

III.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Jena.
(Prof. Binswanger.)

Ueber Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia.

Von

Dr. Th. Ziehen,
Privatdocent an der Universität Jena.

Als die beiden Hauptsymptome der acuten wie der chronischen Paranoia werden von der Westphal'schen Schule die Wahnvorstellungen und die Sinnestäuschungen angesehen. Die durch Westphal angebahnte Eintheilung der Paranoia*) in eine einfache Form ohne Sinnestäuschungen (Paranoia simplex) und in eine hallucinatorische mit Sinnestäuschungen basirt auf dieser Annahme zweier und zwar nur zweier Hauptsymptome. Offenbar sind jedoch mit den genannten

*) Man hat ab und zu auch die einfache Paranoia als „primäre“ bezeichnet, um anzudeuten, dass die Wahnvorstellungen hier primär, d. h nicht auf Grund von Hallucinationen sich entwickeln. Zweckmässig ist diese Bezeichnung nicht, da wir seit Ellinger, Snell, Westphal von einer primären Paranoia im Gegensatz zu der secundären, in seltenen Fällen auf eine Manie oder Melancholie folgenden Paranoia sprechen. Ich werde daher im Folgenden stets nur die Bezeichnung „Paranoia simplex“ für die vorzugsweise durch primäre Wahnvorstellungen charakterisierte Form brauchen. Auf die von vielen Autoren vorgenommene völlige Ausscheidung der hallucinatorischen Paranoia Westphal's aus dem Gebiet der Paranoia wird später ausführlich zurückzukommen sein. Die Westphal'sche Auffassung und Terminologie wird nur zunächst zum Ausgangspunkt genommen.

beiden Symptomen die primären Krankheitssymptome der Paranoia nicht erschöpft. Speciell sind seither die sogenannten formalen Störungen des Vorstellungsablaufes fast ganz unbeachtet geblieben. Die folgenden Untersuchungen sollen nun zeigen

erstens, dass und welche formalen Störungen des Vorstellungsablaufes bei der einfachen wie bei der hallucinatorischen Paranoia intercurrent vorkommen, und

zweitens, dass bei bestimmten psychischen Krankheitsformen, welche unzweifelhaft der Paranoia zuzurechnen sind, diese formalen Störungen des Vorstellungsablaufes eine durchaus dominirende Rolle spielen.

I. Intercurrente Störungen des Vorstellungsablaufes bei der einfachen und hallucinatorischen Paranoia.

Diejenigen Störungen im Gang der Ideenassocation, d. h. in den Beziehungen der successiven Vorstellungen untereinander*), welche schon der einfachsten Betrachtung sich aufdrängen und rein formaler Natur sind, sind folgende:

1. Beschleunigung der Ideenassocation (Ideenflucht),
2. Verlangsamung oder Hemmung der Ideenassocation.

Hiermit sind jedoch die formalen Störungen des Ablaufs der Vorstellungen noch nicht erschöpft. Es kommt eine dritte Störung hinzu, welche ich als Incohärenz des Vorstellungsablaufes bezeichnen möchte. Zum Verständniss dieser Incohärenz des Vorstellungsablaufes muss ich auf die Ideenassocation des Gesunden näher eingehen.

Die Ideenassocation kann allgemein schematisch durch die Reihe E, V₁, V₂, V₃, V₄, ausgedrückt werden. E ist die einleitende, den Gedankengang veranlassende Empfindung, V₁, V₂ u. s. f. die ihr folgenden Vorstellungen. Sei z. B. die E die Gesichtsempfindung einer Rose, so könnte die erste sich anreichende Vorstellung (V₁) die Vorstellung oder das Erinnerungsbild des Duftes der Rose sein. An dieses V₁ könnte sich als V₂ direct die Bewegungsvorstellung des Pflückens anschliessen und diese die Bewegung des Pflückens auslösen. Hierbei ist noch zu betonen, dass zuweilen — wenn auch viel seltener, als die Schulpsychologie annimmt — an die Empfindung sich

*) Ich würde es vorziehen, nur diese Störungen als formale zu bezeichnen.

ein förmliches Wiedererkennen anschliesst: in diesem Ausnahmefall ist die erste an die Empfindung sich anschliessende Vorstellung V_1 das Erinnerungsbild früher ähnlicher Empfindungen. Sehe ich beispielsweise einen früheren Bekannten wieder, so löst diese Gesichtsempfindung das Erinnerungsbild früherer Gesichtsempfindungen desselben Bekannten als V_1 aus und dann erst folgen die weiteren Vorstellungsassoziationen. Unsere folgenden Erwägungen schliessen den Specialfall dieses sogenannten Wiedererkennens vollständig ein. Wir fragen uns: durch welche Gesetze ist die Aufeinanderfolge V_1 , V_2 , V_3 u. s. f. bestimmt? Ich darf hier auf eine ausführliche Auseinandersetzung verweisen, welche ich in meinem Leitfaden der physiologischen Psychologie*) gegeben habe. Ich entnehme derselben hier nur folgendes.

Vor Allem bestimmend ist für die Succession der Vorstellungen in der Ideenassoziation die sogenannte associative Verwandtschaft. Die beiden Gesetze der letzteren lassen sich kurz so aussprechen:

1. Zwei inhaltlich gleiche oder ähnliche Vorstellungen reproduciren sich gegenseitig;
2. Zwei Vorstellungen, die entweder selbst oder deren zugehörige Empfindungen oft gleichzeitig aufgetreten sind, reproduciren sich gegenseitig.

Die erstere Art der Association bezeichnen wir als Ähnlichkeitsassoziation, die letztere als Gleichzeitigkeitsassoziation. Die Ähnlichkeitsassoziation spielt im normalen Denken — abgesehen vom Wiedererkennen — fast gar keine**) Rolle; die Association nach Assozianz ist derselben zuzurechnen.

Man könnte sich nun denken, dass die Reihenfolge der Vorstellungen lediglich durch dies Moment der associativen Verwandtschaft bestimmt sei. An eine Vorstellung V_1 würde sich dann, eindeutig bestimmt, stets diejenige Vorstellung als V_2 anschliessen, welche die grösste associative Verwandtschaft zu V_1 hat, d. h. welche am häufigsten gleichzeitig mit V_1 aufgetreten ist. Dabei bliebe jedoch die enorme Mannigfaltigkeit unseres Denkens, in welchem auf eine bestimmte Vorstellung V_1 heute diese und morgen jene Vorstellung als V_2 folgt, ganz unerklärt! Es müssen noch andere Factoren ebenso bestimmd auf die Reihenfolge der Vorstellungen einwirken. Zu diesen gehört vor Allem die Intensität der verschiedenen in Betracht kommenden Erinnerungsbilder. Vorstellungen, welche nur vor

*) Jena. G. Fischer. 1891. Vorl. 8—10.

**) Leitfaden. S. 114 ff.

sehr langer Zeit öfters gleichzeitig mit V₁ aufgetreten sind, werden vermöge ihrer geringen Intensität in dem Wettbewerb der verschiedenen mit V₁ associativ verwandten Vorstellungen um die Stelle V₂ unterliegen. Wie viele Associationen, welche in der Kindheit unzählige Male auftreten, sind im Alter, wie wir sagen, vergessen.

Noch wichtiger als die Intensität der Erinnerungsbilder ist ihr Gefühlston für die Auswahl in der Ideenassociation. Vorstellungen, welche von lebhaften Gefühlstönen, sie seien positiv oder negativ, begleitet sind, haben ceteris paribus grössere Chancen in dem Wettbewerb der Ideenassociation obzusiegen. Ein viertes Moment ist von mir als Constellation bezeichnet worden. Wir müssen annehmen, dass die zahllosen latenten Erinnerungsbilder der Hirnrinde untereinander in einem complicirten Verhältniss gegenseitiger Anregung und Hemmung stehen. Diese Anregung und Hemmung hat zur Folge, dass eine vorzugsweise von Anregungen getroffene Vorstellung trotz geringerer associativer Verwandtschaft zu V₁, trotz geringerer Intensität und geringeren Gefühlstons doch gelegentlich die Stelle V₂ erlangt. Das von mir schon an anderer Stelle citirte, von Wahle stammende Beispiel illustrirt am besten, was ich unter Constellation verstehe. Dem Psychologen Wahle war lange keinerlei Erinnerung an Venedig aufgetaucht, obwohl das gothische Rathhaus seiner Heimatstadt, an dem er täglich vorübergang, mit dem Stabwerk an den Fensterbögen sehr wohl geeignet gewesen wäre, die Erinnerung an die Bögen der Arcaden des venetianischen Dogenpalastes wachzurufen. Das Rathaus brachte ihm zahlreiche andere Associationen, aber nie eine von Venedig. Plötzlich trat eines Tages beim Anblick des Rathauses das Erinnerungsbild des Dogenpalastes Wahle vor Augen. Er besann sich und es fiel ihm ein, dass er vor zwei Stunden bei einer Dame eine Broche in der Form einer Venetianer Gondel geschenkt hatte.

Erst wenn wir diese „Constellation hinzuziehen“, wird uns die unendliche Variabilität unseres Denkens verständlich. Sie ist es auch, welche bei der Erklärung pathologischer Denkvorgänge die grösste Beachtung verdient. Vier Momente*) bestimmen sonach den Gang der Ideenassociation:

*) Freilich existiert eine Schule in Deutschland, welche auf eine Erklärung des Ablaufs der psychischen Vorgänge noch verzichtet und ihre Zuflucht zu einer ganz hypothetischen, an keine Gesetze gebundenen „Apperception“ nimmt, welche in letzter Linie nach Willkür über den Gang des Denkens entscheidet. Leider hat diese Lehre auf die heutige Psychiatrie in Deutschland

1. die associative Verwandtschaft,
2. die Intensität,
3. der Gefühlston,
4. die Constellation der lateralen Erinnerungsbilder,

oder — anders ausgedrückt — im normalen Vorstellungsablauf ist die Beziehung einer Vorstellung zu der vorausgehenden und zu der nachfolgenden durch diese vier Momente bestimmt.

Unser gewöhnliches Denken vollzieht sich nun in der Regel nicht in dieser einfachsten Associationsform, in der einfachen Aneinanderreibung discreter Vorstellungen nach den Gesetzen der Ideenassociation, sondern in der höheren Form der Urtheilsassociation: d. h. es kommt zwischen den successiven Vorstellungen V_1 , V_2 etc. noch zu einer neuen Beziehung, welche wir z. B. durch die Copula („Die Rose ist schön“) ausdrücken. In der Verbindung der successiven Vorstellungen zu Urtheilen spricht sich der höchste Grad associativer Verwandtschaft aus.

Ich verstehe nun unter „Incohärenz“ des Vorstellungsablaufes jede Störung der eben festgestellten Beziehungen unter den auf einander folgenden Vorstellungen. Diese Incohärenz ist nun entweder eine primäre, oder sie ist secundär, d. h. sie lässt sich auf andere psychopathische Störungen zurückführen. So entsteht eine secundäre Incohärenz durch hochgradige Beschleunigung der Ideenassociation, indem in Folge der Ideenflucht zahlreiche verbindende Zwischenvorstellungen übersprungen werden. Der Weg der Ideenassociation in der Hirnrinde ist hier der normale, aber von den auf diesem Wege berührten latenten Erinnerungsbildern treten nur ab und zu einzelne in das Bewusstsein. Die Ideenflucht der Manie führt bekanntlich in ihren höheren Graden sehr häufig zu dieser secundären Incohärenz. Ebenso bedingen starke Affectsteigerungen — Angst sowohl wie Zorn — Incohärenz auch bei dem Gesunden gelegentlich secundäre. Endlich ist auch Incohärenz sehr häufig die secundäre Folge massenhafter Sinnestäuschungen oder zuweilen auch massenhafter Wahnvor-

bereits einen erheblichen Einfluss gewonnen. Es scheint fast, als sollte die deutsche Psychiatrie wiederum, ähnlich wie zu Heinroth's Zeiten, metaphysischer sein als die gleichzeitige Psychologie. Zum Beweis dieses Satzes kann ich hier nur auf die bemerkenswerthen Auslassungen von G. E. Müller (Göt. gel. Anz. 1891. No. 11) verweisen. Die Thatsache, dass die moderne Psychologie auch in Deutschland die Wundt'sche Apperceptionstheorie schon verlassen hat, wird hier von einem unserer bedeutendsten Psychologen mit nackten Worten ausgesprochen.

stellungen. Hier ist der Vorgang der Association als solcher nicht gestört, sondern die Association ist auf ein zu normaler Vorstellungsverknüpfung unbrauchbares Material angewiesen und erscheint deshalb incohärent. Endlich führt auch der Schwachsinn in Folge des dauern- den Verlustes von Erinnerungsbildern und associativen Verknüpfungen sehr häufig zu secundärer Incohärenz; die incohärente Ideenassociation der progressiven Paralyse und der secundären Demenz gehört hierher. Andererseits existiert unzweifelhaft auch eine primäre Incohärenz: bei dieser ist das Vorstellungsmaterial nach Zahl und Qualität normal und brauchbar, aber der associative Vorgang als solcher ist gestört. Diese primäre Incohärenz äussert sich wie die secundäre darin, dass erstens associativ gar nicht oder nur sehr entfernt verwandte Vor- stellungen auf einander folgen, und dass zweitens in den höheren Graden die Vorstellungen aneinander gereiht werden, ohne dass es zu Urtheilsassocationen kommt. Die weitere psychologische Analyse dieser primären Incohärenz gehört nicht hierher. Am nächsten liegt die Annahme, dass es sich einerseits um Leitungsstörungen der Asso- ciationsbahnen, andererseits um feinere Verschiebungen der Intensität, des Gefühlstons und der Constellation der latenten Erinnerungsbilder handelt. Wesentlich ist nur die klinisch nachweisbare Thatsache, dass neben der durch Schwachsinn, Ideenflucht, Hallucinationen und Erregungsaffecte bedingten Incohärenz auch eine Incohärenz ohne diese Ursache vorkommt. Die bis heute vorliegende Literatur hat diese letztere „primäre“ Incohärenz fast gar nicht berücksichtigt*). Die

*) Die älteste Psychiatrie kennt überhaupt nur die secundäre Incohärenz in Folge von Schwachsinn (vergl. z. B. Esquirol, Bernhardt'sche Uebers. II. S. 126. Pinel, Wagner'sche Uebers. S. 175). Guislain (*Traité des phrénopathies*, p. 161) erwähnt als Hauptsyptom seines Delirium maniacale neben Sinnestäuschungen „Incohärenz der Ideen“, aber er sieht in derselben mehr eine Störung der Wortbildung: „Der Geist findet nicht mehr das Wort und greift danach auf gut Glück in dem Magazin der Ideen“. Prognostisch soll sie ganz ungünstig sein. Den Standpunkt der neueren französischen Psy- chiatrie zeigt am klarsten Dagonet (*Traité élémentaire et pratique des mal- ment*. 1862). Er unterscheidet zwei Störungen der Ideenassociation: 1. Stö- rung ihres Zusammenhangs und 2. Fälschung derselben. Letztere führt zu Wahnyvorstellungen, erstere wird als incohérence bezeichnet. Dagonet kennt sie nur als Symptom, und zwar speciell bei der Manie und der Démence. Auch betont er bereits ausdrücklich den Einfluss von Erregungsaffecten (p. 43, 44). Die Ideenflucht (*mobilité des idées*) wird als leichterer Grad der Incohärenz auf- gefasst (im Gegensatz zur incohérence violente). Auch der Einfluss von Hallu- cinationen und Illusionen wird hervorgehoben (p. 46, 47). Eine klare Tren-

folgenden Untersuchungen sehen von der secundären Incohärenz fast ganz ab und bezwecken nur das Studium der primären Incohärenz, und zwar speciell bei der Paranoia.

Ebenso wie die Incohärenz ist auch die Beschleunigung und die Verlangsamung der Ideenassocation häufig eine secundäre. Wenn gehäufte Hallucinationen oder auch Wahnideen sich mit starken positiven oder auch negativen Gefühlstönen verbinden, so wird die Geschwindigkeit des Vorstellungsablaufs meist im Sinn einer Beschleu-

nung der secundären und primären Incohärenz findet sich nirgends. Die höchste Incohärenz („les moins échappent sans aucune liaison“) soll sich nur bei chronischer Manie, Demenz und allgemeiner Paralyse finden. Die englische neuere Psychiatrie enthält über das Symptom der Verwirrtheit auffällig wenig. In Deutschland erwähnt Spielmann (Diagnostik S. 20) ausser der Verworrenheit des Schwachsins nur die aus Ideenflucht hervorgehende secundäre Incohärenz. Griesinger (Pathol. u. Ther. 1861, S. 68) kennt ausser der durch Affecte, Ideenflucht und Schwachsinn hervorgerufenen Verworrenheit auch eine andere, „die aus gänzlichem Zerfall und tiefer Zerrüttung der psychischen Processe hervorgeht“, und denkt zur Erklärung derselben an ein Vorwalten von Assonanzassocationen sowie an eine mangelhafte Zusammenwirkung der beiden Gehirnhälften. Arndt (Lehrb. d. Psychiatrie S. 205) theilt die Verworrenheit in solche, welche aus Hyperlogie (Ideenflucht) und solche, welche aus Hypologie (Armuth und Langsamkeit der Gedankenbildung) hervorgeht. Neumann kennt die Verwirrtheit nur als ein Zwischenstadium zwischen Wahnsinn und Blödsinn, sie erlaubt nach ihm fast nie Heilung (Lehrb. d. Psychiatrie 1859, § 248 u. 298). Emminghaus (Allg. Psychopathologie 1878, S. 196 ff.) stellt die Verworrenheit nur als eine Consequenz der Ideenflucht dar. Krafft-Ebing (Lehrb. I., S. 61) erwähnt neben der durch Ideenflucht, Affect und Schwachsinn hervorgerufenen Verwirrtheit auch eine „auf eine functionelle Schwäche in der logischen Knüpfung der Assocationen zurückführbare“ Verwirrtheit bei psychischen Erschöpfungszuständen. Meynert und seine Schüler erwähnen gelegentlich wohl auch eine primäre Verwirrtheit; doch wird dieselbe einseitig nur als „psychisches Ausfallssymptom“, als „Associationsmangel“ (Klin. Verl. 1889, S. 37) aufgefasst und auch der Illusion eine zu grosse Rolle bei der Verwirrtheit zuertheilt. Kraepelin (Psychiatrie, S. 109) fasst die Verwirrtheit als eine Störung des „Selbstbewusstseins“: ihre Ursache sei bald in Sinnestäuschungen, bald in einer „Bewusstseinstrübung“ gelegen; die Entstehung aus Ideenflucht, Affect und geistiger Schwäche wird gleichfalls erwähnt. Kahlbaum hat gewisse Störungen der Urheilsassocation speciell als Disjecturen beschrieben, auch die „Distermination“ desselben Autors gehört hierher (Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 26, S. 357). Vergl. auch Kahlbaum's Bemerkungen über Pegophrasie und Pleurophrasie (ibid. Bd. 27, S. 366) und Billod, De la lésion de l'association des idées. Ann. méd.-psychol. 1861.

nigung, seltener im Sinn einer Verlangsamung verändert. Diese secundäre Beschleunigung und Verlangsamung der Ideenassocation werde ich gleichfalls als hinlänglich bekannt übergehen. Hingegen werde ich diejenige Beschleunigung der Ideenassocation, welche vergesellschaftet mit primären positiven Gefühlstönen (heiterer Verstimmung), aber unabhängig von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen bei Paranoia auftritt, und ebenso die Verlangsamung der Ideenassocation, welche vergesellschaftet mit primären negativen Gefühlstönen (trauriger oder ängstlicher Verstimmung), aber unabhängig von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen bei Paranoia auftritt, noch als primäre Störungen auffassen und in den Kreis meiner Besprechungen hineinziehen. Es ist hier ebenso schwer, wie bei der Ideenflucht der Manie und der Denkhemmung der Melancholie, zu entscheiden, ob die bez. Störungen des Vorstellungsablaufes den Affectstörungen coordinirt sind oder diese von jenen (Mendel) oder umgekehrt jene von diesen abhängig sind*). Für die uns beschäftigende Untersuchung ist diese Frage zunächst gleichgültig. Es kommt für unseren Zweck nur darauf an, ob die Beschleunigung oder Verlangsamung der Ideenassocation die secundäre Folge von Hallucinationen oder Wahnvorstellungen ist; wo dies nicht zutrifft, spreche ich von primärer Ideenflucht und primärer Denkhemmung.

Nach diesen Vorerörterungen können wir die Hauptfrage unseres ersten Abschnittes folgendermassen formuliren: Kommen bei der einfachen und bei der hallucinatorischen Paranoia als intercurrente Symptome vor:

1. Primäre Beschleunigung der Ideenassocation (Ideenflucht),

*) Die Mendel'sche Auffassung scheint mir namentlich daran zu scheitern, dass zuweilen primäre Ideenflucht auch ohne heitere, gehobene Stimmung vorkommt. Andererseits ist unzweifelhaft, dass positive Gefühlstöne beschleunigend auf die Ideenassocation einwirken. Freilich ist auch dies manchen Ausnahmen unterworfen: man denke z. B. an die Euphorie mancher Schwachsinnigen. Wenn man sich auf diesem dunklen Gebiet überhaupt auf Erklärungen einlassen will, so erscheint mir die Annahme am plausibelsten, dass Erinnerungsbilder mit positiven Gefühlstönen etwas leichter reproduzierbar sind als Erinnerungsbilder ohne solche; so würde es sich ungezwungen erklären, dass einerseits die beschleunigte Ideenassocation vorzugsweise heitere Vorstellungen erweckt, und dass andererseits die krankhafte Veränderung aller Gefühlstöne in positiver Richtung (primäre Affectstörung) den Vorstellungsablauf erleichtert resp. beschleunigt. Ideenflucht und heitere Verstimmung würden hiernach coordinirt, in Wechselwirkung stehende Symptome sein.

2. Primäre Verlangsamung der Ideenassocation (Denkhemmung)*),
3. Primäre Incohärenz der Ideenassocation (Dissociation)?

Alle drei Fragen sind bejahend zu beantworten. An die Spitze stelle ich:

1. Primäre Ideenflucht als intercurrentes Symptom.

Eine solche findet sich bei der acuten hallucinatorischen Paranoia und auch bei den acuten Exacerbationen der chronischen hallucinatorischen Paranoia nicht selten. Bei der einfachen Paranoia habe ich sie seltener beobachtet. Es hängt dies offenbar mit dem vorwiegend chronischen Charakter dieser Form zusammen**). Bei der acuten hallucinatorischen Form sowie bei den acuten Exacerbationen der chronisch hallucinatorischen Form tritt die intercurrente primäre Ideenflucht bald nur stundenweise, bald tageweise auf. Zuweilen trifft sie mit dem gehäuften Auftreten von Hallucinationen zusammen. Dann lässt sich selbstverständlich schwer entscheiden, ob primäre oder secundäre Ideenflucht in unserem Sinne vorliegt, oder vielmehr ist die Annahme einer secundären Ideenflucht viel näher liegend. In vielen anderen Fällen lässt sich hingegen mit grösster Sicherheit feststellen, dass die beobachtete Ideenflucht ausser allem Zusammenhang mit gehäuften Sinnestäuschungen oder Wahnideen steht. Hier sind zur Zeit der Ideenflucht die Hallucinationen weder häufiger noch mit intensiveren Affecten verbunden als zu anderen Zeiten, wo von Ideenflucht nicht das Geringste zu bemerken ist. Im Gegentheil habe ich öfter beobachtet, dass zur Zeit einer solchen intercurrenten Ideenflucht die Hallucinationen und Wahnideen nachliessen. Auch die retrospective Anamnese der ganz oder relativ genesenen Fälle bestätigt hier in ganz unzweideutiger Weise den primären Charakter der stattgehabten Ideenflucht. „Ich weiss nicht, wie es kam: ich musste so rasch denken“ sagen die Kranken oft nachträglich geradezu und wissen über Hallucinationen oder Wahnideen in der fraglichen Zeit gar nichts oder wenig zu berichten.

*) Eine psychophysische Messung der Geschwindigkeit des Vorstellungsablaufes, welche erlauben würde, in Zahlen den Grad der Beschleunigung oder Verlangsamung auszudrücken, ist trotz der bekannten Versuche Buccola's bei Kranken bis jetzt noch aussichtslos. Wundt hat mit Recht auf die völlige Unzuverlässigkeit solcher Untersuchungen bei Kranken hingewiesen.

**) Die acute einfache Paranoia ist bekanntlich nur bei Hereditariern häufig und entspricht dem *Délire d'emblée* der französischen Autoren.

Ich führe aus den sehr zahlreichen Einzelbeobachtungen, welche mir vorliegen, zunächst nur eine einzige an.

Beobachtung 1. M. B., Uhrmachersfrau, geboren 1842. Vater jähzornig. Eine Schwester das Vaters debil, desgleichen ein Sohn dieser Schwester des Vaters. Vater der Mutter Potator. Eine Schwester der Kranke starb an Dentitionskrämpfen, ein Bruder machte im 12. Lebensjahr eine Kinderpsychose durch. Die Kranke selbst erlitt im 3. Lebensjahr ein Kopftrauma. Auf der Schule kam sie schwer mit. Die spätere geistige Entwicklung war eine völlig normale. Zwei Fehlgeburten, 4 normale Wochenbettentbindungen. Seit 1884 öfter Kopfschmerzen. Zunehmende Reizbarkeit. Im Januar 1888 Visionen (bunt, mit offenen Augen, namentlich Nachts) und Akoasmen vorzugsweise feindlichen Inhalts. Zugleich zunehmende Wahnvorstellungen, namentlich der ehelichen Untreue, theils primär, theils hallucinatorischen Ursprungs. Da auch heftige Erregungszustände sich einstellten, erfolgte am 4. Februar 1888 die Einlieferung in die Anstalt. Die körperliche Untersuchung ergab eine offenbar congenitale Asymmetrie der Facialisinnervation, leichte Verbildung von Ohr und Schädel. Sensibilität, Gesichtsfelder intakt. Gesichtsausdruck sehr wechselnd, theatralisches Gebahren, kein Krankheitsbewusstsein, keine Unorientirtheit, zahlreiche Hallucinationen und Wahnvorstellungen. Am 6. Februar wurde ein Aufall intercurrenter Ideenflucht beobachtet. Patientin sprach äusserst rasch, in singendem Ton Folgendes^{*)}: „Ach du meine gute Schwester — aber nur nicht die verfluchte Friederike — die verdamm' ich nur — ich bin ja nur ein Wochenkind, von Gott gesandt — ach meine liebe, gute Kaiserin — ich liebe dich so gar so sehr — du bist mein höchstes Gut — du bist ja meine gute Schwester — ich bin ja nur ein Erdenwurm, aber nicht ein Sündenbock — ach du mein Bräutigam, ach du mein Heiligthum — ich bin ja nun im Himmel — und nicht mehr auf der schönen Erde — wer hat die Erde denn geschaffen? — Sag' mir das mein Heiligthum! Ich dien' dir, Gott, als Werkzeug“ (es folgt die Beschreibung einer Rheinfahrt; Patientin spricht so schnell, dass nicht nachzukommen ist). Dies ideenflüchtige Geplauder und Reimen ging viele Stunden hindurch fort. Der Gesichtsausdruck war lebhaft, aber ohne Hervortreten eines bestimmten Affekts. Diese Anfälle wiederholten sich noch einige Male. Zwischen den Anfällen war die Kranke bald ruhig, bald gereizt. Die Wahnvorstellungen ehelicher Untreue klangen allmälig ab. Hallucinationen und Illusionen traten, wie auch die retrospective Anamnese ergab, hierin der Anstalt überhaupt nur sehr spärlich auf. Ausdrücklich bestreitet die Kranke irgend Jemand für ihre Schwester oder die Kaiserin gehalten zu haben. Sie besass eine genaue Erinnerung für die kleinsten Details ihrer Krankheit. Am 1. April 1888 konnte Patientin genesen beurlaubt werden. Ein Rückfall ist bislang nicht eingetreten.

^{*)} Sämtliche Reden der Kranken sind wörtlich nachgeschrieben. Die ab und zu unvermeidlichen Auslassungen sind durch Punkte . . . markirt.

Es handelt sich hier offenbar um eine intercurrente primäre Ideenflucht bei einer sehr acut verlaufenden hallucinatorischen Paranoia. Sehr interessant war, dass auch in der Convalescenz noch gelegentlich eine leichte Ideenflüchtigkeit constatirt wurde. Wesentliche Affectstörungen lagen in diesem Falle nicht vor. In anderen Fällen findet sich zuweilen auch eine unverkennbar heitere oder zornige Verstimmung, sehr selten eine primäre, d. h. von Sinnestäuschungen und Wahnideen unabhängige Angst^{*)}) neben der Ideenflucht. Jedenfalls liegt eine gesetzmässige Beziehung der letzteren zu bestimmten Affectstörungen nicht vor.

Eine besondere Erwähnung verlangt das motorische Verhalten der Kranken während der intercurrenten Anfälle primärer Ideenflucht. Es besteht nämlich meistens eine krankhafte motorische Agitation, deren leichtere Grade sich in gesteigerter Gestikulation (zuweilen mit stereotypem oder katatonischem Charakter), deren höhere Grade sich in der schwersten Tobsucht äussern können. Dies Hinzutreten motorischer Erregung zu der Ideenflucht hat nichts Befremdendes. Ideenflucht ohne motorische Agitation ist überhaupt sehr selten.^{**)} Ich sehe keine Veranlassung, mit Meynert^{***)} als Grund der motorischen Agitation bei der Manie und ebenso auch im vorliegenden Falle besondere Hallucinationen des Muskelsinns („hallucinirte Innervationsgefühle“) anzunehmen. Hallucinationen ohne Sinnesempfindung ist ein durchaus widerspruchsvoller Begriff. Wo ist aber die Sinnesempfindung bei der Bewegung des Maniakalischen? Er wird zwar von der stattgehabten Bewegung nachträglich durch Bewegungsempfindungen unterrichtet, aber von sinnlich lebhaften Innervationsempfindungen weiss er meist nichts zu berichten[†]). Ebenso verhalten

^{*)} Dass Angst und Ideenflucht sich nicht völlig ausschliessen, braucht hier nicht besonders dargethan zu werden.

^{**)} Bei dem Schwachsinn in seinen verschiedensten Formen sowie in den katatonischen Zuständen mancher Paranoiker findet sich zuweilen Ideenflucht ohne motorische Agitation.

^{***)} Jahrb. f. Psychiatrie 1881. H. 2 und 3. Klin. Vorl. über Psychiatrie: „es wird gleichsam ein Wollen hallucinirt“ (S. 131).

^{†)} Sehr beweisend ist auch der Vergleich mit Fällen, wo wirklich Bewegungsempfindungen hallucinirt werden (wie bei vielen katatonischen Zuständen) und hallucinirte Bewegungsempfindungen Bewegungen veranlassen. Hier berichten die Kranken ganz unzweideutig, dass eine fremde Gewalt sie einen Drang zu gewissen Bewegungen bis zur anticipirenden Empfindung der Bewegung selbst empfinden lasse, und dass sie deshalb die Bewegung ausführen.

sich auch unsere paranoischen Kranken in ihrer intercurrenten Ideenflucht. Der ungezwungene Ausdruck des Thatsächlichen unter Vermeidung aller Hypothesen scheint mir zur Erklärung völlig auszureichen. Die Ideenflucht kennzeichnet sich als eine allgemeine Steigerung der Leistungsfähigkeit der corticalen Associationsbahnen. Es wäre geradezu wunderbar, wenn die in das motorische Rinden-gebiet führenden Associationsbahnen und die motorischen Elemente der Rinde von dieser allgemeinen Erregbarkeitssteigerung ausgenommen wären. Die motorische Agitation ist also nur eine Theilerscheinung der Ideenflucht. Dabei ist es auch zunächst gleichgültig, ob man annimmt, dass die motorische Agitation durch Vermittlung der Bewegungsvorstellungen entsteht, oder, dass sie vielmehr der direkte Ausdruck gehäufter Entladungen der corticalen Erregung in das motorische Gebiet (ohne psychischen Parallelprocess) ist. Ausdrücklich möchte ich übrigens bemerken, dass im Allgemeinen die motorische Agitation, welche die intercurrente primäre Ideenflucht des Paranoikers begleitet, meist etwas geringer ist als diejenige des Maniakalischen.

Häufig zeigt die primäre Ideenflucht des Paranoischen ebenso wie des Maniakalischen auch ein Symptom, welches man oft als „gesteigerte Apperceptionsfähigkeit“ bezeichnet. Der Kranke bemerkt jede kleinste Veränderung in der Kleidung des Arztes, jede Bewegung der Umgebung, jedes leiseste Geräusch und verwebt alles in seine Ideenflucht. Auch dies Symptom ist nicht etwa die Störung eines besonderen Seelenvermögens der Apperception, sondern nur eine Theilerscheinung der allgemeinen Ideenflucht. Ebenso wie die Vorstellungen sich untereinander leichter und rascher reproduciren, so knüpfen sich auch an jede Empfindung leichter und rascher associativ Vorstellungen (V_1 an E) an, oder, was dasselbe ist, kleinere Reize resp. Empfindungen genügen, Vorstellungen zu wecken.

Endlich ist zu bemerken, dass die intercurrente Ideenflucht des Paranoischen ebenso wie die des Maniakalischen in ihren höheren Graden auch zu secundärer Incohärenz — in Folge des Ueberspringens von Zwischenvorstellungen — führen kann. Folgendes ideenflüchtiges Geplauder wurde z. B. bei einer vollsinnigen, an hallucinatorischer Paranoia im Rückfall leidenden, erblich belasteten, 24jährigen Erzieherin in einem intercurrenten Anfall von mir wörtlich nachgeschrieben: „20. September — Septuagesimae — 20. Jahrhundert — das kommt davon, wenn man die Zeit nicht im Kopf hat — 7×8 macht? — Grossmacht — Mächte (Mägde) — Dienstleute“. Die gleichzeitigen, namentlich aber vorher und nachher bestehenden

Hallucinationen (fast nur Visionen von Männergestalten) standen zu diesem ideenflüchtigen Geplauder in gar keiner Beziehung. Oefters fehlten die Hallucinationen in diesen intercurrenten, mehrere Stunden währenden ideenflüchtigen Anfällen nachweislich ganz. Der secundäre Charakter der Incohärenz ergiebt sich namentlich daraus, dass sie nachliess, sobald die Ideenflucht langsamer wurde. Die Stimmung neigte zu krankhafter Heiterkeit. Die Neigung zu assonirender (reimender oder allitterirender) Ideenassociation ist auch bei der paranoischen primären Ideenflucht häufig. Auf die sehr wichtige Thatsache, dass die primär-intercurrente Ideenflucht des Paranoischen sich häufig zugleich mit primärer Incohärenz verbinden kann (nicht muss), wird bei Besprechung der letzteren ausführlich einzugehen sein.

Vergebens habe ich mich bemüht, ein bestimmtes ätiologisches Moment, welches für diese intercurrenten ideenflüchtigen Anfälle verantwortlich gemacht werden könnte, zu finden. Bei Hereditariern sind sie kaum häufiger als bei Unbelasteten. Mit Bestimmtheit lässt sich nur sagen, dass sie bei weiblichen Paranoikern häufiger als bei männlichen auftreten. Von begleitender Hysterie sind sie völlig unabhängig. Bei jugendlichen Paranoikern scheinen sie etwas häufiger als bei erwachsenen. Im Ganzen wird man sie mindestens in einem Fünftel aller chronischen und acuten Fälle der hallucinatorischen Paranoia ab und zu finden; man muss sich nur davor hüten, jede Ideenflucht eines Paranoikers ohne näheres Eingehen sofort auf gehäufte Hallucinationen zu beziehen und damit zu einer secundären zu stempeln.

Diagnostisch ist das Vorkommen dieser Anfälle höchst bemerkenswerth. Bei oberflächlicher und kurzdauernder Untersuchung während eines Anfalls kann eine Manie vorgetäuscht werden, namentlich dann, wenn, wie dies gelegentlich vorkommt, gerade während der Ideenflucht Hallucinationen und Wahndeiden fehlen und eine heitere Verstimmung besteht. Nur längere Beobachtung und eine genaue Anamnese können hier vor diagnostischen Irrthümern schützen.

Die Prognose scheint nach den hiesigen Beobachtungen durch diese intercurrente primäre Ideenflucht eine wesentliche Änderung nicht zu erfahren. Therapeutisch erwies sich Hyoscin bei längeren Anfällen oft sehr nützlich.

2. Primäre Verlangsamung der Ideenassocation als intercurrentes Symptom.

Primäre intercurrente Verlangsamung*) der Ideenassocation ist bei Paranoia erheblich seltener als primäre intercurrente Ideenflucht. Die stuporösen Zustände der hallucinatorischen Paranoia zeigen zwar häufig eine ausgeprägte Denkhemmung, indess geben diese Kranken während ihres stuporösen Zustandes zu wenig Auskunft, um die primäre Natur der Associationshemmung feststellen zu können. Im Gegentheil ergiebt sich aus den späteren retrospectiveen Angaben der Kranken meist, dass es sich um secundäre, von beängstigenden, imperativen oder fascinirenden Hallucinationen oder Wahnvorstellungen abhängige Vorstellungshemmungen gehandelt hat. Doch gab mir z. B. andererseits auch eine an hallucinatorischer Paranoia leidende junge Dame tageweise und zwar oft gerade dann, wenn sie von Hallucinationen frei war, an: „ich kann manchmal gar nicht denken wie früher; meine Gedanken stehen richtig still.“ Mit der eigenthümlichen, in der Reconvalescenz der acuten hallucinatorischen Paranoia bekanntlich öfter eintretenden Denkhemmung hat dies selbstverständlich nichts zu thun. Im Allgemeinen lässt sich jedenfalls sagen, dass primäre Verlangsamung der Ideenassocation bei Paranoia nur selten intercurrent auftritt**); wo sie vorkommt, beherrscht sie meist dauernd das ganze Krankheitsbild. Wir werden ihr daher im zweiten Abschnitt ausführlich wieder begegnen.

3. Primäre Incohärenz der Ideenassocation als intercurrentes Symptom.

Auf der Höhe der acuten hallucinatorischen Paranoia und in den acuten Exacerbationen der chronischen hallucinatorischen Paranoia sprechen und denken die Kranken sehr häufig verwirrt und zugleich verkennen sie ihre Umgebung und ihre Situation; zuweilen wissen die Kranken weder ihren Aufenthaltsort noch das Datum anzugeben. Man spricht in letzterem Falle gewöhnlich von Unorientirtheit oder „Bewusstseinsstörung“. So treffend der erstere Ausdruck ist, so unge-

*) Der Ausdruck Hemmung erscheint mir im Allgemeinen, weil er bereits implizite eine Hypothese enthält, weniger zweckmässig.

**) Primäre intercurrente Angstanfälle sind bei Paranoia nicht selten, wenn auch wenig beachtet; erheblichere Denkhemmung konnte ich während derselben selten mit Sicherheit constatiren.

schickt ist der zweite. Der Ausdruck „Bewusstseinsstörung“ klingt, als handele es sich um die Störung eines neuen ganz besonderen Seelenvermögens, „des Bewusstseins“, oder, wie es unter dem Einfluss der Wundt'schen Schule meist heisst, der „Apperception“. Schon oben ist erwähnt worden, dass empirische Gründe für die Annahme eines solchen Seelenvermögens nicht vorliegen; die Psychopathologie muss also wenigstens versuchen, ihre Thatsachen ohne solche unbewiesene Hülfsannahmen zu erklären. Im vorliegenden Falle hat dies gar keine Schwierigkeit. Die Kranken sind auf der Höhe ihrer hallucinatorischen Attacken, seltener bei Häufung der Wahnideen im Verlauf der einfachen Paranoia, deshalb unorientirt, weil ihre wirklichen Sinnesempfindungen durch massenhafte Illusionen gefälscht oder durch massenhafte Hallucinationen verdrängt sind und daher die zur Orientirung über Umgebung, Ort, Datum etc. erforderlichen Erinnerungsbilder und Vorstellungen associativ nicht erregt werden. Hier führen also die Hallucinationen zu einer secundären Incohärenz und zu einer secundären Unorientirtheit. Die Erinnerungsbilder sind erhalten, auch die Association als solche vollzieht sich normal, aber die Empfindungen sind verändert und daher kein Wiedererkennen, daher die hallucinatorische Rathlosigkeit oder Unorientirtheit. Diese secundäre Incohärenz und Unorientirtheit ist schon längst bekannt und oft beschrieben. Ich übergehe sie ganz und beschäftige mich lediglich mit dem intercurrenten Auftreten der primären Incohärenz, d. h. der nicht durch Hallucinationen, Illusionen, Wahnvorstellungen etc. bedingten Incohärenz. Es wird sich zeigen, dass auch diese primäre Incohärenz sich oft mit einer primären Unorientirtheit verknüpft.*)

Intercurrentes Auftreten primärer Incohärenz ist bei Paranoia sehr häufig; man kann sich hiervon leicht überzeugen, sobald man sich nur angewöhnt, nicht jede Incohärenz des Denkens und Sprechens ohne nähere Untersuchung auf massenhafte Hallucinationen und „Er-

*) Die Verbindung von Unorientirtheit und Verwirrtheit entspricht zugleich dem, was in Deutschland jetzt oft als Delirium bezeichnet wird. Bei den internationalen Verschiedenheiten im Gebrauch dieses Wortes dürfte es besser sein, völlig auf dasselbe zu verzichten, zumal in den Ausdrücken „cum delirio, sine delirio, Sinnes- und Urtheilsdelirien“ auch in Deutschland nicht selten der Ausdruck Delirium in abweichendem Sinne gebraucht wird. Auch brauchten frühere deutsche Autoren, z. B. Flemming, Samt u. A. Delirium in einem viel weiteren Sinne. Falret sagt direct: „le délire embrasse dans sa généralité tous les désordres de l'intelligence, quelles qu'en soient la cause, l'origine, la durée“. — Das sogenannte Delirium tremens bietet das häufigste Beispiel der hallucinatorischen Verwirrtheit und Unorientirtheit.

regung“ zu beziehen. Mindestens bei einem Drittel der hier aufgenommenen Fälle von acuter und chronischer hallucinatorischer Paranoia habe ich gelegentlich — tage- oder stundenweise — Anfälle von primärer Incohärenz beobachtet. Dabei schliesse ich selbstverständlich alle Fälle aus, wo der primäre Charakter irgendwie zweifelhaft war, wo also doch event. Hallucinationen oder Erregungs-affecte auf Grund von Hallucinationen sich für die Incohärenz verantwortlich machen liessen, ebenso alle Fälle, wo ein Uebergang in secundäre Demenz event. angenommen und diese secundäre Demenz für die Incohärenz sich verantwortlich machen liess. Zum Nachweis des primären Charakters einer Incohärenz des Vorstellungsablaufs ist Folgendes erforderlich. Zunächst muss festgestellt werden, dass zur Zeit der Incohärenz keine oder wenig Hallucinationen bestehen und zwar speciell wenig im Vergleich zu vorausgegangenen oder nachfolgenden Tagen, wo trotz zahlreicherer und intensiverer Hallucinationen keine Incohärenz bestand. Mit dem directen Befragen des Kranken habe ich mich nie begnügt. Wenn es auch durch energetisches Fixiren gelingt, momentan zusammenhängende Auskunft hierüber zu erhalten, so ist dies doch zu unsicher. Weit besseren Aufschluss giebt schon der ganze Habitus und namentlich der Gesichtsausdruck des Kranken. Derselbe ist ein ganz typischer, wenn massenhafte Hallucinationen des Gesichts, Gehörs und Gefühls etc. die Incohärenz bedingen, und ein ganz anderer, wenn primäre Incohärenz vorliegt. Am kürzesten lässt sich der für die Beschreibung und Analyse schwer zugängliche Unterschied wohl dahin präcisiren, dass die Bewegungen und der Gesichtsausdruck des auf Grund von Hallucinationen verwirrt Redenden im Allgemeinen sichtlich durch etwas ausserhalb des Kranken Befindliches bestimmt erscheinen. Es ist gewissermassen in sein Gesicht geschrieben, dass er sieht, hört und fühlt und zwar Unwirkliches sieht, hört und fühlt. Der Ausdruck der nach den verschiedensten Seiten fortwährend im widersprechendsten Sinn, im jähsten Wechsel auseinandergezogenen Aufmerksamkeit wird fast nie vermisst. Bei der primären Incohärenz fehlt entweder jede Aufmerksamkeit oder sie erweist sich auf die wirklichen Gegenstände, Geräusche etc. der Umgebung gerichtet. Viel wichtiger noch ist die directe Analyse der incohärenten Reden der Kranken. Bei der primären Incohärenz findet sich nie oder höchst selten eine Auspielung auf andere Sinnesempfindungen als auf die normalen, der wirklichen Umgebung entsprungenen. Umgekehrt lassen die Reden des hallucinatorisch Incohärenten Anspielungen auf krankhafte Sinnesempfindungen (Hallucinationen, Illusionen) bei einiger Aufmerksamkeit nie

vermissen. Den besten Beweis liefert schliesslich die retrospective Anamnese. Freilich lässt uns diese zuweilen im Stich, da partielle oder totale Amnesie nach diesen intercurrenten Anfällen primärer wie secundärer Incohärenz nicht selten ist. In vielen anderen Fällen aber giebt das retrospective Befragen der Kranken unmittelbar nach Abklingen des Anfallen eine unzweideutige Aufklärung. Man ist — wenn es sich um primäre Incohärenz handelt — erstaunt, zu hören, wie die Kranken hartnäckig bestreiten, Sinnestäuschungen gehabt zu haben. Gerade diese Erfahrung war es, welche mich vor Jahren zuerst stutzig machte und zu genaueren Untersuchungen in dieser Richtung veranlasste. Für die Zeit der Incohärenz ist in diesen Fällen das Gedächtniss gut erhalten, es handelt sich um Kranke, die sonst in keiner Weise dissimuliren und sonst über Hallucinationen eingehend berichten; dabei dies hartnäckige, allen Suggestivfragen trotzende Bestreiten von Sinnestäuschungen während des Anfalls! Unter solchen Umständen die Incohärenz doch auf gehäufte Hallucinationen oder Wahnvorstellungen zurückführen zu wollen, zumal bei Kranken, welche zu anderen Zeiten bei nachweisbarer Häufung der Hallucinationen und Wahnvorstellungen cohärent sprechen, hiesse die Thatsachen falschen. Es existirt also eine primäre Incohärenz. Ich wiederhole, dass diese nachträgliche Erhärtung durch die retrospective Anamnese nicht stets möglich ist; aber diejenigen Fälle, wo sie möglich ist, erlauben uns jetzt einen Rückschluss auf diejenigen mit Amnesie, welche das obengezeichnete Symptomenbild in gleicher Weise bieten.

Im Folgenden stelle ich zunächst zwei Beispiele intercurrenter Incohärenz bei Paranoia gegenüber. Im ersten Falle ist die Incohärenz secundär durch Hallucinationen bedingt, im zweiten Falle primär.

Beobachtung 2. M. Roth, geboren 1848, Dienstknechtsfrau. Vater Arthritiker, eine Schwester der Mutter nervös, starb an Schlaganfall, ein Bruder der Kranken starb in acuter Geistesstörung, zwei Kinder eines anderen Bruders starben an Krämpfen, drei Kinder der Kranken litten an Krämpfen. Die Kranke selbst litt in den ersten Lebensjahren an Krämpfen. Etwas verlangsamte körperliche Entwicklung. Geistig gut veranlagt. Mannigfache Entbehrungen. Juli 1889 letzte Geburt. Nach 8monatlicher Lactation gehäufte Ohnmachten. 2. Juli 1890 Aufnahme in die Anstalt wegen hallucinatorischer Erregungszustände. Hier typisches Bild der hallucinatorischen Paranoia; vielleicht vereinzelt primäre Angstattacken. Hallucinationen und Illusionen aller Sinne, zahlreiche, meist aus Hallucinationen hervorgegangene Verfolgungswahnvorstellungen. Somatischer Befund normal. Ende November plötzliche rasche Vermehrung der Hallucinationen, Illusionen und illusionären

Umdeutungen. Am 28. November kommt es zu mehrstündigen verwirrten Reden, z. B.: „Hier hat das Echo geschallt — die Polizei ist dagewesen — der Himmel soll hoch leben — soll hoch bleiben — der Himmel kommt herunter — ich soll sterben — ein Grab vor mir — jetzt steig' ich auf und rufe für und für — und bete zu meinem Gott — da fang ich an zu weinen — da giebt's ein Trauerkleid für meine Anna — da komm' ich wieder herunter — am Himmel oben — das ist Hexerei — Geldbeutel — ein Blutvergiessen — katholisch will ich nicht werden etc.“ Alles dies spricht Patientin in declamirendem Ton und mässig rasch. Sie starrt dabei ekstatisch zur Decke, mitunter dreht sie sich plötzlich um; ab und zu fixirt sie den Arzt mit verzückten Augen. Am folgenden Tage sprach Patientin wieder etwas zusammenhängender. Retrospective Auskunft war erst am 30. November und 1. December zu erhalten. Patientin gab an, den Arzt habe sie für ihren Mann gehalten, bald habe er auch wie ein Arzt aus ihrem Heimathsort ausgesehen; der Himmel sei offen gewesen, Geldbeutel seien heruntergeflogen, sie habe auf den Betten Blut gesehen; außerdem berichtet sie über zahlreiche Gehörs-täuschungen, deren Einzelheiten sie grösstenteils vergessen hat. Sie fasste selbst das Ganze in den Worten zusammen: „Sie haben mir ein Blendwerk vorgemacht“. Aehnliche Anfälle haben sich später noch öfter wiederholt. Heilung ist nicht eingetreten. Die Kranke befindet sich noch in der Anstalt. Ausgang in chronische hallucinatorische Paranoia ist wahrscheinlich. Ein intellectueller Defect besteht nicht.

Beobachtung 3. B. E., geboren 1847, Schäfersfrau. Der Vater starb an Nervenfieber (nach der Beschreibung wahrscheinlich acuter Psychose). Zwei Schwestern sind geisteskrank, darunter die eine in periodischer Form: desgleichen ist eine Nichte psychisch erkrankt. — Keine Kindernervenkrankheiten. Gut veranlagt. Erste Erkrankung im Frühjahr 1888 im Anschluss an gemüthliche Erregungen. 10. October bis 8. Januar 1889 erster Anstalts-aufenthalt: Vereinzelte Hallucinationen, zahlreiche primäre Wahnvorstellungen zum Theil depressiven („es ist mir, als ob ich etwas verschuldet hätte“), namentlich aber verfolgenden Inhalts („die Anderen sprechen schlecht von mir und verspotten mich“). Somatischer Befund normal. Bei der ersten Entlassung waren sämmtliche Krankheitserscheinungen verschwunden. Anfang September 1889 trat bereits ein Rückfall ein. Am 10. September 1889 erfolgte die zweite Einlieferung. Primäre Wahnvorstellungen und vereinzelte Sinnes-täuschungen charakterisirten wiederum das Krankheitsbild als Paranoia. Die Affekte wechselten sehr. Im Gegensatz zur ersten Erkrankung fiel häufige, zum Theil über eine Woche sich erstreckende Incohärenz des Vorstellungsablaufs auf. So z. B. wurde am 12. September nachgeschrieben: „Sie kennen mein Gut nicht oder den Hut oder den Topf. Wer Sie nur hat daher geführt, der weiss auch, was ich war, und weiss auch, wo die war — und noch einmal nicht, wo die war — nein kein mehr war — nein wo die war — war ich du — und auch ich und du — nicht da und du — und noch einmal ein langsam da — damit wir nicht von dir nichts mehr können nehmen — und weiss auch nicht, was ich nassen kann — und können auch nicht, was

ich kann — da weiss sie doch, was weiss und weiss und schwarz und weiss — und wer die hat hierher gehört — das ist nicht mein Haar hier da — das ist nur ein Haar hier — Härchen — Paar — Haar — Turteltaube, Turtelpaar — Christian Amm — Namen — Sie so — da und da — von dort her — Märchen war' — Härchen — Ohrchen — da und dort — hunderttausend wer — Tadel — da nicht da" etc. Patientin sprach dies alles mässig rasch und fast affectlos. Sie fixirte dabei meist den Arzt und gesticulirte in mässigem Grade. In späteren retrospectiven Angaben bestritt die Kranke, bei der von Amnesie keine Rede war, mit grösster Entschiedenheit das Vorhandensein irgendwelcher Sinnestäuschungen zur Zeit des Anfalls, während sie sich sonst gelegentlicher Hallucinationen sehr gut erinnerte. Diese Anfälle von Incohärenz wiederholten sich mehrmals. Im weiteren Verlauf kam es zu schweren durch Wahnvorstellungen bedingten Erregungszuständen ohne Incohärenz. Anfang 1890 klärte sich die Kranke. Am 31. März 1890 wurde sie entlassen. Bei der Entlassung waren Krankheitserscheinungen nicht mehr festzustellen. Der Intellect war völlig intact. Ein Rückfall ist bis jetzt noch nicht wieder eingetreten.

Die zuletzt angeführte Beobachtung zeigt bereits einige bemerkenswerthe Eigenthümlichkeiten, welche der primären Incohärenz sehr häufig zukommen. Hierher gehört die öfter hervortretende Neigung zu Assonanz und zu Wiederholungen. Erstere ist überhaupt das einzige associative Band, welches wir gelegentlich noch zwischen den einzelnen Vorstellungen resp. Vorstellungsreihen auffinden können. Dabei besteht meist ein recht charakteristischer Unterschied zwischen diesen Reimanklängen des primär- incobären Paranoikers und den Reimereien des Maniakalischen. Letzterer findet — je nach seiner Veranlagung mit mehr oder weniger Geschick — doch ein verknüpfendes Band für die gereimten Vorstellungen, bei dem ersteren fehlt dies fast ganz. Die Neigung zu Wortwiederholungen kann geradezu eine stereotype oder katatonische sein und sich mit monotonen stereotypen Bewegungen (ab und zu auch mit Scandiren) verbindeu. Es ist jedoch hervorzuheben, dass die secundäre Incohärenz nicht selten dieselbe Neigung in ganz typischer Weise zeigt.*). Sehr entscheidend für die Mannigfaltigkeit der incobären aneinander gereihten Vorstellungen ist der Grad der geistigen Entwicklung des Individuumms. Bei Gebildeten finden sich solche Wiederholungen unbestimmter Partikel, wie in Beobachtung 3, seltener, während es bei Ungebildeten zuweilen zu ausgesprochener Verbigeration kommt.

*) Sehr häufig sprechen die hallucinatorischen Stimmen bereits in skandirtem Ton und wiederholen manche Worte und Wendungen sehr häufig.

Beobachtung 3 liefert auch ein gutes Beispiel für die verschiedenen Grade, in welchen die Incohärenz auftritt. In den niederen Graden kommt es noch zu Urtheilsassocationen: es werden noch Sätze gebildet; in den höheren Graden fehlt diese complicirtere Associationsthätigkeit vollständig: es kommt zu einer einfachen Aneinanderreihung von Worten ohne Satzzusammenhang"). In den mittleren Graden sind Anakoluthe sehr häufig. Oft lässt sich auch die Störung der Ideenassocation noch bis in das Einzelne genauer verfolgen; statt eines Wortes, welches noch einen leidlichen associativen Zusammenhang ergab, wird nämlich ab und zu ein ähnlich klingendes gesetzt. So erklärt sich das „nassen“ in obigem Beispiel, wofür es wahrscheinlich „lassen“ heissen sollte; statt „Namen“ nach Amm war nach der Betonung wohl „Amen“ das richtige etc. Mitunter entsteht dadurch ein der Paraphasie sehr ähnliches Bild. Meynert hat in der That dies Symptom bereits auch als pseudaphasische Verwirrtheit beschrieben.

Was die Beteiligung der motorischen Sphäre anlangt, so ist der gelegentlichen stereotypen Bewegungen schon gedacht worden. In den schwächeren Graden der intercurrenten primären Incohärenz ist sonst zumeist die motorische Agitation eine mässige. Automatische Bewegungen — Reiben, Schualzen — kommen gelegentlich vor. In den höheren Graden kommt es auch zu ausgesprochenen Störungen der motorischen Sphäre: die Incohärenz ergreift auch das motorische Gebiet. Ich behalte mir eine ausführliche Schilderung dieser Störungen, welche gelegentlich das Bild eines sogenannten Delirium acutum vortäuschen können, für die Betrachtung derjenigen Form der Paranoia vor, welche von den Symptomen der primären Incohärenz ganz beherrscht wird.

Auf dem Gebiet der Affecte ist für die intercurrenten Anfälle primärer Incohärenz sehr bezeichnend, dass meist ein bestimmter Affect überhaupt nicht zu erkennen ist. Weder das directe, noch das nachträgliche Examen der Kranken, noch ihr Gesichtsausdruck lässt irgend eine ausgesprochenere Affectstörung vermuthen**).

*) Die fehlende oder verminderte Fähigkeit der Satzbildung charakterisiert also keineswegs wie Dittmar (Vorles. über Psychiatrie 1878, 1. Abth. S. 77) angibt, die minderen Grade des Idiotismus und erworbenen Blödsinns, wenigstens nicht in eindeutiger Weise.

**) Die ab und zu (nicht stets!) auftretende unbestimmte affective Erregung der Kranken ist wohl oft der Incohärenz ebenso coordinirt, wie die heitere Verstimming der Ideenflucht.

Bei den höheren Gradeen der primären Incohärenz findet sich ebenso wie bei den höheren Gradeen der secundären Incohärenz stets auch zunehmende Unorientirtheit. Die Kranken antworten auf die einfachsten Fragen über ihre eigene Person, das Datum, ihren Aufenthaltsort, ihre letzten Erlebnisse etc. falsch. Entweder sind die Antworten ausser allem Zusammenhang mit der Frage oder sie irren von dem Richtigen ab. Die Genese dieser Unorientirtheit ist eine ganz andere als diejenige der secundären hallucinatorisch bedingten Unorientirtheit. Bei dieser primären Unorientirtheit werden die Gegenstände in normaler Weise empfunden, aber die associative Verarbeitung der Empfindungen (der gesehenen Personen, der gehörten Fragen etc.) ist eine pathologische. Statt derjenigen Vorstellungen, welche sich bei dem normalen Menschen associativ an eine Empfindung anreihen und so das Wiedererkennen und überhaupt die Orientirung ermöglichen, werden bei diesen Kranken entsprechend der allgemeinen Incohärenz ganz ungehörige Vorstellungen angereiht. Auch dies Symptom wird uns später in noch ausgesprochenerem Masse wieder begegnen.

Sehr bedeutsam ist die klinische Thatsache, dass die eben geschilderte primäre intercurrente Incohärenz sich nicht selten mit Beschleunigung des Vorstellungsablaufs verbindet. Dies gemischte Symptom der intercurrenten incohärenten Ideenflucht ist bei Paranoia sehr häufig. In der Regel besteht dann zugleich — entsprechend den früheren Erörterungen — zornig-heitere Verstimmung und starke motorische Agitation. Ich lasse ein typisches Beispiel folgen:

Beobachtung 4. P. W., geboren 1870, Dienstmädchen. Die Mutter scheint einmal eine Puerperalpsychose durchgemacht zu haben, eine Schwester ist kyphotisch. Keine Kindernervenkrankheiten. Geistig gut veranlagt, von der willensschwachen Mutter verzogen. Februar 1888 Erysipelas faciei. Wechselte im Sommer ihre Dienststellen öfter. Im September wurde Patientin als Kranke zu ihren Eltern nach Hause geschickt. Hier fiel ihr ununterbrochenes Schwatzen sowie ihre gesteigerte Geschäftigkeit auf. 18. Oktober 1888. Aufnahme in die Anstalt. Somatischer Befund, abgesehen von einigen Druckpunkten normal; leichte allgemeine Hyperästhesie. Psychisch bot Patientin zunächst das Bild einer Paranoia acuta mit der für das Pubertätsalter charakteristischen Färbung: Vereinzelte Hallucinationen, zahlreiche Wahnvorstellungen (man habe sie totstechen und verhungern lassen wollen etc.), sehr labile Affekte, partielles Krankheitsbewusstsein, mäßige motorische Agitation, keinerlei Incohärenz. Anfang November nahm zunächst die motorische Agitation etwas zu. Oft colossale Pulsfrequenzen (bis 170) bei normaler Temperatur. Ende November ein 4 tägiger intercurrenter Anfall völliger Incohärenz. Patientin sitzt ziemlich affectlos im Bett und reiht mit leiser

Stimme, eher langsam ganz incohärente Vorstellungen aneinander: „Leipziger Ledermesse — grosse Ebene bei Leipzig — im Feuerland — bei Bernhardt — hinkender Bote — auf Stein geschrieben — von Leipzig — Salomonstrasse — Augen- und Ohrenklinik — in Berlin — Frau Störzer — weiss auf schwarz — schwarz auf weiss — grau im Moose — blauer Himmel — in Dermbach — etc.“ In den folgenden Tagen kehrten diese intercurrenten Reden wieder, und zwar mit zunehmender Ideenflucht. Schliesslich spottete die Geschwindigkeit, mit welcher Patientin sprach, jeden Nachschreibens. Sie reihte mit der grössten Zangenvolubilität fortwährend Substantiva und Adjectiva aneinander. Die späteren retrospective Angaben der Krauke wiesen keine Erinnerungslücken auf; das Bestehen von Sinnestäuschungen wurde entschieden in Abrede gestellt. Die Erregung der Kranken nahm später noch stark zu und steigerte sich gelegentlich zu heftigstem Toben mit Kothschmiereien, ohne dass Incohärenz wieder aufgetreten wäre. Intercurrente Ideenflucht wurde noch einige Male beobachtet. Am 4. März 1889 wurde Patientin genesen entlassen.

Aus diesem Beispiel erhellt auch, dass intercurrente Anfälle einfacher Ideenflucht und incohärenter Ideenflucht in einem und demselben Krankheitsfall sich ablösen resp. in einander übergehen können. Diese Beobachtung kann man bei hallucinatorischer Paranoia, wofern man nur den Fall längere Zeit täglich mehrmals sieht, häufig machen.

Was die Häufigkeit primärer intercurrenter Incohärenz ohne Ideenflucht anlangt, so war bisher nur von solchen Fällen die Rede, wo dieselbe ganz rein, d. h. ganz unbeeinflusst von Hallucinationen auftritt. Hat man sich erst einmal gewöhnt, nicht jede Incohärenz ohne Prüfung als secundäre aufzufassen und auf Hallucinationen und Wahnvorstellungen zu beziehen, und namentlich auch die leichteren Grade der Lockerung der Ideenassocation zu beachten und endlich dieselbe auch da zu finden, wo Hallucinationen coexistiren und zu ihrer Steigerung beitragen, so gelangt man zur Einsicht, dass primäre Incohärenz der Ideenassocation eines der gewöhnlichsten Symptome der Paranoia acuta ist. Ebenso wie es einseitig und falsch wäre, alle Wahnvorstellungen der Paranoia acuta für secundär durch Hallucinationen bedingt zu halten und ebenso wie gerade das genauere Studium der Kranken lehrt, dass fortwährend auch primäre Wahnvorstellungen in das Krankheitsbild einfließen; ebenso ist es mit der Incohärenz*).

Ich führe im Folgenden kurz drei Beobachtungen an, in welchen eine sorgfältige psychologische Analyse und retrospective Anamnese

*) Das Abgelegene der illusionären Auslegungen vieler Kranken verräth oft schon die Mitwirkung einer primären Incohärenz.

unzweifelhaft ergab, dass die zu beschreibenden Anfälle von Incohärenz (zum Theil mit, zum Theil ohne Ideenflucht) nicht einfach secundär durch Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen bedingt, sondern im Wesentlichen primär waren, wenn auch die Färbung des Inhalts der incohärenten Reden, wie das leicht begreiflich, durch gleichzeitige oder kurz vorher aufgetretene Sinnestäuschungen und Wahnideen ersichtlich ist. Es kann so schliesslich geradezu zu einer Supraposition einer primären und secundären Incohärenz kommen.

Beobachtung 5. W. W., geboren 1860, Handarbeiterin. Der Vater soll öfter Schlaganfälle haben und sehr jähzornig sein. Eine Schwester hat an acuter Geistesstörung gelitten. Ein Kind der Kranken war schwachsinnig und starb an Krämpfen. Mässige Begabung. Keine Kindernervenkrankheiten. Heirathete 1874, wurde bald vom Manne im Stich gelassen und führte in sexueller Beziehung ein liederliches Leben. Die Entstehung ihrer Krankheit beschrieb Patienten wie folgt: „Am Oster-Heiligenabend ging ich zur Ilm, um Osterwasser zu holen. Ich blieb eine Stunde am Fluss. Nach 11 Uhr sah ich einen Schatten mitten auf dem Wasser, ich dachte, es wäre der Geist vielleicht von meinem Mann. Ich ging dann ins Wasser hinein, um mich zu überzeugen, was es wäre. Den Rock nahm ich in die Höhe. Das Wasser ging bis an die Knie. Ich dachte dann, die Leute hätten vielleicht etwas ins Wasser geworfen. Deshalb griff ich ins Wasser hinein und kriegte etwas wie einen Schädel zu fassen. Den nahm ich mit, ging aus dem Fluss heraus und wieder nach Hause, den Schädel packte ich in einen Korb. Am folgenden Tage lachten mich die Leute aus. Ich schlief in der nächsten Nacht nicht, sondern las laut im Gesangbuch. Da nahmen mir die Leute das Buch und alle meine Sachen weg. Als ich nach der Kirche nach Hause kam, fand ich im Korb statt des Schädelns einen Stein. Ich ging zu Fritz, mit dem ich im Gerede war. Ich dachte, er hätte sich erhängt. Dann wollte ich wieder zum Wasser, um den Männern auf dem Wasser abzubitten. Aber die Leute liessen mich nirgends hin, auch in meine Wohnung nicht. Alles schrie, ich sollte zum Bahndamm gehen und mir das Leben nehmen. „Geh hin! geh hin!“ riefen sie. Da lief ich hin und legte mich neben die Geleise. Ich wollte den Leuten nur den Willen thun, überfahren lassen wollte ich mich garnicht. Da brachten sie mich aufs Rathaus. Zwei Kinder liefen hinter mir her, mir kam's vor, als wären's die Kinder von mir und dem Hüttenrauch, von dem ich in Wirklichkeit gar keine habe. Im Rathaus wurde ich eingeschlossen. Rundherum an den Wänden waren Räder, Kanonen, Köpfe wie mit Bleistift gemalt (ohne Farben), alles war an der Wand. Vorher am Bahnhaus hatte ich auch Köpfe in der Lust gesehen, so etwa vier oder fünf, die zum Fenster hereinblickten. Aus dem Rathaus kam ich nach einigen Stunden in's Krankenhaus. Dort war ich einige Tage. Am Nachbarhaus sah ich Maler an den Fenstern herumarbeiten und einen Korb mit Blumen sah ich am Fenster herunterhängen. Unter den Kindern im Kindergarten sah ich auch meine. — Ob's mir nur so vorgekommen oder wirklich so gewesen ist, kann ich nicht

sagen. Dann brachten mich Schutzleute hierher.“ Am 12. April 1887 erfolgte die Aufnahme in die Anstalt. Der somatische Befund erwies sich im Wesentlichen als normal. Der psychische Zustand bot weiterhin in Uebereinstimmung mit der Anamnese das typische Bild einer acuten hallucinatorischen Paranoia mit vereinzelten primären Wahnvorstellungen, zahlreichen Hallucinationen und Illusionen (namentlich Personenverkennungen). Die Ideenassocation war, offenbar secundär, etwas beschleunigt. Wechselnde Affecte, mässige motorische Erregung. Im weiteren Verlauf traten die Hallucinationen zuweilen sehr gehäuft in Anfällen auf. Das Reden und Denken der Kranken in diesen rein hallucinatorischen Anfällen blieb im Wesentlichen cohärent. Hingegen wurde z. B. am 19. Mai folgender Anfall von incohärentem Reden beobachtet: „Das Gesicht regt mich auf“ (ärztliche Zwischenfrage: welches?) „Ihres! (nach längerer Pause). Der alte, gute Fritz! Heut Nacht habe ich ihn zum ersten Male wiedergesehen. Er ist zur blauen Erde geworden. Verstehen Sie denn gar nicht mehr? Sind Sie gar nicht mehr richtig im Kopf? Er ist zum blauen Wasser geworden. Sind denn gar keine Lämmer gekommen? Ich seh' Sie doch zum ersten Mal in der Wünschenburg — die Prinzessin der Mistpfütze. Glauben Sie denn nicht, dass der Himmel blau sieht? Sehen Sie, dass ich Ihnen gut bin? Wie kommen Sie mir denn vor in Ihrem brauen Hemde? (weinend). Ach die braune Emma! Das war wohl keine schöne Julie (zornig auffahrend). Sie sind das grösste Schaf in der Luchs. Ist denn kein König in der Liebe? Ist denn der Verrückte in der Liebe geboren in Berlin? Ich dachte im Thal. (Affectirt.) Sie war so schön, so goldlockig! Auf Erde und im Wasser, wo es am tiefsten ist . . . Soll ich denn auf einmal zur Hexe werden! Ich bin doch noch kein Kater geworden. Können Sie mir beweisen, in welchem Himmel die Pauline Liebtraut, die mir erschienen ist, geboren ist. Schwarze Emma heisst sie — schwarz auf weiss — die schwarze Kaiserin — mit den blauen Augen wie Sterne am Himmel. Die gute, gute Grete! Denkst Du, ich habe Dich vergessen? etc.“

Die Beziehung auf vorausgegangene Hallucinationen ist hier an manchen Stellen evident, auch wird offenbar der Arzt im Moment des incohärenten Redens verkannt. Aber ebenso offenbar ist, dass durch diese Hallucinationen resp. Illusionen und Wahnvorstellungen die euorme Incohärenz gar nicht zu erklären ist. Man müsste geradezu die ganz unglückliche Annahme machen, dass fortlaufende Akoasmen wörtlich der Kranken ihre incohärenten Reden vorgesprochen hätten*); denn selbst die wechselndsten Visionen könnten jene Incohärenz nicht erklären. Es handelt sich eben hier um eine pri-

*) Ich möchte hierzu noch bemerken, dass im Allgemeinen die Sinnes-täuschungen der Kranken sogar häufig eine gewisse Cohärenz untereinander bewahren und mitunter auch die Incohärenz der Hallucinationen der Ausdruck der allgemeinen associativen Incohärenz ist.

märe Incohärenz, welche durch Hallucinationen eine gewisse inhaltliche Färbung und vielleicht einige Steigerung erfahren hat. Bereits die nächsten Tage lieferten die Gegenprobe: Patientin hatte massenhafte actuelle Hallucinationen, sie hörte zahllose Stimmen und hatte massenhafte Visionen und Gesichtsillusionen und stand völlig unter der Herrschaft zahlreicher Wahnvorstellungen und sprach dabei völlig cohärent. Sehr bezeichnend war auch das äusserliche Gebahren der Kranken während des Anfalls primärer Incohärenz: sie sah meist den Arzt an; von allen jenen für Hallucinationen charakteristischen Ausdrucksbewegungen war nichts zu bemerken; die Geschwindigkeit des Sprechens war keine ungewöhnliche, die motorischen Reactionen kaum gesteigert. Sehr interessant war die spätere retrospective Anamnese der Kranken: Von Hallucinationen zur Zeit jenes Anfalls wusste sie nichts anzugeben. Vielmehr seien ihr ganz verwirrte Gedanken durch den Kopf gefahren, so z. B., dass sie „Glück haben würde und später einmal auf der See mit ihren Kindern reisen könnte“. Darauf bezieht sich das „blaue Wasser“. Die zahlreichen Farbenbezeichnungen führt sie auf die buntgestreifte Jacke, mit der sie bekleidet war, zurück etc. Also an wirkliche Sinnesempfindungen wurden ganz incohärent die Namen bekannter Personen (Emma-Tochter, Pauline-Stiefschwester, Grete-Schwester, Julie-Nachbarsfrau) angeknüpft; nicht etwa — dies bestritt Patientin ausdrücklich — sah sie „eine braune Emma“ etc. — Solche Anfälle von Incohärenz wiederholten sich im schwächeren Grade noch einige Male. Im Ganzen überwogen weiterhin die rein hallucinatorischen Anfälle. Am 2. Juli 1888 wurde Patientin genesen entlassen; schon im Januar 1888 waren fast alle Krankheitserscheinungen verschwunden.

Beobachtung 6. M. R., geboren 1860, Schuhmachersfrau. Vater Trinker, Vater des Vaters geisteskrank; die Mutter leidet oft an Kopfschmerzen, desgl. eine Schwester. Mehrere andere Geschwister starben in den Kinderjahren an Krämpfen. Keine Kindernervenkrankheiten bei der Patientin. Gut veranlagt. 1883 Heirath, glückliche Ehe. 1887 erkrankte der Ehemann an Phthise, sie opferte sich bei der Pflege desselben auf und begann, um Trost zu finden, viel in religiösen Büchern zu lesen. Mitte November 1887 erfolgte plötzlich ein heftiger Erregungsausbruch, in welchem Patientin zahlreiche Größen- und Verfolgungs ideen äusserte. Am 25. November 1887 erfolgte die Aufnahme in die Anstalt. Der somatische Befund war — abgesehen von einer erheblichen Pupillendifferenz*) — normal. Der psychische Zustand entsprach der acuten hallucinatorischen Paranoia. Größenideen („ich

*) Bei der hallucinatorischen Paranoia sind Pupillendifferenzen auffällig häufig; zuweilen verschwinden sie mit der Genesung.

bin eine Germania“) und Verfolgungsideen („meine Ehre ist geraubt“) wurden in grosser Zahl geäussert; dieselben waren theils primär theils secundär aus Hallucinationen entstanden. Für gewöhnlich sprach Patientin mässig rasch, im Wesentlichen cohärent, meist in pathetischem Ton; Affecte sehr labil. Häufig heftige motorische Erregung. Der erste Anfall ausgesprochener primärer Incohärenz wurde am 28. November beobachtet. Patientin sass im Bett, sprach mässig rasch, ab und zu pausirend, zuweilen Worte wiederholend, bald leicht singend, bald im Tone des Recitativs unter spärlichem Gestikuliren mit leicht exaltirtem Gesichtsausdruck: „Bitte mir nicht in die Augen zu sehen — ich liebe schöne Tyroleraugen — mein liebes Schwestlein — ich muss es thun — sie hat mir die Ehre geraubt und den Männern nicht. Die Frau ist die Erde und der Mann — erst kommt hm hm hm, dann kommt la la la, dann kommt der Knix — ich war schon in den himmlischen Mächten mitten im Meer. Drum — ach, wir wollen den Unsinn jetzt aufhören — ich zittere ja am ganzen Leib — sie giebt mir die Ehre zurück — ich konnte nichts dafür — war sie so klein wie ich? Nein sie war nicht so klein — ach, ich schäme mich — weil meine Ehre ist geraubt — die Schwester, die hat mir die Gurgel gedrückt — ich bin ja ein Kind, ich bin ja im Irrenhaus — wie kann eine Schwester einen Mord begehen. Das hat der Sozialdemokrat gethan — der ist treu von unten an. Der Bruder hat die Ehre in ein anderes Land geschleppt — von Tirol nach Deutschland und die Russen giebt es nicht. Schwarze Augen hat er nicht und er hat mir die Hand geküsst, das ist die Strafe — lasst euch keine schwarzen Augen machen!“ etc. Im weiteren Verlauf wiederholen sich solche Anfälle noch öfter. Neigung zu Assonanzen trat oft sehr markant hervor. Ausser diesen Anfällen kamen häufig auch rein hallucinatorische vor: trotz Häufung der Hallucinationen fehlte dann entweder jede Incohärenz, oder es bestand jene secundäre, auf die Häufung der Sinnes täuschungen und Wahnvorstellungen zurückführbare Incohärenz. Mitunter beobachtete ich auch Anfälle, an denen sich primäre und secundäre Incohärenz in gleichem Masse betheiligten. — Der weitere Verlauf war ein ungünstiger. Im Jahre 1889 konnte der allmälig Uebergang in secundäre Demenz beobachtet werden. Damit nahm die Incohärenz einen wesentlich verschiedenen Charakter an; einmal wurde der Inhalt monotoner, die Zahl der in den incohärenten Reden verwertheten Vorstellungen engte sich mehr und mehr ein, andererseits wurde die Incohärenz stabiler, sie verlor den anfallsweisen Charakter. Auch die Begleiterscheinungen der Incohärenz, die Unorientirtheit und die motorische Verworrenheit änderten sich in einer später zu besprechenden Weise. Am 4. März 1890 wurde die Kranke als unheilbar in die Pflegeanstalt überführt. Der weitere Verlauf hat die Annahme eines Uebergangs in secundäre Demenz bestätigt.

Ueber die für das Auftreten primärer intercurrenter Incohärenz in Betracht kommenden ätiologischen Momente lässt sich Folgendes sagen: Jede Paranoia, namentlich aber die acute hallucinatorische Form, zeigt eine gewisse Neigung zu gelegentlichem oder

öfterem Auftreten von Incohärenz. Bei dem weiblichen Geschlecht ist diese Tendenz entschieden erheblich ausgesprochener. Ein Zusammenhang mit Hysterie besteht nicht. Erbliche Belastung begünstigt das intercurrente Auftreten primärer Incohärenz etwas. Für unsere acuten Paranoiker überhaupt ergibt sich nämlich bei ca. 60 pCt. Heredität, für die acuten Paranoiker mit intercurrenter Incohärenz eine solche bei fast 70 pCt. Ausdrücklich muss ich jedoch bemerken, dass erbliche Degeneration s. str. sich nur in einem Fall vorfindet. Die Incohärenz, wie sie bei erblicher Degeneration, speciell bei originärer Paranoia vorkommt, hat mit unserer primären Incohärenz nichts zu thun. Bei der Incohärenz der originären Paranoiker handelt es sich nämlich gar nicht um eine durchgängige Störung der Association, sondern in das normale Associationsgefüge drängen sich bald hier, bald da ganz unmotivirt Zwischenvorstellungen — oft mit dem Charakter der Obsession — hinein. In anderen Fällen handelt es sich bei der originären Paranoia um eine secundäre Incohärenz; diese kommt bei einiger Häufung der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen sogar sehr oft zu Stande, da der debile Intellect der meisten dieser Individuen einer associativen Verarbeitung des krankhaften Vorstellungsmaterials nicht gewachsen ist. — Am seltensten ist die intercurrente primäre Incohärenz bei der typischen chronischen einfachen Paranoia; doch habe ich sie auch hier mehrmals, in einem später ausführlich zu berichtenden Fall mit Fieber verbunden, beobachtet*).

Die Prognose wird durch Anfälle primärer intercurrenter Incohärenz, soweit die mir vorliegenden Krankengeschichten einen Schluss gestatten, nicht geschädigt. Nur das dauernde, dominirende Auftreten primärer Incohärenz beeinflusst die Prognose quoad vitam et sanationem wesentlich. Ein besonderes therapeutisches Eingreifen wird durch die intercurrente primäre Incohärenz nicht erheischt, bei gleichzeitiger Ideenflucht oder stärkerer motorischer Agitation bewährt sich der vorübergehende Gebrauch des Hyoscins.

*) Nebenbei will ich hier erwähnen, dass eine leichtere primäre Incohärenz intercurrent auch bei Nervosität (zuweilen Nachts, begleitet von hypnagogischen Hallucinationen) gar nicht selten — unabhängig von affectiven Störungen — auftritt; es kann dabei zugleich Ideenflucht bestehen. Eine Patientin bezeichnet diese Incohärenz sehr treffend als „Gedankenverschwirrung“.

II. Formen der Paranoia mit dominirenden*) Symptomen im Gebiet des Vorstellungsablaufs.

Entsprechend der im ersten Abschnitt gegebenen Eintheilung würden hier aufzusuchen sein:

1. Eine Paranoia mit dominirender primärer Ideenflucht,
2. Eine Paranoia mit dominirender primärer Denkhemmung,
3. Eine Paranoia mit dominirender primärer Incohärenz.

Auch hier wird sich ergeben, dass alle drei Formen in der That vorkommen, sowie dass primäre Ideenflucht und primäre Incohärenz auch als dominirende Krankheitscharaktere gern gemeinschaftlich auftreten. Es handelt sich dabei vorwiegend um acute Krankheitsformen.

1. Paranoia mit dominirender Ideenflucht. (Ideenflüchtige Form.)

Die Paranoia ist nach der von Westphal vertretenen Auffassung charakterisiert durch Hallucinationen und Wahnvorstellungen, welch' letztere theils primär auftreten, theils aus ersteren hervorgehen. Andererseits ist die Ideenflucht — abgesehen von der affectiven Störung — das constanteste Symptom der Manie. Es kann also wohl gesagt werden, dass die Krankheitsform, welche uns jetzt beschäftigen soll, eine Mittelform zwischen Manie und Paranoia darstellt. Etwas complicirt wird die Frage dadurch, dass unter den Autoren über die Abgrenzung des Krankheitsbegriffes „Manie“ noch keine Uebereinstimmung herrscht. Nur soviel steht allgemein fest, dass die heitere Verstimmung, die motorische Agitation und die Ideenflucht die drei unerlässlichen Hauptsymptome der Manie sind. Ueber die Zulässigkeit von Hallucinationen bei der Diagnose Manie herrscht hingegen die grösste Meinungsverschiedenheit. Die ältere Psychiatrie beachtet diese Frage noch kaum. Doch bemerkt schon Macario**), dass bei der Manie Hallucinationen nur etwa in jedem 7. Fall sich finden. Ebenso äussert sich Dagonet***): „les halluc-

*) Ich verstehe hierunter das dauernde Dominiren im ganzen Krankheitsbild.

**) Annal. méd.-psych. VI. p. 328.

***) l. c. p. 261. Dagonet und die meisten späteren französischen Schriftsteller ignorieren noch immer die Wichtigkeit der Affectstörung bei der Manie.

nations sont incomparabellement plus rares et moins bien caractérisées que dans les autres formes d'aliénation.“ Weiterhin unterscheidet D. eine besondere Variété hallucinatoire der Manie. In Deutschland schrieb Griesinger den Hallucinationen bei der Manie „eine untergeordnete Bedeutung“ zu. Die Westphal'sche*) Schule leugnete ihr Vorkommen bei echter Manie fast völlig. Auch die Meynert'sche**) Schule steht auf einem ähnlichen Standpunkt. Auch Schüle**+) hebt die Seltenheit der Hallucinationen bei Manie hervor; häufiger seien sie nur in protrahirten Fällen und in der deliranten Phase der Mania gravis. Ebenso bemerkt Kraepelin†), ausgeprägte Sinnestäuschungen seien dem Krankheitsbilde der Manie fremd. Dem gegenüber giebt Krafft-Ebing††) an, dass besonders bei acutem Verlauf massenhaft Hallucinationen, namentlich in der Sphäre des Gesichtssinus, auftreten. Snell†††) findet sie bei der Mehrzahl der schweren Fälle. Koch*†) beschränkt das Vorkommen von Sinnestäuschungen bei Manie mehr auf die acuten und schweren Fälle und betont auch hier ihre Flüchtigkeit. Savage**†) bezeichnet Hallucinationen aller Sinne als etwas Häufiges bei Manie und hebt sogar ihre Dauerhaftigkeit gegenüber den Hallucinationen seines „acuten Deliriums“ hervor. Ebenso weit geht Mendel***†) in seiner bekannten Monographie. Er bemerkt ausdrücklich, dass sich Sinnestäuschungen in weitaus der grössten Zahl der Fälle ausbilden. Auch schildert er eine besondere Mania hallucinatoria und rechnet zu dieser auch Fälle, in welchen eines der oben genannten Hauptsymptome, die heiter-zornige Ver-

*) Vergl. z. B. Fürstner. Dieses Archiv V. S. 539.

**) Klin. Vorl. über Psychiatrie, S. 137: „Hallucinationen kommen bei Manischen kaum vor“. Vgl. auch Salgó (Compend. der Psychiatrie. 1889. S. 353): „In dem klinischen Bilde der Manie fehlt weiters auch jede Hallucination“. „Die klinische Beobachtung lässt im Verlauf der Manie, welche Intensitätsstufe die Störung auch erreichen mag, niemals einen hallucinatorischen Vorgang nachweisen“.

**+) Klinische Psychiatrie S. 86.

†) Psychiatrie. S. 244.

††) Lehrb. der Psychiatrie II. S. 63.

†††) Allg. Zeitschr. 29. Bd.

*†) Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie 1889. S. 73.

**†) Klin. Lehrb. der Geisteskrankh. u. Psychoneurosen. S. 123. Vergl. auch S. 115. Die Definition, welche S. von der Manie giebt, ist übrigens so vieldeutig und unbestimmt, dass ein Vergleich mit der scharf abgegrenzten Manie anderer Autoren kaum möglich ist.

***†) Die Manie. 1881. S. 18 u. S. 99 ff.

stimmung fehlte. Bei der Mania typica will er in $\frac{4}{5}$ der Fälle Sinnestäuschungen (einschliesslich der Illusionen) beobachtet haben.

Zunächst hat man bei dieser Sachlage offenbar geradezu die Wahl entweder die Affectstörung^{*)} oder die Hallucinationen neben der Beschleunigung des Vorstellungsablaufes als entscheidendes Symptom der Manie aufzustellen. Diese Wahl wird entschieden zu Gunsten der Affectstörung ausfallen, wenn man berücksichtigt, dass diese fast stets und gerade in den typischsten Fällen neben der Beschleunigung des Vorstellungsablaufes das früheste Krankheitssymptom ist. Sieht man also von der unfruchtbaren Namensfrage ab und beschränkt sich auf die klinischen Thatsachen, so lautet die in Betracht kommende Frage offenbar folgendermassen: Kommen bei denjenigen Krankheitsfällen, welche während ihres ganzen Verlaufs als Hauptsymptom kräftig gehobene Stimmung, Beschleunigung der Ideenassoziation und motorische Agitation zeigen, Hallucinationen vor oder nicht? Diese Frage ist nach dem mir vorliegenden Material ganz zweifellos dahin zu beantworten, dass in der Regel Hallucinationen (und auch Illusionen) fehlen und nur etwa in einem Sechstel der Fälle solche gelegentlich als Nebensymptome auftreten. Für letzteres Vorkommniss führe ich ein charakteristisches Beispiel kurz an:

Beobachtung 7. v. E., Wittwe, geboren 1822. Grossmutter mütterlicherseits periodisch psychisch abnorm, Mutter periodisch geisteskrank. Ein Sohn der Kranken starb an Dementia paralytica. Seit dem 40. Lebensjahr besteht bei der Kranken ein circuläres Irresein. Dasselbe setzt sich aus einer rein maniakalischen und einer rein melancholischen Phase zusammen. Beide Phasen haben im Laufe der Jahre einen immer ausgesprochenen Charakter angenommen. In der hiesigen Anstalt, in welche Patientin 1886 eintrat, sind 8 maniakalische Anfälle beobachtet worden. Von diesen 8 Anfällen waren 7 rein maniakalisch: zornig-heitere, gehobene Stimmung, ausgeprägte Be-

^{*)} Mendel (Manie S. 173) erklärt die affective Störung bei der Manie für unwesentlich. Er stützt sich hierbei darauf, dass die heitere Verstimmung gerade auf der Höhe auch der typischen Form oft durch Zornmuthigkeit verdrängt wird. Dies scheint mir nicht ausschlaggebend. Der Umschlag der heiteren Verstimmung in zornige, sobald dem Handeln der Kranken Hemmnisse sich in den Weg stellen, erscheint mir psychologisch geradezu nothwendig. Deshalb erscheint mir auch die von Meynert schon 1875 aufgestellte (Psychiatr. Centralbl.) Trennung der „heiteren“ Verstimmung der Manie von einer „reizbaren“ der „Tobsucht“ klinisch undurchführbar. Die Reizbarkeit der Manie ist streng genommen eine secundäre: die gehobene heitere Stimmung und die gesteigerte Associationsthätigkeit bringen sie zu Stande, sobald irgend ein Widerstand dem Kranken entgegentritt.

schleunigung der Ideenassocation („Fluth“) und motorische Agitation bildeten die einzigen Symptome. In einem einzigen Anfall (im Jahre 1886) wurden auch Hallucinationen constatirt: Die Kranke sah „bunte Gestalten“ in ihrem Zimmer und vor dem Fenster. Von einer Analogie mit einem Traum wollte sie nichts wissen, dazu seien die Gestalten viel zu deutlich gewesen. Ihre Augen waren dabei offen. Das ideenflüchtige Geplauder, die motorische Agitation und die Stimmungsveränderung entsprachen sonst genau den übrigen Anfällen. Abweichend war außer den Hallucinationen nur noch eine gewisse Neigung zu wahnhaften illusionären Auslegungen („die Lichter auf dem Bahnhof sind meinetwegen angesteckt“, „in der Anstaltskapelle haben sich Jesuiten in feindlicher Absicht versteckt“). Diese Hallucinationen und Wahnvorstellungen hielten übrigens nur einige Tage an. Sie entsprachen der Krankheitsbörde. Der ganze Anfall dauerte etwa ein halbes Jahr und bot, wie erwähnt, im Uebrigen das reine Bild der Manie. Die nachfolgende melancholische Phase stellte eine völlig reine Melancholie dar. In den freien Intervallen war Patientin im Wesentlichen normal.

Es lässt sich unschwer angeben, welche Formen der Manie eine besondere Tendenz zur Entwicklung von Hallucinationen haben. Es sind dies erstens die periodische Manie und zweitens die Manie bei starker erblicher Belastung. Bekanntlich decken sich diese beiden Begriffe zum Theil: die hereditäre Manie tritt meist periodisch auf und die periodische Manie entwickelt sich besonders gern*) auf der Basis schwerer erblicher Belastung. Ausdrücklich bemerke ich jedoch, dass eine erbliche Degeneration s. str. in den meisten von mir hierher gezählten Fällen nicht vorlag. Ebenso haben selbstverständlich diejenigen Fälle des „polymorphen periodischen Irreseins“, in welchen der eine Anfall eine typische Manie ohne Hallucinationen und ein anderer eine typische hallucinatorische Paranoia ohne Ideenflucht und ohne heitere Verstimmung darstellt, mit unserer Frage nichts zu thun**). In einigen Fällen von Manie mit Hallucinationen schien ausser Heredität und Periodicität speciell auch ein chronischer Paukenhöhlenkatarrh einen Anteil an dem exceptionellen Auftreten von Gehörstäuschungen zu haben. Im Allgemeinen sind sonst diese unregelmässigen gelegentlichen Hallucinationen der Manie Visionen. Sie sind durch Flüchtigkeit ausgezeichnet, aber zuweilen — trotz Fehlens aller alkoholistischen und epileptischen Symptome — sehr plastisch und farbenprächtig.

*) Nicht ausschliesslich. Vergl. auch Mendel, l. c.

**) Ebenso ist selbstverständlich der in der klinischen Casuistik nicht ungewöhnliche Fall der Combination eines alkoholistischen hallucinatorischen Deliriums mit Manie hier ganz ausser Acht gelassen worden.

Die gestellte Vorfrage würde sich also dahin beantworten, dass die Manie nur ausnahmsweise gelegentliche Hallucinationen*) aufweist. Wir kennen also jetzt eine Manie mit intercurrenten Hallucinationen einerseits und eine Paranoia mit intercurrenter Ideenflucht andererseits. Viel häufiger als erstere und ebenso häufig wie letztere ist nun die hallucinatorische Paranoia mit dominirender Ideenflucht. An sich könnte man ja vielleicht ebenso gut von einer Manie mit dominirenden Hallucinationen reden; indess erscheint dies deshalb unzweckmässig, weil die für Manie unerlässliche heiter-zornige Verstimmung dieser Paranoia mit dominirender Ideenflucht zwar häufig, aber nicht stets zukommt. Ein charakteristisches Beispiel der in Rede stehenden Psychose ist folgendes:

Beobachtung 8. E. B., Ladenmädchen, geboren 1866. Mutter etwas reizbar, sonst unbelastet. Keine Kindernervenkrankheiten. Sehr gut veranlagt. Sechs Jahre bei einer und derselben Dienstherrschaft. Im Winter 90/91 besuchte sie Bälle öfter als in den Vorjahren. Anfang Februar kündigte sie ihrer Herrschaft wegen eines geringfügigen Streites. Sie war leicht barsch (schon seit Weihnachten) und sprach viel. In der Nacht vom 21. zum 22. Februar erfolgte ein plötzlicher Erregungsausbruch: sie stürmte in das Zimmer ihrer Herrschaft und schrie den Dienstherrn an, ob er nicht ein Herr W. sei und ob sie seine Tochter sei etc. Vier Männer waren erforderlich sie zu halten. Man brachte sie zu den Eltern: hier weinte sie viel, frug, ob man sie noch lieb habe. sprach vom Teufel, von schwarzen Raben, Engeln etc. Am 23. Februar 1891 erfolgt die Aufnahme in die Anstalt. Die körperliche Untersuchung ergab Schiefstellung des linken Auges (bei der Mutter der Kranken ebenso vorhanden), leichte linke Schädelstenose, leichte Verkümmерung des linken Helix und asymmetrische Irisfleckung. Leichte allgemeine Hyperästhesie; keine Hemianästhesie. Idiomusculäre Erregbarkeit auf-fällig stark gesteigert. Gesichtsausdruck vorwiegend heiter, ab und zu leichtes Frösteln (ohne Fieber). Leichtes Grimassiren; Zähneknirschen arggedeutet. Bald abgesetztes Athmen, bald tiefes Aufatmen. Zuweilen schliesst die Kranke verzückt die Augen und bohrt den Kopf in die Kissen. Sonst wechseln Singen und Kichern ab. Durchaus orientirt. Bei energischem Fixiren auch Krankheitsbewusstsein. Der weitere Verlauf ergab als hervorstechendste Symptome Ideenflucht und Hallucinationen resp. Illusionen. Die Kranke witzelte, sang, reimte Stunden und Tage lang im raschen Tempo. Die Schnelligkeit der Ideenflucht spottete jeden Nachschreibens. Oft kam es zu secundärer maniakalischer Incohärenz. Einnässen kam mehrfach vor. Die motorische Agitation erforderte öfter Isolirung. Die Stimmung war vorwiegend ausgelassen heiter, doch wurde auch Tage lang pathetisches Gebahren und Weinen beobachtet. Sie antwortete stets schlagfertig, meist schnippisch, oft

*) Aehnliches gilt auch von primären Wahnyvorstellungen.

mit Wortspielen. Ihre heitere Verstimmung motivirte sie ganz in der Art und Weise einer Maniakalischen („weil die anderen so albern sind“ oder „weil ich gesund bin“ oder „weil die Wärterin so gescheidt ist“ oder „weil ich so hübsch angezogen bin“ oder „weil ich Zahnschmerzen habe“ etc.). In den Aerzten glaubte sie Bekannte aus ihrer Heimath zu erkennen, doch corrigirte sie dies fast stets bei energischem Anfahren unter lautem Lachen. Das Trinkwasser schmeckte ihr nach Schwefel. Ueber den Inhalt ihrer Hallucinationen und Illusionen war während der Krankheit wenig zu erfahren. Retrospectiv gab die Kranke später an, sie habe zahlreiche Visionen („Türkenköpfe, Schweine“ etc.) gehabt und fortgesetzt die Stimmen ihrer Angehörigen gehört. Ihre Ideenflucht und ihre heitere Verstimmung standen außer Zusammenhang mit den Sinnestäuschungen; vielmehr gab Patientin ausdrücklich an, letztere hätten sie durchweg geängstigt. Zuweilen will sie auch unmotivirte Angst gehabt haben. Für ihr Schwatzen und Singen wusste sie auf fortgesetztes Befragen schliesslich nur die eine Erklärung zu geben: „es war mir wie eine Spieldose, als müsste ich singen“. Der Verlauf war ein ausgesprochen remittierender. Die definitive Beruhigung trat erst Ende Mai ein; der Höhepunkt war im April erreicht worden. Es folgte alsdann im Juni ein leichtes Depressionsstadium mit sehr labiler, zum Weinerlichen*) neigender Stimmung; dabei häufig linksseitige Kopfschmerzen. Am 2. August wurde die Kranke völlig genesen entlassen.

Es frägt sich nun, ob specielle ätiologische Momente sich für das Auftreten dieser hallucinatorischen Paranoia mit dominirender Ideenflucht ermitteln lassen. Solche ergeben sich nun in der That bei Durchmusterung der Krankengeschichten sofort. Zunächst überwiegt entschieden das weibliche Geschlecht, etwa im Verhältniss von 4:1. Hereditäre Belastung ist etwas häufiger als bei der reinen Manie und als bei der reinen hallucinatorischen Paranoia. Sehr ausgesprochen ist die Neigung zur Periodicität und zwar kommt die Paranoia hallucinatoria mit dominirender Ideenflucht hier meist als Theilperiode neben reinen Manien seltener als Theilperiode neben reinen hallucinatorischen Paranoiaformen vor. Noch viel häufiger aber ist es, dass die ideenflüchtige hallucinatorische Paranoia mit der stuporösen hallucinatorischen Paranoia oder einer echten Melancholie einen Zirkel bildet, der sich auf einen Cyclus beschränken kann, indess häufiger sich fortwährend wiederholt. Die ideenflüchtige Phase zeigt dann ausnahmslos auch die heitere Verstimmung der Manie. Ich möchte für diese Fälle die einfache Bezeichnung „circuläre Paranoia“ vorschlagen.

Beobachtung 9. L. B., geboren 1869, Dienstmädchen. Unehelich geboren; Mutter nervengesund; bei Geschwistern der Mutter scheinen

*) Ohne Reizbarkeit.

Nervenkrankheiten vorgekommen zu sein. Keine Kindernervenkrankheiten. Mässig veranlagt. Januar 1887 Stuprationsversuch. Seitdem ängstliches Benehmen; Selbstanklagen, Verfolgungsideen. 13. Mai 1888 Einlieferung in die Anstalt. Somatischer Befund bis auf merkliche Abflachung des Hinterhaupts und enge Contraction der peripheren Arterien (auch sphygmographisch leicht nachweisbar) normal. In psychischer Beziehung bot Patientin drei Monate lang fast ununterbrochen das Bild eines schweren Pseudostupors. Ab und zu kurzdauernde heftige ängstliche Agitation. Aus den gelegentlichen sprachlichen Aeusserungen ergab sich eine hochgradige Verlangsamung der Ideen-association. Ueber den Bewusstseinsinhalt während des Stupors war erst später retrospectiv etwas Sicheres festzustellen. Am 18. September berichtete Patientin: sie habe aus Angst vor Geistern, welche sie nicht gesehen hätte, welche aber in unmittelbarer Nähe aus der Wand und von draussen leise zu ihr gesprochen hätten, so still gelegen. Oft habe sie bekannte Stimmen erkannt. Dieselben redeten fortwährend auf sie ein. Sobald sie sich rührte, schimpften sie. Angenehmes hörte sie nie. Man drohte ihr mit allerhand Foltern und gebot ihr Hungers zu sterben. Eines Zusammenhangs der Selbstanklagen mit den Akoasmen vermag sich Patientin nicht zu erinnern. Sie will eine fortwährende im Kopf localisierte Angst gehabt haben. Die Genesung war mit einer leichten reaktiven Hyperthymie verknüpft. Am 23. October wurde die Kranke beurlaubt; Krankheitszeichen waren zur Zeit nicht mehr zu bemerken. Schon am 14. November erfolgte die Wiedereinlieferung. In ganz jähem Anstieg hatte sich ein ganz neues Krankheitsbild entwickelt. Das äussere Verhalten imponirte zunächst als das einer Maniakalischen: hochgradige Ideenflucht, ausgesprochene heitere Exaltation und gelegentliche Zorn-affecte (mit Neigung zum Renommiren und Poltern) und heftige motorische Agitation (enorme Geschäftigkeit, lebhafte Gestikuliren, Tanzen, Singen, Lachen). In der Folge wurde festgestellt, dass Patientin lebhaft hallucinirte (Visionen und Akoasmen). Mitunter führte sie stundenlange Dialoge mit ihren Stimmen, während der maniakalische Charakter des ganzen Krankheitsbildes im Uebrigen gewahrt blieb*). Am 30. November 1889 konnte Patientin entlassen werden; alle Krankheiterscheinungen waren beseitigt, ein intellectueller Defect bestand nicht. Ende 1890 erkrankte Patientin, nachdem sie unehelich geboren hatte, wiederum. Nach den kurzen Berichten, welche aus den beiden Anstalten, in denen Patientin zunächst Aufnahme fand, vorliegen, bestand eine hallucinatorische Paranoia mit secundärer, hallucinatorisch bedingter Incohärenz. Wieweit die Geschwindigkeit des Vorstellungsablaufs

*) Nur ganz vorübergehend traten mitunter stundenweise leichte Angst-affecte mit entsprechenden Hallucinationen auf. Hier ist wohl an die auch von v. Kraft-Ebing für das gewöhnliche circuläre Irresein betonte unzweifelhaft im Allgemeinen richtige Thatsache zu denken, dass gerade bei derjenigen Manie, welche ein Theilglied eines periodischen Irreseins bildet, solche passagere Angstzustände nicht selten vorkommen.

und die Affecte krankhaft verändert waren, war nicht zu ermitteln. Am 12. März 1891 erfolgte die Wiedereinlieferung in die hiesige Anstalt. Das Krankheitsbild entsprach durchaus dem der zweiten Aufnahme, höchstens waren die Hallucinationen noch etwas prononcierter und ausserdem die secundäre, theils durch Ideenflucht, theils durch Hallucinationen bedingte Incohärenz hinzugekommen. Tanzen, phantastisches Aufputzen, ununterbrochene motorische Agitation (höchstens ab und zu von Hinhorchen auf Stimmen und Hinstarren auf Visionen unterbrochen) charakterisirten das Benehmen der Kranken. Die Stimmung war, abgesehen von häufigen Zornausbrüchen, ausgesprochen gehoben. Im Juni trat eine rasche Besserung ein. Heute befindet sich die Kranke noch in der Anstalt und ist abermals von Krankheitsergebnissen frei; ein erheblicherer intellectueller Defect besteht nicht. Ausdrücklich sei schliesslich noch hervorgehoben, dass Ideenflucht bei der p. Bochert in den bez. Phasen zuweilen auch ohne Hallucinationen und umgekehrt zuweilen auch diese ohne jene vorkommen. Die retrospective Angaben der Kranken bestätigten hier den Eindruck des ganzen Verhaltens und die Analyse der Reden der Kranken durchaus.

Ein weiteres ätiologisches Moment liefert die Pubertät*) und das Senium. In beiden besteht eine entschiedene Prädisposition für das gemischte Krankheitsbild.

Ueber den Verlauf der ideenflüchtigen hallucinatorischen Paranoia ist noch Folgendes nachzutragen. Das für die typische Manie so charakteristische depressive Vorstadium fehlt fast stets. Ab und zu findet sich ein Vorstadium, welches entweder rein maniakalisch oder rein hallucinatorisch-paranoisch sein kann; im ersten Fall kommen dann die Hallucinationen, im zweiten die Ideenflucht als weiteres Hauptsymptom erst nach einigen Wochen hinzu. Secundäre Incohärenz ist häufig. Die Fälle, in welchen Ideenflucht und primäre Incohärenz gemeinsam das Krankheitsbild beherrschen, werden unter der Paranoia mit dominirender Incohärenz besonders zu besprechen sein. Erregungsaffekte fehlen selten; nur in denjenigen Fällen, welche Theilglieder eines cyclischen Irreseins sind, überwiegen die positiven Gefühle. Die motorische Agitation ist stets sehr heftig, für ihre gelegentliche Unterbrechung durch das Vorberrischen des Einflusses von Hallucinationen gab bereits Beobachtung 9 ein Beispiel. Einer

*) Hier möchte ich noch besonders hervorheben, dass in der Pubertät besonders häufig eine ideenflüchtige hallucinatorische Paranoia vorkommt, welche häufig stundenweise oder tageweise durch hallucinatorische Zustände mit Depression und Vorstellungshemmung unterbrochen wird (unregelmässig circuläre Form der hallucinatorischen Paranoia der Pubertät). — In einem solchen Fall entwickelte sich plötzlich binnen 24 Stunden eine ausgesprochene, vorher nachweislich nicht vorhandene gewesene gemischte Hemianästhesie.

selteneren Verlaufsform muss ich noch besonders gedenken. Es kommt nämlich vor, dass das manikalische Vorstadium sich über mehrere Monate erstreckt und als selbstständiges Krankheitsstadium imponirt, dem sich die ideenflüchtige Paranoia als zweites Stadium anschliesst. Ich habe zwei derartige Fälle gesehen.

Die Diagnose ist auf der Höhe der Krankheit oft nicht leicht; die Verwechslung mit Manie liegt nahe, wenn die Kranken über ihre Hallucinationen directe Auskunft nicht geben, die Verwechslung mit hallucinatorischer Paranoia, wenn die heitere Verstimmung fehlt und die Ideenflucht bei oberflächlicher Untersuchung als secundär durch die hallucinatorische Erregung bedingt aufgefasst wird. Vor der letztgenannten Verwechslung und vor der generellen Identificirung der Krankheit mit der hallucinatorischen Paranoia schützt namentlich eine genaue Analyse der Reden der Kranken, die retrospective Anamnese und in vielen Fällen der Nachweis der Zugehörigkeit zu einem regelmässigen Zirkel*).

Die Prognose ist fast ebenso günstig, wie die der reinen Manie und fast günstiger als die der acuten hallucinatorischen Paranoia. Doch kommt gegenüber der letzteren die Neigung zu periodischer Wiederholung und cyclischem Verlauf in Betracht. Bekanntlich existirt ja auch eine periodische hallucinatorische Paranoia, welcher Mendel erst kürzlich eine eingehendere Darstellung gewidmet hat. Indess ist diese doch ein selteneres Vorkommniss; für die hallucinatorische Paranoia kommt vielmehr die einfache Neigung zu Recidiven und zu remittierendem Verlauf in Betracht. Demgegenüber soll die Verbindung einer hallucinatorischen Paranoia mit dominirender primärer Ideenflucht stets an Periodicität oder cyclischen Verlauf denken lassen, letzteres namentlich dann, wenn zugleich eine exquisite heitere Verstimmung besteht, und noch mehr dann, wenn diese heitere Verstimmung gelegentlich von ganz vorübergehenden entgegengesetzten Affectzuständen unterbrochen wird. Das Verhalten der Affecte und die Geschwindigkeit der Ideenassocation sind weitaus die bestimmendsten Momente für periodischen und cyclischen Verlauf. — Einen Uebergang in secundäre Demenz habe ich noch nicht gesehen, wohl aber mehrmals den Uebergang in chronische hallucinatorische Paranoia.

Was die Häufigkeit der ideenflüchtigen hallucinatorischen Paranoia anlangt, so entspricht dieselbe etwa derjenigen der reinen Manie.

*.) Sehr bemerkenswerth ist es, dass oft dieselben Hallucinationen in der einen Phase mit Angst und Ideenhemmung, in der anderen mit heitrem Schimpfen und Ideenflucht begleitet resp. beantwortet werden.

In therapeutischer Beziehung erwähne ich nur, dass ich da, wo cerebrale Erschöpfung vorliegt, von einer methodischen Opiumbehandlung Vortheile gesehen habe; man kann dieselbe vortheilhaft mit Hyoscin-injectionen*) bei heftiger motorischer Erregung verbinden.

2. Paranoia mit dominirender Hemmung des Vorstellungsablaufs.

Wie Ideenflucht das charakteristischste Symptom der Manie ist, so ist Hemmung des Vorstellungsablaufs das Hauptsymptom der Melancholie. Andererseits kommt jedoch eine Erschwerung des Vorstellungsverlaufs auch noch der sogenannten primären acuten oder heilbaren Demenz (Stupidität, Erschöpfungsstupor) zu**). Während die Associationshemmung der Melancholie untrennbar mit der melancholischen Affectänderung (traurige Verstimmung, schmerzliche Gefühlskälte und Angst) verbunden ist oder sogar auf dieser beruht, besteht bei der acuten Demenz fast völlige Affectlosigkeit. Hiermit hängt auch die verschiedene motorische Reactionsweise zusammen. Bei der acuten Demenz wie bei der Melancholie besteht auch eine motorische Hemmung. Es ist dies nur eine Theilerscheinung der allgemeinen Associationshemmung ebenso, wie die motorische Agitation des Maniakalischen nur Theilerscheinung der allgemeinen Associationsbeschleunigung ist. Bei der acuten Demenz sind alle Bewegungen aufgehoben und die Muskeln fast völlig erschlafft; gelegentliche sinnlose motorische Erregungszustände sind selten (primäre agitirte Demenz), bei der Melancholie ist das Mass der Bewegungen zwar gleichfalls im Allgemeinen herabgesetzt, aber die melancholische Affectveränderung bewirkt meist eine eigenthümliche Spannung der Muskulatur (M. stupida) und Angst, bringt sogar oft explosive heftige motorische Agitation hervor (M. agitata)***).

Aehnlich wie bei Besprechung der Uebergangsformen der Paranoia zur Manie erheben wir auch hier die Vorfrage: Kommen erstens

*) In fast allen anderen Fällen erwies sich die Verbindung dieser beiden Medicamente nutzlos oder geradezu nachtheilig.

**) Orschansky (Dieses Archiv 1889) sucht in einer, wie mir scheint, ganz hypothetischen Weise die acute Demenz auf eine Schwäche nur der Erinnerungsbilder selbst, nicht auch ihrer associativen Verbindungen zu beziehen.

***) Hack Tuke schlug in Verkennung dieser Unterschiede bekanntlich vor: „acute Dementia“ und „melancholia“ als „mental stupor“ zusammenzufassen. Vergl. Journ. of ment. ec. 1881. p. 469.

bei der Melancholie und zweitens bei der acuten heilbaren Demenz Hallucinationen vor?

Was zunächst die Melancholie anlangt, so werden allerdings von den meisten Autoren, welche der Manie Hallucinationen zuschreiben, auch der Melancholie solche zugesprochen. Doch giebt Dagonet^{*)} welcher bei der Manie Hallucinationen als selten bezeichnet, an, dass bei der Lypémanie speciell Gehörstäuschungen sehr häufig und intensiv seien. Savage^{**)} bemerkt: „Nächst der hallucinatorischen Verrücktheit trifft man jedenfalls Hallucinationen bei dieser Form von Geistesstörung häufiger an, als bei irgend einer anderen“. Doch ist der Begriffsbestimmung Savage's entgegenzustellen, dass bei seinen hallucinatorischen Melancholien das Gefühl der Unlust in ganz richtigem Verhältniss zu seiner scheinbaren Ursache, nämlich den beängstigenden Sinnestäuschungen steht, mithin seine eigene Definition der Melancholie (S. 183) nicht zutrifft. Salgó^{***}) scheidet die Hallucinationen aus dem Bild der Melancholie aus, giebt aber — im Gegensatz zur analogen Erörterung über die Manie — zu, dass diese Ausscheidung mehr aus practischen Gründen erfolge. Koch, Snell und v. Krafft-Ebing unterscheiden ausdrücklich eine einfache Melancholie (Dysthymie, Kahlbaum) und eine Melancholie mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Meynert^{††}) betrachtet die Hallucinationen bei Melancholie lediglich als „ein complicirendes Symptom“. Westphal bezeichnet, im Gegensatz zu Griesinger, in seinen klinischen Vorträgen Hallucinationen als selten; Illusionen seien häufiger. Schüle^{†††}) spricht sich ähnlich aus, doch fügt er anmerkungsweise hinzu: „Bemerkenswerth ist übrigens, dass die echten Hallucinationen nicht so häufig sind (in reinen Melancholien) als die Pseudohallucinationen und Illusionen; sehr oft imponirt ein lebhafter Gedankenandrang, eine rasch und unter Angst auftretende Vorstellung dem Kranken als Stimme; es fehlt ihr aber das eigentliche sinnliche Timbre“. Dasselbe ergiebt sich aus den mir vorliegenden Krankengeschichten. Diejenigen Krankheitsfälle, welche während ihres ganzen Verlaufs

^{*)} l. c. p. 315.

^{**) l. c. S. 183.}

^{***} l. c. S. 322 ff.

^{††}) Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. 1889. S. 15. — Snell, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 28.

^{†††}) Klinische Psychiatrie S. 34 ff. Ferner S. 59 ff. Eine Reihe der von Schüle hier eingerechneten Formen (z. B. solche mit religiösen Grössenideen) gehen übrigens ganz aus dem Bilde der Melancholie heraus.

dauernd durch das Hauptsymptom primärer krankhafter negativer Gefühlstöre charakterisiert sind, zeigen höchstens in $\frac{1}{10}$ der Fälle Hallucinationen*). Nicht einmal Illusionen sind häufig, sondern nur illusionäre Auslegungen. Letztere verbunden mit der Schwarzmalerei der Kranken imponieren oft fälschlich als Hallucinationen.

Als ätiologische Momente, welche das Auftreten von intercurrenten Hallucinationen bei Melancholie begünstigen, führe ich wiederum hereditäre Belastung und andererseits das Senium**) an. Die von Schüle angedeutete Änderung der Prognose durch das intercurrente Auftreten sehr lebhafter Hallucinationen (Fehlen eines manischen Nachstadiums) kann ich nicht bestätigen.

Die gleiche Vorfrage erhebt sich bezüglich der acuten primären Demenz: kommen bei derselben Hallucinationen vor? Die Literatur enthält hierüber fast gar keine Angaben. Dagonet***), dessen Stupidité sich im Wesentlichen mit der in Rede stehenden Krankheit deckt, bezeichnet auffälliger Weise die Illusionen und Hallucinationen geradezu als „den prädominirenden Charakter“ des Leidens. Schüle†) erwähnt Pseudohallucinationen bei der attonischen Form und schildert eine besondere hallucinatorische Form. Letztere tritt aus dem typischen Bilde der acuten Demenz schon fast völlig heraus. Ich habe in zwei Fällen sicher Gehörstäuschungen, allerdings sehr unbestimmten Inhalts beobachtet. Zu den constanten und hauptsäch-

*) Mendel, Eulenburg's Real-Encyklopädie will in $\frac{3}{4}$ aller Fälle Hallucinationen oder Illusionen beobachtet haben, hier dürften pathologische Organempfindungen und illusionäre Auslegungen eingerechnet worden sein.

**) Ganz und gar nicht hierher gehören selbstverständlich die seltenen Fälle secundärer Paranoia, in welchen auf eine primäre Melancholie als neue Erkrankung eine hallucinatorische Paranoia folgt.

***) Dagonet bezeichnet mit Démence nur die unheilbaren Formen, während Esquirol's Démence die heilbaren Formen einschließt. Taguet bezeichnet unsere acute heilbare Demenz, Dagonet's Stupidité, als Démence simple primitive. Die Engländer haben auch die Bezeichnung Cataleptoid insanity vielfach angewandt (Monro, Blandford). Verga spricht von Dementia primitiva (Arch. ital. 1874). Georget, Sauze und Delassiauve, die Begründer der Lehre von der Stupidité in Frankreich, sprechen der Hallucination eine geringere Rolle zu. Vergl. Dagonet, Ann. méd.-psych. 1872. Hayes Newington (Journ. of ment. sc. 1874) spricht der acuten Demenz, welche er als „anergic stupor“ bezeichnet, die Hallucinationen ab und unterscheidet sie dadurch von dem der Melancholie zugerechneten Delusional stupor.

† Klinische Psychiatrie S. 217, 220 und 231.

lichsten Symptomen der acuten Demenz gehören Hallucinationen jedenfalls nicht, intercurrent kommen sie zuweilen vor.

Aehnlich wie es eine Manie mit intercurrenten Sinnestäuschungen giebt, existirt also auch eine Melancholie mit Sinnestäuschungen und eine acute Demenz mit Sinnestäuschungen. Es würde sich nun um die Frage handeln, ob auch eine der ideenflüchtigen Paranoia analoge Paranoia mit dominirender Hemmung der Ideenassocation existirt. Wir sahen früher, dass intercurrente Hemmung der Ideenassocation bei den acuten Paranoiaformen im Ganzen nicht häufig ist. Wie verhält es sich nun mit der dauernden dominirenden Hemmung der Ideenassocation. Man könnte versucht sein hier zunächst an alle diejenigen Formen zu denken, welche man nach ihrem äusserlichen Verhalten als katatonische Paranoia und stuporöse Paranoia (Pseudo-stupor) bezeichnet hat. Eine sorgfältige Analyse ergiebt jedoch unschwer, dass die thatsächlich hier auftretende Hemmung der Ideenassocation oft sich entweder nur auf das motorische Gebiet beschränkt oder eine secundäre, durch Wahnvorstellungen und Hallucinationen bedingte ist. Der stuporöse und katatonische Zustand bedarf ebenso wie die sogenannte Tobsucht stets noch einer besonderen Analyse; ohne diese ist er diagnostisch nicht verwerthbar. Unter fast 1000 mir zur Verfügung stehenden Fällen von Paranoia habe ich nur sieben gefunden, bei welchen eine primäre Hemmung des Vorstellungsablaufs als dominirendes Symptom einer Paranoia unzweifelhaft nachzuweisen war. Es liegt auf der Hand, dass bei diesen sprachlich sich wenig äussernden Kranken, zumal auch in Anbetracht des späteren Erinnerungsdefectes, mit Sicherheit über den primären oder secundären Charakter jener Hemmung sehr oft gar nicht zu entscheiden ist. Ich führe zunächst zwei Beispiele an.

Beobachtung 10. R. B., Landwirth, geboren 1864. Vater gesund, beide Grosseltern väterlicherseits starben an Ruhr und sollen während derselben psychisch gestört gewesen sein. Die Mutter soll als Kind eine Nervenkrankheit überstanden haben. Ein Bruder des Kranken litt als Kind an Krämpfen und ist schwachsinnig. Der Kranke selbst war gut veranlagt, von jeher etwas still. Ab und zu Kopfschmerzen. Keine Kindernervenkrankheiten. Masturbation zugestanden. Im November 1890 wurde eine zunehmende Vergesslichkeit bemerkt. Zu seinen Angehörigen äusserte er öfter: Ich soll jetzt 3 Tage nicht arbeiten und nicht essen, der Allmächtige hat es gesagt. Tage lang bewegte er sich umher, sprach aber kein Wort. Nachts sprang er öfter plötzlich auf. 22. December 1890 Aufnahme in die Anstalt. Die körperliche Untersuchung ergab eine geringe rechtsseitige Schädelstenose, leichte Verbildung der äusseren Ohren, starke Arterien schlängelung ohne Rigidität, enge Contraction der peripheren Arterien, leichte

Pupillendifferenz, leichte, offenbar angeborene Facialisdifferenz, leichte allgemeine Hypalgesie. Der Kranke ist durchaus orientirt. Der Gesichtsausdruck ist leer, zuweilen horchend, der Blick ist bald leer, bald starr zur Decke gerichtet. Fragen werden stets äusserst langsam beantwortet; zwischen den einzelnen Worten macht Patient grosse Pausen, häufig verliert er die Satzconstruction. Stundenweise reagiert er auf Fragen, Anruf und Stiche garnicht. Alle Bewegungen haben etwas Steifes, Langsames, oft auch etwas Abgesetztes. So wird z. B. die Aufforderung, dem Arzt den Kopf zuzuwenden, erst nach mehrfacher Wiederholung und äusserst langsam, stückweise ausgeführt. Schon in der ersten Nacht nässte Patient ein. Mitunter springt Patient plötzlich in raschen Sätzen aus dem Bett und entweder auf das Bett eines Mitkranken oder die Thür zu. Auf fast alle Fragen antwortet Patient: „Ich weiss nicht genau, was oben ist.“ Auf längeres Befragen gibt er auch zu, Sterne und himmlische Gestalten zu sehen und befehlende Stimmen zu hören. Auf die Frage: „Sind Sie krank?“ erfolgt die Antwort: „Es ist jetzt besser.“ „Ich war wie verdutzt.“ „Ich wusste nicht mehr, was ich machen sollte.“ Aus dem weiteren Verlauf führe ich Folgendes an: Flexibilitas cerea war ab und zu leicht angedeutet. Oft bestand tagelang Mutismus. Der Kopf wurde meist vom Kopfkissen abgehoben gehalten. Die Gliedermuskulatur war bald völlig schlaff, bald leicht gespannt. Nach dem Grund seines Ausserbettgehens befragt, äusserte Patient wiederholt in phlegmatischem Ton: „Ich bin ein bischen ausgegangen.“ Den Namen des Arztes wusste Patient nach 4 wöchentlichem Aufenthalt noch nicht. Oft wurde auch ein wirkliches Stottern, eine Pseudohesitation beobachtet. Auf Grund von Personenverkennungen und Hallucinationen kam es mehrmals zu plötzlichen Thätlichkeiten gegen das Wartepersonal. Einfachste Rechenbeispiele wurden nicht gelöst. Mitten im Gehen bleibt er oft plötzlich stehen und starrt ins Leere. Im Uebrigen ist der Gang stets schleichend und äusserst langsam. Im Februar stellte sich eine langsame Besserung ein. Am 15. Februar wurde zum ersten Mal der Name des Arztes richtig angegeben. Es dauerte jedoch noch sehr lange, bis Patient die Namen seiner nächsten Umgebung richtig behielt. Schon in der zweiten Hälfte des Februar waren Hallucinationen nicht mehr zu constatiren. Eine abnorme Langsamkeit der Bewegungen war noch bis Anfang März zu bemerken. Am 28. März 1891 wurde der Kranke völlig genesen entlassen. Seine retrospektiven Angaben gingen dahin, dass er namentlich zahlreiche Stimmen gehört habe. Seine Langsamkeit und Regungslosigkeit und seine mangelhaften Antworten bezieht er nicht auf die Stimmen, sondern einfach auf seine „Verdutztheit“; imperative Stimmen veranlassten nur sein Aufspringen.

Es scheint mir nicht statthaft, diesen und ähnliche Fälle einfach der acuten Demenz oder der hallucinatorischen Paranoia zuzurechnen. Mit ersterer, welche durch das Darniederliegen aller psychischen Processe charakterisiert ist, verträgt sich das Vorhandensein zahlreicher Hallucinationen nicht, zu letzterer kommt als neues dominirendes Element die unzweifelhaft grössttentheils primäre associative

(und motorische) Verlangsamung des Vorstellungsablaufes hinzu. Wir können also hier von einer Uebergangsform zur Dementia acuta oder der Stupidität sprechen, von einer hallucinatorischen Paranoia mit dominirender Associationsverlangsamung (stupide Form). Etwas abweichend ist der folgende Fall aufzufassen.

Beobachtung 11. H. D., geboren 1864, Sergeantenfrau. Keine erbliche Belastung. Ein Kind der Kranken starb an Krämpfen. Keine Kindernervenkrankheiten. Mittlere Schulleistungen. 1889 Heirath. Patientin hatte vorherlich bereits 2 Kinder geboren. Dritte Geburt am 28. Mai 1890, dabei stärkerer Blutverlust. Das Wochenbett verlief sonst normal, sie stillte das Kind selbst. Der Ehemann behandelte sie schlecht. Am 21. Juni ein heftiger Schrecken. 4 Stunden danach Ausbruch der Psychose: sie klagte über grosse Angst, man wolle sie bei Seite schaffen, sie müsse sterben, man habe ihr etwas in die Milch gemischt, wodurch sie behext sei. Da die Kranke heftig tobte, erfolgte am 28. Juni 1890 die Einlieferung in die Anstalt. Die körperliche Untersuchung ergab im Wesentlichen nur sehr bleiche Conjunctivae und leichte Druckempfindlichkeit des rechten Parametriums. Gesichtsausdruck leer und müde, Sprache leise und langsam. Körpermuskulatur schlaff. Blick in's Leere gerichtet. Ueber ihre Personalien gut orientirt. Alle Antworten erfolgen äusserst langsam; dabei greift sich die Kranke öfter an die Stirn. Das Datum ihrer Hochzeit weiss sie nicht. Die Geburtstage ihrer Kinder verwechselt sie. 7×8 vermag sie nicht zu rechnen. Sie lächelt selbst über ihre Unwissenheit. Am 4. Juli weiss Patientin nicht, was 3×4 ist; sie erwidert: „meine Gedanken sind noch ganz zerstreut.“ Sie behält nicht, wo sie ist, so oft es ihr auch wiederholt wird. Sie geht schleichend und langsam. Geldstücke werden richtig bezeichnet. Oester tiefes Aufseufzen. Sichtlich etwas verstimmt. Genauere Beobachtung ergab, dass zahlreiche Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen bestanden. Die Kranke hört öfter ihre Kinder um Hilfe schreien, auch wenn alles ruhig ist; sie hält Mitkranke für ihre Verwandten, sieht Fratzen an den Wänden und hört Beschuldigungen und Drohungen. Die Wahnvorstellungen waren grösstenteils secundär, aus Hallucinationen hervorgegangen. Nur für vereinzelte Verfolgungs-ideen war der primäre Charakter und für einzelne Selbstanklagen („ich habe im Schloss gestohlen“) die Genese aus Angsteffekten als wahrscheinlich nachzuweisen. Primäre Angsteffekte bestanden in gröserer Zahl; oft kamen Zorn-affecte, zuweilen auch abnorm heitere Stimmung zur Beobachtung. Am langsamsten antwortete sie an den Tagen, wo sie fast regungslos mit leerem Gesichtsausdruck im Bett lag. Angst, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen führten stundenweise zu heftigen Erregungsausbrüchen mit verzweifeltem Jammern. Sehr bemerkenswerth war, dass innerhalb des Bereiches ihrer Hallucinationen und Wahnvorstellungen Patientin mit annähernd normaler Geschwindigkeit des Vorstellungsablaufs sprach. Hingegen wusste sie auch in den hallucinatorischen Erregungszuständen das einfachste Rechenbeispiel nicht zu rechnen. Hier von habe ich mich zahl-

lose Male überzeugt. Anfang October verschwanden die Akoasmen. Die Visionen hielten noch bis Ende October an. Die Angstaflecte verschwanden ungefähr gleichzeitig mit den Akoasmen, vereinzelte primäre Angstaflecte traten gelegentlich noch im November auf. Die Heilung war längere Zeit von einer gesteigerten Reizbarkeit begleitet. Die Erschwerung der einfachsten Denkvorgänge schwand sehr langsam im Laufe des Octobers. Oeftere Intelligenzprüfungen im Laufe des November ergaben, dass die Kranke durchaus vollsinnig war. Am 2. December wurde sie beurlaubt; sie war von allen Krankheitsscheinungen frei. Retrospectiv erzählte sie von zahlreichen, jedoch nicht ununterbrochenen Hallucinationen; weshalb sie die einfachsten Dinge nicht habe rechnen und begreifen können, blieb ihr räthselhaft.

Die Massenhaftigkeit der Sinnestäuschungen, das Vorhandensein primärer Wahnvorstellungen, sowie das gelegentliche Auftreten heiterer Affecte nöthigen hier auf die Diagnose einer Melancholie, welche durch das Vorkommen primärer*) Angsteffecte sonst ziemlich nahe gelegt wird, zu verzichten. Die Diagnose einer acuten hallucinatorischen Paranoia trifft das Krankheitsbild sehr gut, nur tritt die auffällige und unzweifelhaft primäre Hemmung der Ideenassocation als neues Symptom hinzu. Letztere hat in diesem 2. Fall mehr den Charakter der Denkhemmung der Melancholie als den der Denkaufhebung der Stupidität, wofern man zwischen beiden überhaupt unterscheiden will.

Fünf weitere Fälle stehen mir zur Verfügung, welche dasselbe Bild sicher ausgeprägt zeigen: eine Paranoia hallucinatoria acuta mit dominirender Hemmung der Ideenassocation. Bald überwiegt die Affectlosigkeit, bald überwiegen Angstaflecte**); demgemäß erscheint die Psychose bald als eine Uebergangsform zur acuten Demenz, bald als eine Uebergangsform zur Melancholie. Ueber besondere ätiologische Beziehungen wage ich bei der kleinen Zahl der sicheren Fälle nichts anzugeben. Sechs Fälle gingen in Heilung über, einer scheint in chronische hallucinatorische Paranoia überzugehen.

*) Die interessante Frage nach dem Auftreten primärer pathologischer Affecte, positiver wie negativer, bei Paranoia kann in dieser Abhandlung nur gestreift werden. Speciell das intercurrente Vorkommen von primären, nicht aus Hallucinationen oder Wahnvorstellungen hervorgegangenen Angst-affecten habe ich bei acuter hallucinatorischer Paranoia oft sicher beobachtet.

**) Vergl. auch Witkowski's „melancholische Verrücktheit“ (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 42), welcher neben Wahnvorstellungen eine dauernde Depression zukommt.