierung der Wahnhinhalte.

Bei den 11 Männern gleicher Diagnose liegt das Alter bei 36 Jahren, sonst entspricht die Übersicht dem Bild der Frauen.

Man darf nicht vergessen, daß diese 36 Fälle ursprünglich als Paranoia diagnostiziert waren und daher für die entsprechenden Psychosen, als die sie sich bei genauer Analyse erwiesen, nicht typisch sind. Als Abgrenzung erschien uns ihre genauere Darstellung aber wertvoll, zumal der überwiegende Teil dieser Fälle denjenigen „Randpsychosen“ im Sinne KLEISTS zugehören dürfte, die dieser als „Äquivalente“, d. h. atypische Verlaufsformen psychisch provoziert er endogener Psychosen mit meist günstigerer Prognose bezeichnet¹⁶.

IV. Diskussion der Ergebnisse

Bei Durchsicht eines Krankengutes von mehr als 10 000 Patienten einer Heilanstalt konnten nur 55 als echte Paranoiafälle identifiziert werden. Diese Zahl hat nur die Bedeutung, daß man feststellen kann, daß diese Erkrankungen relativ selten in Anstalten zu finden sind, sie gibt keine Auskunft über die Häufigkeit der Erkrankungen überhaupt*. Paranoide Reaktionen, d. h. die Ausbildung von Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, sind Verhaltensweisen, die auch beim sogenannten Nor-

* Nach KOLLE¹⁷ fand JAESCHE unter 13 531 Fällen der Münchner Klinik nur 8 typische Paranoiafälle.

malen unter bestimmten Bedingungen auftreten können. Typisch sind sie beim Tauben und in sprachfremder Umgebung, sowie in Situationen der Hilflosigkeit aus inneren und äußereren Gründen. Sie stehen neben den anderen menschlichen Grundreaktionen auf Grenzsituationen wie Angst, Konversion, Zwang, Verstimmung etc. Ob sie sich zu echtem Wahn entwickeln können, hängt offenbar von der konstitutionellen Ichstärke¹¹ oder von der jeweiligen Ichgrenzbesetzung⁵ ab. Der Ichbegriff wird hier im psychoanalytischen Sinne, etwa im Sinne des Persönlichkeitsbewußtseins wie bei WERNICKE und BONHÖFFER verstanden. Es ist daher klar, daß wir dieses Verhalten als neurotisches Symptom oder als echten Wahn (hier verstanden als eine Erscheinung mit völligem Realitätsverlust für ihren Inhaltsbereich) bei allen bekannten Krankheitsbildern finden können.

Die Bedingungen seines *isolierten* wahnhaften Auftretens bei sonst gesunden Personen ist die hier zu untersuchende Frage.

Die 55 Patienten geben hierzu folgenden Aufschluß:

Die präpsychotische Persönlichkeit ist meist unauffällig, wir finden viele sehr fleißige Menschen darunter, manche sind sensitive Sonderlinge, im allgemeinen sexuell wenig aktiv, vom psychoanalytischen Standpunkt eher anale Typen.

Die Psychose wird im 4. Lebensjahrzehnt manifestiert. — Die eine Patientin, die im 26. Lebensjahr erkrankte, hat eine Familienanamnese mit Schizophreniebelastung. — Ihr Beginn fällt also an einen oft zu beobachtenden Knick in der Lebenslinie und wir wissen seit RÜMCKE²³, welche Bedeutung die auf- oder absteigende Lebenslinie für den Ablauf gesunder und kranker Lebensvorgänge hat.

Die starke Familienbelastung mit Alkoholikern ist wohl nur als neurotisierender Faktor zu werten. Die relativ hohe Zahl an Psychosebelastungen bei den Männern liegt aber noch immer deutlich unter der Vergleichsgruppe der schizophrenen Psychosen.

Das Bezugsobjekt des Wahnes ist fast immer eine Person mit großer sozialer Bedeutung in der Intimspäre. Auffällig ist daß bei den Männern in $\frac{2}{3}$ der Fälle Eifersuchtwahn auf die Gattin bestand. Vermutlich spielt hier das Nachlassen der Potenz eine größere Rolle als sich erheben ließ. Die Rolle der Eifersucht als larvierte Homosexualität spielt hier sicher mit.

Die Relevanz des auslösenden Erlebnisses ist schwer abschätzbar, sie liegt eindrucksgemäß aber zwischen den schizophrenen Psychosen und den Neurosen, wie es auch zu erwarten war.

Die allgemeine psychische Einstellung bestätigt die Kretschmersche Erfahrung, daß Paranoiker Astheniker mit sthenischen Zügen sind. Körperlich überwiegt die leptosome Konstitution.

Bei mehr als $\frac{1}{3}$ der Fälle besteht eine Generalisierungstendenz.

Die Einstellung zum Arzt ist überraschend positiv, obwohl Krankheitseinsicht fast immer fehlt. Bei den schizophrenen Psychosen finden wir viel mehr negative Einstellungen zu Arzt und Anstalt.

Eine große Überraschung war die Verlaufsbeobachtung. 20 von 55 Paranoiafällen klangen in praktische Heilung ab! Fälle mit Defekt-heilungen wurden zur Schizophrenie gerechnet.

Bei den Frauen erwiesen sich 5 (= 20%) als reine klimakterische Psychosen mit Ausgang in Heilung nach einer Krankheitsdauer von 5 bis 10 Jahren. Insgesamt besserte sich fast die Hälfte. Bei den Männern fand sich ein positiver Ausgang etwas seltener.

Wenn man bedenkt, daß es sich um schwere anstaltsbedürftige Psychosen handelt, ist dies ein erstaunlich hoher Prozentsatz an Remissionen. (Die Nachbeobachtungszeit betrug im Durchschnitt 5 Jahre seit der letzten Anstalsaufnahme, seit Manifestationsbeginn der Psychose wesentlich länger.)

Alle angeführten Ergebnisse scheinen uns dafür zu sprechen, daß wir in der Paranoia in der Form, wie wir sie hier in bewußter Beschränkung ausgewählt haben, den Fall einer „psychogenen Psychose“ sehen können und daß wir der Erforschung dieser Krankheit weit mehr Aufmerksamkeit widmen sollten, da von hier aus viele Wege auch zum Verständnis der anderen Psychosen gangbar scheinen. Es kommen natürlich Fälle vor, die in eine Schizophrenie übergehen. Diese Fälle wurden hier aber nicht untersucht.

Nur eine relativ kleine Anzahl von Fällen, bei denen der konstitutionelle Faktor pathoplastisch stärker betont ist, lassen sich aus der größeren klinisch-nosologischen Einheit der Patienten als psychogene „affine Randpsychosen“ abspalten, während in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle dieser gegenüber dem exogenen psychogenen Faktor zurücktritt.

Kürzlich ist eine relativ ausführliche Krankengeschichte der Entwicklung von einer Normalperson über eine schwierige zu einer paranoiden Persönlichkeit und schließlich zu einer Paranoia publiziert worden²². Wir werden in einer späteren Publikation ähnliche Beobachtungen bringen, können aber nicht verschweigen, daß der Beginn der Psychose in vielen unserer Fälle sehr abrupt erfolgt zu sein scheint, was ein Gegenargument gegen die typische, neurotische Entwicklung darstellen könnte und eher für die oben erwähnten Randpsychosen sprechen würde. Die neurotische Entwicklung vor dem Umkippen in die Psychose kann aber wohl auch recht latent verlaufen und erst bei sehr eingehender individueller Untersuchung aufdeckbar werden.

Wir werden unsere Untersuchungen weiterhin auf den Zeitpunkt richten, an dem die Psychose manifest wird.

Vor unserer Zusammenfassung stellen wir unsere Ergebnisse an Hand eines einfachen Schemas dar.

		<i>Schema</i>							
91 Fälle klinische Paranoia (revidierte Dg.)	36 unechte Pa.	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">etwa Hälfte: Somatogen</td> <td rowspan="2" style="border-left: none; border-right: none; padding: 0 10px;">{</td> <td style="padding: 2px;">etwa Hälfte: „Äquivalente“</td> <td rowspan="2" style="border-left: none; border-right: none; padding: 0 10px;">}</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Nicht psychotisch</td> <td style="padding: 2px;">(larvierte endogene Psychosen)</td> </tr> </table>	etwa Hälfte: Somatogen	{	etwa Hälfte: „Äquivalente“	}	Nicht psychotisch	(larvierte endogene Psychosen)	andere Ätiologie
etwa Hälfte: Somatogen	{	etwa Hälfte: „Äquivalente“	}						
Nicht psychotisch		(larvierte endogene Psychosen)							
	55 echte Pa.	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">„Affine“ psychogene Rand- psychosen (mit stärkerer Betonung d. konstitutionellen Faktoren) 10 Fälle</td> <td rowspan="2" style="border-left: none; border-right: none; padding: 0 10px;">{</td> <td style="padding: 2px;">Exogene psychogene Psychosen</td> <td rowspan="2" style="border-left: none; border-right: none; padding: 0 10px;">}</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">(Hauptteil) 45 Fälle</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	„Affine“ psychogene Rand- psychosen (mit stärkerer Betonung d. konstitutionellen Faktoren) 10 Fälle	{	Exogene psychogene Psychosen	}	(Hauptteil) 45 Fälle		Rand- psychosen
„Affine“ psychogene Rand- psychosen (mit stärkerer Betonung d. konstitutionellen Faktoren) 10 Fälle	{	Exogene psychogene Psychosen	}						
(Hauptteil) 45 Fälle									

Zusammenfassung

Aus mehr als 10000 stationären Patienten einer Heilanstalt konnten 55 Fälle echter Paranoia im Sinne systematisierter Wahnbildungen bei erhaltenener Persönlichkeit ohne Halluzinationen untersucht werden. Im Vergleich mit 36 anderen Fällen, die zuerst als Paranoia diagnostiziert worden waren, sich dann aber als Krankheitsbilder anderer Ätiologie erwiesen, ließen sich einige Punkte herausarbeiten, die dafür sprechen, daß wir in dieser Krankheit ein Beispiel einer Psychose vor uns haben, die weitgehend psychogen determiniert erscheint. Beginnend am Knick zur absteigenden Lebenslinie, ausgelöst durch Kränkungs- und Versagungserlebnisse, meist bezogen auf Personen, die eine große Rolle in der Intimsphäre spielen, entwickelt sich ein Wahnsystem, das fast in der Hälfte der Fälle, meist nach Änderung der auslösenden Situation, wieder abklingt. Die Einstellung zum Arzt ist meist positiv, die Generalisierungstendenz des Wahnes gering.

Die Bedingungen zur Psychose dürften in einer konstitutionellen oder erworbenen Ichschwäche (dem „degenerativen Charakter“ der descriptiven Psychiatrie entsprechend) liegen sowie in einer analen Fixierung.

Die Rorschachbefunde von 22 Patienten sprechen gegen Schizophrenie.

Literatur

- ¹ ALLERS, R.: Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. *Z. Neur.* **60**, 281—289 (1920). — ² ARNOLD, O. H.: Schizophrener Prozeß u. schizophren. Symptomgesetze. Wien 1955. — ³ BAUMS, I. F. LOVEL: Marriage, paranoia and paranoid states, *Medical Press* **1954**, 375—78. — ⁴ BONNER, H.: The problem of diagnosis in paranoic Disorders, *Amer. J. Psychiatry* **107**, 677—683 (1951). — ⁵ FEDERN, P.: Psychoanalysis of Psychoses, I. III., *Psych. A.* **XVII.**, 1948. — ⁶ FENICHEL, O.: Psychoanalytic Theory of Neurosis, Ny, 1948 (Literaturverzeichnis). — ⁷ FREUD, S.: Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch

beschriebenen Fall von Paranoia, Jb. f. Psychoanal. u. Psychotherapeutische Forschung, 3, 1911. —⁸ FRIEDMANN, M.: Beiträge zur Lehre von der Paranoia, Mschr. Psychiatr. 1905, 17. —^{9,10} GAUPP, A.: Der Fall Wagner, Springer 1914. Z. Neur. 60, 312 (1920). —¹¹ HARTMANN, H.: Bemerkungen zur Theorie der Sublimierung, Psyche X., 41—63, (1956). —¹² HOFF, H.: Lehrbuch der Psychiatrie, Wien 1956. —¹³ JASPER, K.: Allgemeine Psychopathologie, S. 514, Berlin: Springer 1948. —¹⁴ KEHRER, F., A.: Kritische Bemerkungen zum Paranoiaproblem. Nervenarzt 22, 121—125 (1951). —¹⁵ KLEIN, MELANIE: Notes on some schizoid mechanisms. Internat. J. of Psycho-Analysis 27, 99 (1946). —¹⁶ KLEIST, K.: Über Cycloide, paranoide u. epileptoide Psychosen. Schweiz. Arch. f. Neur. 23, 3—37 (1928). —¹⁷ KOLLE, KURT: Der Wahnkranke im Lichte alter und neuer Psychopathologie, Stuttgart: Thieme 1957. —¹⁸ KRAEPELIN, E.: Psychiatrie, 8. Aufl., 4. Bd. 1915. —¹⁹ KRETSCHMER, E.: Der sensitive Beziehungswahn. Berlin: Springer 1918. —²⁰ KRETSCHMER, E.: Psychologie und Psychotherapie der Paranoiker, Z. Psychother. 1, 53—59 (1951). —²¹ REVITSCH, EUGENE: The problem of conjugal paranoia. Dis. Neur. Syst. 15, 271—277 (1954). —²² ROBERTSON, J. P. S.: Development of a true paranoia. Dis. Nerv. System 15, 88—91 (1954). —²³ RÜMCKE, E.: Was ist psychogen in der Neurose und was nicht. Zbl. Neur. 108, 317 (1950). —²⁴ STROTZKA, H.: Versuch einer mediz. Psychologie der Einstellung, Wien. Arch. Neur., Psych. 4, 1—6 (1952). Die Einstellung von Arzt. u. Pat. in der psychol. Bewegung. Z. Psychother. 4, 74—79 (1954).

Dr. HANS STROTZKA, Wien XII (Österreich), Jägerhausgasse 47