

## XXVIII.

### Die akute Paranoia.

Von

Prof. Dr. Thomsen

in Bonn.



Der Schwerpunkt der nachfolgenden Darstellungen, welche die Existenz einer echten idiopathischen akuten Paranoia nicht nur behaupten, sondern auch beweisen wollen, liegt naturgemäss auf den Krankheitsgeschichten mit ihren Katamnesen.

Ich verdanke den grösseren Teil derselben der Liebenswürdigkeit meines Freundes Geheimrat Siemerling in Kiel und seinem lebhaften Interesse an der Frage der akuten Paranoia. Sie stammen aus der Tübinger resp. Kieler Klinik.

Ein kleiner Teil gehört zu meinen eigenen Beobachtungen aus Bonn.

Es ist nicht wohl möglich, die Frage der „akuten Paranoia“, deren Vorhandensein oder Berechtigung ja bis in die jüngste Zeit von massgebenden Seiten bestritten und ebenso lebhaft behauptet worden ist, zu behandeln, ohne überhaupt die ganze Paranoiafrage aufzurollen. Wir werden uns nie darüber einigen, ob es eine akute Paranoia gibt und ob die Anerkennung einer solchen selbständigen Krankheitsform sich klinisch begründen lässt, resp. ob sie einen Gewinn für unser diagnostisch-prognostisches Wissen und Verstehen bedeutet, wenn wir uns nicht vorher über Wesen und Umfang der „Paranoia“ im allgemeinen verständigt haben. Wie weit wir von einer solchen Verständigung noch entfernt sind, wie wünschenswert sie aber andererseits ist, das wird sich aus den nachfolgenden Darlegungen ergeben.

Ich habe das historisch kritische Referat über die Paranoia in zwei Abschnitte geteilt. Der erste umfasst die Zeit bis zu der grossen Paranoidebatte, welche sich an das Cramer-Boedekersche Referat im Jahre 1893 anschloss und fasst die Anschauungen, wie sie damals herrschten und sich entwickelt hatten, zusammen. Der zweite Abschnitt

gibt die Anschauungen der Gegenwart (1908) über das Wesen und das Krankheitsbild der Paranoia im Lager der Anhänger und Gegner wieder. Aber nicht kritisch-polemische Erörterungen können uns auf der Suche nach Klarheit und Einigkeit helfen, sondern nur vollständige und zuverlässige Krankengeschichten.

## I. Die Entwicklung der Paranoialehre bis 1893.

Machen wir zunächst eine Inventur der psychiatrischen Formenlehre für das Jahr 1893.

Die Lehre von der sekundären Entstehung der Verrücktheit aus affektiven Störungen war bereits fast vergessen und damit die Bezeichnung der „primären“ Verrücktheit<sup>1)</sup> obsolet und überflüssig geworden.

Als selbständige, festbestimmte, in Symptomatologie, Verlauf und Ausgang scharf umrissene und von den anderen Psychosen genau abgegrenzte Krankheitsformen waren 1893 allgemein anerkannt die Manie, die Melancholie, die zirkulären Irreseinsformen, die Paralyse. Auch über die Selbständigkeit der senilen Psychosenformen, der Imbezillität, der hysterischen und epileptischen Seelenstörungen bestand bereits eine gewisse Einmütigkeit, wenn sie auch im ganzen mehr als Krankheitsbilder, denn als Krankheitsformen gewürdigt wurden. Weitestgehende Meinungsverschiedenheiten bestanden aber demgegenüber über das Wesen der intellektuellen, in der Hauptsache durch eine Störung der Verstandestätigkeit durch Sinnestäuschungen und Wahnbildung charakterisierten Irreseinsformen. Besonders gilt das für die akuten, mit erheblicher Störung des formalen Gedankenablaufes, mit starker Beteiligung der Affekte und mit motorischen Störungen einhergehenden Krankheitsbilder.

Nach der eben gegebenen allgemeinen Einteilung mussten ja alle funktionellen unkomplizierten akuten oder chronischen Seelenstörungen, soweit sie nicht dem affektiven oder zirkulären Irrsein angehörten, im wesentlichen der „Verstandeskrankheit“, die man früher als „Verrücktheit“ oder als „Wahnsinn“ und 1893 fast allgemein als „Paranoia“ bezeichnete, zugerechnet werden. Freilich begann die Schwierigkeit erst an einer gewissen Stelle. Es wurden die Geisteskrankheiten früher ganz wesentlich nur in den Anstalten beobachtet. Auf dem dort behandelten, oft recht spät erst zur Beobachtung gelangten und vorzugsweise chronischen Krankenmaterial wurde die Klassifikation der Psychosen aufgebaut, die von Anfang an ein philosophisch-aprioristisches Gepräge trug und von dem Wunsche getragen war, ein Einteilungsprinzip nach den vorausgesetzten verschiedenen Qualitäten der normalen Psyche (Vorstellen, Empfinden, Wollen) zu schaffen, also rein psychologisch nach den hauptsächlich

---

1) Snell, Ueber Monomanie als primäre Form der Seelenstörung. Laehr. 22. 1865. — Derselbe, Ueber die verschiedenen Formen des Wahnsinns. Laehr. 30. 1874, erkennt neben seinem auf Halluzinationen basierten primären Wahnsinn einen sekundären, aus Melancholie hervorgehenden, in Blödsinn endigenden Wahnsinn an. Er beschreibt auch 2 Fälle akuten Wahnsinns.

ins Auge fallenden psychischen Symptomen. Das scheinbar so einfache Bild der chronischen Paranoia zeigte sich in einer sehr grossen Zahl von Fällen allen Beobachtern in Deutschland und anderswo in so charakteristischer Form, bot in Symptomatologie, Verlauf und Ausgang in allen wesentlichen Zügen eine von den übrigen erwähnten funktionellen Psychosen so grundverschiedene Einheit, dass die „Paranoia chronica“ als ruhender Pol in der Erscheinungen Flucht erschien, und dass über diese Krankheitsform eine ziemlich allgemein gleiche Anschauung bis 1893 bestand oder wenigstens anscheinend bestand.

Es lag das daran, dass die Art und Gruppierung der Symptome wenigstens bei den typischen Fällen, eine so einfache, eine so leicht und einheitlich zu deutende war, dass in dieser Beziehung das Krankheitsbild sich dem der „affektiven Störungen“ ebenbürtig an die Seite stellen konnte.

Aber sowie man auf die atypischen Fälle, auf die akuten oder akut beginnenden Formen kam, begannen bereits die Schwierigkeiten, sowohl die klinischen, insofern das Krankheitsbild nach Symptomatologie, Verlauf und Ausgang sich doch ganz anders gestaltete, als bei den typisch chronischen Formen, als auch die psychologischen, insofern als die Deutung der Einzelsymptome, ihre isolierte und gegenseitige Wertung doch ganz ausserordentlich schwierig und dem subjektiven Ermessen des einzelnen Beobachters überlassen erschien. Daher gab es bald zwei Strömungen unter den Psychiatern. Die einen bemühten sich, innerhalb der „Paranoiagruppe“ verschiedene Unterabteilungen von einander abzugrenzen unter gleichzeitigem Festhalten des Hauptbegriffes. Dabei legte man den Hauptwert auf die Symptomenkomplexe und ihre psychologische Deutung. Die andere Richtung suchte dagegen unter Betonung der rein klinischen Gesichtspunkte gewisse Krankheitsbilder aus der Paranoiagruppe als überhaupt nicht dazu gehörig, auszuschneiden und als selbständige Krankheitsbilder hinzustellen. Immerhin war, wie gesagt, die Einstimmigkeit der Autoren über das Wesen der chronischen Paranoia eine ziemlich grosse: allgemein definierte man die Krankheit als eine ganz allmähliche primäre oder besonders häufig halluzinatorisch bedingte Wahnbildung (Verfolgungs- und Grössenideen) absolut chronischen und systematischen Charakters, welche langsam fortschreitet und allmählich sich der ganzen psychischen Persönlichkeit des Erkrankten bemächtigt.

Den Affekten wies man dabei nur eine sekundäre oder beiläufige Rolle zu. Die Stimmung ist dabei eine lediglich reaktive, das Handeln ist die logische Konsequenz der Wahnideen, das Bewusstsein ist erhalten, ebenso die Besonnenheit, nur im Anfang oder vorübergehend kommen kurz dauernde Zustände von Aufregung mit Verwirrtheit oder Stupor vor. Der Ausgang ist Fortbestehen der chronischen Wahnbildung resp. Stillstand derselben, event. Zerfall des Wahnsystems (also eine gewisse Geistesschwäche), aber weder Heilung, noch tiefere Verblödung.

Dieser Definition gab Westphal 1876<sup>1)</sup> eine bestimmte, scheinbar dogmatische Form unter Betonung des öfters vorhandenen, für die Entstehung

1) Westphal, Ueber die Verrücktheit. Laehr. 34. 1878.

depressiver Wahnideen wichtigen hypochondrischen Vorstadiums. Gleichzeitig entwarf er in kurzen scharfen Umrissen das Bild der „akuten Verrücktheit“ als einer akut ausbrechenden, wesentlich halluzinatorischen, rasch verlaufenden heilbaren Unterform der Verrücktheit. Es ist nicht Westphals Schuld, dass seine Festlegung der Einheit des Begriffes „Verrücktheit“ (Paranoia) in chronischer und akuter Form der weiteren Forschung tatsächlich einen gewissen Hemmschuh anlegte. Ihm passierte, was ihm bei den „Zwangsvorstellungen“ auch passiert ist. Er hatte nur eine bestimmte Gruppe eigener Beobachtungen bei seiner Schilderung im Auge, an denen er das scharfe Krankheitsbild entwickelte und liess andersartige ähnliche Krankheitsbilder in dem Moment ganz ausser Betracht. Aber da er sein Bild der akuten Verrücktheit im Rahmen der chronischen Verrücktheit und im Zusammenhang mit derselben entwarf, so wurde seine Schilderung verallgemeinert. Seiner Meinung haftete grosse Autorität an, und so dehnten seine Anhänger seine Lehre auf alle Formen, die in den wesentlichen Zügen dem von ihm geschaffenen Krankheitsbilde entsprachen, aus. Abweichende Bilder und Meinungen wurden als nicht zu Recht bestehend anerkannt. Aus der Westphalschen Anregung — denn das wollte sie sein, da er ja nur eine aphoristische Schilderung des Bildes ohne genaue Krankengeschichten gab — wurde ein Dogma: Alles, was nicht affektive Störung war, gehörte zur „Paranoia!“

Ganz ohne Widerspruch blieb diese Auffassung keineswegs.

Krafft-Ebing trennte von vornherein scharf Wahnsinn (akut) von Verrücktheit (chronisch) und sah in beiden Formen ganz verschiedene Krankheiten.

Andere Autoren suchten mit Rücksicht auf die Sinneserregung und die Halluzinationen die Bezeichnung „Wahnsinn“ für die wesentlich halluzinatorischen Formen einzubürgern, oder aber an die Stelle von „Verrücktheit“ zu setzen: Schäfer [1880]<sup>1)</sup>, Schüle [1886]<sup>2)</sup>, Krafft-Ebing [1888]<sup>3)</sup>, Kirchhoff [1892]<sup>4)</sup>. Sie legen entweder dem Verlauf, ob akut oder chronisch,

---

1) Schäfer, Bemerkungen zur psychiatrischen Formenlehre, Laehr, 36, 1880, betont die Häufigkeit der Halluzinationen (daher „Wahnsinn“ in akutem und chronischem Verlauf und originärer Wahnsinn) und das rasche Uebergehen wahnsinniger Mutmassungen und Einfälle in feste Ueberzeugung infolge von krankhafter Kritiklosigkeit als wesentliches Symptom der Krankheit.

2) Schüle, Klinische Psychiatrie, 1886. Handburch der Geisteskrankheiten 1878, sieht in den Sinnestäuschungen das Bestimmende des Wahnsinns (akut, chronisch, attonisch), sie trüben Kritik und Reflexion. Originäre Verrücktheit und Querulantenwahn rechnet er nicht zur Verrücktheit.

3) Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie 1879, sieht das Wesentliche der chronischen Verrücktheit in dem Wahn und der aufgehobenen Kritik, trennt aber den akuten Wahnsinn als zu den Psychoneurosen gehörig, streng von der chronischen Verrücktheit, die er zu dem „Entartungsirresein“ rechnet und bei der weder Heilung, noch Verblödung beobachtete.

4) Kirchhoff, Lehrbuch der Psychiatrie 1892, statuiert die Paranoia

nur eine beiläufige Bedeutung bei (Schäfer), oder sie trennen gewissen nicht halluzinatorische Formen (Schüle) ganz davon los, einzelne Autoren (Mendel) halten auch noch daran fest, dass es eine sekundäre Paranoia neben der primären gibt.

Kraepelin<sup>1)</sup>, der 1889 noch wesentlich symptomatologisch trennt und verbindet, der „Wahnsinn“ mit Ausgang in Schwachsinn (halluzinatorisch und kombinatorisch) neben der „Verrücktheit“ (hypochondrische Verrücktheit, Querulantenwahn und originäre Verrücktheit) aufführt<sup>2)</sup>, betritt 1892<sup>3)</sup> den rein klinischen Weg und bezeichnet nur die absolut chronischen fortschreitenden Wahnbildungen konstitutionellen Charakters<sup>4)</sup> als „Paranoia“. Er scheidet aus der Paranoiagruppe alle Formen von Amentia, Wahnsinn, akuter Paranoia, ausserdem aber alle Beobachtungen aus, in denen hochgradige Zerfahrenheit und Zusammenhangslosigkeit der Wahnbildung auf tiefgreifende geistige Schwäche hinweist — er rechnet sie zur „Hebephrenie“. — Diese Fälle heilen oder verblöden, werden aber nicht chronisch, wie die „Verrücktheit“.

Ziehens [1892]<sup>5)</sup> Bestrebungen gingen einen ganz anderen Weg. Indem er bei der Paranoia die Symptome, wesentlich psychologisch von den Assoziationsvorgängen ausgehend, beurteilte, gelangte er zu einer Aufteilung der einzelnen Formen nach psychologischen Gesichtspunkten, wobei er klinische, ihrem Verlaufe und wesentlichen Krankheitsbilde nach zusammengehörige Krankheitsbilder von einander trennt und den Hauptwert auf die Deutung der psychischen Einzelsymptome, das jeweilige Verhältnis von Halluzinationen und Wahnideen zu der Störung des Assoziationsablaufes (Inkohärenz) legt. Während bisher stets gelehrt wurde (Westphal), dass die Affekte bei der Paranoia chronica nur eine sekundäre Beteiligung zeigten, während Bewusstsein und Besonnenheit nur sekundär infolge von lebhaften Sinnestäuschungen eine vorübergehende Störung aufweisen (sekundäre Inkohärenz), behauptete Ziehen, dass den primären formalen Störungen des Vorstellungsablaufes eine dominierende Rolle zufalle, dass es bei der Paranoia eine primäre Beschleunigung der Ideenassoziation mit primärer positiver Gefühlsbetonung, also primäre Ideenflucht gäbe. Desgleichen betonte er das Vorkommen primärer Denkhemmung und einer

---

mit drei Unterformen: Wahnsinn (Amentia und akutes halluzinatorisches Irresein), Verrücktheit (Paranoia chronica) und Verwirrtheit (sekundären Schwachsinn). Im Wahnsinn werden Wahnvorstellungen und Halluzinationen rasch zu einem System verarbeitet. Stets sind starke Affekte dabei mitwirkend, zuweilen ist der Wahnsinn nur ein akuter Teil der Verrücktheit mit günstigem Verlauf.

1) Kraepelin, Psychiatrie. III. Aufl. 1889.

2) Ausserdem stellt er einen katatonischen Wahnsinn und eine katatonische Verrücktheit auf.

3) Kraepelin, Die Abgrenzung der Paranoia. Mendels Zentralbl. 1892.

4) d. h. im Individuum vorgebildet und mit ihm wachsend.

5) Ziehen, Ueber Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranoia. Westphal. 24. 1892.

primären Inkohärenz (Dissoziation). Alle drei Primärerrscheinungen sind nach Ziehen ursächlich unabhängig von Wahnideen und Sinnestäuschungen. Da aber nebenher Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen fast stets vorhanden sind, rechnet er diese Formen zur Paranoia.

Der Unterscheidung von Paranoia simplex und hallucinatoria legt er keine Bedeutung bei; bei beiden Formen kommen Wahnideen primärer Natur und Sinnestäuschungen gleichzeitig vor, in verschiedener Stärke prädominierend. Er statuiert eine dissoziative, eine halluzinatorische und eine einfache Paranoia, je nach dem Prädominieren der Einzelkomponenten des Krankheitsbildes.

Cramer [1893]<sup>1)</sup> beschäftigt sich in seinem Referat wesentlich mit dem Begriff der Paranoia, nicht mit den Formen. Auf dem Boden einer Veränderung einer oder mehrerer Komponenten der Verstandestätigkeit (einer Störung der Funktionen, nicht, wie Hitzig annimmt, einer geistigen Schwäche) entsteht das Krankheitsbild der Paranoia. Die Komponenten sind immer dieselben: Wahnideen, Sinnestäuschungen und Störung des Vorstellungsablaufs (Inkohärenz). Jede Komponente ist unabhängig von den beiden anderen, kann aber auf jede derselben einwirken. Die Stärke, mit der die einzelnen Komponenten auftreten und ihre Kombination kann sehr verschieden sein, daher kann denn auch die Paranoia unter sehr verschiedenen Bildern — Verrücktheit, halluzinatorischer Wahnsinn, Verwirrtheit — auftreten. Die Sinnestäuschungen erzeugen und verstärken den Wahn; derselbe kann aber auch primär aus Beachtungswahn, selbst aus Zwangsvorstellungen entstehen. Die Eigenbeziehung übt einen zwangsmässigen Einfluss. Aus Eigenbeziehung und Sinnestäuschungen kann Störung der Assoziation, also sekundäre Inkohärenz entstehen, doch kann die primäre Inkohärenz ihrerseits Wahnvorstellungen (wie im Traum) erzeugen. Da aber die drei Kardinalsymptome unter sich eng verwandt und genetisch gleichartig sind, so gehören sämtliche Krankheitsbilder, bei denen sie zusammen oder einzeln nachweisbar sind, und die Störung der Verstandestätigkeit hervorrufen, zur Paranoiagruppe. Die Affekte sind nach Cramer dabei überall und immer nur sekundär gestört oder beteiligt. Die wesentlich durch Inkohärenz bedingte Verwirrtheit tritt symptomatisch auch im Rahmen des „Wahnsinnes“ und der Verrücktheit auf.

Ueber die Ursachen der chronischen Paranoia sind die Autoren verschiedener Meinung. Einzelne halten sie für eine Erkrankung, die nur bei Belastung vorkommt. Andere betonen, dass die Erblichkeit keine besondere Rolle spiele, sogar sehr gering sei im Verhältnis zu anderen Psychosen. Das Gleiche gilt von der Degeneration; dieselben Formen werden von verschiedenen Autoren den Psychoneurosen und dem Entartungsirresein zugewiesen.

Die Frage der ursprünglichen geistigen Schwäche wird bald bejaht, bald verneint, dem Alkohol bei den chronischen Formen durchweg mehr die Rolle des auslösenden Momentes als der Ursache zugeteilt.

Im grossen und ganzen lässt sich also als Majoritätsansicht der psychia-

---

1) Cramer-Boedecker, Referat über „Paranoia“, Verein deutscher Irrenärzte. Laehr. 1893.

trischen Welt von 1893 über die chronische Paranoia hinstellen, dass es sich dabei um eine funktionelle Psychose chronischer Natur handelt, welche charakterisiert ist durch Wahnideen und Sinnestäuschungen bei sekundären Affekten und erhaltener Besonnenheit, langsam fortschreitendes Wahnsystem, Ausgang nicht in Blödsinn, keine Heilung. Ueber die akut oder subchronisch beginnenden resp. mit massenhaften Sinnestäuschungen und Störung des Assoziationsablaufes einhergehenden chronischen Formen bestand eine gewisse Uneinigkeit. Die Einen wollten dieselben als „Wahnsinn“ von der Paranoia ganz loslösen, als selbstständiges Krankheitsbild oder aber wenigstens ein besonderes, nach Symptomen, Verlauf und Ausgang (Blödsinn) verschiedenes Bild von der „Verrücktheit“ innerhalb der Paranoia abtrennen. Die Anderen sahen in diesen Zuständen nur Episoden und „Schübe“ im Rahmen der gewöhnlichen chronischen Paranoia und konzedierte, dass in solchen Fällen das Wahnsystem „rasch zerfalle“ und daher der Kranke als „geistig schwach“ oder verblödet erscheine.

Der Gegensatz ist grösser als er damals schien; dass er weniger empfunden wurde, beruht darauf, dass man eben doch wesentlich symptomatologisch und psychologisch die Fälle analysierte, weniger rein klinisch. Stärker prallten die Meinungen bei der „akuten Paranoia“ aufeinander.

Bei einem Rückblicke auf die Entwicklung der Anschauungen über das Wesen der akut beginnenden und verlaufenden Formen vor 1893 sehen wir, dass erst allmählich eine Trennung derselben versucht wird, und dass in zunehmendem Masse das Bestreben sich geltend macht, nicht Symptome und Krankheitsbilder zu schildern und zu analysieren, sondern klinische, nach Aetiologie, Symptomatologie, Dauer, Verlauf und Ausgang gleichartige und wohl charakterisierte Krankheitsformen zu erkennen und gegen einander abzugrenzen.

Snell [1865]<sup>1)</sup> kennt den akuten Beginn (den er aber als selten bezeichnet), charakterisiert durch stürmische Erscheinungen mit Halluzinationen ohne Angst, Depression und Ideenflucht. Nach einigen Wochen klingt die Erregung ab, und es bestehen Grössenideen. Also keine akute heilbare Form.

Fürstner [1875]<sup>2)</sup> schildert als Erster das „akute halluzinatorische Irresein“ der Wöchnerinnen mit Ausgang in Heilung. Seine Schilderung entspricht der einer akuten halluzinatorischen Paranoia, doch betont er die steigende Verwirrtheit, die heftige motorische Erregung und das stuporöse Endstadium sowie das Fehlen der Heredität.

Westphal [1876]<sup>3)</sup> gab 1876 eine Schilderung der chronischen und akuten Form der „Verrücktheit“, der er gemeinsame konstituierende Elemente (abnormer Vorgang im Vorstellen mit oder ohne Halluzinationen, sekundäre Stimmungen und Affekte) vindiziert und die er als gemeinsame Krankheitsform zusammenfasst.

Die akute Verrücktheit entwickelt sich plötzlich aus voller Gesundheit,

1) Snell l. c.

2) Fürstner, Ueber Schwangerschaft- und Puerperalpsychosen. Westphal. 5/1875.

3) Westphal l. c.

indem massenhafte (Gehörs-)Halluzinationen auftreten zusammen mit mehr oder weniger systematisierten Wahnideen. Die Affekte sind sekundär stark gestört, es besteht anfangs oder zeitweise formale Denkstörung (Verwirrung), motorische Erregung oder Hemmung kann sich hinzugesellen. Der Verlauf ist günstig; es tritt Heilung ein.

Diese sehr aphoristische Schilderung, welche wesentlich die halluzinatorische Form der akuten Paranoia wiedergibt und bei der Westphal sicherlich eine ganz bestimmte Gruppe eigener Beobachtungen (deren Krankheitsgeschichten er nicht in extenso gibt!) vorschwebte, hat infolge missverständlicher Verallgemeinerung durch die Anhänger von der Lehre der Verrücktheit dazu geführt, dass alle akuten, mit Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen und sekundären Affekten einhergehenden funktionellen Psychosen als „Verrücktheit“ und, soweit sie heilten, als „akute Verrücktheit“ bezeichnet wurden.

Aus einer Anregung zu weiterem fruchtbaren Forschen wurde gegen den Willen des Lehrers ein Dogma. Der Sprachgebrauch schuf dann einen gewissen Unterschied zwischen Wahnsinn, d. h. der wesentlich halluzinatorischen, und Verrücktheit, der wesentlich nicht halluzinatorischen Form der intellektuellen Geistesstörung, doch wurde dieser Unterschied nie streng festgehalten, sondern beide Ausdrücke immer mehr oder weniger in demselben Sinne gebraucht.

In der Folge zeigte sich aber doch bald, dass so einfach die Sache nicht lag. Man beobachtete einerseits akute Fälle mit systematischen Wahnideen fast ohne Sinnestäuschungen mit ganz oder fast ganz erhaltener Besonnenheit. Andererseits sah man Fälle, wo die massenhaften Halluzinationen eine erhebliche Störung des Bewusstseins mit Erregung zur Folge hatten, schliesslich auch Fälle, in denen von vornherein die schwerste Benommenheit das Bild beherrschte. Man konstatierte sehr verschiedene Ausgänge: Heilung, chronische Paranoia, Verblöndungszustände, man sah Uebergänge von akut sowie subchronisch bis chronisch im Verlauf. Man konnte sich der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass die Ursachen ganz verschiedene waren und das Krankheitsbild im Aussehen, Verlauf und Ausgang beeinflussten. Man machte aber vorläufig noch keinen Unterschied zwischen akutem und chronischem Verlauf, sondern sah darin mehr eine Zufälligkeit, identifizierte folglich auch Anfangszustände und Episoden im Rahmen der chronischen Paranoia mit der endgültig akuten, aber heilbaren Form.

Schaefer [1880]<sup>1)</sup> trennte die Fälle mit ausgesprochen halluzinatorischer Wahnbildung als Wahnsinn von der Verrücktheit ab und statuierte einen Wahnsinn in akutem und chronischem Verlauf. Er sah in den Halluzinationen die wesentlichste Quelle der Erregung, der Unklarheit und der kritiklosen Wahnbildung. Die Verschiedenheit der Wahnbildung, selbst der phantastischsten, von der Störung des Zusammenhanges der Ideen, der Verwirrtheit, konnte den Beobachtern natürlich nicht entgehen, ebenso wenig die Tatsache, dass diese Verwirrtheit einmal als vorübergehende Erscheinung im Rahmen an-

1) Schäfer l. c.



derer Psychosen, das andere Mal aber als selbständiges akutes Krankheitsbild auftrat.

Fritsch [1881]<sup>1)</sup> trennt die „idiopathische Verwirrtheit“ (Paranoia acuta) von dem „primären Wahnsinn“ (Paranoia chronica), wenn er auch das Vorkommen des gleichartigen Zustandsbildes im Rahmen des letzteren und anderer Psychosen anerkennt. Der Ausgang ist Heilung oder Blödsinn.

Auch Meynert [1881]<sup>2)</sup> betont, dass der „akute halluzinatorische Wahnsinn“ sich weder aus einem hypochondrischen, noch aus einem Beachtungswahnvorstadium entwickle, dass dabei direktes Irrereden vorhanden sei und dass der Stimmungswechsel von dem Inhalte der Halluzinationen abhängig sei. (Er weist auf das Vorkommen katatonischer Erscheinungen dabei hin.)

Jung [1882]<sup>3)</sup> behauptete, alle „Verrückten“ seien „hirnsiech“, daher neigten Fieberkranke, Puerperale, Alkoholisten so zu Verrücktheit. Der Kern der Krankheit sei krankhafte Vorstellung, nicht Verstimmung. Günstig im Ausgang seien die stürmischen Formen ohne systematische Wahnbildung (Alkohol).

Kretz [1884]<sup>4)</sup> beschreibt die halluzinatorische und die kombinatorische Form der akuten Verrücktheit mit günstigem Ausgang, während Fürstner 1884 Kretz gegenüber darauf hinweist, wie schwierig es sei, zu bestimmen, ob Wahnideen oder Halluzinationen das Primäre seien, und Meynert gegenüber betont, dass „Verwirrtheit“ sich gelegentlich bei allen Psychosen fände.

Schüle [1886]<sup>5)</sup> unterscheidet einen „akuten Wahnsinn“ wesentlich symptomatologisch neben einer chronischen und einer atonischen Form. Beim akuten Wahnsinn ist die Stimmung stets eine reaktive, das Bewusstsein ist anhaltend stark getrübt, die Wahnbildung bald logisch, bald kaleidoskopisch.

Salgo [1888]<sup>6)</sup> trennt die heilbare „akute halluzinatorische Verwirrtheit“, deren Entwicklung, Verlauf und Ausgang er analog wie die früheren Autoren schildert, von der Verrücktheit, beobachtet aber im Rahmen derselben Zustandsbilder ganz gleichen Charakters.

Wille [1889]<sup>7)</sup> bezeichnet als „Verwirrtheit“ akute häufig subakut verlaufende Fälle, in denen die Bewusstseinsstörung das leitende Symptom ist. Das gleiche Zustandsbild beobachtet er als interkurrente Episode bei der chronischen Verrücktheit. Daneben erkennt er eine „akute Paranoia“ an. Sie ist dadurch charakterisiert, dass bei fehlender oder geringer sensorieller Benommenheit innerhalb der verwirrten Delirien systematisierte und konstante Wahn-

1) Fritsch, Die Verwirrtheit. Jahrb. f. Psychiatrie. II. 1879/81. Er hebt das Symptom der „pseudoaphasischen Verwirrtheit“ hervor.

2) Meynert, Die akute Form des Wahnsinns. Jahrb. f. Psychiatrie. 1879/81.

3) Jung, Ueber die Verrücktheit. Laehr. 38. 1882.

4) Kretz, Bemerkungen zu akuter Verwirrtheit. Laehr. 40. 1884.

5) Schüle l. c.

6) Salgo, Kompendium der Psychiatrie. 1888.

7) Wille, Die Verwirrtheit. 1889.

ideen und davon abhängige zielbewusste Handlungen vorkommen. Auch entwickelt sich die „akute Paranoia“, deren Ausgang ein günstiger ist, öfters aus Misstrauen oder Beobachtungswahn.

Seit etwa 1880 beginnen die Versuche, die auf Erschöpfung beruhenden akuten Psychosen von den ätiologisch anders bedingten zu trennen.

Scholz [1880]<sup>1)</sup> hob hervor, dass die Erschöpfungszustände, Gehirn-anämie aus verschiedenen Ursachen Geisteskrankheiten in akuter und chronischer Form hervorrufen können, in denen Wahnideen mit oder ohne Halluzinationen das Wesentliche seien, während der Verlauf ein kürzerer oder längerer, aber meist günstiger sei. Die Beteiligung der Affekte, die Verstimmung sei dabei immer eine hochgradige.

Kirn [1883]<sup>2)</sup> identifizierte die Geisteskrankheiten aus Erschöpfung (die „asthenischen Psychosen“) mit den febrilen Psychosen und findet dabei nur quantitative Unterschiede.

Mayser [1886]<sup>3)</sup> will bei allen durch akute oder chronische Erschöpfung bedingten Psychosen die Bezeichnung „akute oder halluzinatorische Verwirrtheit“, „primäre Verwirrtheit“, „akuter Wahnsinn“, weil die Fälle nichts mit Paranoia zu tun hätten, durch den Namen der „asthenischen Delirien“ ersetzen. Allen Fällen ist gemeinsam die erworbene Asthenie des Seelenorganes. Von seinen 9 Fällen sind 4 akut. Die Erblichkeit ist gering, die Ursache überall starke Erschöpfung. Die Krankheit verläuft als halluzinatorische Verworrenheit in plötzlichem Ausbruch. Heilung in 4–8 Wochen.

Krafft-Ebing [1888]<sup>4)</sup> identifiziert entschieden den „halluzinatorischen Wahnsinn“ mit der „akuten Verrücktheit“ (Westphal) und mit der Verwirrtheit (Amentia). Er schildert ihn als selbständige Krankheitsform, bedingt durch Erschöpfung, die Schilderung entspricht der jetzigen „Amentia“, doch finden sich Züge aus der „akuten Verrücktheit“ darin. Er betont das Vorhandensein eines manischen Durchgangsstadiums vor der Heilung und (bei den subakuten Fällen) der öfters auffallend guten Erinnerung trotz starker (scheinbarer?) Bewusstseinsstörung und Desorientierung. Er rechnet die Fälle zu den „Psychoneurosen“, während er die chronische Paranoia zu dem „Entartungsirresein“ zählt. Der Ausgang ist Blödsinn oder Heilung, nicht aber chronische Paranoia, daher lehnt er die Bezeichnung „akute Paranoia“ ab.

Kraepelin [1889]<sup>5)</sup> trennt die „halluzinatorische Verwirrtheit“ als akute Erschöpfungspsychose zwar von dem „akuten halluzinatorischen Wahnsinn“ dem Bilde nach ab, glaubt aber doch, dass beide Formen zusammen mit den Kollapsdelirien wesensgleich sind. Bei dem „akuten Wahnsinn“ betont er die akute Entwicklung, die geringe Verwirrtheit, das geordnetere Wahnsystem

1) Scholz, Geisteskrankheit aus Anämie. Westphal. 3. 1872.

2) Kirn, Zur Kasuistik der Psychosen im Gefolge febriler Erkrankungen. Laehr. 39. 1883.

3) Mayser, Zum sogen. halluzinatorischen Wahnsinn. Laehr. 42. 1886.

4) Krafft-Ebing, Lehrbuch. III. Aufl. 1888.

5) Kraepelin, Psychiatrie. III. Aufl. 1889.

(im Gegensatz zur „Verwirrtheit“) und den eigentümlichen Charakter der Halluzinationen, bei denen der Patient gewissermassen objektiver Zuhörer ist. Er hat also wohl wesentlich alkoholische Formen dabei im Auge.

Im Jahre 1890 ersetzte Meynert<sup>1)</sup> seine frühere (1881) „halluzinatorische Verwirrtheit“ durch die „Amentia“. Sie stellt in seiner Schilderung einen Ausfall der Assoziationsleistung, der Koordination der Rindenbilder, der Gedankengänge, dar — dieser Vorgang ist identisch mit „Verwirrtheit“. — Bei dieser Form sind Illusionen häufig. Halluzinationen und eine Einengung des Bewusstseins werden dagegen oft vermisst, es besteht ein Zerfall der Assoziationen und eine unbedingte Selbsteinredung. Die höchste Intensität gewinnt die „Amentia“ im „Delirium acutum“, das also keine selbständige Krankheit ist.

Meynert trennt die Amentia scharf ab von der Paranoia, obwohl er zugab, dass innerhalb derselben Amentiabilder als Ausdruck von Erschöpfung vorkommen, als Episoden mit nachfolgender stärkerer Demenz.

In der Katatonie sah Meynert eine Amentia mit Stupor. Er betonte stark das ätiologische Moment der Erschöpfung und schuf so gegenüber dem Begriffe der Paranoia, in den sich so viele akute Fälle nach dem Urteil zahlreicher Autoren nur gezwungen einfügen liessen, einen neuen Begriff (anatomisch-hirnpfysiologisch-psychologischer Mischung) und eine neue Bezeichnung dazu, welche bald begeisterte Anhänger fand. Was für den Einen bisher „akute Paranoia“ (oder „akuter Wahnsinn“) war, das wurde nunmehr dem Anderen „Amentia“ — akute und subakute Formen von recht verschiedener Aetiologie, Symptomatologie und Ausgängen verschwanden gleichmässig in beiden „grossen Töpfen“.

Werner [1891]<sup>2)</sup> trennte wieder scharf die „akute Verwirrtheit“ (Amentia) von der Paranoia, von der er sie überhaupt ganz ausschloss, und von der „akuten Paranoia“. Bei der „Verwirrtheit“ besteht ein ganz wirres, zielloses Durcheinander von Reden und Handeln bei tiefer Bewusstseinsstörung, und zwar anhaltend. Bei der „akuten halluzinatorischen Paranoia“ ist das zwar im Anfang annähernd ebenso, aber es erfolgt bald Abklärung bei fortbestehenden, immer wiederkehrenden Wahnideen mit entsprechenden Handlungen oder mit Beachtungswahn. Die Prognose ist am günstigsten bei dieser Form, doch sah Werner auch bei der akuten (nicht halluzinatorischen) Paranoia simplex (Beachtungswahn) 30 pCt. Heilung. Er legt der Erblichkeit bei den akuten Formen wenig Bedeutung bei (14 pCt.).

Kraepelin [1892]<sup>3)</sup> verschärft in zunehmendem Masse die Gegensätze der Ansichten. Da die Paranoia nach seiner Auffassung nur Fälle unheilbaren Wahnsystems in chronischer ruhiger Entwicklung umfasst, so scheiden Amentia und akute Paranoia, welche in Heilung oder Blödsinn übergehen, aus der Paranoiagruppe überhaupt ganz aus. Ausserdem aber scheiden aus alle

1) Meynert, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. 1890.

2) Werner, Die Paranoia. 1891.

3) Kraepelin, Die Abgrenzung der Paranoia. Mendel. 1892.

Beobachtungen, in denen die hochgradige Zerfahrenheit und Zusammenhanglosigkeit der Wahnbildung auf tiefgreifende geistige Schwäche hinweist. Diese Fälle mit rasch fortschreitender Verblödung gehören nach Kraepelin zur Hebephrenie, weder handelt es sich dabei um Imbezille, noch gehen sie jemals in chronische Paranoia über.

Kirn (1892) behauptete demgegenüber, er habe Fälle akuter Paranoia in chronische übergehen sehen.

Mendel [1892]<sup>1)</sup> hält an dem alten Paranoiabegriff in weitem Umfange fest und will von „Amentia“, die er unter „Delirium hallucinator.“ beschreibt, und von der Paranoia abgrenzt, nichts wissen. Die akute Paranoia simplex ist selten, die akute halluzinatorische Form häufig. Sie bricht akut mit erheblicher Verwirrung und Erregung aus, die Ruhe stellte sich rasch her, dann besteht ausgebildetes Wahnsystem. Heilung. Körperliche und geistige Erschöpfung ist ätiologisch wichtig.

Kirchhoff [1892]<sup>2)</sup> fasst unter der generellen Bezeichnung „Paranoia“ Wahnsinn, Verrücktheit und Verwirrtheit zusammen. Verrücktheit entspricht der chronischen Paranoia. Unter „Wahnsinn“ werden gleichzeitig die akuten Formen (also auch die „Amentia“) und die episodischen Zustandsbilder verstanden, die „Verwirrtheit“ ist dagegen ein Endzustand des Wahnsinns oder der Verrücktheit. Bei „Wahnsinn“ werden die Wahnideen und Halluzinationen rasch zu einem zusammenhängenden Ganzen verarbeitet, in inniger Verbindung mit starken Affekten, die stets vorhanden sind, wo starke Wahnbildung besteht.

Ziehen [1892]<sup>3)</sup> bleibt ebenfalls ein Anhänger der „Paranoia“ als Sammelbegriff für alle nicht affektiven funktionellen Psychosen und trennt die Formen mehr nach symptomatologischen resp. assoziations-psychologischen Gesichtspunkten. Er grenzt eine akute dissoziative (inkohärente) Form (entsprechend ungefähr der Amentia) von der akuten halluzinatorischen und der akuten nicht halluzinatorischen Form der Paranoia ab, gibt aber zu, dass die Grenze keine scharfe sei.

Serbski [1892]<sup>4)</sup> bemüht sich die „Amentia“ von der „Paranoia acuta“ nach den klinischen Krankheitsbildern abzugrenzen. Er spricht von einer depressiven und expansiven Form der akuten Paranoia. Bei der depressiven Form sind Kummer und Furcht die primären Affekte, daher entwickeln sich Verfolgungsideen mit oder ohne Halluzinationen. Bei der expansiven Form besteht Gehobenheit, ausserdem Ideenflucht, motorische Erregung, Grössenideen. Eine Kombination beider Formen ist möglich. Das Bewusstsein ist relativ klar, der Affekt nach wieder eingetretener Ruhe einförmig. Schwere Erblichkeit kann vorhanden sein und fehlen. Bei der Amentia besteht an-

1) Mendel, Paranoia. Eulenburgs Encyklopädie. Leitfaden.

2) Kirchhoff l. c.

3) Ziehen l. c.

4) Serbski, Ueber die akuten Formen von Amentia und Paranoia. Laehr. 48. 1892.

haltende Verwirrtheit, stets wechselnder Affekt, schwere Störung der Assoziation.

Schönthal [1892]<sup>1)</sup> betont die grössere Besonnenheit, den detaillierten Ausbau der Wahnideen bei der akuten Paranoia gegenüber der Amentia, wo eine starke Erschöpfung (Puerperium) ursächlich vorhanden ist, und das Bewusstsein stark getrübt ist resp. schwankt und wo stets wechselnde deliriose Wahnideen bestehen.

Cramer [1893]<sup>2)</sup> stellt sich in seinem grossen Referat über den Begriff und Umfang der Paranoia wesentlich auf den symptomatologisch-psychologischen Boden unter Anlehnung an Ziehens assoziations-psychologische Darlegungen. Alle auf der genetisch verwandten und daher wesensgleichen Trias der Sinnestäuschungen, Wahnideen und Inkohärenz in verschiedener gegenseitiger Gruppierung aufgebauten akuten Psychosen gehören neben den chronischen Formen zur Paranoiagruppe. Er bestreitet, dass scharfe Grenzen bestehen zwischen Verrücktheit, Wahnsinn und Amentia und erkennt darin also keine selbständigen Krankheitsformen. Verwirrtheit kommt auch bei schubweiser Paranoia oder als Episode bei chronischer Paranoia vor. Er fasst alle hierher gehörigen Formen trotz ihrer verschiedenen Erscheinung und des differenten Ausganges unter der gemeinsamen Bezeichnung „Paranoia“ zusammen, indem er betont, dass die einzelnen Teile der Symptomentrias zwar bei den verschiedenen Bildern sehr ungleich stark vorhanden sein können, aber doch niemals ganz fehlen. Er glaubt, dass Halluzinationen, Wahnideen, Inkohärenz sich gegenseitig hervorrufen, aber auch unabhängig nebeneinander bestehen könnten. Er hält den Paranoiker für einen geistig nicht schwachen Menschen, es handle sich bei ihm bloss um eine Abnormität der Funktion, nicht des Organs, auch seien die Affekte bei der Paranoia unbedingt nur sekundär beteiligt. Die Schädlichkeiten seien bei allen Formen dieselben und seien wesentlich als auslösende zu betrachten, ebenso sei die Art der Bewusstseinsstörung, das Verhalten der Erblichkeit ein gleiches.

In der an das Referat sich anschliessenden Diskussion kamen die verschiedensten Ansichten zum Ausdruck.

Jastrowitz meint, man hätte die Westphalsche Anregung der „akuten Paranoia“ nicht sofort auf alle anderen akuten Formen ausdehnen sollen. Er verlangt für die akute Paranoia simplex von vornherein einen expansiven Affekt als Basis für das rasch sich entwickelnde auch nach Ablauf der Erregung fortbestehende Wahnsystem. Heilung oder Chronizität. Die Halluzinationen müssten zur Wahnbildung verwertet werden, damit ein Ganzes bilden. Die Paranoia acuta simplex habe er nur bei Imbezillen oder geistesschwach resp. gemüthsschwach Gewordenen beobachtet, was Mendel, der sie auch bei Gesunden sah, sehr entschieden bestreitet, während Ziehen sie nur bei Belasteten sah. Auf dem Boden einer Verstimmung und Reizbarkeit entwickle sich ein

1) Schönthal, Ueber die akute halluzinatorische Paranoia. Laehr. 48. 1892.

2) Cramer, Paranoia-Referat. 1. c. 1893.

Hass gegen gewisse Personen der Umgegend, falsche Schlüsse führten zu einem kritiklosen Wahnsystem ohne rechte Geschlossenheit, ein Milieuwechsel wirke günstig. Bei der akuten Paranoia hallucinatoria sei der Anfang sehr stürmisch, doch schimmerten die Wahnideen sehr bald durch und bei eingetretener Ruhe zeige sich das Wahnsystem. Der Ausgang sei Heilung oder geistige Schwäche. Bei der Amentia sei die Bewusstseinsstörung wesentlich, es bestehe keine Orientierung über die Umgebung, keine Richtung der Krankheitssymptome, keine Einheit der Gedanken und Stimmung. Das Wesentliche bei der Paranoia sei Inkongruenz, bei der Amentia aber Inkohärenz der psychischen Ausdrucksweise.

Aetiologie und Gesamtbild sei diagnostisch wichtig, nicht der Ausgang. Die Ziehen-Cramerschen parallelen Grundsymptome erkennt Jastrowitz nicht an. Die Analogie der akuten Bilder mit der chronischen Form sei diagnostisch festzuhalten. Die Abgrenzung gegen periodisch-zirkuläres Irresein und gegen Amentia sei oft recht schwierig.

Moeli betont, dass Uebergänge bestehen zwischen den verwirrten und systematisierten Formen und bestreitet entschieden, dass bei der Paranoia (vorzugsweise bei der chronischen, aber auch bei der akuten) die Affekte nur eine sekundäre Rolle spielen. Oft ist ein primärer veränderter Affekt, Unruhe, Mißtrauen, Empfindlichkeit vorhanden.

Cramer behauptet, dass das Krankheitsbild der Amentia (inkl. der Kollapsdelirien und des halluzinatorischen Wahnsinns) auch bei der chronischen Verrücktheit vorkomme, besonders bei der schubweise (mit oder ohne Halluzinationen) fortschreitenden Form. Daraus ergebe sich die innere Verwandtschaft aller dieser Bilder — Verwirrtheit, Wahnsinn und Verrücktheit seien nicht scharf gegeneinander abzugrenzen, Dauer und Ursachen seien dabei die gleichen, auf die Erblichkeit und die Art und Stärke der Bewusstseinsstörung sei kein Wert zu legen. Er hält daran fest, dass bei Paranoia die Affekte nur sekundär gestört seien und führt die unklaren Stimmungen der Patienten am Anfang der Krankheit auf Eigenbeziehung und Sensationen zurück. Uebergänge zwischen primären Gemütsaffektionen und primärer veränderter Verandestätigkeit seien aber möglich.

Neisser betont die Wichtigkeit der Eigenbeziehung für das Zustandekommen paranoischer Wahnideen und verlangt gute Krankengeschichten. Er erklärt sich den grossen Einfluss Westphals aus dessen allgemein pathologischer Betrachtungsweise, die eine grosse Anzahl von Beobachtungen unter dem Gesichtspunkte einer Vorstellungs Krankheit und des gleichartigen Inhaltes der Wahnideen zusammenfasse.

Jolly will die akuten Paranoiaformen in systematisierende und in delirierende Formen trennen.

Zur systematisierenden Form rechnet er die akute Paranoia simplex und die akute halluzinatorische Paranoia mit Verwirrtheit und die inkohärente Verwirrtheit (= Amentia).

Bei der Amentia kommt es nicht zu einem konsequenten Wahnsystem,

sondern es besteht andauernd Verworrenheit. Bei der Paranoia acuta dagegen ist von vornherein eine bestimmte Richtung der krankhaften Ideen vorhanden.

Uebergangs- und Mischformen kommen aber vor, und es bestehen keine grundsätzlichen Verschiedenheiten zwischen Amentia, Paranoia acuta und Stimmungsanomalien — es sei oft nicht möglich, nachzuweisen, was das Primäre sei, der Affekt oder die Wahnideen, man könne nur von vorwiegenden Symptomen sprechen. Die reinen Fälle seien sorgfältig abzutrennen. Ausserdem statuiert er eine Anoaia (Dementia acuta).

Mendel hebthervor, dass die Wahnideen bei der Manie mit der Ideenflucht zurückgehen, bei Paranoia aber trotz Beruhigung fortbestehen. Die Amentia, welche er als Delirium hallucinatorium bezeichnet, will er ganz von der Paranoia trennen.

Im Schlusswort fasste Boedeker als Resultat der Diskussion zusammen, dass die Existenz der akuten Paranoia neben der chronischen wohl anerkannt sei. Die akute halluzinatorische Paranoia müsse man wohl in zwei Unterformen (delirierende und systematisierende) einteilen, über das Wesen der Paranoia acuta simplex schienen weitgehende Meinungsdivergenzen zu bestehen. Die Amentia entspreche also der delirierenden Form Jollys und der dissoziativen Form Ziehens.

Nach Jolly sei also die Einteilung der akuten Paranoiagruppe folgende:

Delirierende Form:	Systematische Form:
Halluzinatorische Verwirrtheit,	primäre Wahnbildung,
Inkohärente Verwirrtheit	halluzinat. Wahnbildung ohne Verwirrtheit.

Ueber Dauer, Verlauf, Ausgang und differential-diagnostische Momente im Einzelfalle ergaben die Verhandlungen kein positives Resultat.

Im Ganzen bestand also wohl 1893 in der Beurteilung der akuten, wesentlich intellektuellen Psychosen keine übermässige Klarheit und Uebereinstimmung. Die Anhänger der „Paranoiagruppe“ suchten (unter Betonung der Gleichwertigkeit der konstruktiven Elemente des Krankheitsbildes) die einzelnen akuten Unterformen (halluzinatorische, delirierende, verwirrte Formen neben nicht halluzinatorischen primären systematisierenden und besonnenen Formen) trotz der Verschiedenheit des Krankheitsbildes, der Aetiologie und des Ausganges unter dem Begriff „Paranoia“ festzuhalten und so gut wie möglich unterzubringen. Im Allgemeinen bestand also eine Klassifikation wesentlich nach den Symptomen, wobei man von der Mehrzahl der Beobachtungen chronischer Paranoia ausging und dementsprechend das Wesentliche der Krankheitsform in den intellektuellen Störungen, den Wahnideen und Sinnestäuschungen sah. Die primäre Wirkung der Beteiligung der Affekte wurde von der Mehrheit bestritten, das ungemein vieldeutige und komplizierte Symptom der „Verwirrtheit“ meist als beiläufig oder

transitorisch behandelt. Gute, das ganze spätere Leben der Kranken umfassende Krankheitsgeschichten wurden nur sehr spärlich veröffentlicht, man begnügte sich im Wesentlichen mit der psychologischen Klassifikation.

Mit Bezug auf die Prognose im Einzelfall hatte man entscheidende Gesichtspunkte nicht gewonnen.

Die Gegner, die Anhänger der „Amentia“ dagegen suchten die Fälle von „Verwirrtheit“ von der Paranoia ganz loszulösen, sie womöglich sogar von dem halluzinatorischen Wahnsinn zu trennen und ein selbständiges Krankheitsbild zu konstruieren, das sich in Aetiologie, Symptomatologie und Prognose von den anderen akuten Irreiseinsformen wesentlich unterscheiden sollte. Aber auch sie konnten entscheidende prognostische und diagnostische Gesichtspunkte für den Einzelfall nicht beibringen. Die strengsten Anhänger der Paranoialehre brachten alle Krankheiten mit intellektuellen Störungen (d. h. vornehmlich Wahnideen und Sinnestäuschungen), die nicht gleich Demenz bedeuten, bei der Paranoia unter, die strengen Gegner dagegen sprachen von Paranoia nur dann, wenn es sich um die langsame Entwicklung eines dauernd unerschütterlichen Wahnsystems bei vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung in Denken, Wollen und Handeln handelt (Kraepelin).

Da man nun über die Verschiedenheiten des Verlaufes, der Dauer und der Endausgänge ziemlich souverän hinwegging und, von den geheilten Fällen ganz abgesehen, rasch verblödende Kranke mit ganz klaren, nach langer Zeit ihr Wahnsystem zusammenhängend festhaltenden Paranoikern ohne Weiteres zusammenstellte, da man ferner Zustandsbilder oder Episoden und selbständige Krankheitsformen im Wesentlichen gleichartig behandelte und, je nach der Richtung, alles was heilte, der „akuten Paranoia“ oder der „Amentia“ zuwies, alles was nicht heilte, dagegen der chronischen Paranoia oder dem chronischen Wahnsinn, so konnte die Verwirrung und die Unbefriedigung über diese Klassifikation wohl unbedenklich als eine erhebliche und allgemeine bezeichnet werden. Im Grossen und Ganzen herrschte die symptomatologische Auffassung, die psychologische Analyse vor, man wusste keine Anhaltspunkte dafür zu geben, nach denen es sich erkennen liess, ob es sich im Einzelfall um eine selbständige Krankheit oder um ein interkurrentes Zustandsbild handelte, ob Heilung, rasche Verblödung, chronische Verwirrtheit oder ein stationäres Wahnsystem sich entwickeln werde. Der Begriff Paranoia resp. Paranoia acuta war eben zu weit gefasst, und mit der Amentia war wesentlich nur eine andere Bezeichnung gewonnen.



## II. Die Entwicklung der Lehre von der Paranoia bis 1908 und ihr heutiger Stand.

Die Lehre, dass die Wahnbildung bei „Paranoia“ (akuter wie chronischer) lediglich auf intellektuelle Störungen (Primordialideen, Halluzinationen, Inkohärenz) zurückzuführen sei, ohne Beteiligung der affektiven Sphäre hat von jeher lebhaften Widerspruch gefunden und ist im Laufe der Zeit als entschieden unrichtig erkannt worden — man hat anerkannt, dass die Affekte sowohl im Verlauf, ganz besonders aber im Anfange der Paranoia eine für die Wahnbildung sehr wesentliche Rolle spielen. Schon Werner (1891) betont das melancholische Vorstadium der Paranoia. Kirchhoff<sup>1)</sup> meint, dass bei Wahnsinn das Wahnsystem sich rasch zu einem zusammenhängenden Ganzen entwickle, in inniger Verbindung mit starken Affekten, die bei Wahnbildung stets vorhanden seien.

Köppen<sup>2)</sup> hob 1896 hervor, dass gerade bei dem Typus der chronischen Paranoia, dem „Querulantenwahnsinn“, eine sehr starke Affektbildung, eine Veränderung der Selbstempfindung, der Gemütslage vorhanden sei. Nach Moeli<sup>3)</sup> entsteht gerade der Querulantenwahn direkt aus verändertem Eigengefühl, nach Neisser<sup>4)</sup> ist dabei oft nur eine krankhafte Affekthöhe vorhanden, ausgelöst durch die Erinnerung. Cramer<sup>5)</sup> betont das Vorhandensein einer krankhaften Eigenbeziehung ohne Bewusstsein des Krankhaften (Paranoiden) auf der Grundlage von verändertem Gefühl.

Siemerling<sup>6)</sup> betonte neben der Eigenbeziehung die Affektbeteiligung.

Ganser<sup>7)</sup> zeigte, dass Wahnideen plötzlich oder allmählich aus Stimmungen entstehen könnten. Von einer grösseren Reihe von Autoren wurde dann übereinstimmend hervorgehoben, dass ein Affektzustand, welcher der Krankheit voraus geht, unbestimmter Unruhe, des Misstrauens und Verdachtes, ein Gefühl der Insuffizienz, Angst, Ratlosigkeit, Erregung, das Gefühl der gestörten Denktätigkeit, der gespannten Erwartung die depressive Wahnbildung begünstige und hervorrufe und sich bei den meisten Kranken noch im Anfang der Krankheit

---

1) Kirchhoff l. c.

2) Köppen, Querulantenwahn. Westphal. 28. 1896.

3) Moeli, Diskussion zum Querulantenwahn. (Köppen.) Laehr. 52. 1896. 841.

4) Neisser, Diskussion zum Querulantenwahn. Laehr. 52. 1896. 847.

5) Cramer, Krankhafte Eigenbeziehung und Beachtungswahn. Laehr. 59. 1902.

6) Siemerling, Paranoia chronica. Lehrbuch. II. Aufl. 1905. 155.

7) Ganser, Wahnideen. Laehr. 53. 1887.

nachweisen lasse. [Linke<sup>1)</sup>, Pick<sup>2)</sup>, Hitzig<sup>3)</sup>, Margulies<sup>4)</sup>, Tiling<sup>5)</sup>, Specht, Schultze, Kreuser u. A.]

Ziehen<sup>6)</sup> betonte das Vorhandensein der „Ergriffenheit“, d. h. der Ekstase, der Begeisterung im Anfange der Paranoia als Ursache von (vorzugsweise expansiver) Wahnbildung ohne Halluzinationen. Die initiale „Gehobenheit“ findet sich bei manchen Autoren vermerkt, während andererseits Berze<sup>7)</sup> in dem „Gefühl des Erleidens“, des widerstandslosen Hingegebenseins an fremden Einfluss und Willen das Primärsymptom der depressiven Paranoia sah<sup>8)</sup> in Uebereinstimmung mit Rüdin-Leppmann<sup>9)</sup>.

Auch Cramer erkannte ein primäres Insuffizienzgefühl als Primärsymptom der Paranoia an und betonte in gleichem Sinne die Bedeutung veränderter Organgefühle, nervöser Beschwerden, körperlicher Unruhe, hypochondrischer Empfindungen.

Friedmann<sup>10)</sup>, Wernicke und Koch weisen den Affekten als Ursachen ihrer fixen Ideen und überwertigen Ideen eine bedeutende Rolle zu. Der Affektzustand kann dem Ausbruch der Paranoia lange Zeit vorausgehen [Kreuser<sup>11)</sup>].

1) Linke, Zur Pathologie des Beachtungswahnes. Laehr. 53. 1897 und Laehr. 59. 1902.

2) Pick, Zur Lehre von den initialen Symptomen der Paranoia. Mendel 1902 betont daneben das Initialsymptom der Eigenbeziehung.

3) Hitzig, Querulantenwahn, 1895, betont die starke Veränderung der Selbstempfindung, der Gemütslage gerade am Anfang des Querulantenwahns.

4) Margulies, Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia. Monatshefte f. P. und N. 1901, 265, betont, dass Störungen im Ablauf und Stärke der Gefühle Quellen der Wahnbildung im Anfang der Paranoia seien. Misstrauen ruft logische Paranoia (Querulantenwahn, Eifersucht), Angst phantastische Paranoia (Delirien, Halluzinationen) hervor. Die späteren Halluzinationen färben sich nach den ursprünglichen Affekten.

5) Tiling, Zur Paranoiafrage. Psych. Wochenschr. 1902. 431.

6) Ziehen, Ueber die Affektstörung der „Ergriffenheit“ bei akuten Psychosen. Monatsschr. für Psych. und Neurol. 1903.

7) Berze, Das Primärsymptom der Paranoia. Halle 1903.

8) Das „Gefühl des Erleidens“ begründet den Wahn des „Geschädigtseins“, aus dem sich mit Zuziehung der „Eigenbeziehung“ der Verfolgungswahn entwickelt. Beim Größenwahn handelt es sich um den Wegfall der Hemmung gegenüber dem gehobenen Affekt.

9) Rüdin, Akute hall. Verfolgungswahn in der Haft. Laehr. 60. 1903.

10) Cf. Teil V dieser Arbeit.

11) Kreuser, Ueber Paranoia. Juristisch-psych. Grenzfragen. II. 1904, glaubt, dass für die chronische Paranoia nur kleine Ursachen vorhanden sein können, sonst würde ein Sturm im Bewusstsein oder in den Affekten entstehen — er legt also dem primären inneren Affektzustand eine erhebliche Bedeutung bei.

Hitzig, Neisser, Siemerling, Ganzer (l.c.) wiesen darauf hin, dass die Eigenbeziehung neben der Gefühlsstörung eine der Hauptquellen der Wahnbildung sei, beide zusammen schaffen den Erwartungsaffekt, die veränderte Auffassung der Mitwelt, auf der sich die „Wahnideen der Beeinträchtigung“ aufbauen.

Ganser (l. c.) hob die Bedeutung der Eingebung (Intuition) der Träume, der Erinnerungsfälschungen, des Einredens durch Andere als Ursache der Wahnideen hervor, welche durch Nachdenken und Halluzinationen befestigt und ausgebaut werden.

Kreuser<sup>1)</sup> weist darauf hin, dass der Inhalt der Ideen gleichgültig sei, wichtig sei nur die Form derselben, ob gehobene oder beeinträchtigte Beziehungen zur eigenen Person beständen.

Schulze<sup>2)</sup> meint, dass gerade dem Affektreichtum auch der Ideenreichtum entspreche.

Alle Autoren verlangen aber, dass die Wahnbildung bei der (chronischen) Paranoia eine fortschreitende sei, es handelt sich dabei also nicht um fixe, zirkumskripte, autopsychische Ideen im Sinne Friedmanns und Wernickes.

Die genannten Autoren (Wernicke, Friedmann, Koch und Specht) nehmen also eine Sonderstellung ein, ihr Standpunkt hat mehr Widerspruch als Anerkennung gefunden (Hitzig).

Jedenfalls ist sich also die Mehrzahl aller Autoren darüber einig, dass die Paranoia keineswegs eine blosse „Verstandeskrankheit“ ist, sondern dass das gestörte Gemütsleben, die krankhaft veränderten Affekte der Angst, Erwartung, Ratlosigkeit etc. die Krankheit einleiten und zusammen mit der krankhaften und der veränderten Auffassung den Boden für die Wahnbildung abgeben können. Dem sind Störungen des Gemeingefühls, der körperlichen Empfindungen gleichzusetzen.

Die Affektstörung ist entweder eine depressive oder expansive, vielleicht ist auch eine Mischung möglich. Auch im weiteren Verlauf der Paranoia spielen die Affekte eine grosse Rolle. Damit verwischt sich die scharfe doktrinaire Grenze zwischen „affektiven“ und „intellektuellen“ Psychosen, ein grundsätzlicher Unterschied scheint garnicht vorhanden (Jolly l. c.) zu sein, und mit Recht weist Kreuser<sup>3)</sup> darauf hin, dass zwischen der älteren Auffassung von der Entwicklung der „sekundären“ Paranoia aus einer affektiven Psychose (Melancholie, Manie) und der heutigen, dass sich die Paranoia aus affektiven

---

1) Kreuser l. c.

2) Schultze, Zur Paranoifrage. Deutsche med. Wochenschrift, 1903, No. 3, schliesst sich ganz den anderen Autoren mit Bezug auf die starke Wertung des Initialaffektes bei Paranoia an. Erregte Manische könnten ganz den Eindruck von Paranoischen machen. Eine „Verrückung des Ichstandpunktes“ erkennt S. nicht an, das komme auch bei blossen Dégénérés vor. Er betont, dass der Paranoiker auch schon im Anfang der Krankheit ein Opfer seiner krankhaft veränderten Gefühle sei.

3) Kreuser l. c.

Elementarstörungen entwickeln könne, eine so erhebliche Kluft garnicht gähne. Fast alle Autoren sind ferner der Ansicht, dass von der Affektbeteiligung die Heilbarkeit der Paranoia abhängt, und dass bei starken Affekten Heilungen selbst chronischer Fälle mit Sicherheit beobachtet worden sind.

Kreuser<sup>1)</sup> spricht von Spätgenesungen chronischer Paranoia. Jolly<sup>2)</sup> betont mit Recht, dass die Unheilbarkeit wenigstens der Wahnideen (im Gegensatz zur paranoischen Disposition) keineswegs zur Paranoia gehört, und meint, dass bei Dégénérés auf dem Boden dieser Disposition äussere Anlässe Anfälle akuter Paranoia produzierten.

Köppen<sup>3)</sup> und Siemerling<sup>4)</sup> weisen auf die Heilungen von Querulantenwahnsinn (bei starkem Affekt) hin, und Bartels<sup>5)</sup> und Freyberg<sup>6)</sup> berichten über späte Heilungen langjähriger Fälle exquisit chronischer Paranoia.

Das Dogma von der Unheilbarkeit der Paranoia (Schüle, Krafft-Ebing, Kraepelin) ist damit nicht bloss erschüttert, sondern beseitigt, wenn auch der grössere Teil der Fälle echter chronischer Paranoia unheilbar ist. Damit kann auch die Ansicht von Hitzig<sup>7)</sup>, Jung<sup>8)</sup>, Salgo<sup>9)</sup>, Schneider<sup>10)</sup>, dass die Paranoia stets auf dem Boden geistiger Schwäche, auf der Basis einer cerebralen Invalidität entstehe, als widerlegt angesehen werden. Wenn Hitzig jede Intelligenzstörung klinisch mit Sicherheit und anatomisch höchst wahrscheinlich als „Ausfallserscheinung“ bezeichnet, so muss er von diesem Standpunkt einer blossen unbewiesenen Behauptung herab natürlich die Existenz einer akuten heilbaren Paranoia bestreiten — nach Hitzig gibt es nur ein akutes Vorstadium chronischer Paranoia. In der Kritiklosigkeit sieht aber Hitzig einen Beweis der „intellektuellen Schwäche“, und da sie die Ursache der Wahnbildung ist, so muss die Paranoia der Ausdruck von Geisteschwäche sein — ein Dogma rein theoretischer Natur, das sich leicht durch den Hinweis erledigt, in wie hohem Grade die Kritik (vorübergehend oder dauernd) unter dem Einfluss der Affekte leidet<sup>11)</sup>.

1) Kreuser, Spätgenesungen. Laehr. 57. 1906. 771.

2) Jolly, Degenerationspsychose und Paranoia. Charité-Annalen. 1903.

3) Köppen, Querulantenwahn. Westphal. 28. 1896.

4) Siemerling, Diskussion dazu. Laehr. 52. 1896. 847.

5) Bartels, Zwei bemerkenswerte Fälle von Paranoia. Laehr. 50, 1894, berichtet daneben über einen Fall sekundärer Verrücktheit aus Melancholie.

6) Freyberg, Ein Fall von Paranoia mit Ausgang in Heilung. Laehr. 1901. Der Fall besteht übrigens aus einer deprimierten und exaltierten Phase. Ursächlich starke Erschöpfung.

7) Hitzig l. c.

8) Jung l. c.

9) Salgo l. c.

10) Schneider, Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Laehr. 60. 1903.

11) Auch Neisser (Paranoia und Schwachsinn; Laehr, 53, 1891) betont, dass „Einheitlichkeit der Psychosen, Erkrankung der gesamten psychischen Persönlichkeit, Verrückung des Ichstandpunktes“ nur psychologische Kon-

Alle Autoren, welche unbefangen die geistige Vollwertigkeit der Paranoischen, die lebhafteste Affektbeteiligung und die Heilbarkeit bei der chronischen Paranoia anerkennen, haben daher auch weder das starrere Schema Kraepelins von der Unerschütterlichkeit des Wahnsystemes, noch seine Lehre von der Unmöglichkeit einer „akuten Paranoia“ sich zu eigen machen können, sondern haben sich bemüht, das Krankheitsbild dieser letztgenannten Einheit möglichst genau und beweisend zu schildern und es von den ähnlichen Zustandsformen, vor allem aber von der „Amentia“ abzugrenzen. Die Mehrzahl lässt es aber bei zusammenfassenden Schilderungen bewenden, es fehlt bislang noch — was vielfach beklagt wird (Neisser, Köppen, Aschaffenburg), an guten und katamnestisch vollständigen Krankengeschichten.

Schüle (1894) nennt die akute Paranoia eine Wiederholung der chronischen in abgekürzter Form, sie enthalte alle Kriterien der letzteren und stelle die Umwandlung einer ursprünglich affektiven Psychose in eine paranoische dar.

Im Jahre 1899 gab Köppen<sup>1)</sup> eine Schilderung der typischen Fälle von akuter Paranoia, welche in der Folge bei den meisten Autoren (Siemerling, Hoche, Cramer) in allen wesentlichen Zügen ziemlich gleichartig sich wiederfindet.

Es handelt sich meist um nichtbelastete, vollsinnige Individuen beiderlei Geschlechtes, welche im Anschluss an relativ leichte psychische oder körperliche Schädigungen nach einem vagen Vorstadium oft auf dem Boden bereits längere Zeit vorhandener Affektstörung ganz plötzlich erkranken. Im Vordergrund des ganzen Krankheitsbildes steht die systematische Wahnbildung, welche entweder gleich von vornherein mit oder ohne Halluzinationen und bei ungestörter Besonnenheit vorhanden ist oder aber zunächst hinter einem mehr oder weniger lebhaften Zustand von (halluzinatorischer oder primärer) Verwirrtheit oder Erregung sich verbirgt, um dann deutlich, zusammenhängend und gleichbleibend oder fortschreitend wieder hervorzutreten, nachdem die äussere Ruhe und Besonnenheit wieder hergestellt ist. Die Ideen sind bald Verfolgungsideen, bald Grössenideen, auch eine gleichzeitige Kombination davon kommt vor. Ein Verfall der psychischen Persönlichkeit kommt nicht zustande. Die Verwirrtheit ist nie eine vollständige und dauert meist nur kurze Zeit, es besteht durchweg Orientierung. Starke primäre Affekte spielen auch während des Verlaufes eine grosse Rolle, bei Verwirrtheit ist die Systematisierung der Wahnideen keine sehr strenge. Episoden von Stupor, motorischer Erregung, katatonische Sym-

---

struktionen seien. Die Klinik zeige, dass Paranoiker ihren Wahn scharfsinnig ausbauen oder zu bekämpfen versuchen. Freyberg (l. c.) behauptet, auch sein Kranker habe versucht, seine Ideen zu korrigieren, freilich vergeblich, da Halluzinationen und Wahnideen Urteil und Kritik überwältigten, während Kraepelin bestreitet, dass Paranoiker das Bedürfnis hätten, ihre Wahnideen auf ihre Richtigkeit zu prüfen, sie empfänden die Widersprüche nicht.

1) Köppen, Ueber akute Paranoia. Mendel. 1899. 434.

ptome kommen vor. Nach einigen Wochen oder Monaten tritt Heilung ein, gelegentlich findet sich Ausgang in chronische Paranoia [Kirn<sup>1)</sup> u. A.].

Ein anderer Ausgang (chronische Verwirrtheit, geistige Schwäche) kommt wohl nur dann vor, wenn es sich um ein Zustandsbild im Rahmen einer anderen Psychose handelt.

Gannuschkin<sup>2)</sup>, Smith<sup>3)</sup>, Dieckhoff<sup>4)</sup>, Schultze<sup>5)</sup> schlossen sich der Ansicht von der Richtigkeit dieser Krankheitsschilderung und der Anerkennung der „akuten Paranoia“ als einer selbständigen Krankheitsform an. Dass das Krankheitsbild auch als vorübergehende Zustandsform vorkommt: bei Hysterie, Epilepsie, Degeneration [Klipstein<sup>6)</sup>, Jolly, Dieckhoff], bei Alkoholismus, im Puerperium etc. wurde allerseits zugegeben, auch von Neuem hervorgehoben, dass das gleiche Bild nicht nur im Verlauf der chronischen Paranoia als Schub oder Episode vorkomme, sondern auch diese Krankheit akut einleiten könne [Orschanski<sup>7)</sup>, Gannuschkin, Krause<sup>8)</sup>]. Nur über das Krankheitsbild der „akuten Paranoia simplex“ divergierten die Ansichten insofern, als häufiger gerade dabei behauptet wurde, dass die Krankheit lediglich der symptomatische Ausdruck einer gewissen geistigen oder Gemütschwäche (Jastrowitz) resp. der Degeneration (Köppen, Schultze) sei, also dem „Délire d'emblée“ Magnans entspräche, während von anderer Seite ihre Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein (Schultze, Specht) behauptet wurde.

Man hat die akute Paranoia je nach ihren hervorstechenden Symptomen in eine phantastisch-verwirrte, halluzinatorische und nicht halluzinatorische (einfache) als Unterformen einteilen wollen. Besonders von Mendel und Ziehen ist eine solche Schematisierung versucht worden, doch besteht im allgemeinen Uebereinstimmung darüber, dass diese Unterscheidungen ziemlich künstliche und unwesentliche sind, da bei fast allen akuten Paranoiaanfällen Verwirrtheit, Halluzinationen und Wahnbildung gleichzeitig vorhanden zu sein pflegen, während des Verlaufes, freilich in sehr verschiedener Intensität der

---

1) Kirn l. c.

2) Gannuschkin, La paranoia aigue. Thèse de Paris. 1904.

3) Smith, The presidential adress on paranoia. Journal of mental science. 1904.

4) Dieckhoff, Die Psychosen bei psychopathisch Minderwertigen. Laehr. 55. 1899.

5) Schultze l. c.

6) Klipstein, Hebephrene Formen der Dementia praecox. Laehr. 63. 1906, bestreitet, dass Paranoia und Dementia praecox scharf getrennt werden könnten und glaubt, dass unter „Paranoia acuta“ ganz verschiedene Irreinsformen vereinigt würden.

7) Orschanski, Ueber Bewusstseinstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Dementia. Westphal. 20. 1889.

8) Krause, Ueber Zustände von Verwirrtheit etc. im Beginn oder Verlauf der chronischen Paranoia. Monatsschr. 1897. 359.

Einzelsymptome für den Einzelfall. Die Unterscheidung ist also eine rein didaktisch-konventionelle.

Meist ist eine Trennung nach den Ursachen greifbarer Natur (Intoxikationen, Alkohol, Puerperium etc.), weil nicht streng durchführbar, nicht gemacht, obgleich sie aus später zu erörternden Gründen nicht nur praktisch nützlich, sondern auch nosologisch gerechtfertigt erscheint gegenüber den nicht durch die erwähnten Schädlichkeiten ursächlich bedingten Formen.

Auch mit Bezug auf die „Amentia“ herrscht heute im allgemeinen Uebereinstimmung insofern als die Krankheit durchweg als eine selbständige Einheit, als die „Erschöpfungsspsychose“ kat'exochen aufgefasst wird.

Das Vorkommen ganz übereinstimmender Bilder ohne das Moment der (erworbenen!) Erschöpfung wird freilich von manchen Autoren [Siemerling<sup>1)</sup>] hervorgehoben, doch erscheint es richtiger, solche Fälle nicht der „Amentia“ zuzurechnen, da auch innerhalb der „Katatoniegruppe“ und beim „manisch-depressiven Irresein“ ähnliche Bilder vorkommen [Hoche<sup>2)</sup>].

Auch Beyer<sup>3)</sup> beschreibt eine klimakterische „Amentia“ von guter Prognose ohne Erschöpfung.

Die erschöpfenden Momente geistiger und körperlicher Art müssen bei der Amentia schwere, deutlich greifbare sein, die Bedeutung einer Ursache, nicht bloss einer Veranlassung haben, sie bestehen seltener in einer akuten schweren Schädigung als in einer fortdauernden. Nach Raেকে<sup>4)</sup> ist die Erschöpfung mit einer durch Dauerermüdung bedingten Rindenschwäche identisch. Siemerling, Hoche, Stranski<sup>5)</sup> halten die durch infektiöse oder fieberhafte Prozesse bedingten Kollapsdelirien für identisch mit der Amentia, andere Autoren [(Jahrmärker<sup>6)</sup>, Kraepelin<sup>7)</sup>] bestreiten diese Identität. Von den Puerperalpsychosen<sup>8)</sup> gehört nach den meisten Autoren (Fürstner, Siemerling, Meyer) ein grosser Teil (30—50 pCt.) zur Amentia, während die Autoren der Heidelberger Schule

1) Siemerling, Amentia. Lehrbuch. II. Aufl. 1907. 189.

2) Hoche, Das akute halluzinatorische Irresein (Amentia). Deutsche Klinik. VI. 1906.

3) Beyer, Ueber eine Form der akuten Verworrenheit im klimakterischen Alter. Westphal 29. 1897. 629.

4) Raেকে, Erschöpfungsspsychosen. Laehr. 57. 1900. 39.

5) Stranski, Zur Amentia. Gaupp's Zentralbl. 1907. 809.

6) Jahrmärker, Zur Frage der Amentia. Gaupp's Zentralbl. 1907. 589 behauptet, dass die Amentia sehr selten sei.

7) Kraepelin, Psychiatrie VII. Aufl. II. 40.

8) Siemerling, (Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik VI. 1906) weist darauf hin, dass die Ursache der Puerperalpsychosen oft unklar sei, dass gar keine Ursache sich nachweisen lasse als die blosse normale Geburt.

[(Kraepelin<sup>1</sup>). Jahrmärker, Aschaffenburg<sup>2</sup>)] die puerperale Amentia für selten erklären: der allgrösste Teil der Puerperalpsychosen stelle erste Anfälle oder Verschlimmerungen von Dementia praecox dar oder gehöre zum manisch-depressiven Irresein. Heredität spielt bei der Amentia keine Rolle, der Ausbruch erfolgt akut nach vagen Prodromen, das hervorstechendste Dauersymptom ist die primäre schwere traumhafte Verworrenheit mit Desorientierung, enormer Störung der Assoziationsvorgänge, kombiniert mit andauernder Erregung oder stuporösen ekstatischen und katatonischen Zuständen. Die Verworrenheit und Ratlosigkeit, die Verständnislosigkeit trotz erhaltener Aufmerksamkeit und die Desorientierung dauern auch bei wiederhergestellter Ruhe fort. Die Wahnbildung fehlt oder ist eine sehr wechselnde, zu einem ausgebauten Wahnsystem, wie bei der Paranoia acuta, kommt es nicht. Das äussere Verhalten ist ein sehr wechselndes. Die Rekoneszenz ist gewöhnlich eine protrahierte, der legale Ausgang ist Heilung<sup>3</sup>) oder Tod. Ausgang in geistige Schwäche wird behauptet (Siemerling), von anderen bezweifelt (Hoche, Stranski). Sowohl Siemerling wie Meyer<sup>4</sup>) heben hervor, dass Stupor, Negativismus und Stereotypie bei der Amentia in der Regel nachweisbar durch Wahnideen und Sinnestäuschungen direkt hervorgerufen würden, nicht durch primäre Hemmung.

Ziehen erkennt eine Amentia nicht an, sondern sieht darin nur eine „akute dissoziative Unterform der akuten halluzinatorischen Paranoia.“

Darnach ist die Stellungnahme der Anhänger der „Paranoialehre“ zu den einzelnen Formen der akuten vorwiegend intellektuellen Psychosen eine ziemlich klare und einfache, wenn auch diagnostisch und vor allem prognostisch nicht übermässig befriedigende.

Von der „chronischen Paranoia“ ausgehend, aber unter Berücksichtigung der Erfahrungstatsache, dass Affektstörungen, Verwirrheitszustände und motorische Erregungen resp. Hemmungen wichtige, wenn auch vorübergehende Teilerscheinungen derselben sein können, und dass die Unheilbarkeit keine unbedingte ist, wird neben der chronischen Form eine akute Paranoia mit und ohne Halluzinationen, mit oder ohne Verwirrtheit statuiert, charakterisiert durch die im Vordergrund stehende systematisierte und andauernde Wahnbildung. Zwischen der idiopathischen akuten Paranoia, zwischen den auf Alkohol, Puerperium und anderen spezifischen Ursachen begründeten Fällen und zwischen den unter dem Bilde der „akuten Paranoia“ verlaufenden Zustandsformen im Rahmen der chronischen Paranoia und anderer Psychosen und Neurosen wird nicht mit genügender Schärfe getrennt, wenigstens nicht von den Autoren,

1) Kraepelin, Psychiatrie. VII. Aufl. 40.

2) Aschaffenburg, Die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. Lehr. 58. 1901. 338.

3) Jahrmärker l. c. verlangt völlige Heilung bei Amentia, Periodizität sei dabei unmöglich.

4) Meyer, Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen usw. Westphal. 32. 1899. 780.



welche die Berechtigung der Abtrennung einer bestimmten, ganz andersartigen Gruppe geistiger Erkrankungen bestreiten, die von Kraepelin unter der Bezeichnung „Dementia praecox“ als eine ganz selbständige Krankheitseinheit von der Paranoia völlig losgelöst wird. Die Amentia wird zwar auch von der Mehrzahl dieser Autoren von der Paranoia als wesensverschieden völlig getrennt. Dagegen wird bei den übrigen Kranken auf das Lebensalter, auf den Ausgang in eine eigenartige Verblödung, auf gewisse „katatonische“ Erscheinungen im Krankheitsbilde kein entscheidender diagnostischer Wert gelegt.

Für die Prognose kommt daher bei der stürmisch einsetzenden oder verlaufenden, nicht alsbald als „akute Paranoia“ sich erweisenden, mit halluzinatorischer Verwirrtheit einhergehenden Formen jeden Alters wesentlich das angeborene geistige Kapital und die Erblichkeit, die fehlende oder nachweisbare exogene Aetiologie, die Symptomatologie und die erfahrungsgemäss ungünstige Bedeutung gewisser Züge im Krankheitsbilde für den Einzelfall in Betracht, wodurch die Prognose recht unsicher sich gestaltet. Man konnte sich kaum anders ausdrücken, als dass die Prognose der „akuten Paranoia“ im Allgemeinen dubia sei und sich um so ungünstiger gestalte, je früher und intensiver sich Zeichen „geistiger Schwäche“ oder „Zerfahrenheit“ im Krankheitsbilde bemerkbar machen.

Der Krankheitsbegriff „Paranoia“ umfasste eben bei dieser Ausdehnung gar zu viele sehr verschieden aussehende und verlaufende Einzelbilder.

Erst die Abspaltung einer weiteren Gruppe akut oder subakut beginnender Krankheitsbilder aus der „Paranoia“, wie sie von Kraepelin versucht und doch wohl heute von der Mehrzahl der Autoren als berechtigt anerkannt worden ist, hat den Umfang der „Paranoia“ beschränkt und gestattet nunmehr eine sicherere Diagnose und Prognose. Dass Kraepelin in seinen Trennungsbemühungen den Paranoiebegriff so eingengt hat, dass die Mehrzahl aller Fälle nunmehr in der neugeschaffenen Dementia praecox aufgehen, sodass er also das Schicksal Westphal's mit der Verrücktheit und das Meynert's mit der Amentia geteilt hat, liegt wohl in der Natur der Sache — nur durch Trennung und Wiedervereinigung ist ein Fortschritt zu erzielen, nicht durch Stagnation.

Schon vor Kraepelin hatten andere Forscher eine Auflösung der grossen Gruppe der akuten, wesentlich intellektuellen Seelenstörungen, eine Abspaltung typisch verlaufender Fälle versucht.

1863 schuf Kahlbaum<sup>1)</sup> seine Vesania typica, d. h. eine von Anfang bis Ende typische Krankheitsform, deren legaler Endausgang Blödsinn sein sollte. Er fügte aber hinzu, dass die Krankheit in jedem Stadium Halt machen könne, und zerriss damit die eben geschaffene Krankheitseinheit, denn damit konzidierte er ja die Möglichkeit der Heilung. Innerhalb dieser Vesania typica beschrieb er als häufig vorkommend den katatonischen Symptomenkomplex, den er ganz bestimmt als nicht psychisch, sondern motorisch bedingt bezeichnete, als einen Bestandteil einer natürlichen Krankheitsform, der „Katatonie“.

1) Kahlbaum, Gruppierung der psychischen Krankheiten. 1863.

welche 1874 als „Spannungsirresein“ die *Vesania typica* ersetzte, im übrigen denselben Verlauf und denselben Ausgang nehmen sollte, wie diese — wieder mit dem Zusatz, dass nicht alle Stadien durchlaufen werden müssten, sondern dass jeden Augenblick ein Stillstand eintreten könne und Heilung gar nicht so selten sei.

Von den anderen Autoren wurden die katatonischen Symptome in weit unbestimmterer Weise gedeutet. Katatonie ist ihnen bald eine Krankheit, bald Symptom, bald selbständig, wichtig, häufig, bald zufällig beiläufig, selten. Die katatonischen oder Attonitätszustände waren längst bekannt, man deutete sie bald als Muskelstarre, bald als Bewegungsstörung.

Ziemlich gleichzeitig beschrieb Hecker 1871 als „Hebephrenie“ die jugendlichen Irreseinsformen mit Tendenz zur Verblödung, welche viele gemeinsame Züge mit der Katatonie in Symptomen und Verlauf resp. Ausgang aufwiesen — Bilder, welche Morel schon vorher als „*Démence précoce*“ in ziemlich gleicher Weise gezeichnet hatte.

Hecker lehnte zwar selbst die Verwandtschaft der Hebephrenie mit der Katatonie ab, indem er die Verschiedenheit des Lebensalters betonte und den Charakter der Hebephrenie als einer spezifischen Pubertätspsychose festzuhalten versuchte. Aber Darackiewiz zeigte, dass fließende Uebergänge von den ganz jugendlichen zu den älteren Hebephrenen vorhanden seien, er rückte die Altersgrenze für die Hebephrenie weit über die Pubertät hinaus bis in das 30. Lebensjahr, und so verwischte sich der Unterschied zwischen Hebephrenie und Katatonie mehr und mehr: Das Alter beim Ausbruch, die Symptomatologie, der Ausgang in Verblödung zeigte sich in vielen Beobachtungen, bei beiden Krankheiten in ganz analoger Weise. Sowohl Kahlbaum's wie Hecker's Darlegungen wurden aber im Allgemeinen unbeachtet gelassen.<sup>1)</sup>

An dieser Stelle griff seit 1896 Kraepelin<sup>2)</sup> mit seiner Tendenz ein, Krankheitseinheiten gleicher Verlaufsweise und gleichen Ausganges zu schaffen und nur in diesen beiden Momenten die Zusammengehörigkeit der Krankheitsbilder zu sehen. Er nahm mit gewissen Modifikationen die Kahlbaum'sche Katatonie auf und stellte sie mit und neben der Hebephrenie zusammen als gleichartige Unterformen eines in typischer Weise verlaufenden „Verblödungsprozesses der ersten Lebenshälfte“, welchem er den Namen der „*Dementia praecox*“ verlieh. Er beobachtete ferner, dass ein grösserer Teil der akuten oder subakuten funktionellen, mit Sinnestäuschungen, Wahnbildung und Verwirrtheit einhergehenden Psychosen, die er früher selbst als „Wahnsinn“ bezeichnet hatte, Formen, die weder den Erschöpfungspsychosen noch dem manisch-depressiven Irresein noch dem chronischen Alkoholismus zuzurechnen waren. — katatonische Symptome und psychische Eigentümlichkeiten im Bilde und in der Verlaufsart aufwiesen, ganz analog denen der Katatonie und der Hebe-

1) cf. Arndt, Ueber die Geschichte der Katatonie. Gaupp's Zentralbl. 1902. 81. Ausführl. historische Darlegungen mit genauem Literaturverzeichnis.

2) Der noch in der III. Auflage neben Paranoia einen „Wahnsinn“ statuierte, welcher später in der *Dementia praecox* aufging.

phrenie, und die ebenfalls rasch in geistige Schwäche ausgingen. Daher wies er diese Fälle als „Dementia paranoides“ ebenfalls der Dementia praecox als dritte Unterform des „Verblödungsprozesses“ zu. Echte Paranoia (Verrücktheit) heilt nach Ansicht Kraepelin's nicht und geht nicht in Blödsinn über, folglich gehören alle Formen mit Wahnbildung, welche mehr oder weniger rasch und vollständig verblöden, nicht der Paranoia, sondern einem gemeinsamen Prozess, einer bestimmten Krankheitseinheit an. Diese alle Fälle von Frühverblödung umfassende Einheit ist eben die „Dementia praecox“, die er noch 1896 als eine organische Gehirnkrankheit bezeichnet, welche zwar häufige sogar langdauernde Remissionen aufweist, die aber nicht heilt, sondern früher oder später zu einer eigenartigen Verblödung führt.

Da die Dementia paranoides mit abenteuerlicher Wahnbildung kein sehr häufiges Krankheitsbild ist, während andererseits der Begriff der Hebephrenie möglichst auf das Pubertätsalter beschränkt wurde, so mussten notgedrungen fast alle anderen Irreseinsformen der ersten Lebenshälfte, welche nicht manisch-depressiv, nicht hysterisch oder epileptisch, nicht alkoholistisch oder Amentia waren, der Katatonie, d. h. der Dementia praecox zugezählt werden mit allen daraus sich ergebenden Konsequenzen für Verlauf und Ausgang. Der Umstand, dass man geneigt war, den katatonischen Symptomen sowie ihren psychischen Äquivalenten einen ganz spezifischen diagnostischen Wert beizulegen, während man andererseits viele früher als hysterisch angesehenen Symptome als „pseudo-hysterische“ auffasste, trug dazu bei, in den Rahmen der Dementia praecox immer weitere Formen aufzunehmen — wie denn z. B. Aschaffenburg<sup>1)</sup> 1901 angab, dass der grössere Teil aller in Heidelberg beobachteten Puerperalpsychosen und sogenannten Amentiafälle als Dementia praecox sich erwiesen habe.

Den Schlussstein des Gebäudes, aus welchem die Paranoia völlig hinausgewiesen wurde, während in ihm alle selbständigen akuten Formen, abgesehen von Amentia und alkoholischen Psychosen, häuslich untergebracht wurden, bildete die Lehre, dass gewisse Residualerscheinungen bei allen „Remissionen“ nachweisbar bleiben sollten, als Mene Tekel des fort dauernden Prozesses und der drohenden Verblödung: Tics, Manieren, Stereotypien und eine Abstumpfung des Gemütes, Einbusse an geistiger Leistungsfähigkeit, Schwäche des Gedächtnisses und Urteils, Verlust der Tatkraft und Regsamkeit, Absonderlichkeiten im Benehmen und Handeln, obwohl zugegeben werden musste, dass aktuell oft sehr wenig davon zu konstatieren ist.

So lässt sich denn der „Paranoiabegriff“ nach Kraepelin sehr einfach fassen: nur die Fälle gehören zur Paranoia, in denen ganz langsam und bei völliger Besonnenheit ein fortschreitendes unerschütterliches Wahnsystem sich entwickelt. Nach dieser Definition gehört eigentlich nur der Querulanten- und der primäre Eifersuchtswahn dazu<sup>2)</sup>, sowie sehr seltene Fälle, in denen die

1) Aschaffenburg l. c.

2) Mit Recht hebt Siemerling hervor, dass selbst bei diesen Formen der Kraepelin'schen Definition kaum streng entsprochen wird.

Krankheit dauernd ohne allen Affekt oder Besonnenheitsstörungen verläuft. Der Beginn unter stürmischen Verwirrtheitserscheinungen, der Verlauf in ähnlichen erregten „Schüben“, das Vorkommen stuporöser, katatonischer Krankheitsbilder innerhalb der Paranoia wird von Kraepelin gelehrt — alle diese Formen gehören zur Dementia praecox, haben mit Paranoia gar nichts zu tun, verblöden.

In dieser Form hat die Lehre Kraepelin's eine ausserordentliche Verbreitung sowohl in Deutschland als im Auslande gewonnen, einerseits unter dem Einfluss seiner Persönlichkeit und der fesselnden Art seiner Darstellung, andererseits infolge der Tatsache, dass sie wesentlich als Lehrbuchsdogma gegeben wurde, ohne dass das Beweismaterial in Form von reichlichen und genauen Krankheitsgeschichten der Kritik der Gegner unterbreitet worden wäre. Von akuter Paranoia, halluzinatorischer Verwirrtheit, akuter Verrücktheit oder Wahnsinn war nicht mehr die Rede, selbst die Amentia verschwand fast von der Bildfläche, und die Zahl der Fälle von Dementia praecox in den Veröffentlichungen der Anstalten und einzelner Kliniken wuchs ins Unendliche.

Freilich hat Kraepelin immer mündlich und schriftlich betont, dass seine Lehre, seine Einteilung nur ein vorläufiger, jederzeit korrekturfähiger Notbehelf sei, und tatsächlich hat sie ja auch in den letzten 10 Jahren mit jeder Ausgabe seines Lehrbuches erhebliche Wandlungen durchgemacht, aber nicht zu leugnen ist, dass auch jedesmal, wenigstens von seinen Anhängern, die jeweilige Darstellung als die allein richtige hingestellt wurde.<sup>1)</sup>

Die Konsequenzen waren die natürlichen: ein gewisser Schematismus, ein Beiseitesetzen der gegnerischen Bemühungen, öfters eine Vernachlässigung der körperlichen Untersuchung und der Krankheitserscheinungen ausserhalb des typischen Symptomenkomplexes machte sich geltend und ein viel zu weit gehender prognostischer Pessimismus als Folge der prädominierenden Vorstellung des „progressiven Verblödungsprozesses“.

Der Rückschlag blieb ebenfalls nicht aus. Auch die Anhänger und Schüler Kraepelin's konnten sich allmählich der Wahrnehmung nicht verschliessen, dass recht zahlreiche Fälle von Dementia praecox zum Stillstand mit sehr geringem Defekt, ja zu einer wirklichen und dauernden Heilung gelangten, dass viele Formen gleicher Aetiologie und gleichen Verlaufes einen ganz verschiedenen Ausgang nehmen (Puerperalpsychosen, Alkoholpsychosen), dass ein gleicher Ausgang sich bei ganz verschiedener Verlaufsart und Krankheitsdauer ergeben kann (Paralyse), und dass ein grosser Teil der als so typisch und diagnostisch wichtig bezeichneten „katatonischen“ Symptome motorischer und psychischer Natur auch ausserhalb der Dementia praecox vorkommt in recht ausgesprochener und anhaltender Form. Dass die Dementia praecox eine „organische Gehirnkrankheit“ sei (analog der Paralyse), wird nicht

---

1) Wernicke (Ueber fixe Ideen 1892) sagt einmal mit Bezug auf Westphal: „Es ist das Geschick jedes bahnbrechenden Forschers, dass er neben dem wirklichen Fortschritt auch einen neuen Aberglauben stiftet und für beide begeisterte Anhänger und Nachfolger findet.“

mehr behauptet, ihre Heilbarkeit wird, wenn auch zögernd, zugegeben, desgleichen das Vorkommen von nach Symptomatologie und Verlauf ganz ähnlichen Krankheitsbildern innerhalb anderer Krankheitsformen, z. B. beim manisch-depressiven Irresein. Für die Prognose im Einzelfall mit Bezug auf Dauer, Ausgang, Tiefe der vermutlichen Verblödung sind aus den Kraepelin'schen Darstellungen bisher entscheidende neue Gesichtspunkte nach keiner Richtung hin gewonnen. Auch die Verhandlungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie 1908 im Anschluss an das Bleuler-Jahrmärker'sche Referat (Laehr. 65. 1908) ergaben nach dieser Richtung hin ein negatives Resultat. Als vorläufiger Gewinn der Kraepelin'schen Bestrebungen muss die Tatsache anerkannt werden, dass wir in weit höherem Masse als früher zu erkennen gelernt haben, dass es eine Reihe von recht charakteristischen, in Verlauf und Ausgang ziemlich gleichartigen Krankheitsbildern giebt, welche, in der ersten Lebenshälfte ausbrechend, eine grosse Neigung zu ungünstigem Ausgang zeigen und zur geistigen Schwäche tendieren. Diese Krankheitsbilder lassen sich sowohl von der Imbezillität als von den Erkrankungen der „Paranoia-Gruppe“ und von der „Amentia“ ziemlich scharf abgrenzen. Die Abgrenzung krankt momentan an der ungeeigneten Bezeichnung „Dementia praecox“, doch scheint es besser, die Formen zu studieren und Beobachtungsmaterial in möglichst genauer und objektiver Form zu veröffentlichen, als nach neuen Namen zu suchen. Unzweifelhaft hat übrigens die neue Lehre der Kraepelin'schen Schule auch auf die Gegner ungemein anregend und befruchtend gewirkt, und wir sind einer Vereinigung der widerstreitenden Anschauungen wohl nicht mehr allzufern.

Die Gegner Kraepelin's befinden sich bei ihren Klassifikationsversuchen in einer ungünstigeren Lage als dieser: Sie gingen nicht von so bestimmten Voraussetzungen aus; weder sahen sie in den in Rede stehenden, von ihnen zur „Paranoia“ gerechneten Formen eine organische Gehirnkrankheit, sondern nur eine funktionelle Psychose, noch waren sie geneigt, in dem Ausgang das Gesetzmässige, allein Entscheidende der Zusammengehörigkeit der Formen zu erblicken.

Man hielt an der Voraussetzung fest, dass der Ausgang von ganz verschiedenen Faktoren, von der Ursache der Krankheit, von der Individualität und Anlage des Erkrankten, vielleicht auch von der Behandlung abhängig sein könne, wenn man auch anerkannte, dass den verschiedenen Krankheitsformen auch verschiedene Tendenzen (Heilung, Verblödung, Periodizität, Chronizität) innewohnen. Daher gingen die Bemühungen, Klarheit zu schaffen, natürlich verschiedene Wege. Die Einen suchten durch möglichst genaue und objektive Krankheits schilderungen die einzelnen Krankheitsbilder von einander zu trennen und dadurch zu brauchbaren diagnostischen und prognostischen Resultaten zu gelangen; die Anderen suchten dasselbe Resultat zu erreichen unter stärkerer Betonung des ätiologischen Gesichtspunktes; die Dritten bemühten sich, durch philosophisch-psychologische Analysen der psychischen Symptome und Individualität Klarheit für den Entstehungsmechanismus der Paranoia

sowohl in ihrer chronischen als akuten Form zu gewinnen. Die Mehrzahl der Autoren, welche an der Paranoia in akuter und chronischer Form festhält und die Kraepelinsche Definition als zu eng verwirft, hat doch die vorzugsweise juvenilen Irreseinsformen mit der Tendenz der Verblödung und ihrem spezifisch gefärbten Krankheitsbild von der Paranoia abgelöst und damit der Kraepelinschen Anschauung sich erheblich genähert.

Wir können uns ja bei allen unseren Klassifikationsbestrebungen der Tatsache nicht verschliessen, dass es sich dabei immer mehr oder weniger um Differenzen der „Auffassung“ handelt, so lange uns das anatomische Substrat der sogenannten funktionellen Psychosen unbekannt bleibt, und dass eine „Auffassung“ von der des Gegners immer etwas sich aneignen, ja profitieren kann. Nicht um die Deutung naturgesetzlicher Ereignisse handelt es sich ja, sondern um die Deutung und Wertung unserer subjektiven, ganz verschiedenartigen Wahrnehmungen auch wieder subjektiver Erscheinungen. Was dem Einen wesentlich erscheint, hat für den Anderen nur ganz beiläufige Bedeutung und umgekehrt. Was überhaupt bei der Identifizierung gleichartiger Krankheitsbilder „wesentlich“ ist, bleibt immer subjektiv [Hoche<sup>1)</sup>].

So ist denn der heutige Standpunkt ziemlich leicht geschildert. Kraepelin kennt nur eine sehr eng begrenzte chronische Paranoia, mit der die akuten Formen nichts zu tun haben. Dieselben gehören vielmehr zum allergrössten Teil zur Dementia praecox, oder aber sie werden der Amentia (selten), dem Alkoholismus, dem manisch-depressiven Irresein und den „diagnostisch unklaren Fällen“ zugerechnet. Eine „Paranoia acuta“ existiert nicht. Die Gegner Kraepelins spalten sich in zwei Gruppen.

Die Einen fassen den alten Paranoiabegriff von früher sehr weit, rechnen alle akuten, wesentlich intellektuellen Irreseinsformen dazu, erkennen sogar nicht einmal die Amentia und das manisch-depressive Irresein, geschweige denn die Amentia praecox mit ihren Unterformen an. Die Paranoia acuta ist nur eine Unterform der Paranoia. Die Anderen nehmen eine vermittelnde Stellung ein. Sie fassen den Begriff der chronischen Paranoia weniger eng wie Kraepelin, behaupten, dass Verwirrtheit und Heilbarkeit dieser Krankheit zukommen, lehnen daher die Dementia paranoides ab. Sie anerkennen aber neben der Amentia die Katatonie und Hebephrenie als verwandte selbständige Krankheitsformen mit vorzugsweiser Tendenz zur Verblödung und teilen mehr oder weniger die Auffassung Kraepelins über das manisch-depressive Irresein.

In der Paranoia acuta sehen sie ein selbständiges Krankheitsbild.

---

1) Hoche, Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre.

### III. Die französische Anschauung.

Die französische Anschauung über das Wesen der Paranoia verdient eine kurze Erwähnung, weil ein Teil der deutschen Autoren die Ansichten Magnans wenigstens teilweise sich zu eigen gemacht hat.

Esquirol hob aus der Gesamtheit der Psychosen mit „allgemeinem Ergriffensein“ (Manie) die Psychose, bei der vorwiegend und partiell die intellektuelle Seite ergriffen ist, als „Monomanie“ hervor.

Diese Bezeichnung ersetzte Morel, der eine typische Entwicklung des Verfolgungs- und Grössenwahns aus hypochondrischen Ideen bei Hereditären beobachtete, durch die Bezeichnung „folie systématisée“. Er schuf gleichzeitig den Begriff der „Degeneration“ auf dem Boden der Erblichkeit, welche in der ersten Generation als nervöse Reizbarkeit, in der zweiten als Epilepsie, Hysterie und Hypochondrie und in der dritten als Geistesschwäche sich äussern sollte, während in der vierten das Geschlecht mit sterilen Imbezillen und Idioten erlöschen sollte.

Die späteren Autoren bezeichnen nun alle Psychosen (Délires), welche sich nicht an Intoxikationen, an Neurosen oder an Gehirnkrankheiten (speziell Paralyse und Senium) anschliessen resp. welche nicht zur Manie, zur Melancholie oder zur folie circulaire gehören als Délires systématisés primitifs. Die Einteilung dieser Délires ist in der Folge eine wesentlich symptomatische und daher eine sehr auseinanderfahrende, doch steht dieser Einteilung nach Symptomen ein lebhaftes Bemühen gegenüber, grössere zusammengehörige Gruppen zu schaffen, und diese Bemühungen sind an die Namen Lasègue, Falret und Morel-Magnan geknüpft.

Aus dem Délire de persécution Lasègues entwickelte sich das Délire chronique Falrets (Paranoia completa nach Möbius), das auch von Magnan als zu Recht bestehend anerkannt wird und das in unerbittlich gesetzmässigem Verlauf durch 4 Perioden (der Inkubation, des Verfolgungswahnes, des Grössenwahnes und der Dementia) in chronischer Weise das ganze Leben der Erkrankten erfüllt. Remissionen (ausser im Anfang) werden gelegnet. Die Kranken sollen nicht erblich belastet sein, sind also keine Entartete, sondern geistig normal und bis zum Ausbruch der Krankheit gesund. Dieser grossen Gruppe der Déliants chroniques, bei denen alles regelmässig und gesetzmässig verläuft, stellt nun Magnan seine Dégénérés héréditaires gegenüber, welche schon von der Kindheit an deutliche Krankheitszeichen darbieten sowohl körperlich in der Form der Entartungszeichen, als geistig in der Form der psychischen Irrégularité, Disharmonie, Déséquilibre (Mangel an Ebenmass, Minderwertigkeit Kochs). Auf diesem Boden — also nur bei Entarteten! — bricht die Geistesstörung unvermittelt (als Délire d'emblée) aus, ohne Inkubation, in proteusartiger Weise gleichzeitig oder nach einander alle möglichen Formen (hypochondrische, depressive, expansive, mystische Ideen, Impulse, Instinkte, Automatismen) darbietend, von kurzer Dauer, meist heilend. Die Kranken behalten dabei trotzdem oft volles Bewusstsein. Diese Anfälle (accès,

syndromes) gehen öfters mit kongestiven, vertiginösen und epileptischen Zuständen einher.

Was ist aber Entartung?

1. schwere (konvergente) Erblichkeit. Ausserdem aber kann Entartung durch frühzeitige Schädlichkeiten (bei der Konzeption, im Fötalleben, während der ersten Jugend) erworben werden.

2. Körperliche Stigmata: Schädelanomalien, Verbildungen der Zähne, der Iris, der Genitalien, der Finger und Zehen, Asymmetrien der Fazialisinnervation, Tiks, epileptische Insulte, Migränen, langdauernde Enuresis.

3. Intoleranz gegen Alkohol, frühe sexuelle Entwicklung.

4. psychische Ungleichmässigkeit (s. oben).

Da aber viele gesunde Menschen sogenannte Entartungszeichen darbieten, da auch manche Fälle von *Délire chronique* Erblichkeit und Entartung darbieten (*Ségla*s) und stürmisch, andererseits aber Fälle von *Délire des dégénérés* chronisch verlaufen, da ferner die Fälle von *Délire chronique* mit den typischen 4 Stadien Ausnahmen darstellen, Grössenideen dabei fehlen oder gleich von Anfang an da sein können, da der Idiot wohl die körperlichen, nicht aber die geistigen Stigmata der Degeneration darbietet und typisches *Délire chronique* bei Epilepsie (die sicher zur Degeneration gehört) vorkommt, so verwischen sich die Grenzen zwischen *Délire chronique* und *Délire systematisé des dégénérés* sehr stark. Jedenfalls aber gehören nach *Magnan* alle nicht zu den toxischen neurotischen, organischen und manischen resp. depressiven Zuständen zuzurechnenden funktionellen Krankheitsbilder (also Verwirrtheit, Amentia, akute Paranoia u. ähnl.) zu den *Délires des dégénérés*.

Gegen diese Einteilung *Magnans* hat schon *Foville fils* (1871) Einspruch erhoben.

Er sagt: „Es gibt Kranke, deren intellektuelle Tätigkeit inkoherent wird: Absichten und Handlungen sind zerfahren, des Gedächtnis fehlt, ebenso die Aufmerksamkeit und Ueberlegung. Dennoch handelt es sich nicht um Manie. Alles scheint auf geistigen Zerfall (*véritable démente*) hinzuweisen, auf Unheilbarkeit. Dennoch kehrt nach einiger Zeit die Klarheit zurück, der Kranke wird geheilt. Rückfälle (Alternieren zwischen Luzidität und solchen Anfällen) sind möglich wie bei der Epilepsie.“

*Chaslin* (1883) betont diese Formen noch präziser: „Es gibt eine Gruppe von Psychosen, welche weder Manie noch Melancholie, noch *Délire des Dégénérés* sind, die schon *Delasiauve* (1851) als „*confusion mentale*“ als Einleitung paranoischer Zustände beschrieben hat.“ *Chaslin* konstatiert eine „*confusion mentale primitive*“ (Verwirrtheit) und sagt: „Es gibt eine meist akute Geisteskrankheit, die weder Manie noch Melancholie ist, die meist im Anschluss an akute Erschöpfung oder Infektionserkrankungen sich entwickelt, die nichts mit der Degeneration zu tun hat. Sie steht in der Mitte zwischen funktionellen und organischen Psychosen und ist auch von körperlichen Symptomen (Fieber, Abmagerung etc.) begleitet. Sie ist charakterisiert durch Verwirrtheit infolge von Schwäche und Inkoordination der Ideenassoziation, Wahrnehmung und Auffassung sind gestört, Aufregung, Depression, Stupor kann



dabei sein oder nicht. Die Stimmung ist indifferent oder rasch wechselnd, kataleptiforme Zustände kommen vor.“ Diese Schilderung Chaslins kann bei ihrem rein symptomatologischen Charakter natürlich fast alle akuten Psychosen (Amentia, Katatonie, akute Paranoia etc.) umfassen.

Demgegenüber hält Magnan daran fest, dass die Grundlage der Degeneration die Heredität, bewiesen durch Anamnese, körperliche und geistige Stigmata ist. Die Aeusserungen der Degeneration sind folgende:

1. Syndromes épisodiques.
2. Uebergangsformen zur Psychose,
  - a) folie raisonnée,
  - b) folie morale,
  - c) persécutés persécuteurs.
3. Irresein.
  - a) délire d'emblée,
  - b) periodisches Irresein,
  - c) mystiques,
  - d) megalomanes.

Jeder primär grössenwahnsinnige Paranoiker, jeder Paranoiker ohne Halluzinationen ist ein Dégénéré.

Ein Teil der deutschen Autoren hat die Lehre Magnans übernommen und spricht von „Degenerierten“ mit Anfällen von Psychosen wesentlich flüchtiger und heilbarer Natur.<sup>3</sup> Im ganzen hat sich aber die Lehre wegen ihrer unklaren und verschwommenen, wesentlich symptomatischen Natur keine grössere Zahl von Anhängern erwerben können. Die „Dégénérés“ umfassen so ziemlich alle unsere Krankheitsgruppen, vor allem doch auch neben den heilbaren Psychosen eine grosse Anzahl unheilbarer. — Katatonie, Dementia praecox.

Ein grösserer Teil der französischen Psychiater hat gegenwärtig die Lehre Kräpelins übernommen, ohne aber dabei die symptomatologische Richtung der alten französischen Schule zu verlassen.

#### IV. Krankengeschichten.

Die folgenden 24 Krankengeschichten sind in 6 Gruppen geordnet, lediglich zu Zwecken der besseren Uebersicht, eine nosologische Bedeutung kommt der Gruppierung nicht zu.

Gruppe A. Reine Verwirrtheit, reine primäre Wahnbildung  
ohne Halluzinationen.

No. 1 (Bonn 1889). 45jährige Ehefrau, belastet. Vorher gesund. Akute rein kombinatorische Paranoia ohne Verwirrtheit nach Aufregung und Blutverlust. Dauer ca. 7 Monate. Heilung.

Katamnese: Seit 10 Jahren gesund.

Beobachtung 1. Ehefrau, geb. 1854. Mutter litt an Verfolgungswahn. Patientin selbst gesund, intelligent, normal, kein Trauma. Glückliche verheiratet, 3 gesunde Kinder, nie nervös oder hysterisch. Im Sommer 1898 wegen einer Bonne viel Aerger, glaubte, dass dieselbe für ihre Kinder nicht geeignet sei. Sie machte wegen Korpulenz in Marienbad eine anstrengende Kur durch. Dort erlitt sie einen sehr starken Blutverlust (Metrorrhagie oder Abort?). Sie kündigte der Bonne, behielt sie aber auf Bitten derselben vorläufig. Als sie nach Hause kam, fand sie das Wesen der Kinder und des Mannes „verändert“, erstere kamen ihr verängstigt, letzterer beeinflusst vor, als ob etwas passiert sei, was natürlich bestritten wurde. Sie passte auf und glaubte überall Worte eines gegenseitigen Einverständnisses zu bemerken. Durch Zufall verzögerte sich die Abreise der Bonne, das machte sie noch misstrauischer, die Trennung war unfreundlich. Die neue Kindergärtnerin war gut, aber bald glaubte Patientin, dieselbe stehe in Beziehungen zu der alten Bonne, welche sie ins Haus gebracht habe, um sich zu rächen. Sie fand bald Bestätigungen dieses Wahnes: ein Brief verschwand vom Nachttisch, der Mann war so sonderbar, sie hatte Metallgeschmack im Munde, es zeigte sich ein roter Fleck auf ihrem Kopfkissen. Eines Nachts erwachte sie mit heftiger Angst, der Mann neben ihr war absolut nicht zu erwecken, sie eilte nach oben, fand dort ohne Grund alles erleuchtet, die Kinder verängstigt. Sie erbrach heftig, damit war ihr gleich wieder gut, das Erbrochene noch verdächtig. In der Folge war ihr Mann immer morgens betäubt, abends klar, bei ihr war es umgekehrt, sie hatte oft das Gefühl von Absterben der Glieder, von Beklemmung auf der Brust — alles das war eine Beeinflussung von Seiten der Kindergärtnerin, eine Vergiftung, Magnetismus. Sie hatte keinen Zweifel, dass ein Komplott zwischen der Kindergärtnerin und der verflochtenen Bonne bestand, war sehr aufgeregt, machte dem Manne grosse Szenen, weil er die Partei der Kindergärtnerin nahm, beschuldigte ihn der Blindheit oder unerlaubter Beziehungen zu derselben. Man brachte sie in eine Irrenanstalt, wo sie sich sehr wohl fühlte, da sie sich dort sicher glaubte. Wider ihren Willen brachte der Mann sie in ein offenes Sanatorium, wo neben den alten Ideen nun neue Verfolgungsvorstellungen sich entwickelten: die Pflegeschwester war so sonderbar, wenn dieselbe ihr die Hand gab, wurde ihr kalt, Wesen und Reden ihrer Umgebung erschien ihr eigentümlich, das Essen war ihr verdächtig, sie erbrach absichtlich, um das Erbrochene chemisch untersuchen zu lassen. Einige Male hatte sie heftige Angstanfälle, verbarrikadierte sich in ihrem Zimmer mit einem Kleiderschrank. Niemals Sinnestäuschungen. Da sie flehentlich auf einen Wechsel der Anstalt drängte, kam sie im Dezember 1908 nach Bonn. Patientin ist eine starke, sonst gesunde Dame, bei der nur die schwache Herzstätigkeit und eine Neigung zu Kongestionen in körperlicher Beziehung auffällt.

Sie ist völlig ruhig und geordnet, die Stimmung ist leicht deprimiert, misstrauisch, sie empfindet die Möglichkeit, für geisteskrank gehalten zu werden, als eine Kränkung. Mit grosser Lebhaftigkeit erzählt sie vorstehende Geschichte ihrer Krankheit, an deren Realität sie unbedingt festhält und die sie mit zahllosen kleinen Wahrnehmungen belegt immer handelt es sich dabei um

subjektive Deutung dieser Wahrnehmungen, Sinnestäuschungen sind auf keinem Gebiete nachweisbar.

Sie ist die ersten Wochen sehr reserviert und misstrauisch, sucht überall nach möglichen Zeichen des Einflusses ihrer beiden Feindinnen auch hier in Bonn, glaubt in den Briefen des Mannes, in Aeusserungen ihrer Umgebung gelegentliche Bestätigung ihrer Wahnideen zu finden, fühlt sich übrigens sonst in der Abgeschlossenheit des Anstaltslebens sehr wohl. Die Menses sind regelmässig. Schon Anfang Februar 1899 traten die Wahnideen erheblich zurück, sie hat Zweifel, ob sie sich das alles nicht bloss eingebildet habe, spricht wenig davon, zeigt ein natürliches Interesse an anderen Dingen. Im Mai besteht bereits vollständige selbstgewonnene Krankheitseinsicht, das ganze Wesen ist völlig natürlich, sie begreift selbst nicht, wie sie sich solch tolles Zeug einbilden könne. Sie meint, sie habe, als sie nach Marienbad ging, einen starken Druck auf das Gemüt gehabt, habe ihre Kinder sehr ungern in den Händen der Bonne, der sie nicht traute, gelassen, habe sich in Marienbad dauernd unbehaglich und unruhig gefühlt. Dazu sei dann die grosse Erschöpfung infolge des starken Blutverlustes gekommen — es müsse wohl eine nervöse Ueberreizung gewesen sein.

Als Ende Mai der Mann sie abholt, ist sie ganz wie in früheren Jahren, hat auch niemals gegen die Kindergärtnerin etwas einzuwenden, welche in der Folge noch jahrelang bei ihren Kindern geblieben ist.

Katamnese: Patientin hat später noch allerlei Schweres (Tod der Mutter in Geisteskrankheit, Tod des Mannes an Diabetes) erleben müssen, hatte auch viele geschäftliche Schwierigkeiten und Anstrengungen, ist aber bis heute (1908), also seit 10 Jahren, geistig und nervös völlig gesund geblieben, wie ich bestimmt weiss, da ich in dauernden Beziehungen zu der Patientin geblieben bin.

No. 2 (Bonn 1906). Kaufmann, 46 Jahre, belastet. 1 Jahr vorher periphere Faziallähmung. Längere Zeit vorher schon neurasthenisch. Starke seelische Erregung. Akuter Ausbruch eines kombinatorischen systematisierten Verfolgungswahnes. Völlige Besonnenheit. Keine Halluzinationen. Angstzustände, hysteriforme Symptome. Nach sechs Monaten Besserung, nach  $\frac{3}{4}$  Jahren Heilung. Vollständige Krankheitseinsicht. Starke Gewichtszunahme.

Katamnese: Seit drei Jahren völlig gesund geblieben, arbeitsfähig, keine geistige Einbusse, keine Nervosität.

Beobachtung 2. Kaufmann, geb. 1860, keine Lues, kein Potus, leicht belastet, sonst gesund; guter Geschäftsmann, vorzüglicher Charakter, heiter, gesellig. Arbeitete sehr viel. Schlechter Schlaf seit Jahren. Anfang 1905 periphere Faciallähmung, die ihn sehr bedrückte. Ende 1905 Verlobung der Tochter mit einem Offizier. Derselbe gab dem Patienten sein Wort, keine Schulden und auch sonst keine Verpflichtungen zu haben. Darnach stellte sich heraus, dass beides der Fall war, dass er sogar als Verlobter mit seiner Maitresse verkehrte. Patient, der empört war, zeigte die Sache dem Obersten

an und hatte unendliche Scherereien, Vernehmungen, erhielt Bitt- und Drohbriefe, der Offizier behauptete, Patient habe ihn verleumdet, er habe das Ehrenwort in einem ganz anderen Sinne gegeben. Patient wurde infolgedessen dauernd erregt und verstört durch die Sache, die ihn fortwährend beschäftigte. Er ging im Winter 1905/6 auf seine Geschäftsreise, und nun begann plötzlich die Krankheit. Er glaubte sich überall von Spionen umgeben, überall sah er dieselben Menschen, die ihm folgten, sich Zeichen machten, man logierte sich im Hotel im Nebenzimmer bei ihm ein, drängte sich ihm in Verkleidungen auf, beobachtete ihn. Ein ganzes Heer von Agenten war auf seinen Fersen. teils Privatdetektives im Auftrage der Familie des Offiziers, teils Beamte der Polizei und der Staatsanwaltschaft, man hatte ihn in Verdacht, dass seine an Eidesstatt abgegebenen Erklärungen falsch seien, er habe das Heer beleidigt, man wolle jetzt durch Spionage feststellen, ob sein Lebenswandel ein einwandfreier sei, um seine Glaubwürdigkeit zu erschüttern, man wartete nur auf eine günstige Gelegenheit, um ihn zu verhaften. Anfang Februar 1906 kam er in die Anstalt, nachdem sich die Verfolgungsideen sehr gesteigert hatten. Es bestand lebhaftes Angstgefühl, er war ganz beherrscht von seinen Ideen. Auf Widerspruch der Frau war er gereizt, erklärte sie für eine Idiotin. Patient ist abgemagert, neigt zu Kongestionen, Pulsbeschleunigung, sonst ergibt die Untersuchung körperlich und nervös nichts Besonderes. Etwas Arteriosklerose, Pupillenreaktion, vielleicht ein wenig unausgiebig. Peripherische Fazialislähmung rechts. Er ist völlig ruhig und besonnen, aber ängstlich und misstrauisch, gibt die obige Anamnese und hält unbedingt an der Richtigkeit aller seiner Wahrnehmungen und Wahnideen fest — er allein könne das beurteilen, er sähe eben schärfer als andere. Er beschäftigt sich lediglich mit seinen Ideen, erwartet und fürchtet jeden Augenblick die Verhaftung.

Während er sich abends verhältnismässig leicht ablenken lässt, sogar aufgeräumt und lustig ist und seine Ideen vergisst, ist er tagsüber verstimmt und immer auf dem Qui vive. Auf der Strasse sieht er sich fortwährend und überall von Agenten der Staatsanwaltschaft beobachtet und verfolgt, einer verständigt immer den anderen durch Zeichen (Gehörstäuschungen sind nicht vorhanden); in allen neuen Patienten sieht er ebenfalls Spione und ist ausser sich, als ein Assessor als Patient eintritt und ein Militärarzt in Uniform resp. ein Oberst zu Besuch kommt. Das sind alles verkleidete Agenten, und er wird sicher jetzt verhaftet werden. Auch der eine Wärter ist ein Spion; den Schwager des Offiziers glaubt er auch in Bonn gesehen zu haben. Für das Absurde seiner Vorstellungen hat er kein Verständnis, er weiss es besser. Vor Fremden weiss er sich völlig zu beherrschen. Die meist traurige, ängstliche Verstimmung steigert sich zeitweise, besonders abends und nachts zu heftigen Angstanfällen und Kongestionen. Vorübergehend stellt sich eine leichte Parese des rechten Oberarmes mit entsprechender Hypästhesie ausgesprochen psychogener Natur ein. Auch sonst ist das Wesen ausserordentlich wechselnd, reizbar, dem Arzte gegenüber (den er auch für mitbeteiligt hält, da er in sich gewissermassen einen Untersuchungsgefangenen sieht) dissimuliert er, der Frau gegenüber spricht er sich offener über seine völlig unerschütterlichen, durchaus

zusammenhängenden Wahnideen aus, die er mit grossem Scharfsinn gegen den Vorwurf der fehlenden Logik verteidigt. Der Schlaf ist immer sehr schlecht.

Der Zustand schwankt sehr, Besserungen wechseln mit Verschlechterungen; als im Juni 1906 die Wahnideen allmählich nachlassen und der Patient mehr und mehr sich von der Irrealität seiner Befürchtungen überzeugt, bestand gleichzeitig eine auffällige allgemeine Apathie und Interesselosigkeit. Gerne liess sich Patient trösten; er war dankbar für die Bemühungen des Arztes, trotzdem er denselben gleichzeitig für einen Polizeiagenten hielt, die Wirkung der Beruhigung war aber auch nie von Dauer. Im Juli 1906 trat dann eine rasch zunehmende geistige und körperliche Besserung ein. Der Patient gewann seine Energie, seine Tatkraft trotz grosser äusserlicher Schwierigkeiten zurück, er nahm an Gewicht und Aussehen zu, der Schlaf besserte sich, die Angstzustände verschwanden, und die Verfolgungsideen verblassten mehr und mehr, ohne vorläufig ganz zu verschwinden. Das geschah erst allmählich, als Patient in seine gewohnten Verhältnisse und an die Arbeit zurückgekehrt war.

Katamnese: Aus einem Briefe vom Dezember 1906 und aus späteren mir gewordenen Mitteilungen (Anfang 1909) geht mit voller Sicherheit hervor, dass er wieder geistig gesund ist, mit vollständiger Krankheitseinsicht auf seine verflossene Krankheit zurückblickt, und dass er sein Geschäft in vollem Umfang wie früher und mit bestem Erfolg wieder aufgenommen hat. Auch sein Gemütsleben ist wieder ganz wie früher, von geistiger verminderter Leistungsfähigkeit ist nichts zu bemerken. Der Schlaf ist wieder ein normaler.

No. 3. Chemiker, 31 Jahre. Doppelseitig belastet. Seit vier Jahren Prodrome (Nervosität, Urteilsunfähigkeit, Charakterveränderung, Melliturie) nach Schädlichkeiten und Trauma. Akuter Ausbruch von kombinatorisch-halluzinatorischem Verfolgungswahn, vorwiegend sexuellen Inhalts, gerichtet gegen die Anstalt. Besonnenheit, motorische Unruhe, Gehobenheit, Zerrahrenheit, Eindruck des Schwachsinn.

Nach zwei Jahren Heilung, Wiederherstellung der Persönlichkeit und Arbeitsfähigkeit.

Katamnese: Seit einem Jahre gesund. (1909 zwei Jahre.)

Beobachtung 3 (Bonn 1907). Chemiker, geb. 1876. Starke doppelseitige Heredität. Patient selbst gut begabt. Studierte Chemie, gute Examina. Musikalisch, etwas reizbar und empfindlich. Vor Jahren und gelegentlich Spuren von Melliturie, bis 0,5 pCt. Diente 1901, gut. Er selbst gibt an, dass er stets ein empfindlicher Mensch gewesen sei und bei starker Sexualität viel geschlechtliche Unarten begangen habe, auch hatte er wegen Liebesaffären sehr grosse seelische Erregungen. Im August 1903 erlebte er eine starke Laboratoriumsexplosion, bei der er sich heftig erschreckte, an die sich ein Zustand mehrtägiger Apathie mit Unfähigkeit zu sprechen anschloss. Seit dieser Zeit hat sich sein Zustand verschlechtert, er konnte nicht arbeiten, schlief schlecht, war unstät. Nach den Angaben der Mutter ist er etwa seit 1901 (viel Liebesgeschichten) nervös, das nahm dann seit 1903 zu, er war weinerlich, schlief schlecht, gab plötzlich seine Stellung auf, weil er sich mit seinem Chef nicht

vertrug, wurde verschwenderisch, zerstreut, war unordentlich, tat nichts mehr. Keine Abstumpfung des Gefühls, vor Fremden nahm er sich sehr zusammen, den Eltern machte er oft einen ganz zerfahrenen, benommenen Eindruck, er klagte über „Zwangsgedanken“, sei ängstlich, könne nicht allein sein, äusserte aber nie Wahnideen. Nie Weinkrämpfe, keine hysterischen Symptome. Zerfahrenheit, Willensschwäche und Arbeitsunfähigkeit waren das hervorstechendste Symptom. Einige Kuren in Sanatorien waren erfolglos. Herbst 1905 ging er in eine Privatirrenanstalt. Patient ist sehr unruhig, folgt jedem Einfall, ist totunglücklich, unheilbar, den nächsten Augenblick gehoben, schon geheilt, er werde Medizin studieren, Nervenarzt, sehr unternehmungslustig, spricht fortwährend von sexuellen Dingen; ist zerfahren, oft ausgelassen, nachher Angst-anfall, Reue. Er entwickelt schon Anfang November paranoide Ideen: alle Damen beobachten ihn auf seine sexuelle Neurasthenie, die Aerzte auf Onanie und Geisteskrankheit, er werde als „Semit“ behandelt. Renommiert, haltlos, zerfahren, unsicher, ungeheuer neugierig, stets auf der Lauer, dass über ihn gesprochen werde, unfähig zu jeder Arbeit. Bei guter Nacht riesig aufgelegt, renommiert, bei schlechter ganz geknickt, liegt herum.

Im Dezember 1905 systematisieren sich die Ideen bereits. Der Anstaltsleiter hat die jüngeren Pflegerinnen beauftragt, ihn auf seine sexuelle Betätigung zu beobachten. Alle Pflegerinnen sind in ihn verliebt. Das ganze Haus ist voll von sexuellen Vorgängen. Verlässt plötzlich die Anstalt, glaubt, man setze ihn überall zurück, kränke ihn, nenne ihn und seine Eltern unanständige Menschen. Spioniert im Zimmer des Arztes und in seinen Papieren herum, lügt sich frech, aber ungeschickt heraus. Nennt sein Herumlaufen „geistiges Arbeiten“. Glaubte sich von bestimmten Personen, die er nicht nennen will, verdächtigt und verfolgt. Sagt einer Pflegerin, sie solle besser auf ihre Schwester achten, dieselbe sei durch ihr sinnliches Temperament gefährdet. Spricht überhaupt fast nur von sexuellen Dingen, teilt jedem seine „Beobachtungen“ mit, kombiniert alles in der unsinnigsten Weise, sieht überall Komplotte mit der Absicht, ihn sexuell aufzuregen, ihm seine Keuschheit zu erschweren. Sieht in einer Pflegerin seine „Feindin“, überall werde getuschelt, beobachtet, nichts wie Intriguen und Klatschereien gegen ihn, aber er sei so begabt, dass er alles sofort merke. Dabei hochroter Kopf, sehr erregt. Belästigt alle Menschen. Anfang Januar 1906 macht er eine heftige Szene, weil er glaubt, eine Dame habe öffentlich seine Krankheit (d. h. Onanie oder psychische Impotenz) vor den Pflegerinnen erörtert, diese Dame hetze den Arzt gegen ihn auf. Nach ruhiger Nacht bittet er allerdings das Meiste wieder ab. Nennt seinen Aufenthalt ein „Martyrium“. Eines Nachts rennt er nur im Hemd auf dem Korridor herum, zwei Tage darnach ist er nach guter Nacht sehr heiter: „Ihr Haus ist ein Idealhaus—ich habe es dazu gemacht—Sie werden erst später begreifen, welche Dienste ich Ihnen durch meine aussergewöhnliche Beobachtungsgabe erwiesen habe—ich könnte als Ihr Assistent Grosses leisten“ etc. Verliert dabei den Faden und kann den Gedanken nicht klar ausdrücken.

21. Januar. Nach Konsultation (Diagnose: Schwere psychopathische konstitutionelle Neurasthenie mit Bildung von wahnhaften Ideen, total egozentri-

scher Betrachtungsweise, vielleicht progressiver Prozess, Dementia praecox?) entweicht Patient, kehrt nicht zurück, da in der Anstalt Sulfonal statt Veronal gegeben werde (s. später).

Gewicht Ende Dezember 134 Pfund.

Zu Hause führte er den „Krieg“ gegen den Feind, dem er Rache geschworen hatte durch querulirende Briefe, weiter, bis die Ueberführung in die Anstalt in Bonn am 28. Februar 1906 erfolgte.

Patient ist bei der Aufnahme äusserlich geordnet, ruhig, Stimmung gehoben, spricht mit grosser Verve über seine Erlebnisse in der Anstalt, bespiegelt die eigene Unwiderstehlichkeit, lacht dabei schwachsinnig. Sein ganzes Wesen ist läppisch, kindisch. Die Untersuchung ergibt ausser dürftiger Ernährung blasse Gesichtsfarbe, raschem Puls, nichts Besonders, speziell keine hysterischen Stigmata. Im Urin Spuren von Zucker (0,5 pCt.).

Er gibt die obige Anamnese und schildert seine Anstaltserlebnisse. Er hat keine Zweifel an der Realität. Alles drehte sich dort um ihn, er war im Mittelpunkt allen Interesses, es war der reine Harem. Er erzählte einzelne Aeusserungen von Personen, die direkt den Eindruck des Wahnhaften machen, besonders handelt es sich um halblaute Bemerkungen, die seine angebliche Perversität, seine Impotenz und den Vergiftungsversuch betreffen, sonst handelt es sich wesentlich um Umdeutungen und Kombinationen. Aus ganz gleichgültigen Dingen kombiniert er sich die kompliziertesten Ereignisse zusammen. Eine erhebliche Selbstüberschätzung geht aus Allem hervor, daneben aber ein ganz kohärentes Verfolgungswahnsystem gegen den Anstaltsleiter, den er des Mordes für fähig hält und der nach seiner Meinung an nichts anderes denkt, als ihn zu verderben. Das Verhalten des Patienten ist in den nächsten Monaten ein absolut gleiches. Er denkt nur an seine Erlebnisse und spricht nur davon. Jedem erzählt er sie, jeden Tag findet er neue „Beweise“, „Tatsachen“, erzählt lange Geschichten von Dingen, die passiert wären, was die Leute gesagt, getan, gedacht haben — fügt naiv hinzu „ich denke mir das so!“ Ist manchmal selbst über seine Phantasie und die Identifizierung von Gedachtem und Erlebtem erstaunt, fühlt sich selbst geistig unfähig zu allem, ist ganz zerfahren, zu jeder Tätigkeit ausser Stande, kann nicht lesen. Er hat eine grosse motorische Unruhe, rennt zwecklos herum, zerstört in kindischer Weise Gegenstände, quält Tiere, ist ungemein neugierig und misstrauisch; jeder spricht von seinen Angelegenheiten, jeder Brief, jedes Telegramm betrifft ihn, die Anstaltsärzte stehen mit der früheren Anstalt in Verbindung, er glaubt, sein Feind sei hier oder verbreite in seiner Vaterstadt Gerüchte über ihn. Er ist sehr unordentlich in seinem Wesen und Kleidung, stellt sich trotz Verbotes immer wieder halb angezogen an das Fenster, ist aller Welt sehr lästig durch sein kindisches Wesen. Zeitweise steigert sich die Erregung so, dass man ihn auf sein Zimmer beschränken muss, zu anderen Zeiten fühlt er sich selbst so matt und elend, dass er tagelang im Bette bleibt. Erst im März 1907 wird er doch allmählich gehaltener und verständiger; es stellt sich eine halbe Krankheitseinsicht ein, er ist sehr viel wohler und kräftiger, hat tüchtig an Gewicht zugenommen, der Schlaf ist besser, im Urin kein Zucker mehr. Er wird versuchsweise entlassen

und ist zu Hause zunächst noch sehr zerfahren. Allmählich bessert sich das aber, er kehrt zu seiner früheren Arbeit zurück, kann jetzt wieder etwas leisten und ist nicht mehr unordentlich, zerfahren, interesselos, sondern penibel, konzentriert auf seine Arbeit, sucht emsig nach Gelegenheit zu praktischer Berufstätigkeit — kurz, ist nach Ansicht des Vaters „ein ganz anderer Mensch“. Von „Wahnideen keine Spur“, er spricht nicht mehr davon, jedenfalls sind sie, wenn nicht korrigiert, doch völlig verblasst.

Katamnese: Nach Angabe des Bruders (Arzt) Ende 1908 hat sich Patient allmählich geistig und körperlich so erholt, dass er ein ganz anderer Mensch geworden ist, gesünder und normaler als seit langen Jahren.

Gruppe B. Wesentlich primäre Wahnbildung, wenig Halluzinationen, keine Verwirrtheit.

No 4. Tischler, 39 Jahre. Belastet. Seelische Erschöpfung. Akute Verfolgungsideen gleichzeitig mit Grössenideen, beruhend auf innerer Eingebung und Gefühlen sowie auf Umdeutungen. Zuerst ängstlich, später gleichmütig, völlige Besonnenheit, leichte Gehobenheit und Erregtheit. Nach 10—12 Wochen Heilung. Gewichtszunahme 10 Pfund.

Katamnese: Seit drei Jahren gesund.

Beobachtung 4. Tischler, katholisch, geb. 1865 (141/1905, Kiel). Patient ist belastet, Mutter trübsinnig, starb durch Suicid, Familie sonst gesund, fleissig, solide, kein Potus, kein Trauma, nie Krämpfe. Vor 6 Jahren schwere Sägeverletzung an der rechten Hand, damals war er nervös, fürchtete den Tod, nicht wieder gesund zu werden, hatte aber keine Verfolgungsideen. Etwas nervös will er seitdem geblieben sein. 1904 starb seine Frau, was ihm grossen Kummer bereitete, nach einjähriger Krankheit. Dazu kamen Differenzen mit seinem Meister, er glaubte, derselbe hetze gegen ihn, wolle ihn aus der Arbeit fort haben. So habe er in der letzten Zeit sich aufgeregt gefühlt, nicht geschlafen.

Am 15. Dezember 1895 schrieb er an den katholischen Vikar folgenden Brief: „Diener Gottes! Komme ja nun, ich habe Sachen mit Dir zu sprechen, weihe Salz, Wasser, Kreide, Siegellack, 12 Pfund Salz! Geld habe ich nicht, so es sich um Gerechtigkeit handelt, ist Stehlen keine Sünde. Glaube, eile, komme, sonst hole ich Dich, es ist ein Kranker“.

Am 13. Dezember 1909 schrieb er: „Diener Gottes, bereite Dich zum tüchtigen Streite, für mich auch, die Kirche soll verherrlicht werden, Du hast studiert in Büchern, ich im Leben, Lieben, Leiden, ich liebe von sieben Töchtern die sechste, von oben herab, ich liebte im Gesetze und im Leben ganz besonders das sechste und zweimal sieben gute Gebote und böse Gebote und das sechste von einmal zehn Geboten. Mit Februar kommt eine neue Zeit — sehe sehe, überlege“.

In der Folge gegen Ende des Monats schrieb er noch 4—5 Briefe ähnlichen Inhalts: „Zauberei“ hat aufgehört, doch der Wahrheit soll das Zeichen, wie die Nacht dem Lichte weichen. Kennst du das Licht, ich auch. Der Engel zeigte es mir gestern Abend — Wahrheit muss werden — Gerechtigkeit ist



nahe. Komme, der Tag ist nahe. Ich muss auch bitten, eilen, eilen, hier ist der schwärzeste Unglaube und die beste Stelle zur Verherrlichung der heiligen Kirche. Xstrasse 14<sup>1)</sup> im oberen Stock hat das liebliche Kind eine liebliche Ruhestätte am Spiegel, liebliche Blumen ohne Fehlfarbe. — Diener Gottes! Telegramm an Gräfin Montignoso, Florenz. „Sofort nach Kiel, Kinder erwarten die Mutter. Bald Rückantwort. Immakulata Xstrasse 14“. — Für das Haus Wettin werde ich eine Urkunde fertigen, damit sie sehen, wo Gerechtigkeit ist. Die heilige Dreifaltigkeit — mein Vater. Mater dolorosa, meine Mutter Immakulata, meine Braut, mein Name bleibt Tod.“ Der Kreisarzt besuchte ihn auf diese Briefe am 31. Dezember, fand aber keine Veranlassung, einzugreifen.

Am 20. Januar 1905 skandalisierte er in seiner Wohnung, predigte laut zum Fenster hinaus, hatte sich verbarrikadiert, die Polizei führte ihn ohne Widerstand der Klinik zu. Er ist in einem phantastischen Kostüm, bekleidet mit einem langen Drillichkittel, darunter ein Spitzenrock, um die Taille eine Schärpe, auf der Brust ein grosses Papstkreuz, verziert mit rosa Bändern. Unter dem Kittel ein Frauenunterrock, die Unterhose trägt er über der Hose. Er ist ruhig, geordnet, aber sehr ängstlich, völlig orientiert, gibt die Anamnese wie oben und erklärt seinen Aufzug durch den Wunsch, „ritterlich auszusehen.“ Das Lammfell sei der beste Kugelfänger, man verfolge ihn, wolle ihn totstechen oder erschiessen. Getan habe ihm noch niemand etwas; aber schon längere Zeit habe er so den Wahn, als wenn man ihn aus der Welt schaffen wolle. Man laure ihm auf, das Kreuz solle bedeuten, dass er keine Furcht habe, aber innerlich sei ihm sehr bange, und habe er sich in sein Schicksal ergeben. Er sei ein „Diener der Zeit, nach der Art Melchisedeks, ein kleiner Prophet,“ so eine Art Vorläufer des Hirten, der aus Evangelischen und Katholischen eine Herde machen werde.

Die körperliche Untersuchung ergibt, abgesehen von der Sägeverletzung der Hand und leichtem Tremor, absolut nichts Abweichendes. Patient ist müde, hungrig, schläft sofort ein.

Am anderen Tage ist er ruhig, erzählt, er habe das Kostüm angefertigt, um „seiner inneren Bewegung zu entsprechen.“ Er fühle sich „angegriffen“, aber nicht krank, nur wenn der „Impuls“ da im Herzen in die Höhe steige, dann fange er an zu grübeln. Er fühle sich verfolgt, man jöhle und pfeife überall hinter ihm, dann sehe er überall Zeichen, Geheimsignale — ein vorbeifahrender Wagen mit Eisenreifen bedeute ihm das Nahen der Verfolgung, einer mit Gummireifen bedeutete, dass Prinz Heinrich zu seiner Hilfe komme, das Militär mobil machen werde. Danach habe er die Gegenzeichen zum Fenster hinaus schießen wollen. Gestern habe er sich verbarrikadiert gegen seine Feinde, wollte als Frau entfliehen, der Frau erweise man Mitleid. Jetzt sei er nicht mehr ängstlich.

Ist gleichmütiger Stimmung, sehr weitschweifig im Reden. Abends wird er ängstlich, bittet um Gift, es sei besser als mit Knütteln totgeschlagen zu werden. Sein Leben sei verfehlt, die Frau tot, die Kinder allein. Es sei ihm

---

1) Sterbeort der Frau.

schlecht gegangen, er habe sich zu sehr angestrengt, habe zuviel Sorge und Kummer gehabt, er sei ganz matt. Beruhigt sich rasch. In der nächsten Zeit ist er ruhig und geordnet, freut sich über den Besuch der Kinder. Erregt sich leicht bei allen Dingen und spricht dann ununterbrochen. Ueberhaupt steigt in der nächsten Zeit die Erregung wieder etwas. Patient spricht fortwährend; ist sich dessen selbst bewusst, er sei sicher noch nervenkrank, der „Impuls“ sei noch so stark. Anfang März wird er dann aber dauernd ruhig. Er fühlt sich als Rekonvaleszent, der noch längerer Ruhe bedürfe, der Beruf sei zu schwierig. Weiss, dass er krank war, hatte das Gefühl, er solle in der Kirche predigen, als Opferlamm sterben. Er schloss sich ein, weil er den „Wahn“ hatte, einige wären beauftragt, ihn zu ermorden. Das war alles nur eingebildet, krankhaft, keiner dachte daran. Der Tod der Frau war sein Unglück, er verlor viel mit ihr; sie war anregend, freilich zu religiös, damit steckte sie ihn an. Seine Krankheit ist nicht Geisteskrankheit, sondern Schwermut und Nervenzerrüttung, Körperschwäche. In der letzten Nacht, als der Fieberwahn ausbrach, hat er sich den Schnurrbart abgeschnitten, wollte sich unkenntlich machen. Es kam ihm vor, als sei Revolution, die Türe hatte er verschlossen, die Schlüssel mit Gewichten beschwert, damit man sie nicht mit den Magneten umdrehen könne. Er predigte zum Fenster hinaus dem Volk, den Vikar liess er nicht ein, er traute ihm nicht, er wünschte die Polizei. Er habe die Tür nachts mit einem Schranke verbarrikadiert, damit es niemand merke. Dass er krank sei, sei sicher, ob er nicht doch noch verfolgt worden sei, werde er erst nach acht Tagen, wenn er wieder draussen gelebt habe, sagen können. Es werde wohl noch ein Vierteljahr dauern, bis er wieder ganz gesund sei. Ein plötzlicher Ueberfall durch einen Paranoiker erregt ihn nur ganz oberflächlich. Noch immer spricht er weitschweifig, gewählt, mit (nicht richtig angewandten) Fremdwörtern, schreibt Briefe in etwas geschraubtem Stil. Gewichtszunahme von 63 auf 68 Kilo. 2. Juli 1905 entlassen.

Katamnese: Hat sich öfters vorgestellt, arbeitet. Rückfall ist nicht eingetreten. Der Vikar, der ihn genau kennt, schreibt, dass Patient ganz gesund ist.

Prof. Siemerling sah ihn im Februar 1908, fand ihn ganz normal. November 1908 desgleichen.

No. 5. Dienstmagd, 19 Jahre, belastet. Mit 15 Jahren ohne Ursache und Prodrome kurze Depression mit Schwangerschaftsidee; dann Remission, ein halb Jahr später plötzlicher Ausbruch von systematisiertem Verfolgungswahn, beruhend auf Sinnes-täuschungen und Umdeutungen, dabei gesteigertes Selbstgefühl, Besonnenheit, Schwangerschaftsidee. Nach zwei Monaten starke Besserung. Entlassen. Gewichtszunahme 7 Pfund.

Katamnese: Seit vier Jahren völlig gesund, arbeitet fleissig, in Stellung.

Beobachtung 5. (No. 1646/03 Kiel.) Dienstmädchen, geb. 1885. Die Schwester war zwei Jahre in der Irrenanstalt, soll wieder völlig gesund sein. Sonst keine Erblichkeit. Ging und sprach spät, lernte in der Schule mässig.

Regelmässig menstruiert, körperlich gesund, keine epileptische oder hysterische Antecedentien. Seit der Schulzeit Dienstmädchen, war stets ordentlich und fleissig, hatte gute Zeugnisse, war immer sehr religiös.

Im Frühjahr 1904 hatte Patientin einen Depressionszustand von 5 Wochen Dauer, sie weinte viel, sagte, sie habe sich vergangen, solle deshalb verbrannt werden. Näheres nicht bekannt, nach 5 Wochen war sie wieder wie früher, normal. Die Dienstherrin, Frau L. berichtet, dass Patientin im April bis Mai 1904 tiefsinnig war, fast gar nicht sprach. Sie glaubte danach, mit einem Mann sich eingelassen zu haben, was Frau L. für unwahrscheinlich hält. Sie sei stets sehr fleissig, sauber und bescheiden gewesen. Sie ging damals zur Erholung 5 Wochen zu ihrem Schwager, kam gesund, heiter und arbeitsfähig wieder zurück. Im Oktober 1904 fiel sie dadurch auf, dass sie alle möglichen Lieder vor sich her sang und in zunehmender Weise bei der Arbeit zerstreut und untüchtig war. Glaubte, ein Schauerroman war extra für sie hingelegt, ein verheirateter Mann im Hause habe sie angefasst (wahrscheinlich Einbildung). Ass schlecht. In der letzten Zeit gesteigertes Selbstgefühl, sie sprach nur mit Leuten, die mehr waren oder reicher als sie selbst.

Anfang November 1904 wurde die Patientin plötzlich verändert, sie wurde mit der Arbeit nicht fertig, vergass Aufträge, sprach Bibelsprüche vor sich hin, sagte ihrem Schwager, sie habe es schlecht bei der Herrschaft, man habe ihr schlechte Romane zum Lesen gegeben, sei dadurch verdorben. Habe soviel arbeiten müssen, keine Ruhe nachts gehabt. Tatsächlich hatte sie es sehr gut bei der Herrschaft.

10. November 1904 zur Klinik gebracht. Sie ist äusserlich ruhig, zeitlich und örtlich orientiert, geordnet in Haltung und Rede. Die Untersuchung ergibt, abgesehen von steilem Gaumen auf keinem Gebiete eine Abweichung. Bei der Exploration ist sie zunächst ruhig, wird aber dann plötzlich sehr erregt. „Es sei unerhört“ (eine Phrase, die von jetzt ab immer wiederkehrt) wie es die Herrschaft mit ihr getrieben habe, man legte Zettel für sie hin mit der Aufschrift „deine beiden Schwäger sollen Leichenträger werden“. Die beiden Töchter des Hauses jubelten und sangen anzügliche Lieder, legten ihr Schauerromane hin, in den an besonderen Stellen (z. B. „und sie hat nicht die Kraft, ihn zu verdammen“) Lesezeichen sich befanden, die „fliegenden Blätter“, die „liebe Jugend“ alle mit besonderer Beziehung auf sie selbst, „es ist unerhört und doch ist Hoffnung da.“ Sie weiss, dass sie zu Hause aufgeregt war, deswegen komme sie hierher. Sie müsse aber ein eigenes Zimmer haben, denn sie werde bald niederkommen, sie sei seit März schwanger. Ein Bauernsohn habe sie auf die Schulter und den Mund geküsst, davon sei sie schwanger, „der hat mich auf die Schulter geküsst, wird im Hause herum gejubelt.“

Geschlechtsverkehr habe sie nie gehabt, letzte Periode vor einigen Tagen. Patientin ist sehr redselig, etwas affektiert, wechselt häufig den Affekt, bald heiter, bald weinerlich. Isst und schläft ruhig, beschäftigt sich. Auch in der Folgezeit spricht sie von Schwangerschaft und baldiger Niederkunft, ihre Herrin habe gesagt, Mitte November werde ihre Bleichsucht aufhören, auch habe sie beim Kohlentragen etwas im Leibe gespürt. Wird bei den Erzählungen, von

dem, was die Herrschaft „mit ihr getrieben habe“ immer sehr erregt, weint, berichtet stets neue Züge, man habe gesungen: „eine Kette an den Beinen, einen Ring durch die Nase.“ Semmel habe man in den Kohlenkasten gelegt, um sie zu ärgern — „es ist unerhört, ich will alles sagen, wie es gewesen ist, wenn so viele Herren um mich stehen, sonst wird mein Gewissen nicht rein!“ Man sagte, sie habe einen zweifelhaften Mord auf dem Gewissen — „du stirbst an der Wiege des Kindes!“ die Herrin habe ja geglaubt, dass sie schwanger sei. Auch eine Geschichte in der Zeitung, dass ein Mann sich am wieder-geöffneten Sarge seines Liebchens getötet habe, beziehe sich auf sie, der Hausarzt habe zu ihrer Herrin gesagt: „da ist Ihr Mädchen, das hat Herzklopfen, da ist keine Hoffnung mehr!“

Ende November glaubt sie übrigens, nicht mehr schwanger zu sein, es sei wohl Blutarmut. Dagegen liefert sie bei jeder Visite Zettel, Ausschnitte und Bilder aus der „Woche“ ab, die alle zu ihr selbst in Beziehungen stehen. Zunächst sind diese Zettel noch sehr konfus, kreuz und quer geschrieben, in manirierter Schrift, einzelne Worte sind ganz unverständlich, andere mit verkehrten Druck- und Haarstrichen, immer handelt es sich um Verse, Zitate, teils aus dem Gedächtnis (meist Liederstrophen), teils abgeschrieben, auch Bibelstellen. In alles wird eine persönliche Beziehung gelegt, z. B. neben den Zahlen einer Gewinnliste von 20—30000 schreibt sie einmal: „bin ich noch jung?“ Bald aber (Ende November) werden sie tadellos in der Form und auch der Inhalt ist völlig zusammenhängend. Sie schreibt den Aerzten, stets handelt es sich um Dinge, die sie seit dem Frühjahr erlebt zu haben glaubt, um Anspielungen der Familie ihrer Herrschaft, durch welche man sie auf ihre Schande, auf den Tod, auf Selbstmord hinweisen wollte.

Die folgenden Auszüge mögen das illustrieren — „im April lag im Kohlenkasten ein Bild von einer Mutter mit 3 Kindern — da stand darauf — „du alte Hexe, die Kinder sind dir geboren.“ Das sollte sie sein. — Jeden Tag wurde bei Frau L. gesungen: „Aus deinen Augen die wahre Liebe spricht — lasset uns das Leben geniessen — die alte Waschfrau — bald wird Feindesblut die Erde röten“ usw. Als ich am 17. August Geburtstag feierte, sang die eine Tochter: „Und jetzt stirbt unterm Lindenbaum, die einst so schön und jung — sie stirbt an der Wiege des Kindes.“ Auch noch die Worte: „Stolz in der Brust, siegesbewusst — O alte Burschenherrlichkeit“. — Frau L. sagte, wie ich mit der Plätterin in der Küche stand: „Jetzt verzehrt sie das ewige Feuer“ — „ach wie bald, schwindet Schönheit und Gestalt.“ Ich bin Waise, aber ich kann den ganzen Winter in Winterbeck (Wohnort des Schwagers) sitzen, bitte wenden. Eigene Angelegenheit des Empfängers. Heute will ich berichten von einem Vorgang bei meiner Herrschaft im letzten halben Jahr. Stets wurde darauf hingewiesen, dass ich einen Mord begangen hätte, ich sollte mich erhängen, das war im Juni, dann hiess es, Gott würde mich bestrafen wegen Mord, ich habe dann natürlich 4 Wochen nicht geschlafen. Geklagt habe ich das Niemanden, ich behielt es für mich, es waren ja die besten Herrschaften in Kiel. Als ich Mitte April auf dem Korridor rein machte, lag da ein Zettel „Erhänger naht“ und auf dem Küchentisch lag natürlich ein

Zettel „Das Haupt des Erhängten.“ Das sollte ich sein. Da konnte ich nicht schlafen und als Dr. X. (der Hausarzt) die scharfen Worte zu mir sagte: „Mädel, Ihr Herz ist kein Menschenfresser!“ da konnte ich auch nicht schlafen. Ich wollte mich einigemale auf dem Trockenboden erhängen. Erzählungen von schwangeren Mädchen legte man mir hin, Frau L. sagte, das dicke Schwein wird täglich fetter und doch nannte sie mich stets Kind. Im Frühjahr sagte sie auch, wenn Anna (sie selbst) stürbe, bekäme sie einen Kranz von Disteln und Brennesseln aufs Grab. Auf der Toilette lagen die „fliegenden Blätter“ ein Bild, Weiber, die in Schlangen verwandelt waren. Ein Roman, den man mir hinlegte, hieß: „das Kleeblatt“, das bin ich mit meinen zwei Schwestern, die anderen sind tot. Wenn ich kurzatmig bei der Arbeit war, so sagte Frau L. oder es wurde gesungen: „denke, dass es Seufzer sind, die ich zu dir sende“. — Stets wurde gesungen „Letzte Rose“. Am 8. November wurde in der Kirche gesagt: „Leute, die sterben, kommen ins Gefängnis, Leute, die lügen, in die Hölle.“ Das ist keine Einbildung von mir, gemeint war ich. In der Waschküche standen Holzpantoffel mit der Inschrift: „Zum Lieben, das ist wahr, gehöret auch ein Paar.“ Stets wurde gesungen: „Liebe vom Zigeunerstamme.“ Selbst die 13jährige Tochter sagte: „Er liebt mich von Herzen, mit Schmerzen usw.“ Dann heisst es für mich: „Noch sind die Tage der Rosen.“ Man wies auf meinen Verlobungsring hin, ich bin aber gar nicht verlobt, man sagte von der Kindesmörderin — das war wieder ich. In der Zeitung stand etwas von fünffachem Mord, das sollte auf mich gehen, ich sollte mich aufhängen. Frau L. warf einen Schachteldeckel mit einem Stiefmütterchen darauf in den Kohlenkasten, das sollte heissen, dass nach meinem Tode mein Kind eine Stiefmutter haben sollte. Ich fand einen Zettel: „Viele Tiere bekommen nur ein Junges“ damit war ich gemeint, was habe ich alles im Jahre 1904 erleben müssen! Auch in Winterbeck im Frühjahr wurde immer gesungen: „Es hat für sie in diesem Leben die Sonne nicht gescheint.“ Aber jetzt will ich mich über alles hinwegsetzen. In der Klinik geht es mir sehr gut, da werden keine Lieder gesungen, keine Anspielungen gemacht, da habe ich Schlaf und Ruhe, der Dienst bei Frau L. war doch sehr anstrengend und verantwortungsvoll gewesen trotz guten Essens“.

Anfang Dezember 1904 ist Patientin viel ruhiger, die Briefe und Zettel hören auf, sie beklagt sich zwar noch über ihre Herrschaft, ist in wechselnder Stimmung, ist aber vom Besuch der Dame sehr erbaut. Auch in der Folge lacht sie öfters über das, was sie alles bei Frau L. gehört habe, die Schwangerschaft sei Unsinn, das hätten ihr Schwager und Dr. X. ihr nur eingeredet. Eine richtige Krankheitseinsicht fehlt, öfters beklagt sie sich noch mit lebhaftem Affekt, wie man es mit ihr getrieben habe. Verse schreibt sie immer gerne ab, lernt sie auswendig.

Noch am 20. Dezember sagte sie, der Schwager habe sie aufgefordert, sich zu erhängen, er sagte: „Sie ist so eigen, sie soll an den Galgen und will nicht,“ auch kommt sie auf die alten Sachen zurück.

Keine Krankheitseinsicht. Menses normal.

Gewichtszunahme 7 Pfund. 20. Dezember entlassen.

Katamnese: Februar 1908 schreibt der Schwager: Patientin völlig gesund. November 1908 desgleichen.

No. 6. Holzhändler, 41 Jahre. Belastet. Erschöpfung körperlich und seelisch. Akute Grössenideen gemischt mit Verfolgungs-ideen. Primäre Wahnbildung mit Umdeutungen, keine Halluzinationen. Gehobene reizbare Stimmung. Völlige Besonnenheit. Nach 8 Wochen Heilung. Gewichtszunahme 16 Pfund.

Katamnese: Seit zwei Jahren gesund.

Beobachtung 6. (120/1906, Kiel.) Holzhändler, geb. 1865.

Vater ist Potator, zwei Kinder geisteskrank. Patient selbst gesund, kein Potator, trank nur hier und da etwas, musste sich sehr quälen, um seine grosse Familie zu ernähren, das Geschäft ging schlecht, er verzehrte das kleine Vermögen seiner Frau und hatte viele Sorgen. Am 10. Januar 1906 liess er den Pastor holen und sprach in konfuser Weise mit ihm über das Verhältnis der beiden Kirchen und über ein höheres Wesen. Am 12. Januar ging er nach Kiel, nahm sich eine Droschke und liess sich zum Schloss fahren, um dem Prinzen Heinrich seine Weltverbesserungs-ideen darzulegen. Dem Kutscher gab er sein ganzes Geld, um „seine Bruderliebe praktisch zu betätigen“. Er wurde abgewiesen. Nachher sagte er, er sei der Messias, solle Luthers Werk vollenden, die Ungerechtigkeit ausrotten, die gelbe Farbe aber, die allein gültige, zu Ehren bringen. Nahrung verweigerte er, erhalte sich durch blosses Wasser, er sei gegen jede Gefahr gefeit.

Da er gegen seine Umgebung heftig wurde, die Frau misshandelte, wurde er am 17. Februar 1906 polizeilich der Klinik zugeführt. Er ist ruhig, klar, orientiert über Zeit und Ort. Er sei freiwillig zur Klinik gegangen, seine Lebensstellung spiele dabei eine grosse Rolle. Er habe mit seinem Geschäft nicht weiter kommen können und viele Nahrungssorgen gehabt, das sei nicht seine Schuld, beruhe auf der Missgunst seiner Konkurrenten, die ihn mit allerlei Verleumdungen verfolgten. Er sei wohl etwas zu frei aufgetreten, habe der Konkurrenz wohl zu deutlich gezeigt, dass er auch ohne Kapital ebenso kaufkräftig sei als sie, dass er ihr ebenbürtig sei. Man habe ihn im Geschäft überall „gehemmt“. Wenn er Kapital hätte, wolle er es ganz anders machen, seine sozialen und religiösen Ideale verwirklichen, parteillos allen guten Rat geben. Die Religion wolle er verbessern und den Kaiser stützen. Papsttum, katholische Kirche, Sozialismus passen ihm nicht. Er hat sich eine eigene Weltanschauung gebaut, nicht rechts, nicht links, die Mittelbahn, die Künste und Wissenschaften müssen unterstützt werden. Er will mit Schriftstellern in Verbindung treten, durch sie seine Ideen verbreiten, eine neue Partei gründen, alles verbessern, die Pfuscher beseitigen, die tüchtigen Leute anbringen. Hier könne er all' das nicht, dazu müsste er frei sein, dem Kaiser und Prinz Heinrich wolle er seine Ansichten erläutern, er sei aber abgewiesen worden. Die ganze Stadtverwaltung müsse reformiert werden, er wisse, wie das zu machen sei, aber da er immer so benachteiligt worden sei, wolle er es für sich behalten. Man belausche immer, was er sage, und andere machten dann das Geschäft. Man habe auch allerlei über seine Frau gemunkelt, Redensarten gemacht, er glaube

ja, dass sie treu sei, wisse es aber nicht. Sinnestäuschungen stellt er bestimmt in Abrede. Die Idee habe er schon länger, es sei ihm so in der Nacht vorgekommen, nicht plötzlich, zugesprochen sei ihm nichts worden. Dass er die Leute alle weit überrage, wisse er längst, aber jetzt erst sei er sich bewusst, dass Gott ihn bevorzuge, man habe ihn nicht erkannt, was er als Kind sich gedacht, verwirkliche sich nach 20 Jahren, er sei zu Grossem berufen. Die Sozialisten sind seine politischen Feinde, sie passen vor seiner Wohnung auf, sehen ihn höhnisch an, spucken aus, machen aber keine Bemerkung. Noch heute stand in der Zeitung allerhand über ihn, er achte aber nicht darauf. Die anderen Parteien dagegen wollten ihn auf ihre Seite bringen, ihn ausnutzen. Bei der klinischen Vorstellung am 19. Januar 1906 sagt er, eine ganze Gesellschaft sei es, die ihm durch Verrat das Geschäft verderbe, es seien wohl die Freimaurer. Er sei länger schon gedrückt und flau gewesen, dann habe er aber die Aufklärung bekommen, er habe zwei Edelsteine gesehen, da sei ihm ganz leicht geworden, 8 Tage später habe sich die Erscheinung wiederholt. Es ist Gottes Sohn, er soll allen Hass abschaffen, ebenso das Papsttum. Er sehe allen Leuten in das Herz, sei gefeit gegen Alles, es schwärme etwas in der Luft wegen des japanisch-russischen Krieges. Er habe Prinz Heinrich aufklären wollen, jetzt müsse er Spiessruten laufen, später käme die Anerkennung. Er könne über alles Verse machen, sonst sei er kein Redner, sondern ein Denker. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Besonderes. Linke Pupille eine Spur weiter als rechts, nicht ganz rund. Sprache bei Paradigma zuerst unsicher, bei Uebung normal. Leichter Tremor. Patient ist in der Folge dauernd ruhig. Hält daran fest, dass er im Sommer 1906 von den Konkurrenten unterdrückt sei, man habe ihm überall Steine in den Weg gelegt, man habe eben gemerkt, dass mehr hinter ihm stecke. Deshalb ging das Geschäft plötzlich nicht mehr. Als es dann wieder besser ging (vor kurzem), da sei eine Erleichterung über ihn gekommen, im Halbschlaf habe er helle Sterne, Diamantsterne gesehen, habe sich innerlich freudig erregt gefühlt, das sei göttliche Gnade, es sei Gottes Lohn, er solle die Ungerechtigkeit ausrotten. Er habe das Gefühl gehabt, alles weggeben zu müssen, aus Bruderliebe. Die gelbe Farbe sei die des Papstes, an sich sei sie nur Natur, aber ein Darlehn des Papstes, er als Gottes Sohn müsse das abschaffen. Die Frau glaubte ihm nicht, sie hatte nicht den rechten Glauben. Manchmal könne er essen, manchmal nicht, im ganzen fühle er sich entschieden gehoben und frei; er handle nur nach dem Einfluss höherer Mächte. Stimmen leugnet er, er habe sich so zwischen den Redensarten der Leute durchgewunden, er kenne sie jetzt, im Traume wollten sie ihn erwürgen, dann kam die göttliche Erscheinung, er fühlte sich danach so leicht und gehoben, über das Holzgeschäft erhaben. Zeitweise wird er erregt, verlangt heftig die Entlassung, die Welt warte auf ihn, jeder Tag sei kostbar, die Aerzte trügen die Verantwortung. Zu anderen Zeiten sagt er, er wolle überhaupt hier bleiben. Anfang März stellt sich dann Krankheitseinsicht ein. Alles kommt ihm wie ein Traum vor, Alles sei ja dummes Zeug, er habe kaum eine Erinnerung daran. Er habe ja wohl oft daran gedacht, dass manches unvollkommen sei, aber wie er auf den Gedanken kam

zu glauben, dass er zur Besserung berufen sei, begreife er nicht. Er wolle nach der Entlassung von klein auf wieder anfangen und hoffe, sein Brot verdienen zu können. Die Stimmung ist gleichmässig zufrieden, nicht mehr gehoben. Er führt seine ganze Erkrankung auf körperliche Erschöpfung zurück. Jetzt fühlt er sich wieder ganz wohl, ist den Aerzten sehr dankbar.

31. März 1906. Geheilt entlassen.

Gewicht Januar 65, März 73 Kilo.

Katamnese: 14. Februar 1908. Der Pastor, der ihn oft sieht, teilt mit, dass Patient stets fleissig arbeite und einen absolut ruhigen und normalen Eindruck mache.

Gruppe C. Wesentlich primäre Wahnbildung, dabei viele Halluzinationen. Geringe Verwirrtheit.

No. 7. Rechtsanwalt, 38 Jahre, belastet. Mit 17 Jahren Depression, dann gesund. Lebemann, viel geistige Anstrengung. Mit 36 Jahren subjektive Abnahme psychischer Leistungsfähigkeit und Widerstandskraft. Mit 38 Jahren nach Aufregung akuter Ausbruch einer halluzinatorischen Verwirrtheit, die sich bald zum systematisierten halluzinatorischen und kombinatorischen Verfolgungswahn entwickelt. Völlige Besonnenheit, Stimmung den Vorstellungen entsprechend, später eher leicht gehoben. Allmähliche Besserung. Heilung nach circa 1½ Jahren. Völlige Krankheitseinsicht.

Katamnese: Patient dauernd gesund seit 20 Jahren, keine Nervosität, absolute Arbeitsfähigkeit.

Beobachtung 7. Patient, Rechtsanwalt, geb. 1849, ist stark belastet, Vater gesund, Mutter phthisisch, zwei Brüder sind nach mehrfachen Anfällen von Depression durch Suicid gestorben. Patient selbst sehr gesund, ausserordentlich begabt, lebenslustig. Keine Lues, kein Trauma, kein Alkoholismus. Im 17. Lebensjahre deprimiert, weil er Kaufmann werden sollte, sprach wochenlang nicht, als er wieder zum Gymnasium gehen durfte, war alles gut. Studierte, diente, wurde Rechtsanwalt und lebte als flotter Junggeselle, ohne zu exzedieren. Sehr erfolgreich im Beruf, sehr gesuchter Gesellschafter. In den letzten 2—3 Jahren seit 1885 war er oft nervös, verstimmt, fühlte sich schlaff, das Arbeiten strengte ihn an, er war pessimistisch, gereizt, fürchtete öfters, geisteskrank zu werden. Tatsächlich war sein Leben sehr anstrengend, da er den Tag über sehr viel zu arbeiten hatte, und bis in die späte Nacht hinein der Geselligkeit und den Frauen lebte. Im März 1887 hatte er viel geschäftliche Aufregung, er wurde zunehmend empfindlich, überwarf sich mit seinen Bekannten, bezog Alles auf sich und fühlte sich beobachtet. Nach einer Generalversammlung, in der es sehr stürmisch zugeht und die er leitete, wurde es schlimmer, er glaubte, man mache ihn für dort gefasste Beschlüsse, die verkehrt seien, verantwortlich, wolle ihn materiell und persönlich zur Rechenschaft ziehen, klagte ihn unehrenhafter Handlungen an, man verfolge ihn infolge (eingebildeter) Selbstanklage. Er wurde rasch verwirrt und Anfang April 1887 in eine



offene Anstalt gebracht. Dort glaubte er, sich auf der Festung zu befinden, meinte, alle Dörfer rings herum ständen in Flammen, hörte die Stimme des Kaisers, die ihn beschwor, das Land zu verlassen. Am 7. April wurde er in die Dr. Hertzsche Heilanstalt in Bonn übergeführt.

Patient ist bei der Aufnahme sehr benommen, er gibt nur abgerissen Auskunft, ist zeitlich und örtlich nur sehr mangelhaft orientiert, sieht erstaunt aus und geht zögernd, misstrauisch hin und her, man habe ihm anderswo Arsenik, ähnliches Zeug zu essen gegeben. Er lässt sich ungern untersuchen, die Untersuchung ergibt absolut normale Verhältnisse.

In den nächsten Tagen ist er meist abweisend, stumm, wehrt sich leicht gegen Alles, verweigert die Nahrung, sieht mehr erstaunt wie ängstlich aus. Die Nächte ist er ruhig, lässt aber Stuhl und Urin unter sich. Redet brockenhaft von Gift, falschen Zimmern und dergleichen. Vom 11. April ab wird er wieder reinlich, bleibt aber unorientiert, fragt, warum keine Leute in seine Sprechstunde kämen, ist äusserst schweigsam und reserviert, bestellt sich dringend Essen und Zeitung, um beides sofort wieder zurückzuweisen, beisst die Zähne zusammen, muss gelöffelt werden. Sein Benehmen ist dabei meist starr, gelegentlich explosive plötzliche Gereiztheit und Gewalttätigkeit; dazwischen lächelt er harmlos. Beobachtet dabei aber scharf, wehrt sich sehr gegen eine Eingiessung, fasst Alles feindselig auf, ist oft sehr mürrisch, macht im Garten Fluchtversuche, bedroht Aerzte und Wärter, alle seien nicht, was sie zu sein vorgäben, es werde schon Alles ans Licht kommen, jeder schleiche um ihn herum. Das Wasser sei vergiftet, jedes Medikament gefälscht, das Badewasser sei schmutzig, fragt immer wieder, wo er sei, wird gereizt, bezeichnet die Antwort als Lüge, wie lange er hier sei, wer die Leute um ihn seien. An seine Ueberführung hat er nur eine dunkle Erinnerung. Bezieht Alles auf sich, fortwährend werde von ihm gesprochen. Vom 17. April ab isst er übrigens stets allein und mit gutem Appetit, obwohl er das Essen als „sonderbar“ bezeichnet. Zeitweise ist er deprimiert, weint, hat ein unbestimmtes Krankheitsgefühl. Zu anderen Zeiten ist er erregt, gereizt, die Maurer auf einem (benachbarten) Bangerüst riefen ihm zu, er solle sich hinunterstürzen, alle äfften ihm drunten seine Bewegungen nach, überall werde geklopft, man mache stets Geräusche, rufe seinen Namen. Drängt oft heftig hinaus, um nachzusehen. Ende April verweigert er wieder die Nahrung. Es sei Kot im Essen, er könne das Leben so nicht länger ertragen, wolle sich vom Gerüst herabstürzen, man spräche vom Galgen, draussen würden Leute gequält, man reisse ihnen die Zähne aus, er höre das Jammern. Ist sonst klar, zeitlich und örtlich orientiert, besonnen.

Im Mai ist Patient zeitweise gemüthlicher, sucht aber hinter allem etwas, untersucht den Arzt, ob seine Korpulenz nicht künstlich sei, beriecht alles Essen, lässt es sich vorkosten, das gereichte Wasser sei kein Wasser, man schikaniere ihn, mache ihm fortwährend allerlei vor, um ihn zu erregen. Ist oft sehr widerstrebend, ruft zum Fenster hinaus: „Ich bin hier, ich kann euch nicht helfen!“ Zeitweise ist er sehr heftig, man solle ihn zu dem Herrn lassen, dessen Stimme er durch das Oberlicht höre und der ihn sprechen wolle —

gleich darauf wieder gemächlich, lächelt, er habe nur seine Meinung sagen wollen, dissimuliert entschieden oft. Interpretiert alle Geräusche als Stimmen-gewirr und Rufen. Er kommt damit heraus, dass er glaubt, in seiner Heimatstadt zu sein, man lasse seine Leute nicht zu ihm, unterschlage seine Briefe. Warum er sich aufhängen, eine Verteidigungsschrift schreiben solle? — man rufe ihm das zu — er habe doch nichts getan und man verhindere ihn ja auch, sich an dem eigens für ihn gebauten Gerüst aufzuhängen. Bittet um Erklärung aller dieser Dinge, bestreitet aber, krank zu sein — jetzt nicht mehr. Immer schwierig mit der Nahrung, die er gierig isst, seit seine Giftideen nicht so lebendig sind. Zeitweilig sehr lebhafte Erregung. Er will durchaus die Rufer sehen, tun, was sie verlangen, sich aufhängen, ist äusserst heftig und kaum zu bändigen, verweigert dann Nahrung, Baden, Bett, beschuldigt seine Umgebung, sie beschmutze ihm das Zimmer, um es ihm in die Schuhe zu schieben. Er protestiert gegen alles. Jeder quäle ihn, man spotte seiner, sage, er sei nicht Dr. jur. — Warum er im Garten den Hut aufsetzen solle? Alles sei eine gemeine Schikane, man spiele eine Komödie mit ihm, alles sei Hokus-pokus. Schlingt das Essen hastig hinab, nennt es Unrat, man mache ihn absichtlich krank und schwach. Es sei ein Termin für ihn bestellt, er wolle hinaus, rennt auf Geheiss der Stimmen mit dem Kopf gegen das Fenster, zeitweise horcht er stundenlang.

Am 22. Mai 1887 übergab er dem Arzt folgenden Zettel:

Ich wünsche dieses qualvolle und ehrlose Leben auf dem Schaffot zu endigen, ich kann nicht dorthin kommen, ein Korpssbruder soll mich abholen. Formell, aber d. h. wenn man diese Bitte nicht erfüllen kann, so behaupte ich und werde ich beweisen:

1. dass ich von dem schwurgerichtlichen Termin erst nachträglich Kenntnis erhalten, und in dieser Sache kein Wort gesprochen habe, sodass das Verfahren nichtig ist,

2. dass ich von der Abmachung, betreffend meinen Selbstmord niemals Kenntnis erhielt, sondern mir erst nachträglich kombinierte, dass solche Verhandlungen stattfanden,

3. dass ich meine Schwester niemals verkuppelt habe,

4. dass ich ein völlig durchgebildeter Jurist bin, noch jeden Tag imstande, jedes Examen zu bestehen und dass die gegenteilige Ansicht auf der Vernehmung anderer eingeschmuggelten Termine beruht. — Ich erhalte wegen der vorzüglichen Imitation meiner Stimme den ersten Preis auf der Weltausstellung.

Im Juni steigende Erregung, ist stets mit den Stimmen beschäftigt, alles ist Schikane, Komödie, Kunst, selbst die Brechung der Sonnenstrahlen. Klar und ruhig, meint, er müsse dummes Zeug geredet haben, wundert sich dann, dass die Stimmen plötzlich fort sind, ist deshalb misstrauisch. Alle Räume seien zum Leisesprechen extra eingerichtet, man zwingt ihn, seine Gedanken auszusprechen. Das Essen sei Dreckzeug. Versucht immer wieder sich zu orientieren, bleibt aber ungläubig, isoliert sich, alles ängstigt ihn, selbst das Besprengen des Gartens.

Im Juli wohl im allgemeinen klarer, meint, er habe immer vor sich hin gemurmelt, jetzt deute man das als Aeusserung seiner Wünsche. Aber keiner kläre ihn auf, er verstehe das ewige Gerede der Leute über ihn nicht, es sei verrückt, sich darum zu kümmern. Schlaf besser, isst mit Auswahl, sträubt sich gegen Waschen und Baden.

Im August meint er, alles was er leise spreche, werde ausgeführt. Spricht daher sehr laut, verlangt das auch von anderen, verbietet sich „Lispeln“. Schreibt bereits korrekte Briefe an seine Freunde, in denen er Identifizierungsversuche macht, erkennt auch die Antwort als echt an. Bleibt aber meist misstrauisch, zeitweise sogar ängstlich erregt, spricht von Suicid, ist gereizt, beriecht alles, die Wäsche ist nicht seine, man beschmutzt ihm das Zimmer, will sich nicht waschen, verbittet sich (ohne den Grund anzugeben) den Besuch des Arztes. Steht horchend am Fenster. Er sei nicht in Bonn, sondern zu Hause, man kürze ihm nachts ohne sein Wissen die Haare. Schlaf meist gut. Zeitweise ist er zutraulich und gemütlich, plaudert lebhaft. Im September ist er derselbe in seinen Wahnideen, er sei nicht in Bonn, es sei nicht 1887, sondern 1888, alle Zeitungen etc. seien schon ein Jahr alt datiert, auch einen Brief 1888. Ist oft sehr aufgeräumt, sucht seine juristischen, historischen Kenntnisse in lebhaften Darlegungen zu beweisen. Zweifelt aber an allem und meint, es sei wohl nie eine Aenderung der rätselhaften Verhältnisse möglich. Während er noch mit bezug auf seine Krankheit ganz uneinsichtig ist, starken Regen für künstlich gemachten ansieht, sich fortwährend misshandelt glaubt, ist Patient sonst schon völlig geordnet und besonnen, erledigt lange juristische Schriftsätze durchaus sachgemäss, spielt Schach, schreibt lange Briefe, in denen er bis zu den letzten Tagen vor seiner Krankheit für alle Kleinigkeiten ein vorzügliches Gedächtnis zeigt. Er ist auch erfreut über Briefe, die er anerkennt, über Spaziergänge und Spazierfahrten, die er macht, ist aber immer noch zweifelhaft über das Jahr, über seine Umgebung, über sein vermeintliches Leisesprechen und gerät über diese Zweifel gelegentlich in Erregung und Depression mit Lebensüberdruß, während er sonst durchweg in erträglicher Laune ist. Er weiss, dass er zu Hause schon lange nervös war, sich eingebildet habe, dass er in einer Rechtssache als der Unterschlagung vordächtig zur Rechenschaft gezogen werden sollte. An das Sanatorium hat er ganz vage, für seine Ueberführung gar keine Erinnerung. Glaubte auch jetzt noch Aehnliches, er sei entweder geisteskrank oder Angeschuldigter, er glaube, eine Gerichtsverhandlung über ihn angehört zu haben, dieselbe sei auch jetzt noch gegen ihn im Gange. Er ist auch beim Besuche seiner Freunde immer sehr zurückhaltend, lauernd, misstrauisch, sucht sich über die Wirklichkeit zu orientieren, fällt aber stets in seine Ideen zurück, dass er alle harmlosen Vorgänge als feindselig absichtlich für ihn bestimmt umdeutet. Anfang Oktober schreibt er eine Eingabe an den Landgerichtspräsidenten in Bonn, in welchem er sich verwahrt, dass nicht alle seine Berufsangelegenheiten in Ordnung seien. Habe er „in krankhafter Aufregung vor sich hinhinmurmelt“ Veranlassung zu gegenteiliger Auffassung gegeben, so hätte man ihn persönlich zu vernehmen. Bei dieser Gelegenheit werde er sich auch über allerlei Erlebnisse in der Anstalt äussern,

aber nur Auge im Auge, durch Apparate (Telephon u. dergl.), könne er seine Meinung nicht zum Ausdruck bringen. Das Schriftstück ist datiert: Bonn, 12. Oktober (ohne Jahreszahl!). Beim Besuch seines Associés ist er anfangs klar, nachher aber völlig zweifelnd, gedrückt, macht einen leichten Suizidversuch. Ist erregt, weigert sich zu essen, zu baden, geht mit dem Taghemd ins Bett, da man ihm nachts Steine ins Bett lege, seine Kleider verändere, wolle den Täter ermitteln, er werde fortwährend gerufen. Es sei unerträglich, dass man alles, was er unbewusst leise sage, gegen ihn benutze und fortwährend über ihn rede, ohne dass er es deutlich verstehen könne. Erst gegen Ende Oktober legt sich die Erregung, er entschuldigt sich dann schriftlich beim Arzt. Die Halluzinationen erkennt er als solche an. Er hörte rufen „komm doch“, man fragte: Trinkt er noch Frühschoppen? Der Arzt schrieb in sein Notizbuch: Und ihn, ihn hängt an den Galgen! Der Wärter sagte auch einmal, er sei Fritz Albrecht. Er sah viel Bilder. Die Irrealität seiner Einbildungen, dass alles Misshandlung sei, dass man ihm Steine in die Stiefel, Schmutz in das Bett, Dreck ins Essen und ins Wasser tue, erkennt er nicht an. Doch ist er oft nachdenklich und versonnen, versucht auch sich zu korrigieren, lacht gelegentlich selbst über sich.

Im November hat er den Besuch seines Onkels, der ihn erfreut und beruhigt. Erzählt bei dieser Gelegenheit, er könne jetzt intensiv studieren, rede aber leise und unbewusst dabei vor sich hin. So habe er in der Krankheit wohl viele Selbstanschuldigungen gemurmelt und daraufhin werde er jetzt „verfolgt“. Man belaufe ihn fortwährend. In seinen früheren Zimmern habe er seine Schwester schreien hören, habe geglaubt, sie und sein Bruder würden gemartert. Habe ganz unsinnige Dinge gehört von 800000 Kamelen u. dergl. Das Haus sei wohl extra so gebaut, dass man alles höre, wenn er jemanden sprechen höre, müsse er ihm leise alles nachsprechen. Er horcht daher stets und fordert auch andere dazu auf, fragt, was dieses oder jenes Geräusch bedeute.

Hat öfters „Ahnungen“, dass der Arzt einen Brief für ihn habe, dass Besuch da sei, lässt sich das dann schwer ausreden.

Im allgemeinen nehmen die Wahnideen an Intensität ab, Patient vermag sich auch den Interessen seiner Umgebung zu widmen. Bei Spaziergängen horcht er stets auf Geräusche und erzählt, dass er stets halblaut lese und dann stets auf seine Gedanken falsche Antworten bekäme, das störe ihn sehr. Man könne auf diese Weise viel Unheil anrichten, durch ein Telephon könne man leiser sprechen, sehr gut hören, die Leute ständen an seinem Fenster und fingen jedes seiner Worte auf. Einige seiner Verfolger (Wärter) tun so, als ob er es wäre, er habe sie bei diesem schändlichen Verrat ertappt.

Auch im Dezember ist der Zustand der gleiche und hält er an der Realität seiner Erlebnisse fest, man habe ihm Nägel in die Stiefel gelegt, ihm Lues (Morphiuminjektion) eingeimpft, reizende Salbe in seinen Hut geschmiert, um einen Ausschlag hervorzurufen, ihm Unrat ins Essen getan, untersuche seine Papiere, mache allerlei Verkehrtes und gebärde sich so, als habe er es so angeordnet. Beharrt bei diesen Dingen, ist sonst sehr sozial und nett und

zeigt beim Weihnachtsfest grossen natürlichen Affekt. Gegen Ende des Jahres treten seine Wahnideen mit geringerer Bestimmtheit auf, obwohl er noch immer argwöhnisch bleibt.

Im Januar 1888 zeigt sich, dass er sich über seinen Anstaltsaufenthalt ein ganz festes System gebildet hat. Er hatte zu Hause die krankhafte Idee, ein schweres Verbrechen begangen zu haben, fühlte sich auch im Sanatorium, das ihm als Festung erschien, wie ein Gefangener. Da er nun über diese Ideen leise mit sich sprach, glaubte der Anstaltsarzt, er sei wirklich ein Verbrecher und behandelte ihn auch so, aus Hass, aus Vergnügen daran, ihn zu quälen. Er hatte sich zu tolle Dinge eingebildet, so z. B. das Palais der Kronprinzessin verunreinigt zu haben, er hörte das. Gift im Essen vermutet zu haben, leugnet er (das hätte er ja so gerne genommen), es sei Unrat. Erzählt wieder viel von „Ahnungen“, dass er Besuch bekommen etc. und betont seine Gehörsempfindlichkeit als von jeher vorhanden.

Nachts ist er oft unruhig, weil er meint, die Wärter störten ihn absichtlich. Seinen Freunden erzählt er geheimnisvoll, man habe ihm die Samenstränge abgeschnitten vom After aus, ihm Filzläuse ins Wasser getan, will das nicht als Wahn erkennen, während er anderes einsieht, meint, dass ihm unwillkürlich schmutzige Worte und Schimpfworte entfielen, auf die man achte. Erregt bei Widerspruch. Im allgemeinen sonst gemüthlich, eifriger Schachspieler und Spaziergänger, beschäftigt sich intensiv geistig.

Auch im Februar dauert der Beziehungswahn und die Umdeutungen fort. Zeitweise Depression. Patient weint sehr viel, ohne den Grund anzugeben, besonders nach Besuchen der Familie.

Im März wird die Stimmung allmählich heiterer, bei Ausflügen lacht und singt er, die Krankheiten anderer weiss er schon richtig zu beurteilen. Glaubt sich immer noch von den Wärtern belauert, schikaniert, die Wahnideen dauern fort, aber er spricht weniger davon, nur hier und da heftig. Man ärgert ihn durch gemachtes Husten und Niesen.

Im April erzählt er dem Arzt „unter uns“, dass die Wärter nachts heimlich Dreck an seine Kleider und Haare schmieren und die Kranken veranlassen, ihm nachzuahmen.

Im Mai und Juni dasselbe Verhalten, wird aber allmählich immer offener und zutraulicher und spricht sich mehr aus. Man hielte und halte ihn infolge seiner krankhaften Selbstbeschuldigungen für einen geriebenen Betrüger, das war schon zu Hause so und hier auch. Man sagte ihm, der anfangs ganz apathisch war, nicht, wo er sei und so wurde er ganz verwirrt. Der (verstorbene) Anstaltsleiter war sein persönlicher Feind, der ihn deshalb die widerwärtigste Behandlung und Nahrung angedeihen liess. Ueberall hörte er Stimmen, die schimpften, drohten, ihn zu etwas zwingen wollten, was sie ihm gleichzeitig verboten, z. B. aufzustehen, sich aufzuhängen etc. Man kannte alle seine Gedanken und antwortete darauf, machte ihm Bilder (z. B. den Kaiser) an die Wand, ängstigte ihn durch elektrische Empfindungen. Man habe gewiss zu Hause seine Sachen und Papiere durchsucht, und die gegen ihn benutzt. Er möchte ja gern glauben, dass das alles krankhaft gewesen sei, aber es war

doch zu deutlich, man könne das doch auch gewiss durch allerlei moderne Apparate machen. Es müsse doch was gegen ihn vorliegen, sonst könnte man ihn doch nicht so schlecht behandelt haben. Meist heiter, nur zeitweise verstimmt und an der Zukunft verzweifelnd. Er sucht mit Vorliebe Gesellschaft und die Luft auf, weil er dann glaube, dass er dann weniger mit sich selbst spreche.

Im Juli verlangt er seine Entlassung, da er doch nicht besser werde, bemüht sich seine Ideen zu korrigieren, meist ohne Erfolg. Es wird ihm ein zweitägiger Urlaub nach Hause gewährt, von dem er pünktlich zurückkehrt und der schon dazu beiträgt, die Wahnbildung zu korrigieren. Er ist seitdem viel freier und durchweg gehobener Stimmung. Erhält freien Ausgang, arbeitet fleissig.

Gibt im August zu, dass er immer noch bemerke, dass man ihn durch Anspielungen etc. an Vergangenes erinnern wolle. Sonst zufrieden. Noch immer ist er von starkem Hass gegen die (früheren) Aerzte und Wärter beseelt, von denen er sich unwürdig behandelt glaubt. Der Tod des Bruders nimmt ihn stark mit, er beherrscht sich aber sehr.

Bei einer erneuten katamnestischen Exploration Anfang September 1888 gibt Patient die schon bekannte Anamnese und betont von neuem, dass er schon mehrere Jahre von der jetzigen Krankheit sich nervös und gemüthlich sehr abgespannt, reizbar und zu trüben Gedanken und Auffassungen geneigt gefühlt habe, dass er gewaltsam Zerstreuung suchte, besonders die letzten Wochen. Die Krankheit brach dann ganz plötzlich aus, er fühlte sich angefeindet und beobachtet und gleich nach der Generalversammlung wurde er schlimmer, er hörte über sich reden, glaubte sich auf Grund seiner Selbstanklagen verfolgt. Er wurde dann verwirrt und hat von da ab für einige Zeit nur eine sehr summarische Erinnerung, er weiss, dass er sich auf der Festung befindlich, glaubte, dass er überall Brand und Schlachten wähte, dass er den Kaiser sah, dass er verbannt werden solle.

In Bonn (er wusste nicht, wo er war) beschuldigte man ihn der Kuppelei, der Majestätsbeleidigung, er sollte mit glühenden Zangen auf das Schaffot geschleppt werden. Von überall her hörte er Stimmen, bald laut, bald leise, jeden Alters und Geschlechts. Es war eine entsetzliche Angst und Qual, schliesslich wurde er ganz apathisch. Was er hörte, musste er wiederholen, so schuldigte er sich der verkehrtesten Dinge an, die man als Wahrheit glaubte, alle verlachten und verhöhnten ihn. Er fasste dann bald Alles völlig gut auf, war nicht mehr verwirrt, sah aber Alles im Lichte seiner Ideen. Wie es möglich war, dass im Juli 1887 trotz zunehmender Wärme er den Winter bereits vorüber, sich als schon in 1888 glauben konnte, begreift er nicht. Allmählich wurden dann die Stimmen weniger, leiser, und hörten dann ganz auf. Patient ist von der Irrealität und dem rein krankhaften Charakter aller dieser Dinge völlig überzeugt und hat eine absolute Krankheitseinsicht dafür, spricht auch ganz vorurtheilslos darüber. Nur glaubt er, dass die Wärter ihn doch öfters chikanirt und misshandelt hätten, und dass die Aerzte ihn nicht in würdiger

Weise behandelt hätten, dabei steigen ihm die Tränen in die Augen. Er bemüht sich aber, auf Zureden den Persönlichkeiten gerecht zu werden.

Anfang Oktober 1888 geheilt entlassen.

Katamnese: Ich habe den Patienten seitdem noch oft gesehen und eingehend gesprochen. Die Krankheitseinsicht ist alsbald eine vollständige geworden. Patient hat seine sehr anstrengende Tätigkeit in vollem Umfange und mit grösstem Erfolge bis zur Gegenwart (1908) fortgesetzt und hat seitdem niemals wieder Symptome geistiger, gemüthlicher oder nervöser Störung dargeboten, ist im Gegentheil auch körperlich nach jeder Richtung hin subjektiv und objektiv gesund.

No. 8. Bankier, 30 Jahre. Nicht belastet. Nach seelischer Erregung 5 Monate später akuter halluzinatorischer Verfolgungswahn. Völlige Besonnenheit. Starke Remissionen und Exacerbationen. Grössenideen. Nach 4 Monaten stuporöse und verwirrte Zustände. Gedankenbeeinflussung. Längeres Uebergangsstadium ohne Einsicht, nach acht Monaten völlige Heilung. Gewicht schwankend.

Katamnese: Seit 10 Jahren völlig gesund.

Beobachtung 8 (134/1898, Tübingen). Bankier, geb. 1868. Keine Hereedität. Gut gelernt, stets gesund, kein Potus, kein Lues. Sonst keine Antezedentien. Februar 1898 ging seine Verlobung zurück, was ihn seelisch sehr erregte, er „brach völlig zusammen“.

Hatte Nachts einen Angstzustand, konnte nicht allein bleiben. Erholte sich, war aber stiller, zog sich zurück, fürchtete, er werde krank. 3. Juli 1898 machte er eine Erholungsreise, unterwegs glaubte er sich plötzlich verfolgt von Spiritisten, übernachtete in einer Stadt auf der Kasernenwache, ass nichts, man wolle ihn vergiften, ein Bruder habe ihn mit dem Revolver bedroht. Auf der Heimfahrt zog er die Notleine und entfloh aus dem Zug, war zwei Tage verschollen, irrte umher, suchte sich zu ertränken, sich die Pulsadern aufzuschneiden, nächtigte im Freien, wurde dann aufgefunden und am 11. Juli 1898 zur Klinik gebracht.

Er ist ruhig, geordnet, völlig orientiert, bleibt willig. Gibt an, er sei schon lange von der Befürchtung geplagt worden, dass Unregelmässigkeiten in seinem Geschäft vorgekommen, Depots veruntreut seien. Er habe bestimmte Leute im Auge, die er nicht nennen wollte. Seine Verlobung sei zurückgegangen, das habe ihn sehr erregt, der Bruder der Braut sei Hypnotiseur und habe auch auf ihn einen grossen Einfluss ausgeübt. Seit Mitte Juni 1898 fühle er sich beobachtet, von Radfahrern begleitet, seine Bekannten spionierten ihn aus, alle machten eigentümliche Bemerkungen, das alles machte ihn argwöhnisch. Als er dann verreiste, wusste er bald sicher, dass er verfolgt wurde. Die Schaffner sagten, man erwarte einen Herrn aus X, dieser Herr folgte ihm dann auf der ganzen Reise, er traf ihn überall. Eine Dame sagte: „macht es kurz“. Im Hotel fehlte der Zimmerschlüssel, zu dem einen Spion gesellte sich ein zweiter, der ihm überall folgte. Er suchte Schutz bei der Polizei, erhielt aber eine ausweichende Antwort. Als er von einer Stadt abreiste, sagte der

Schaffner, oh je, jetzt haben sie ihn wieder. Alle Leute im Zuge hatten bekannte Gesichter, deshalb flüchtete er in die Wache in eine Kaserne, später hielt er sich am Bahnhof auf, dort waren viele Bewaffnete. Er lief in eine Kneipe, dort hypnotisierte man ihn, man examinierte ihn, ob er Päderast sei. Er hörte, man wolle bei ihm das Luftelixir anwenden, ihm Gift geben. Nebenan war eine Spiritistensitzung, man brauchte ihn als Medium, sass über ihn zu Gericht. Die Leute fragten auf dem Bahnhof, warum sein Wagen in der Mitte des Zuges sei, es sei leichter ihn umzubringen, wenn er hinten angehängt würde. Die Mitreisenden sprachen von Päderastie, andere machten sich Zeichen, es war ein Kartell, man sprach über ihn, aber verblümt. Deshalb zog er die Notleine und entfloh. Nun wurde überall gepfiffen, alle verfolgten ihn, die Leute konnten sich unsichtbar machen, er bat den Himmel um Hilfe, da kam ein Stern im Brautkleide und wies ihm den Weg. Auch im Dorfwirtshaus verständigten sich die Leute durch Zeichen, das Gesicht des Beamten verwandelte sich plötzlich in das seines Bruders. Man wollte ihn ertränken. Nun zeigten sich auch helfende Kräfte, die Vögel gaben ihm Ratschläge, seinen Verfolgern zu entgehen, er irrte 2 Tage im Walde umher. Es gab auch feindliche Vögel und Drohungen hörte er viele, sah auch sein eigenes Leichenbegängnis. Die Spiritisten und Päderasten verfolgen ihn, und zwar im Auftrage der Leute, die bei ihm Unterschleife begangen haben. Man wolle ihm das unterschieben und ihn veranlassen, Selbstmord zu üben, es seien aber auch gute Mächte für ihn am Werk.

Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Besonderes. Er schläft ruhig, ist morgens ängstlich, er werde hier doch sterben, man solle es kurz machen. Er traue Niemandem. Die Vogelstimmen höre er immer, aber sie redeten Gleichgültiges. Im allgemeinen fühlt er sich in der Klinik eher geborgen. Er glaubt in einem Pfleger einen Verfolger wieder zu erkennen, hat eigentümlichen Geruch, lässt sich aber leicht beruhigen. Die Vogelstimmen erkennt er bald als „Nervosität“. An den Verfolgungsideen hält er fest. Zunächst treten dann die Befürchtungen sehr rasch zurück, um aber etwas später (Ende Juli) zu exazerbieren, er sieht von Neuem in einem Patienten einen Verfolger, hört sagen, man wolle ihn ermorden, ist ängstlich-gespannt. Er müsse ja doch sterben, die Vogelstimmen hätten ihm wieder alles verraten. Die Spannung nimmt dann zu, Patient sagt, er sei schon tot, sei in der Ewigkeit, verhält sich fast unbeweglich und stumm — man möge ihn nichts fragen, die Päderasten seien eine zu mächtige Gesellschaft.

Im August hat er wieder sehr lebhaftes Sinnestäuschungen, ist gespannt, verwirrt, betet, liest in der Bibel, leugnet seine Halluzinationen und sein Missbehagen. Zeitungen liest er nicht, sie enthielten nur Anspielungen auf ihn. Nimmt den Kragen ab, so gehe es besser, die Pfleger sollen ihn ja doch erwürgen. Meint, er könne nicht im Garten arbeiten, die Erde habe Gefühl. Tagelang ist er stumm, dann platzt er blitzschnell heraus — „ich muss mich verheiraten — mit dem Willen, der über mir ist!“ Mitte August verweigert er die Nahrung, es sei Gift darin, lässt sich aber ohne jeden Widerstand mit der



Sonde füttern, führt sie sogar selbst ein. Aengstliches, ratloses Wesen, sagt nichts. Nachts unruhig.

September wie August, isst aber spontan.

Im Oktober ruhig, fast stumm, plötzliche wunderliche Handlungen, legt sich in fremde Betten, drängt nach der Tür. Gibt Stimmen zu, leugnet Angst, lässt sich weiter nicht aus. Meist gefüttert, oder er isst nur das Essen des Pflegers. Orientiert. Ende Oktober uriniert und defäziert er ins Zimmer, zieht sich aus, könne ohne Kleidung und Nahrung leben. In November ist er oft sehr gehemmt und gespannt, zeitweise freier. Isst selbst oder gelöffelt. meist reinlich. Zeitweise erregt, sehr widerstrebend gegen Alles, will nicht im Bette bleiben, glaubt, er werde gerufen. Zieht sich aus und zieht einen Anstaltsanzug an. Zeitweilig kurze Remissionen. Mitte Dezember ist er noch oft unreinlich, in seinem Wesen wie vorher, dann wird er rasch freier und kann eine Spazierfahrt machen, die ihn sehr erfreut. Ist sehr schüchtern, spricht nicht recht, meint, es sei sonderbar, dass ihm überall Raben nachgeflogen seien. Besuch eines alten Diensthofen erfreut ihn, er zeigt Interesse. In der Folge bleibt sein Verhalten geordnet, aber er ist sehr verwirrt, höflich, es sei ihm noch oft wirr im Kopfe, schreibt plötzlich einen Brief, der Direktor möge ihm gestatten, „die Religion“ zu studieren. Geht gerne spazieren, will aber gewisse Dinge nicht mehr wissen, seine Gedanken seien zu schwach. Sucht sich über theologischen Fragen zu informiere und gibt bei dieser Gelegenheit zu, dass ihm immer theologische und geschlechtliche Fragen gestellt würden. Keine Stimmen. Es sei schwer, das auszudrücken, es wäre ihm so, als wären seine willensstarken Freunde Päderasten. Alle Aerzte, Pflger, Leute kennen seine Gedanken, er hört das aus dem Knarren der Stiefel heraus, alle Leute auf der Strasse machen gelegentlich Bemerkungen über ihn. Möchte lieber nichts essen, dann könne er Grosses erreichen. Erholt sich im Februar zusehends geistig und körperlich, hält aber an der Realität aller seiner Verfolgungsideen fest, im übrigen scharfe, nüchterne Kritik über alles Geschäftliche. Er kenne seine Verfolger an gelben Bleistiften und gelben Bärten. In Württemberg existiere eine weitverbreitete Gesellschaft derselben.

Erzählt, er habe auf seiner Reise eine riesengrosse Gestalt gesehen, der ein ebenso grosses Mädchen alle Bewegungen nachgeahmt habe, das sei wohl ein Medium gewesen. Sprach auch davon, dass die ganze Verfolgung auf einen Herrn in X. oder auf die Familie einer Schauspielerin, mit der er einmal ein Verhältnis gehabt habe, zurückzuführen sei.

Da sein Benehmen sonst in jeder Weise normal, frei von Angst ist, kann er am 16. Februar 1899 entlassen werden.

Gewicht Anfangs 68 kg, rasch ansteigend (Ende Juli) auf 75, dann allmählich abnehmend bis 58 kg (November), dann allmählich wieder steigend, bis 64 kg.

Katamnese: Nach dem Bericht seiner Aerzte ist Patient 1908 ganz gesund. Er selbst schreibt im März 1908 an Prof. Siemerling einen Brief, aus dem vollständige geistige und körperliche Gesundheit bei vollständiger Krankheitseinsicht sicher hervorgeht, er ist seit 1895 nie wieder krank gewesen.

Gruppe D. Halluzinatorische Wahnbildung, leichte oder inter-kurrente Verwirrtheit.

No. 9. Referendar, 27 Jahre, nicht belastet. Keine Ursache. Ohne Prodrome akuter Ausbruch eines kombinatorischen Verfolgungswahnes mit gesteigertem Selbstgefühl, leichter Verwirrtheit. Remission von 10 Tagen, dann Wiederausbruch. Lebhaftes Erregung, Verwirrtheit mit Halluzinationen und Wahnideen, stuporöse, exaltierte Zustände. Remissionen. Nach 8 Monaten Besserung, nach 10 Monaten Heilung. Völlige Krankheitseinsicht.

Katamnese: Seit 15 Jahren stets gesund.

Beobachtung 9. Referendar, geb. 1866 (Bonn, 255/1893). Keine Heredität. Patient selbst gesund, begabt, nie Krämpfe, kein Potus (war Korpsstudent, trank nie besonders viel), keine Lues, kein Trauma. War stets sehr heiteren Charakters, verständig, ehrgeizig, arbeitete viel. Dezember 1892 bei den schriftlichen Examensarbeiten zu Hause. Anfang 1893 zwei schwere Mensuren (aus normaler Veranlassung) und wohl irgendeine unbekannt gebliebene Angelegenheit, die ihn seelisch sehr beschäftigte. Ende März 1893 plötzlich nervös, schlief schlecht, war reizbar, misstrauisch, glaubte, seine Freude seien nicht ehrlich gegen ihn, machte eine Reise, um sie zu stellen, kehrte aber um, weil ihm doch Zweifel kamen und er sich nicht blamieren wollte. Einem dieser Freunde gegenüber zeigte er ein hochfahrendes, misstrauisches Wesen, sagte, „da ist System darin“, wie die Leute gegen ihn seien, er habe Lust, ihnen das Glas auf dem Kopfe zu zerschlagen. Trank die letzte Zeit auffallend viel und hastig und zeigte im Wirtshaus Mangel an Haltung.

Auch im Hause war er reizbar und misstrauisch, seinem Hausarzte sagte er, er werde verrückt, er habe weite Pupillen und seine Stimme sei verändert, er konsultierte deshalb einen Nervenarzt, dem er seinen Begleiter als Patienten vorstellte und sagte beim Weggehen plötzlich unvermittelt: „Sie Kaffer“, erklärte dann, er sei „ganz verrückt“.

Sein ganzes Wesen war unruhig und zerfahren, zeitweise dann wieder normaler. Eine Nacht verschwand er und liess sich dann am 3. April 1893 durch seine Freunde der Hertzschen Anstalt in Bonn zuführen.

Bei der Aufnahme ist er äusserlich ruhig und geordnet, völlig orientiert, zeigt aber ein geschraubtes, hochfahrendes, misstrauisches Wesen, ironisch überlegen. Seine Stimmung ist gehoben, er macht Witze und lacht viel, erklärt aber gleichzeitig, das sei Galgenhumor, er sei krank, könne nicht schlafen, er werde von einer Idee gequält, über die er sich nicht auslassen will. Zeitweise ist er deprimiert — „ich bin schwer krank, lassen Sie mich schwimmen“. Am anderen Morgen nach guter Nacht (Trional) ist er ruhig und verständig — „ich war ein Esel“, meint, die Idee, dass seine Freunde einen Vertrauensbruch an ihm begangen hätten, sei Wahnsinn, aber diese Idee knüpfe an etwas Reales an, was ihn seit Jahr und Tag beschäftige, jetzt sei nun ein Drittes hinzugekommen, darüber könne er nicht reden, es sei das Geheimnis eines

Dritten (?). Er habe geglaubt, dass man ihn seit lange methodisch zum Besten gehalten habe, das sei schrecklich.

Patient ist ein kräftiger, etwas blasser Mensch; die körperliche Untersuchung ergibt absolut normale Verhältnisse.

Die ersten 10 Tage ist Patient dann ziemlich normal, er trägt eine gewisse Krankheitseinsicht zur Schau, fügt sich den ärztlichen Anordnungen und in die Hausordnung, schläft leidlich, zeigt aber doch ein krankhaft verändertes Wesen: seine Liebenswürdigkeit erscheint gezwungen und übertrieben, er ist reserviert, selbstbewusst, misstrauisch, überlegen. Ueber seine Ideen spricht er sich unvollständig aus.

Am 16. April ist er erregter, spricht sehr viel, am 15. verlässt er die Anstalt, fährt nach S., von wo aus er der Anstalt seine Adresse telegraphiert, unterzeichnet „Monsieur Tranquille“. Kehrt am nächsten Tage von dort zurück, ist sehr erregt, hat ein stark gerötetes Gesicht, verlangt gebieterisch den Arzt zu sprechen, stürmt in seinem Zimmer hin und her, schimpft laut. Den Arzt fährt er sofort an: „ich habe Sie sofort erkannt, Sie sind alle Schufte, falsche Ehrenmänner, Sie sind gar keine Aerzte, Sie sind hier, um mich zu entlarven, alles ist Lüge. Hier (auf ein Notenblatt mit dem Titel „Monsieur Tranquille“ zeigend), das soll ich sein. Das waren alles Anspielungen, als der Leutnant X. (der ist auch garnicht Leutnant) dieses Lied sang im Lesezimmer und auf mich zeigte. Alle guckten mich an und lachten.“ Der Anstaltsleiter müsse auch in S. gewesen sein, denn dort habe man dieselben Ausdrücke gebraucht wie dieser, alles sei Verabredung. Einen anderen Arzt fragt er nach einem gewissen N., und als dieser zufällig einen Herrn gleichen Namens kennt, wird er hochgradig erregt, ergeht sich in den stärksten Injurien und wird fast aggressiv. Verlangt fortwährend das Ehrenwort als Bekräftigung des Gesagten, dann — „Sie geben Ihr Ehrenwort falsch“. Erstganzallmählich wird er ruhiger und zugänglicher: „Entweder Sie sind alle Schufte oder ich bin sehr krank — dann ist auch alles aus!“ Immer kommen ihm neue Erinnerungen und Zweifel. Im Coupé hatten ihn alle angesehen, in S. habe der Irrenanstaltsdirektor aus W. auf dem Bahnhof gestanden, das sei doch alles kein Zufall. Habe gestern in S. sich mit dem Rassierrmesser die Pulsadern durchschneiden wollen (kleine Wunde), es sei ja doch alles aus. Uebersiedelung in die geschlossene Abteilung. Von nun an beginnt eine Periode aufgeregter Verwirrtheit, welche bald remittierend, bald exazerbierend bis zum Ende Juli (also ca.  $3\frac{1}{2}$  Monate) andauert.

Schon am 18. April nahm er nachts seine ganze Bettstelle auseinander, meinte, man habe sie angesägt, um ihm eine Falle zu stellen. Den ihn besuchenden Kreisarzt hat er bereits an der Bahn gesehen, im Garten ist er sehr erregt, drängt hinaus, der Leibarzt der Kaiserin sei draussen, wolle ihn sprechen. Fortwährend verlangt er nach dem Arzt, um „Aufklärung“ zu erhalten, wird gewalttätig, zerstört, schlägt, muss isoliert werden. Am 19. April verweigert er die Nahrung, gratuliert dem Arzt, der ihn meisterhaft „entlarvt“ habe, ist meist gehobener Stimmung, doch schlägt dieselbe dann plötzlich um, er wirft sich schluchzend aufs Bett. Er zerschlägt sein Kaffeegeschirr, bringt

sich mit den Scherben eine oberflächliche Verletzung bei, macht im Garten einen wohlüberlegten Fluchtversuch, wehrt sich heftig. Keine Angst, aber starke Spannung. Vorübergehend verständiger, alles komme ihm wie ein Theater vor, die Wärter hätten mitgespielt, er habe Stimmen, Trommeln, allerlei bedeutsame Geräusche gehört, hat die Stimmen von Bekannten erkannt. In den nächsten Tagen dann ganz verwirrt: er trommelt stundenlang mit den Händen und Füßen gegen die Tür, kommandiert, schreit, antwortet den Stimmen, bis er völlig heiser ist. Er zerstört sein Bett, zerreisst die Matratze, wühlt im Seegras herum, ist unreinlich, Nahrungsaufnahme gut. Stundenweise ist er deprimiert, weint, er sei zum Tode verurteilt, solle gehängt werden, sein Sarg stehe vor der Tür. Er ist nicht zu fixieren, gibt ganz unzutreffende und zusammenhangslose Antworten, er vollendet keinen Satz. Im ganzen ist seine Stimmung gereizt, misstrauisch, er sieht alle durchbohrend und finster an, hält alle für Lügner und Schufte und neigt zu explosiver Gewalttätigkeit. Seine Haltung ist drohend, seine Redeweise ausfallend, allein gelassen, spricht und gestikuliert er viel. Meist ist dabei die zeitliche und örtliche Orientierung gut oder ziemlich gut erhalten, nur zeitweise macht er einen ganz verwirrten Eindruck, meint, er sei ein Simulant, sucht im Seegras nach „Lina“, seiner (eingebildeten) Braut, dieselbe sei hier versteckt, nennt sich einen Schuft, einen Heuchler.

Am 26. April tritt nach grosser Erregung kurz vorher eine Remission auf, der Kranke wird ruhig und klar: „Sie haben Recht, ich bin geisteskrank, habe Verfolgungswahn, machen Sie mit mir, was Sie wollen“. Erzählt, er höre viel Stimmen, alles gehe durcheinander, so dass er nicht sagen könne, was er höre, alle hätten so merkwürdige Augen. Die gehobene, zu Witzen neigende Stimmung stellt sich wieder ein.

Nach 4 Tagen (30. April) tritt eine neue Exazerbation ein. Patient ist wieder ganz konfus, trommelt stundenlang, zerschlägt sich dabei die Fäuste, dass das Blut herumspritzt, ist sehr aggressiv. Lärmt Tag und Nacht, verlangt seine Freiheit, er sei gesund, solle Freimaurer werden, in die Schlaraffia eintreten. Nahrungsaufnahme sehr gering, Patient ist unreinlich. Bis Anfang Mai dauert die Erregung in wechselnder Stärke fort, dann treten zeitweise stuporöse Zustände auf: Patient liegt stundenlang stumm und unbeweglich, ganz steif, gegen alles widerstrebend, nachher steht er plötzlich auf: „so, jetzt darf ich aufstehen!“ sagt, er habe auf „höheren Befehl“ so liegen müssen.

Dann folgen wieder Erregungszustände, in denen Patient heftig, gewalttätig ist, von Stimmen spricht und von Gestank, der aus dem Keller komme, ob denn die Komödie noch nicht bald ein Ende habe. Alle verstellen sich, der eine Wärter sei der gute, der andere das böse Prinzip, die Aerzte seien maskiert, er würde nachts hypnotisiert. Dazwischen Stunden der Einsicht — „ich muss verrückt sein“.

Ende Mai ist Patient im ganzen ruhiger, aber sehr zerfahren und verworren im Reden und bizarr im Wesen; spricht in abgebrochenen Sätzen: „ja, die Geschichte in S. — war Unsinn — aber die andere? da bin ich nicht klar — sind Sie wirklich Dr. W.? — nein, Sie sind Assessor H.? — wollen Sie

eine Keilerei anfangen — hört die Komödie nicht auf — ich will meine Freiheit“. Trommelt noch oft, auf dem Rücken liegend, stundenlang mit den Füßen gegen die Tür, bis zur völligen Erschöpfung.

Im Juni wechselt indifferentes, gleichgültiges verschlossenes Wesen mit leichten Erregungszuständen. Patient hat unzweifelhaft noch Halluzinationen, leugnet sie aber; isst nie allein, zerreisst Kleider, die er von zu Hause geschickt bekommt. Er schläft abwechselnd gut, dann wieder lärmt er die ganze Nacht. Seine Antworten sind barsch, widerwillig, verkehrt, oft gewalttätig, nennt den Arzt „Esel“, droht mit Ohrfeigen. Unreinlich. Im Juli muss er noch immer gefüttert werden, ist zeitweise stuporös, spricht kein Wort, reagiert auf nichts, zu anderen Zeiten lärmt, singt und exerziert er, macht Marschübungen, kommandiert oder trommelt gegen die Tür. Wird reinlich. Anfang August liegt er stundenlang auf den Knien, betet, ist folgsam und ruhig, isst meist allein, spricht tagelang nicht. Gelegentlich noch gewalttätig und impulsiv zerstörungssüchtig. Mitte August schreibt er schon einen ganz verständigen Brief, in dem er Krankheitseinsicht zeigt, gleichzeitig ist er aber oft recht verkehrt, gereizt, hört Schimpfworte (Hundejunge), zeigt wieder ein geschraubtes, übertrieben höfliches Benehmen. Im September stellt sich die äussere Haltung und Besonnenheit allmählich wieder her, doch fehlt durchweg die Einsicht: Patient verbirgt seine Gereiztheit hinter Zurückhaltung, geht nicht aus, verlässt nicht sein Zimmer, er wolle entlassen werden, beschwert sich bei der Staatsanwaltschaft wegen Freiheitsberaubung. Partielle Krankheitseinsicht wechselt mit Verkehrtheit infolge gelegentlicher Sinnestäuschungen.

Patient fängt aber an, sich zu beschäftigen, er erhält die Besuche seiner Familie und seiner Freunde, allmählich wird sein Wesen in zunehmender Weise natürlich und unbefangen, und Anfang Oktober besteht völlige Einsicht, Patient weiss, dass er schwer krank war, dass er Verfolgungswahn hatte, stark halluzinierte. Aus den erregten Zeiten hat er fast gar keine Erinnerung, dagegen erinnert er sich der Einzelheiten des Anfanges der Krankheit ganz genau. Die Erinnerung ist ihm peinlich. Wodurch er krank geworden ist, weiss er nicht. Gemütsbewegungen gibt er zu, lässt sich aber über die Art derselben nicht aus.

Mitte Oktober kann Patient, der sich auch körperlich sehr erholt hat (Gewichtszunahme 8 kg), geheilt entlassen werden.

Katamnese: Patient ist stets gesund geblieben, hat sein Assessorenexamen mit Auszeichnung bestanden und ist seit 1899 Richter. Er ist geistig völlig normal (häufige Auskunft des Arztes und des Vaters), 1908 gesund, im Dienst.

No. 10. Jurist, 20 Jahre. Nicht belastet. Zwei Monate vorher verändertes Wesen. Leichtes Trauma, im Anschluss daran akuter Ausbruch halluzinatorischer, zusammenhangloser Unruhe mit deliranten Grössen- und mystischen Ideen, leidliche Besonnenheit, gehobene Stimmung. Nach 18 Tagen völlig klar; 14tägige Remission, dann Wiederausbruch: stürmische halluzinatorische Erregung und Verwirrtheit, welche sehr stark remittiert und exazerbiert, lebhaftes Sinnestäuschungen, Wahniden, gehobene

Stimmung, auch in den Remissionen. Nach 8 Monaten Heilung. Völlige Krankheitseinsicht. Gewichtszunahme 3 kg.

Katamnese: Seit 10 Jahren völlig gesund.

Beobachtung 10. Cand. jur. (314/98, 342/98, Tübingen), geb. 1878.

Patient ist nicht belastet, ganz gesund, gut begabt, nicht epileptisch, nie früher wechselnde psychische Zustände. War Korpsstudent, kniepte wohl ziemlich viel, doch nicht mehr wie Andere und die letzte Zeit, weil er es dem Vater versprochen hatte, wenig. Keine Lues.

Juni 1897 ganz gesund, im November oft wie abwesend. Weihnachten letzte Mensur, kleine Wunde. Auf einer kleinen Reise am 10. Januar verfehlte er den Zug, fiel in einem Wirtshaus ganz nüchtern infolge schlechter Beleuchtung die Treppe hinunter auf den Hinterkopf, habe einen Moment (vor Unmut!) nicht sprechen können, sei aber nicht bewusstlos gewesen. Kein Erbrechen, nachts schlecht geschlafen, morgens aber ganz wohl. Den Freunden fiel er nach der Rückkehr durch sein stark verändertes, abwesendes Wesen auf, er vergass, was er eben gesagt hatte.

Am 15. Januar blieb er bei einer Rede stecken, redete den Tag darauf garnichts oder ganz verwirrt. Er ging nicht mehr aus, lief Nachts herum, sprach mit sich selbst, sang, klopfte an die Wände, hörte Stimmen, sprach zusammenhanglos von elektrischen Funken, die auf ihn übersprängen. Die Bekannten ignorierte er vollständig.

Am 20. Januar 1898 zur Klinik. Er ist orientiert über Zeit und Ort, mit seiner Aufnahme einverstanden, ist aber in grosser motorischer Unruhe, gibt zusammenhanglose Antworten, lächelt dabei. Er sei aufgeregt, habe Verfolgungswahn, höre seit seinem dritten Jahre Stimmen von oben (unrichtig! cfr. später), alles sei voll Elektrizität, das Blut steige ihm zu Kopf, er sehe alles durch einen Nebel, schwitze, habe einen üblen Geschmack. Alles das gehe von Gott aus, es sei eine Prüfung, er sei zu einer grossen Mission berufen, stamme von Luther ab, sei mit Christus, Buddha und Bismarck seelenverwand, habe eine Flammenschrift an der Wand gesehen. Er ist weitschweifig, geziert, überstürzt in seinen Reden, schwer zu fixieren, zu geordneten Angaben über sein Vorleben nicht zu veranlassen.

Körperlich nichts Besonderes, speziell kein Tremor der Zunge oder der Hände, kein Schwitzen, Puls 80, regelmässig. In den nächsten Tagen ist er noch ziemlich erregt; er hört viel Stimmen, die ihn schimpfen, antwortet lachend darauf, fühlt sich von allen Seiten elektrisch beeinflusst, Gott wolle ihm dadurch Gehirn und Rückenmark von allen Schlacken reinigen, für seine Mission vorbereiten, jetzt sei er daran, neue Knobeltouren zu ersinnen, gezieltes, burschikoses Wesen. Er horcht oft, sieht in eine Ecke, antwortet leise auf die Stimmen, über deren Inhalt er sich nicht äussert. Seine Stimmung ist dabei heiter, er lacht viel, seine Aeusserungen sind verwirrter als sein Wesen; er schläft leidlich, hat keine Angst, isst gut.

Vom 20. Januar ab wird er klarer, meint, die Stimmen wären leiser und seltener; die Idee mit Christus und Buddha sei wohl nur Einbildung gewesen, doch erzählt er gleichzeitig, vom Bahnhof zur Klinik sei eine elektrische Leitung

gebaut, über das Schloss weg, dadurch werde die Luft in seinem Zimmer verbessert, und man bereite ihm angenehme Empfindungen. Auch horcht er noch öfters, spricht leise mit sich und lächelt vor sich hin. Stimmung andauernd heiter.

Am 28. Januar erscheint er völlig klar, hat Krankheitseinsicht, das Wesen ist natürlich, und am 6. Februar wird Patient vom Vater abgeholt, bleibt in Tübingen. Die nächsten Tage ist er zunächst normal, aber schon am 10. Februar war er auffallend blass und müde. Am 11. Februar war er schon wieder verwirrt. Man fand ihn ziellos herumirrend im Keller des Korpshauses; er machte mystische, segnende Bewegungen, sprach mit Niemandem, fuchtelte im Gebüsch mit seinem Stock herum, sass geheimnisvoll zu Haus auf seinem Sofa, hatte das Bild des Vaters zerrissen, veräucherte die Zimmerdecke mit dem Licht, klimperte auf dem Klavier. Da die Verwirrtheit zunahm und die Nächte unruhig waren, brachten ihn die Freunde am 12. Februar zur Klinik zurück. Getrunken hat Patient in der Zwischenzeit garnichts. Bei der Aufnahme ist er motorisch sehr erregt, wirft das Bett durcheinander, springt herum, lacht und singt, Stimmung gehoben. Viel Gehörstäuschungen, er antwortet auf die Stimmen. Auf Fragen antwortet er nur kurz und abgerissen, gibt sich über die Situation keine Rechenschaft, schreit einzelne Worte hinaus: Mühle, Schwimmbad, Trauring, Massage, Schlittschuhe, Knochenmühle, Pferde, Doktorexamen. Habe fixe Ideen, sehe huschende Schatten, atme Kohlendunst. Redet von Läuterungsprozess, unschuldiger Verurteilung, elektrischen Strömen. Sieht kongestioniert aus, Puls 80, sonst körperlich nichts.

Bis 19. Februar lebhafte motorische Erregung mit Verwirrung, lärmt, rennt herum, zerreisst, kommandirt, lacht, singt, Stimmung meist gehoben, zeitweise gereizt. Spricht mit sich selbst, absolut nicht zu fixieren. Nahrungsaufnahme gut, reinlich.

20.—26. Februar. Allmählich ruhiger, eine gewisse geistige Erschöpfung zeigt sich, er ist mürrisch, abweisend, einsichtslos, kindisch, treibt Allotria, klagt über „Phantasien“ und grosse Sinnesempfindlichkeit, lässt sich aber nicht näher aus.

21. Februar bis 4. März ruhig. 4. März. Wiederausbruch der Erregung. Von jetzt ab noch mehrmals starke Remissionen und Exazerbationen. In der Erregung ist das Gesicht gerötet, der Kopf heiss, der Puls beschleunigt (90 bis 100); die Gesichtsmuskulatur zittert. Patient ist wesentlich in gehobener Stimmung, aber sehr reizbar, sieht in allen Anordnungen feindselige Beschränkungen, gerät in Kollision mit Pflegern und Mitkranken, wird aggressiv, zerreisst, zerstört. Er lacht, pfeift, singt, spricht viel, halluziniert dabei lebhaft, spricht zum Fenster hinaus — „raus mit den alten Weibern, habe genug von dem Ausschank der Psychiatrie — will Sekt — alte Herren bezahlen — Portemonnaie vergessen — brauchen keine Schwiegermama, brauchen reiche Grossmama — keine alten Weiber, brauchen Matrosen — Fräulein, ich möchte aufstehen, habe genug Busse getan — was? ja, gleich! — nach Berlin? jawohl, gehe mit, habe meinen Verstand total verloren, werde aber deshalb doch nicht

erschossen. Wie? nochmal! ja wohl, morgen kaufe ich mir ein Billet — verstehe garnichts mehr, bin wohl ganz stumpfsinnig!“

Das Bett ist eine Elektrisiermaschine, die Gitter vor den Fenstern sind Apparate, um den Kranken zu beobachten, er kenne das, habe Physik studiert, schreibt eine Doktorarbeit, die nur abgerissene Worte und geheimnisvolle Zeichen darstellt, hat grosse Pläne, will grosse Fahrradtouren machen, bestellt übertrieben, verlangt Ausgang, Alkohol. Nachts sei hier ein vollständiges Theater, spiritistische Sitzung, werde hier verdreht gemacht, sei nie krank gewesen, Stimmen höre er nicht, das komme nur vom Rasseln des Aufzuges und vom Jammern der Kranken. Will aus Tübingen einen Kurort machen, habe Quellen entdeckt, die Erde sei rot, das sei in Karlsbad auch so, das sei Eisen, das komme von dem Blute begrabener Soldaten. Schmückt sich mit Ordensbändern, behält den Hut auf, schwätzt fortwährend, spricht und schreibt ideenflüchtig, lässt sich leicht ablenken. Noch im Mai war der Erregungszustand so heftig, dass er isoliert werden musste: er schreit, ist gewalttätig, droht mit Erschlagen, zerstört, uriniert auf die Erde, schreit in die Luftheizung: „Still, Du Lump!“ meint, der Gärtner poussiere da unten. Prahl mit seinen Körperkräften, Stimmung bald wieder gehoben. Später trugen die Erregungszustände dann wieder mehr einen hypomanischen Charakter mit wenig Halluzinationen.

In den Remissionen, die sich meist einige Tage vorbereiten, während der Umschlag der Erregung sich meist in 24 Stunden vollzog, ist Patient anfangs nur ruhiger und gehaltener, die Verwirrung tritt zurück, während die gehobene Stimmung und die veränderte Auffassung fort dauert, später ist die Stimmung normal oder leicht gedrückt. Patient hat eine halbe Krankheitseinsicht, erkennt den Wahn und die Sinnestäuschungen als solche. Sein ganzes Wesen ist gehalten, er ist nicht mehr burschikos und unordentlich, wie in der abklingenden Erregung. Im ganzen wurden seit der Aufnahme 6 Erregungszustände beobachtet von 10—14 Tagen Dauer, von Anfang August an war dann das Befinden völlig normal, so dass Patient Mitte September entlassen werden konnte. Ueber seine Krankheit gab er folgende Schilderung. Wegen der Kopfverletzung, der er keine Bedeutung beimisst, vgl. vorher. In den Tagen darauf habe er an Schlaflosigkeit gelitten und innerer Unruhe. Von da ab hat er für die nächste Zeit nur sehr unklare Erinnerungen, Stimmen in der Kinderzeit habe er nie gehört, er habe damit nur sagen wollen, dass es einem öfters mal so sei, als werde man gerufen. Der Szenen im Korpshause, des Ganges in den Keller entsinne er sich nicht, er erinnere sich nur, dass er sehr „verwirrt“ gewesen sei und keinen Gedanken habe festhalten können. Stimmen habe er viel gehört, viel phantasiert, sei sich vorgekommen, als sei er von feindseligen Beeinflussungen umgeben, das habe ihn sehr gereizt, aber des Inhaltes der Sinnestäuschungen erinnere er sich kaum, er sei sich wie eingesperrt vorgekommen und erinnere sich auch einzelner erregter Szenen dunkel. Ueber Ort und Zeit sei er stets orientiert gewesen, doch sei ihm alles anders vorgekommen. Er habe grosse Ideen gehabt, habe über die Faustinsche Stiftung eine grosse Doktorarbeit machen wollen, sei sich dabei als Faust vorgekommen, wohl wegen des Gleichklanges der Namen. Des Wechsels zwischen erregten



und ruhigeren Perioden ist er sich nur sehr bedingungsweise bewusst, er weiss nur, dass die Erregung mit Hitze im Kopf und Schlaflosigkeit begann. Er erkennt seinen Zustand völlig als Krankheit an und will den Alkohol fortan völlig meiden. Er hat das auch getan, hat 1905 sein zweites Examen bestanden, ist in Amt und Würden und nach Angabe des Vaters (Arzt) seit 1898 völlig gesund und normal. Speziell ist keine psychische Störung, die für das Bestehen manisch-depressiven Irreseins verwendet werden könnte, bei ihm beobachtet.

Gewicht: Anfang der Krankheit etwa 73 kg, später leichte Schwankungen, Ansteigen bis 77 kg.

Katamnese: 15. März 1908 schreibt der Vater (Arzt!), dass Patient ganz gesund ist. Er ist Richter, vielbeschäftigt, hat eine angestrenzte Tätigkeit, lebt mässig, bis vor 3 Jahren völlig abstinent. In geistiger und gemüthlicher Beziehung ganz gesund, nicht nervös. Irgend welche periodische Schwankungen des psychischen Lebens werden bestimmt in Abrede gestellt.

Gruppe E. Halluzinatorische Verwirrtheit, später systematisierte Wahnbildung.

No. 11. Dienstmagd, 19 Jahre. Nicht belastet. Schwerer Dienst, ungenügende Ernährung, keine Prodrome. Plötzlicher Ausbruch durch nächtliche Offenbarungen, mystische Wahnideen. Lebhaftes Erregung, Verbigeration, gehobene Stimmung, leicht verwirrt. Nach 14 Tagen Abklingen, für die Erregungsperiode Amnesie, sonst Besonnenheit, leugnet Sinnestäuschungen, erklärt Verhalten aus Gedanken. Unvollständige Krankheits-einsicht.

Gewichtsabnahme anfangs 16 Pfund, später Zunahme um 26 Pfund.

Entlassen, zunächst noch reizbar, 4 Monate später ganz gesund.

Katamnese: Seit 13 Jahren gesund.

Beobachtung No. 11 (20/1895, Tübingen). Dienstmagd, geb. 1876. Keine Heredität. Selbst in der Hauptsache gesund, kräftig, hat normal gelernt. Keine hysterischen Antezedentien, chronisches Augenleiden, bei der letzten Herrschaft sehr schwerer Dienst, wenig warme Kost, aber gute Behandlung. Die Periode bis zur Krankheit nur einmal aufgetreten.

Am 6. Januar 1895 kam sie nach Hause, tat geheimnisvoll, sprach viel von der Offenbarung Johannes, einer Hochzeit, von einem weissen Kleid mit roten Bändern, redete die ganze Nacht mit sich selbst von 7 Brautjungfern. Sprach konfus, wurde am 16. Januar in die Klinik gebracht.

Sie ist ruhig, geordnet, orientiert, die körperliche Untersuchung ergibt normalen Befund. Sie gibt die Anamnese: Sie diene bei dem „Kronenwirt“, der am 10. Januar Hochzeit halten wolle. Am 1. Januar habe sie eine anonyme Gratulationskarte erhalten, dachte anfangs nicht darüber nach. In der Nacht vom 5. zum 6. Januar hatte sie zwei Offenbarungen. Sie hatte sich am Tage

vorher geärgert und war ohne besondere Folgen ausgerutscht und auf das Steissbein gefallen. Es kam ihr in den Sinn, sie solle mit 7 Brautleuten gehen, 3 in weissen, 4 in schwarzen Kleidern. Die zweite Offenbarung lautete, sie solle in die Kirche gehen mit den 2 Brautführern und den 3 Weisen aus dem Morgenlande. Sie musste die ganze Nacht daran denken, denn sie glaubte nicht recht daran und ging am anderen Tage nicht in die Kirche. Da bis Mittag des 6. Januar keine Brautführer erschienen waren und sie in dem Absender der Karte einen der Brautführer, der gleichzeitig ihr Bräutigam sein sollte, vermutete, so ging sie nach Hause, sich zu erkundigen, die Freundinnen verstanden sie aber nicht.

Die Hochzeit des Kronenwirtes fand am 10. Januar statt. Aber die „Hochzeit des Lammes“, die nach der Offenbarung nicht in der „Krone“, sondern im „Lamm“ stattfinden sollte, wurde nicht gefeiert. Bei dieser Hochzeit sollte sie die Braut sein, besprengt mit dem Blute Christi, durch weisses Kleid mit rotem Bande symbolisch dargestellt, die Hochzeit sei „nach der Bibel ein Zauber, damit die Menschen wieder glauben lernen“. Die Ewigkeit sei schon vorüber, jetzt kämen die Leute in die Hölle.

In der nächsten Zeit wird sie besonders nachts unruhig, läuft herum, singt Lieder, schreit, spricht viel, ist zerstörungssüchtig, verweigert die Nahrung. Sie wird von Hexen heimgesucht, die Pflegerinnen und Patientinnen seien Hexen, liessen ihr keine Ruhe, womit, das sagt sie nicht — „mit Zauberspiegeln wird gehext“. Alles sei verzaubert, allen werde etwas zugeblasen. Teufel seien auch dabei. Ihr Reden wird in zunehmender Weise konfus. „Dreimal bin ich hergezogen, dreimal hin und dreimal her, dreimal bin ich weggefliegen. — Dieser ist, dieser ist, dieser ist ein Jesusblitz. Hat sich schon zum Zorn entbrennet, drum er sich hierher gewendet, drei, drei, dreimal drei, heute so, morgen so, morgen gehts nach Stuttgart zu. Einmal denn in Gottes Namen, hellblau ist Bayrisch. Dann hierhergefliegen, dreimal nach Württemberg, dieser ist jetzt nachgezogen, dieser, dieser Jesusblitz. Vielleicht ist dies das Grab, weil sie sich gehenket hat.“

Muss stets isoliert werden, ist nackt, schreit, lacht, schimpft, weint, vertreibt Teufel, ist unreinlich. Den Morgen darauf ist sie heiser, grimassiert, macht Witze, ist heiter, diese Nacht sei sie ganz verdreht gewesen! Der Bruder sei dagewesen, habe ihren Koffer geöffnet, sie sei die Nacht übrigens in Calw gewesen! Da seien Leute gewesen, immer drei, da sei viel passiert, eine rote Fahne sei da, die bedeute das Lamm in Tübingen. In den nächsten Tagen bleibt sie erregt und verwirrt, macht drohende und beschwörende Bewegungen, nimmt sonderbare, stets wechselnde Stellungen ein. „Halt, du kommst gleich — natürlich dreimal sechs, gestern abgeschwungen.“ Haare aufgelöst, nimmt gar keine Notiz von ihrer Umgebung, sucht zu zerstören, was sie kann, lacht, reiht sinnlos Sätze aneinander. „Hoch in England her, dreimal hin und dreimal her — drei Teufel aus dem Calwer Oberamt — geht der Teufel von selber los, ein paarmal knallt, ein paarmal knallt, die ganze Nacht Scheren schleift.“

Nach 14 Tagen (18. Februar 1895) klingt der Erregungszustand schon wieder ab, sie lacht zwar noch viel, sieht fragend, wie träumend in die Luft,

sagt, sie sei in den letzten Tagen in der ganzen Welt herumgekommen, ob sie jetzt schweigen oder den Mund noch weiter aufreissen solle?

Die Reinlichkeit und Ordnung kehrt allmählich zurück, das äussere Verhalten der Patientin wird im Laufe der nächsten Woche normal.

Sie wird gesprächiger, erkennt die Erregungsperiode als eine Krankheit, sie sei froh, dass sie sich fast an nichts mehr erinnere; alles sei ihr dann durcheinander gegangen. An der Wirklichkeit der Offenbarung hält sie fest, sie habe nicht geschlafen, also auch nicht geträumt, das sei wirklich so gewesen, sie leugnet Stimmen oder Bilder, es sei ihr plötzlich so in den Sinn gekommen. Es sei doch kein rechter Glaube in der Menschheit und sie sei mitberufen zu seiner Wiederherstellung, das Strafgericht komme wohl noch. Aus der Hochzeit des Lammes sei nichts geworden, weil sie krank wurde. Uebrigens ist ihr die Sache jetzt sehr gleichgültig, sie denke gar nicht mehr daran.

Normales Verhalten in der Folgezeit.

Patient wird am 18. April entlassen.

Gewicht anfangs 58, in der Erregung 50, gegen Ende 63 kg.

Katamnese: Februar 1896. Noch etwas wechselnd in Stimmung, reizbar, sonst geistig gesund (Vater).

Periode ist ausgeblieben, viel Nasenbluten. März 1898 ganz gesund, keine Spuren der Geisteskrankheit mehr (Vater).

April 1899 durchaus gesund (Vater).

„Ich bin immer gesund und habe längst keine Verirrung und sonstige Verstörtheit meiner Sinne oder Gedanken von der früheren Krankheit mehr — danke vielmals“. (Patientin selbst.)

November 1900 ganz gesund (Schultheissenamt).

1. März 1908. Patientin schreibt selbst, dass sie seit ihrer Entlassung geistig ganz gesund geblieben sei, nur sei sie etwas schwach in den Nerven und habe ein schwaches Gedächtnis, habe immer sehr viel mit ihrem Nasen- und Augenleiden (Siebbeinvereiterung) zu tun. Hat sich verheiratet, hat ein Kind und hofft, dass sie gesund bleiben werde, da Schwangerschaft und Geburt ihr gutes Befinden nicht beeinträchtigt hätten.

No. 12. Haustochter, leicht belastet, schwach begabt, bleichsüchtig, 5 Wochen vorher (Menses) nächtliche Verwirrheitszustände, starr, wunderbar, dann 4 Wochen normal. Dann plötzlicher Ausbruch von Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen. Besonnenheit nicht stark gestört. Stimmung wechselnd. Zeitweise Verbigeration. Stupor. Angst. Remittierender Verlauf, bei Periode starke Exazerbation. Nach 4 Wochen entlassen, noch zurückhaltend, nach 9 Wochen Heilung, normales Wesen und Verhalten. Gewichtszunahme 14 Pfund.

Katamnese: Seit 13 Jahren gesund.

Beobachtung 12 (21/1895), Haustochter, geb. 1875. Mutters Vater nervenleidend, zitterte sehr, sonst keine Heredität. Patientin selbst gesund, lernte etwas schwer, sonst aber willig und brauchbar. Nie Krämpfe oder dergleichen.

Periode war 2 Jahre unregelmässig und schwach, zuletzt Ende März 1895. Schon längere Zeit bleichsüchtig, müde, musste sich oft bei Tage ins Bett legen.

Am 25. März morgens erregt (Periode), mittags redete sie verwirrt, führte einen Auftrag nicht aus, der verstorbene Onkel habe es ihr verboten. Blieb konfus, sah den ganzen Tag die Eltern starr an. Abends sehr still. Forderte plötzlich ihren Bruder auf, mit ihr auf den Boden zu gehen.

Nächsten Tag ruhig, abends ängstlich, nachts unruhig. Nach 8 Tagen Besserung, sie arbeitete wieder, war anscheinend normal.

Am 27. April Klagen über Müdigkeit, am anderen Tage aufgeregt, verstört, lief mit aufgelösten Haaren herum, machte alles verkehrt, warf alles durcheinander. Die nächsten Tage abwechselnd unruhig und starr. Nachts immer ängstlich, unruhig, weinte und lachte, wälzte sich herum, zappelte mit den Gliedern, brüllte laut. Jetzt keine Menses.

Patientin wird am 3. März 1895 zur Klinik gebracht.

Sie ist ruhig, einigermaßen orientiert, gibt die Anamnese.

Die körperliche Untersuchung ergibt normalen Befund.

Sie ist in wechselnder Stimmung, lacht und weint ohne Grund, ist schreckhaft, ängstlich, bald gibt sie rasch, bald zögernd oder gar keine Auskunft. Oft schaut sie starr in eine Ecke, horcht. Nach dem Grunde der Angst gefragt, antwortet sie zusammenhanglos: „ich bin nicht auf dem Schwarzwald, wo ich doch — ich habe mein Kleid mit einer Herrenkravatte verziert — weil ich mit Buben und Tuben — weil Dr. Thudichum nicht da ist — ich hatte einen schwarzen und roten Unterrock und die sind jetzt —“ usw. Sie höre Stimmen, meist nachts, aber auch bei Tage, man rufe und schimpfe sich, mache ihr Vorwürfe wegen ihres Lebenswandels — „ich bin nicht mehr ein Vergissmeinnicht — warum ich hier bin? — weil ich nicht mehr Veitele und Mädele — von Herrn Wildenbruch haben wir stets Zigarren gehabt.“ Man verfolge sie, seit dem Fastnachtsball seien ihr junge Leute nachgegangen, man habe sie beeinflussen und missbrauchen wollen, sie hörte hinter sich ihren Namen und Schimpfworte, Vorwürfe, sie sei eine schlechte Person. Sie geniere sich, das zu erzählen. Das ginge alles von ihrem Hausarzte aus — Genaueres darüber ist nicht zu erfahren.

Bis zum 11. Mai ist Patientin abwechselnd ängstlich, erregt oder stuporös. Sie wirft die Betten durcheinander, spricht von Stimmen oder sie liegt mit gefalteten Händen, die Augen geschlossen, stumm und bewegungslos im Bett. Schlaf und Appetit schlecht.

Vom 11. bis 25. Mai ist sie freier, hat aber gelegentlich Angstzustände, zeitweise ist sie heiter, hat volle Krankheitseinsicht, dann wieder gedrückt, scheu.

Am 25. Mai mit den Menses starke Erregung abwechselnd mit Stupor, sehr ängstlich, zurückhaltend, sie ist oft unreinlich, lässt Urin unter sich, sogar im Sitzen. Schlaf und Nahrungsaufnahme dabei gut.

Anfang Juni ist sie wieder ruhig, dem Arzt gegenüber aber noch immer sehr scheu und misstrauisch, lässt noch immer zeitweise Urin unter sich.

Auch später noch wechseln freie Tage, wo sie heiter und einsichtsvoll ist, mit Tagen ängstlicher, scheuer Zurückhaltung. Bei intensiven Fragen bricht sie in Tränen aus, gibt aber öfters an, es sei ihr im Kopfe wieder viel klarer.

Gewicht Mitte Mai 45 kg, langsam steigend bis Mitte Juni auf 52 kg.

27. Juni 1895 entlassen.

Katamnese: Ende Juli 1895 lebhafter, normale Interessen, ist noch matt und müde (Vater).

Januar 1896 sehr stark und kräftig geworden, arbeitet fleissig, geistig ganz gesund (Vater).

Oktober 1896 ganz gesund (Vater).

März 1898 ganz gesund.

April 1899 immer ganz gesund.

27. Februar 1908 gesund geblieben, nur geistig etwas schwach, daher schonungsbedürftig (Verwandter).

No. 13. Mechaniker, 28 Jahre, nicht belastet. Im Anschluss an geringe psychische Erregung (Begeisterung, vielleicht erst sekundär), akuter Ausbruch von halluzinatorischen (viel Träume) Wahnideen, gleichzeitig der Verfolgung und Grösse. Besonnenheit. Mit halber Krankheitseinsicht und 3 kg Gewichtszunahme nach 2 Monaten entlassen. Nach einem Jahre kurzdauernde ängstliche Erregung. Nach weiteren  $\frac{3}{4}$  Jahren plötzliche Gehobenheit mit Zornmütigkeit, Verwirrtheit, Ideenflucht, phantastische Umdeutungen, Halluzinationen, Grössenideen, Verfolgungsideen.

Nach 4 Wochen Heilung. Geringe Gewichtszunahme.

Katamnese: Seit 12 Jahren gesund.

Beobachtung 13. (268/96, 285/97, Tübingen.) Mechaniker, geb. 1868. Patient stammt aus gesunder Familie, selbst gesund bis auf Herzleiden (1894), gut begabt, fleissig, solide, korrekt. Keinerlei epileptische Antezedentien. Weder Lues, noch Alkohol. Kein Trauma.

Die Krankheit begann plötzlich Anfang März 1896. Einer seiner Nebearbeiter E. hatte eine vielversprechende Erfindung (Motor) gemacht. M. begeisterte sich dafür, liess ihm 1000 M. Gleich darauf erzählte er seinem Bruder, er werde verfolgt, die ganze Universität sei hinter ihm, man behaupte, er habe die Erfindung gemacht, wolle ihn vergiften, einsperren, wolle ihn geisteskrank machen, das dann auf unsoliden Lebenswandel schieben. War zu Hause sehr aufgeregt und wurde am 20. März 1896 zur Klinik gebracht.

Er ist ruhig, geordnet, orientiert, erzählt sofort sehr lebhaft von dem, was ihn beschäftigt. Er meint, er sei schon Anfang März innerlich etwas erregt gewesen, habe sich dann sofort für die Erfindung begeistert, dem E. Geld gegeben. Am 9. März erlebte er bei einer Eisenbahnfahrt Sonderbares. Verkleidete Studenten machten im Coupé Witze über ihn, in Horb behandelte man ihn auf der Strasse wie einen Verrückten, gab ihm verkehrte Auskunft, er verlor für Augenblicke seinen Verstand. Hörte hinter sich schimpfen, alle Leute sprachen über die Erfindung, die grossartig sei, und alles umwälzen werde,

man bezeichnete ihn als den Erfinder. Alles war arrangiert, man behandelte ihn als Verrückten oder als Helden. Man wollte ihn vergiften, alle waren hinter ihm her. Nachts wachte er plötzlich auf mit dem Gedanken, die Erfindung müsste Württemberg zu Gute kommen. Er sah sich in geisterhaften Situationen, sah Bilder, hörte Stimmen, glaubte sich vom Arzt vergiftet, in lebhaftem Konflikt mit der Universität wegen der Studenten, schrieb am 10. März einen Brief an die Universität, er wünsche Friedensschluss, er habe keine Lust, ins öffentliche Leben zu treten, er sei ein treuer Untertan.

Auch bei seinem Bruder kam ihm das Essen vergiftet vor, er hatte Schwindelgefühle, konnte nicht sehen. Seine Ideen wechselten, er zog alle möglichen Personen hinein. Ueberall werde er verspottet, er sei kein Mann, das ganze Sonntagsblatt habe voll davon gestanden, er sei entmannt. Seit 18. März höre er keine Stimme mehr, fühle sich klarer. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Abweichendes. Patient bleibt im Bett, ist aber etwas unruhig und ängstlich, Bemerkungen will er nicht hören, doch hält er die Patienten für verkleidete Studenten, seine Verfolger. Auch sagte er, seine Braut sei wohl dagewesen. Meint selbst, er sei abwechselnd klar und verwirrt im Kopfe. Am 25. März bittet er um seine Entlassung, es werde hier zuviel über ihn und seine Angelegenheit geredet, er wolle seine Strafe antreten dafür, dass er sich fälschlich als Erfinder ausgegeben habe. Isst und schläft gut. Im April gibt er an, dass er viele bedeutsame Träume habe, es sei wie Wirklichkeit, man habe gesagt, er habe zwei Frauen, das sei aber nicht wahr. Er müsse nach Amerika. Oder er träumt, er sei bei einem Kommerzienrat zu Gaste gewesen, habe grosse Hochzeit gefeiert, sei nachher in den Neckar geworfen. Am 9. April schreibt er dem Bruder: „Warum habt Ihr mich so irregeführt — es ist die reine Falschmünzerei — ich bin das Opfer einer Rache“ — am 30. April: „es ist so komisch in mir, ich werde wohl noch geisteskrank — es ist seit einigen Wochen so der Drang in mir, ein Buch zu schreiben — werde ich es fertig bringen? Bei Euch konnte ich dem Drang meiner Gefühle am Besten den Lauf lassen, schreiben und arbeiten —“. Gleichzeitig schreibt er dem Arzt: „Von meiner Umgebung wird jedes Wort abgefasst, als ob es von politischer Tragweite sei und doch ist kein einziges vorbereitet. Ich weiss, dass ich gehetzt werde, jedenfalls von einer durch Patenthändler angetriebenen Horde — alles wird mir in Erinnerung gebracht, jede kleine Verfehlung — ich hoffe, durch E. reich werden und alles wieder gut machen zu können“.

Er klagt viel über Kopfschmerzen und Träume. Mitte Mai ist Patient dann viel ruhiger geworden, arbeitet im Garten, hat hier keine unangenehmen Träume oder Kopfschmerzen mehr, ist aber nur halb von dem Wahnhaften seiner früheren Ideen überzeugt, es könne ja Krankheit gewesen sein, vielleicht aber doch auch Wirklichkeit.

Gewicht März 65—66, dann 68 kg.

14. Mai 1896 gebessert entlassen. Oktober 1896 ganz gesund.

Er war zu Hause ruhig, geordnet, arbeitete.

Oktober 1897 wurde er sehr ängstlich und aufgeregt, man wolle ihn holen, festnehmen. Er blieb zu Hause, in 8 Tagen war Alles vorüber.

Anfang Dezember 1897 viel Schweiss an Händen und Füßen, aufgeregt, schlaflos.

Am 26. Dezember 1897 auffallend heiter, er machte Witze, ging ins Wirtshaus betrank sich. Zu Hause weinte er, riss ein Bild von der Wand, zerschlug Sachen. Ging viel ins Wirtshaus, trank und rauchte viel (sonst nie), wurde gewalttätig, reizbar, zornmütig, drohte das Kind zu erschlagen, so dass am 29. Dezember 1897 seine Ueberführung in die Klinik erfolgte.

Auf dem Transport sang und sprach er sehr laut und konfus. Er ist äusserlich zunächst ruhig und geordnet, orientiert, in gehobener Stimmung, macht viel Redensarten, spricht lebhaft, die Gedanken springen. Sei krank gewesen, weil er zum Rechtsanwalt gegangen sei, seinen König zu verklagen, daran seien die „Irriaten“ des Mittelalters schuld — man habe ihm nach dem Leben getrachtet. Jetzt habe er das Kind nicht totschiessen wollen, aber seine Frau habe es gesagt. Anderswo habe das Kind immer gejammert: „es brennt“, da habe er gedacht, nun komme die Elektrizität auch schon über die Kinder. Im Waisenhaus sei ein Ofen so altertümlich, daran wolle man ihn anbinden. Vor Jahren habe ein Bekannter das Perpetuum mobile erfunden, das sei keine Unmöglichkeit, aus Unmöglichkeit werde Möglichkeit und daraus Wahrheit — „fürchten Sie sich davor?“

Erfühlesich ganz gesund und wohl, aber wenn er hier noch weiter so angegriffen werde, werde er sich an die Öffentlichkeit wenden, seine Ueberzeugung aussprechen — was die sei, wisse er nicht. Irrenärzte können irren, jeder stellt sich vor den, vor den er sich stellen will etc.

Körperlicher Befund normal.

Schliefe die erste Nacht wenig, sang und piffte. Sagte Morgens: „nicht so viel waschen am Buffet — Entlastung und Belastung — fehlen, Freiheit in Gedanken — Lumpen in meiner Tasche — habe nichts. Böses gemacht — Titel schon vorhanden — ich spreche jetzt die Stenographie, die Algebra habe ich schon gelernt“. Recht verwirrt. Auch in den nächsten Tagen verworren, redet von Träumen, defäziert bei besetztem Klosett direkt ins Zimmer, ist dabei erregt und schreit: „Das Beste gehört immer dem, der über Ardere verfügt — auf mein Gewissen entnehme ich es, nach R. zu gehen — ich werde nicht verrückt, ich glaube, dass man erst in der Ruine den Geist sammeln kann, in den Trümmern, wo der Geist aufhören wird“.

Anfangs Januar noch erregt, abwechselnd klar und leicht konfus, meint, er sei besser, er bliebe noch hier, dann wieder, er müsse fort, das Haus mache ihm schlechte Erinnerungen, man wolle ihn vergiften. Gewicht 67—68 kg.

21. Januar gebessert entlassen.

Katamnese: April 1899 nichts von Krankheit bemerkt.

Dezember 1908 nichts von Krankheit bemerkt.

20. Februar 1906. Nach Angabe der Schwester ist Patient ganz gesund.

No. 14. Stud. jur., 25 Jahre, belastet. Prodrome von 3 Jahren Dauer (Seelenkämpfe religiösen Inhalts, Wesensänderung. Arbeitsunfähigkeit). Plötzlicher Ausbruch von verzückter Erregung, Eingebungen. Heftige Aufregungszustände mit Gewalttätigkeit, ab-

wechselnd mit ecstatischem Stupor. Sonst besonnen. Keine Sinnestäuschungen, nur mystische Gedankenbeeinflussung. Stimmung gedrückt, reserviert.

Nach 7—8 Wochen Heilung, Krankheitseinsicht.

Gewichtszunahme 18 Pfund.

Seit 11 Jahren gesund.

Beobachtung 14 (18/1897, Tübingen). Stud. jur., geb. 1872. Patient ist belastet, eine Schwester des Vaters, der selbst nervös ist, geisteskrank, Geschwister der Mutter geirrend, schwermütig, krampfleidend.

Als kleines Kind Krämpfe, später nie mehr. 1890 gute Maturitätsprüfung, war stets begabt und fleissig, dann Rechtsstudium. Solide, kein Potus, kein Trauma. Sommer 1894 wurde er „nervös“ und es traten religiöse Ideen auf, er suchte den richtigen Glauben, konnte ihn nicht finden, sprach von Kämpfen mit dem Teufel, „Einflüsterungen“ desselben, war aufgeregt und litt an Schlaflosigkeit. Auch sprach er immer davon, er habe Stimmen gehört. War still und in sich gekehrt, 1894 nahm er das juristische Studium wieder auf, musste aber bald verzichten, da jede Arbeit ihn zusehends ermüdete. Er las statt dessen viel in der Bibel, beschäftigte sich mit religiösen Dingen.

1895/96 etwas reger, aber sonst derselbe. Sommer 1896 mit Landwirtschaft beschäftigt. Winter 1896/97 geistig leistungsfähiger, besserer Schlaf. Im Jahre 1897 bei dem Bruder in Riederich, kam von dort nach Tübingen, war ganz ecstatisch verzückt, fühlte sich „wunderbar wohl“.

Nach Meinung des Vaters ist er willensschwach geworden, liess sich die letzte Zeit leicht lenken, war ängstlich, pedantisch, wahrscheinlich hatte er auch hin und wieder die „Einflüsterungen“, gab sie aber nur halb zu.

Am 11. Juni 1897 wurde er dann plötzlich sehr erregt, nachdem er vorher noch wortkarger geworden war und sich nur mit religiösen Sachen befasst hatte; er betete und schrie so laut, dass die Leute zusammenliefen, stiess immer nur die Worte: „Vater, Jesus Christus“ aus, bis er erschöpft zusammenbrach, attackierte den Bruder.

Am 15. Juni 1897 wurde er der Klinik zugeführt.

Patient kommt freiwillig, legt sich ruhig ins Bett, ist völlig orientiert und zunächst ganz besonnen. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Besonderes. Er erzählt, dass er sich seit 1893 viel mit religiösen Fragen beschäftigte, habe viel Zweifel und Kämpfe gehabt, jetzt habe er sich durchgerungen, sei Gottes rechter Sohn. Wie das zu verstehen sei, sei seine Sache, man verstehe ihn wohl doch nicht. Er sei jetzt selig von Gott geboren, habe dunkle Zeiten gehabt. Gott habe ihm wohl eine besondere Stellung zugewiesen, doch habe er bis jetzt noch keine Anweisung. Sinnestäuschungen lehnt er überlegen lächelnd ab — „Sie halten mich für verrückt? Sie sind geisteskrank“. Er habe wohl einmal ein verschwommenes Gesicht gesehen. Er antwortet oft ausweichend mit Bibelsprüchen. Die Nacht schläft er ruhig.

16. Juni. Liegt morgens verzückt im Bett, die Augen geschlossen, die Hände betend erhoben, verweigert Antwort. Mittags wird er sehr erregt, betet laut: „Vater, verlass mich nicht“, später wieder stumm und starr, schriekt



zusammen, blickt sich herum. Auf Befragen sagt er, er habe Angst, will sonst nicht sprechen. Stöhnt — ach Gott! Er dürfe aus inneren Gründen nicht antworten. Lässt sich schlecht untersuchen: „Sie wollen mich hypnotisieren“. Isst sehr mangelhaft.

17. Juli. Nachts schlaflos, gespannt, verlangt die Bibel. Nachmittags sehr erregt, springt aus dem Bett, schlägt um sich, schreit: „dann sagt der Geist, du sollst selig werden — Jesus hat auch so viel gesagt — das weiss ich wohl — der Geist spricht, du sollst selig werden — Verflucht! Ich werde meinen Bruder erwürgen — der Geist spricht, ich werde das ganze Haus zerstören — der Geist spricht, dass du Recht hast, — hast du Zweifel? — nein, ich zweifle nicht, ich bin nicht der Heiland, nur Mensch. Fort Satan, Schwarzer, ich habe keinen Bruder mehr, ich will siegen oder sterben“. Schreit, bis er heiser ist, hebt immer abwechselnd die Arme hoch.

Abends plötzlich klar, ob er einen Anfall gehabt, Jemandem etwas getan habe? Schläft Nachts gut.

18. Juni. Zugänglicher. Der heilige Geist regelte seine Gedanken, gegen ihn zu kämpfen, ist Sünde, davor hat er grosse Angst, muss daher ringen.

19. Juni. Stuporös, spricht und isst nichts.

21. Juni. Springt plötzlich im Hechtsprung aus dem Bett, ist hell tob-süchtig, beisst, kratzt, schlägt um sich, versucht sich den Penis auszureissen, sich den Kopf zu zerschlagen, ist aber völlig stumm. Muss von 4 Pflegern gehalten werden — einige Stunden nachher unterhält er sich mit seinem Bruder sachgemäss, weiss von seiner Erregung, von Einzelheiten, es sei eine unwiderstehliche Gewalt gewesen. Medikamente verweigert er, sie seien nicht aus göttlicher Apotheke. Sonst freundlich, isst, schläft.

22. Juni. Ruhiger, entschuldigt sich, er habe das tun müssen, habe Alles totschiessen wollen, aus Furcht, sonst von Gott gerichtet zu werden, deshalb habe er die Kranken attackiert. Nachts wird er wieder hochgradig erregt, rennt mit dem Kopf gegen die Wände, kämpfe gegen den Bruder und gegen die eigene Natur. Sehe hier und da Blitze, sonst keine Sinnestäuschungen, aber seine Gedanken würden beeinflusst von guten und bösen Mächten, das sei der Kampf, weiter dürfe er nichts sagen. Nachmittags sagt er, der heilige Geist habe ihm befohlen, den Patienten die Geschlechtsteile auszureissen, gleichzeitig, dass er verdammt sei — einen Patienten bezeichnet er wegen seiner Sprache als Teufel, attackiert ihn.

23. Juni. Schlägt sich in der Zelle die Zähne aus, ist äusserst aggressiv, beisst und greift jeden Eintretenden nach den Genitalien, knirscht, beisst sich auf die Zunge, hat einen wütenden Gesichtsausdruck, schreit: „Jesus hilf mir!“ Muss beständig bewacht und gefüttert werden.

Nachmittags ruhiger, Gott habe ihm als Züchtigung aufgetragen, sich den Schädel zu zerschlagen.

Vom 24. Juni ab ist er ruhiger, bleibt aber noch sehr gespannt, spricht nicht, zuckt bei jeder Berührung zusammen, macht einen sehr matten Eindruck, scheint dankbar für die Pflege. Er spricht in den nächsten Tagen, wo er ruhig im Bette bleibt, von Eingebungen des heiligen Geistes, man könne sie auch als

Stimmen bezeichnen. Sie seien jetzt nicht mehr so schwerwiegend, er solle sich Allem widersetzen und Nahrung verweigern. Gottes Hand laste auf ihm, es sei eine Sünde, dass er jetzt gleichgültig dagegen sei. Allmählich wird er dann freier, kann Mitte Juli bereits sich etwas beschäftigen, an Zerstreuungen teilnehmen, will sich aber nicht aussprechen, es sei besser, er habe seine Ruhe jetzt durch die Ungnade verloren, verweigert gelegentlich Bad und Nahrung, ist innerlich sehr durch seine Zweifel und Anfechtungen beansprucht. Mitte August ist er sogar heiter und vergnügt, arbeitet im Freien, ist freundlich und zugänglich, nur wird er abweisend und wortkarg, sowie die Rede auf seine religiösen Ideen kommt. Seine Stimme ist bei der Entlassung am 4. September ganz frei, sein Benehmen normal, er sagt dem Vater, er habe noch nicht den rechten Frieden, sei nicht frei von Zweifel.

Gewicht: Juni 59, von da ab regelmässig steigendes Gewicht bis 68 kg bei der Entlassung.

Katamnese: April 1898 seit der Entlassung haben sich nie wieder die geringsten Spuren der damaligen Erkrankung gezeigt, er ist geistig vollständig gesund (Vater, gebildeter Mann).

November 1900 völlig gesund, die Neurasthenie hat sich ebenfalls gebessert, so dass Patient seit 1899 seine Studien wieder aufnehmen konnte und das Examen zu machen beabsichtigt.

Dezember 1900. Patient kommt zum Besuch eines Veters in die Klinik und gibt selbst folgende Katamnese:

Er kann sich noch an fast Alles erinnern. Während des Studiums sei er neurasthenisch geworden und sei gleichzeitig überzeugter Christ geworden. Während seiner Geisteskrankheit habe er nur einmal in seiner Zelle eine Sinnes-täuschung gehabt, ein abgerissener Kopf sei als Insekt an den Beinen heraufgekrabbelt. Vielleicht sei das sogar Duboisinwirkung.

Man habe ihm immer suggerieren wollen, dass er Stimmen höre, aber er habe das nie getan, das wisse er sicher. Ursachen der Krankheit seien Zweifel und Angst gewesen, nicht den rechten Glauben zu haben oder zu finden. Als ihm die Krankheitsgeschichte vorgelesen wird, erinnert er sich genau der Details. Alles sei von den religiösen Zweifeln gekommen, stets sei er völlig orientiert über seine gesamte Umgebung gewesen und habe stets mit vollem Bewusstsein gehandelt, allerdings ohne Ueberlegung. Ein innerer Drang habe ihn gezwungen. Er sei „total verrückt“ gewesen. Um der inneren Stimme Gottes zu folgen, habe er sich schlafend gestellt, um die Wärter zu täuschen und „seiner Mordmanie zu folgen“. In der Zelle rannte er mit dem Kopf gegen die Wand auf Grund des Bibelspruches: dem, der glaubt, ist nichts unmöglich. Um sich selbst zu richten, habe er versucht, sich die Genitalien und die Augen auszureissen resp. Anderen dasselbe zu tun. — „Ich war wohl der ärgste von allen damaligen Patienten“. Allmählich sei dann der Zweifel abgeklungen, der Affekt habe nachgelassen, er habe sich nach und nach von Gott entfernt gefühlt, selbst Gottfeindschaft empfunden und habe versucht, wieder den Anschluss zu gewinnen. Sein nervöser Zustand sei nach der Krankheit viel besser geworden, es sei, als habe ein Gewister die Luft gereinigt.

Seit Frühjahr 1899 arbeite er wieder vorsichtig und langsam, aber mit Erfolg, sein Examen sei ganz befriedigend ausgefallen.

Der Schlaf sei noch mässig, viel Träume. Schwache Nerven habe er auch jetzt noch, aber die Reizbarkeit sei nicht stärker wie früher, im Gegenteil, und das Gedächtnis besser. Die Stimmung sei weit besser, er neige noch zu Grübeleien und Beobachtungen.

Patient hat vollständige Krankheitseinsicht, spricht ruhig über seine Krankheit, eine Erinnerung daran ist ihm durchaus nicht peinlich. Er erscheint neurasthenisch, sonst normal.

15. Dezember 1908. Vater schreibt, dass Patient seit der Entlassung völlig gesund geblieben ist.

1901 Staatsexamen, 1904 Assessorexamen, seitdem ununterbrochen im Gerichtsdienst tätig.

No. 15. Bauer, 30 Jahre, unbelastet. Keine Prodrome. Plötzlicher Ausbruch nächtlicher Halluzinationen, ruhig, besonnen, viel barocke Wahnideen auf halluzinatorischer Basis. Rasche Remission. Halluzinationen geleugnet, Stimmung leicht gehoben, dann gleichmässig.

Keine Krankheitseinsicht. Nach 5 Wochen Krankheitsdauer entlassen. Gewicht schwankend um 2 kg.

Katamnese: Seit 11 Jahren völlig gesund.

Beobachtung 15. (34/1897, Tübingen.) Bauer, geb. 1867. Keine Heredität. Selbst gesund, lernte gut, diente ohne Störungen 1887—1890, verständig und fleissig. Kein Potus, kein Trauma, nie Krämpfe. Am 3. Mai 1897 fiel der Familie sein verändertes Wesen auf, er war benommen, arbeitete unregelmässig, legte sich einen Tag ins Bett. Zeitweise war er unruhig, zu anderen Zeiten stand er stundenlang unbeweglich auf einem Platz. Er sprach dabei sehr wenig, er meinte, er könne nicht sprechen, schlief die Nacht nicht; einmal sagte er, Nachts im Traume seien im zwei Engel erschienen.

Am 9. Mai horchte er am Fenster, er habe eine Stimme gehört, der Geist sei zu ihm herausgekommen. Bei Tage war er ängstlich, suchte die Gesellschaft Anderer, ass nicht allein. War übrigens weder erregt, noch bösartig. Er machte einen zunehmend verstärkten Eindruck und wurde am 10. Mai in die Klinik überführt. Er ist bei der Aufnahme ganz ruhig und besonnen, gut orientiert über Zeit und Ort, aber langsam im Denken. Der Kopf sei ihm schwer. Erhöhte Reflexe, sonst absolut normaler körperlicher Befund.

Patient gibt in etwas unzusammenhängender Weise an, er sei seit etwa drei Monaten krank, aufgeregt durch Geister, die ihm Nachts wie Würmer durch das Herz gezogen seien, einer habe ihn 2 Stunden geschüttelt. Die Geister hätten sämtliche Glieder geschändet. Ein Geist setzte ihm Würmer an die Fusssohlen, ein anderer kam als Hauch aus seinem Munde. Ein kleines Auge fiel auf seine Geschlechtsteile, setzte sich im linken Hodensack fest, das Aeuzelein lief dann 10 Minuten um seinen Hodensack herum. Gesehen und gehört hat er die Geister nicht, es gab nur einen hellen Schein und er fühlte sie. Er glaubt jetzt fest

an die Geister, sie haben ihn ganz übermannt, er hat auch mit ihnen gesprochen, was, sagte er nicht.

Er schläft ruhig, ist in seinem Wesen dauernd geordnet, die Aengstlichkeit verschwindet schon nach drei Tagen. Patient will hier nichts mehr mit Geistern zu tun haben, merkt nichts Besonderes, hält aber daran fest, dass Alles, was er zu Hause erlebt habe, tatsächlich sei. Er erinnert sich genau aller Details. Die Geister seien falsche Geister gewesen, die richtigen kenne er noch nicht. Sie seien durch die Wand zu ihm gekommen. Stimmen gehört zu haben, leugnet er bestimmt.

Am 13. Mai schreibt er nach Hause: „Ich hatte mich zu Hause gestossen an den Geistern und wusste nicht, ob sie gut oder böse seien, aber sie sind mir ein Greuel und ich wollte nichts mit ihnen zu tun haben. Gott mag mir helfen dabei!“

Die Stimmung wird in den nächsten Tagen auffallend heiter, Patient ist gesprächig, lacht viel. Pupillen sehr weit. R. > L. Sonst körperlich nichts.

Anfangs Juni ist Patient in seinem ganzen Wesen unauffällig, fühlt sich ganz wohl. An seinen Erlebnissen mit den Geistern zu Hause hält er fest, hier hat er nie etwas bemerkt. Die Stimmung ist wieder gleichmässig.

Gewicht schwankend von 58—60 kg.

Am 8. Juni 1897 entlassen.

Katamnese: April 1898 völlig gesund (Schultheissenamt).

Mai 1899 völlig gesund (Schultheissenamt).

18. Februar 1908. Nie wieder Spuren der früheren Krankheit, völlig geistig gesund (Schultheissenamt).

No. 16. Schumacher, 30 Jahre, belastet. Nach Prodromalsymptomen plötzlicher Ausbruch nächtlicher Halluzinationen. Erregungszustände, systematisierte Verfolgungsideen, lebhaftes Sinnestäuschungen mit entsprechender Stimmung und Verhalten. Nach 14 Tagen Heilung. Völlige Krankheitseinsicht. Gewichtszunahme 10 Pfund.

Katamnese: Seit 11 Jahren gesund.

Beobachtung 16. (188/1897, Tübingen.) Schumacher, geb. 1867. Patient ist belastet, die Mutter ist eine sonderbare, krankhaft geizige, hochgradig reizbare Person, der Bruder des Vaters ist Potator, ein eigener Bruder ist sonderbar, menschenscheu. Sonst keine Heredität.

Patient selbst gesund, lernte gut, normales Wesen, heiter, keine Krämpfe, kein Potus, kein Trauma.

Anfangs September 1897 kam er nach mehrjährigem Wandern aus der Fremde zurück, verändert. Er war still, scheu, brauste bei jedem Widerspruch sofort auf, arbeitete aber noch gut. Am 26. September wurde er im Wirtshaus wegen eines Mädchens gehänselt und war darauf sehr sonderbar, sprach fortwährend von dem Mädchen, das er haben müsse, werde eine Erbschaft machen. Den Tag über ruhig, arbeitete, in der Nacht aber schrie er fürchterlich, er wisse nicht, was ihm sei, er habe in der Nacht einen Schein gesehen,

der Glück bedeute, eine Stimme habe ihm gesagt, er werde ein Mädchen heiraten mit viel Geld. Gleichzeitig habe er grosse Angst, ohne den Grund angeben zu können, hielt seinen Vater für den Teufel, müsse mit einem Stern am Himmel 3 Stunden kämpfen. Am nächsten Tage wieder ruhig, arbeitete, in der Nacht darauf aber wieder lautes Schreien, dabei grosse motorische Unruhe, fuhr sich in den Mund, in die Haare, rieb sich die Beine, wollte den Vater an der Gurgel packen. Der Arzt fand ihn am 29. Sept. geordnet, ruhig, er gab klare Antworten, war aber misstrauisch, horchte herum. Er wurde am 29. September in die Klinik aufgenommen. Er war freiwillig mitgegangen, äusserte unterwegs, sein Vater habe etwas mit ihm vor, dürfe nicht mitgehen. Er ist ruhig, geordnet, zeitlich und örtlich orientiert. Sei vor 3 Wochen vergnügt aus der Fremde gekommen. Seit 14 Tagen sei er in den Händen eines Hexenmeisters, schon in Köln habe er auf einer Wahrsagerkarte gelesen, er werde ein reiches Mädchen bekommen, eine grosse Erbschaft machen. Zu Hause habe er ein Mädchen kennen gelernt, das 1000 Mark Vermögen besitze, und eine Tante beerben werde. Die sei für ihn bestimmt. Er habe sie besucht, da sei ein rothaariger Mann hereingekommen, habe gesagt, er sei ein Hexenmeister, der habe ihn über seine Absichten befragt und nun sei er ganz unter dessen Banne, er beeinflusst ihn aus der Ferne. Unterwegs sei er dem Mädchen, der Erbtante und Freundinnen begegnet, die als Zeugen dienen sollten, man wolle ihm das Vermögen überschreiben, das wolle der Hexenmeister. Dann fiel ihm ein heller Schein in die Augen, ein Mädchen sagte im Vorbeigehen, sein Vater sei falsch gegen ihn, er müsse Krach deshalb machen. Der Vater habe ihm darauf aus Wut Alles vermacht. Er habe bei Tage dann allerlei Körperschmerzen gehabt, bei Nacht aber grosse unbestimmte Angst, auch die folgende Nacht, sein Vater sei mit dem Messer auf ihn losgegangen in Gestalt eines Teufels. Die körperliche Untersuchung ergibt abgesehen von lebhaften Reflexen keinen abnormen Befund.

In den nächsten 14 Tagen ist Patient bei Tage meist ruhig, still, öfters ganz stumm, gibt keine Antwort, misstrauisch, dann wieder zugänglicher. Nachts ist er dagegen meist ängstlich und auch in den Morgenstunden ist er oft ängstlich erregt und berichtet von allerlei Ideen und Sinnestäuschungen. Will fort nach Köln. Schreit plötzlich — „Vater, lass mich“, horcht auf jedes Geräusch, verlangt ein Glas Salzwasser, springt plötzlich ohne allen Grund auf einen Patienten los, klagt über Schmerzen im rechten Arm oder im Ohr, das habe mit dem Hexenmeister zu tun. Sah seine Mutter weinend am Fenster, sah auch das Mädchen, aber undeutlich.

Schon nach 14 Tagen aber wird er ruhig, die Angst verschwindet, er hat keine Wahnideen mehr, lacht über den Hexenmeister, an den er nicht mehr glaubt, er sei wohl krank gewesen. Erklären kann er sich den Zustand nicht.

Patient wird am 30. Oktober entlassen.

Gewicht: Ende September 52 kg, Ende Oktober 57 kg.

Katamnese: April 1899. Patient steht seit November 1897 in Köln in Arbeit, über seinen Gesundheitszustand ist dem Vater nichts bekannt.

Vater schreibt am 20. Februar 1908, dass Patient seit 1898 in Köln lebt,

sich verheiratet hat und völlig gesund geblieben ist — seine Briefe seien ganz normal.

No. 17. Student der Technik, 24 Jahre. Nicht belastet, als Kind Trauma. Leichte Prodrome 6 Monate vorher, dann akuter Ausbruch phantastisch-halluzinatorischer Grössenideen. Anfangs leichte Verwirrtheit, dann Besonnenheit. Gehobene Stimmung, Ideenflucht. Verbigeration, keine motorische Unruhe. Nach vier Wochen Abklingen der Erregung, dann Gereiztheit, Verfolgungs ideen, dann wechselnd Gehobenheit und Depression, gelegentlich Erregung, läppisches, geschraubtes Wesen.

Nach 8—9 Monaten Heilung, völlige Krankheitseinsicht, keine Gewichtszunahme.

Katamnese: 9 Jahre gesund. Tod an Lungenleiden.

Beobachtung 17. (62/1896, Tübingen.) Stud. techn., geb. 1872. Keine Heredität. 13 Geschwister, viele gestorben, keine Nervenkrankheiten. Selbst gesund, gut begabt. Keinerlei epileptische Antezedentien. Mit 6 Jahren Sturz aus dem Fenster eines Hochparterres, 7 Stunden bewusstlos. Wachte dann auf, war ganz gesund. Kein Erbrechen, kein Blut aus den Ohren. In der Schule gut gelernt, lebhaft, sprach viel im Schlaf, auch jetzt noch, heiter, nicht phantastisch. Diente sein Jahr ohne Störung 1893/94. Danach Volontär in Fabrik, dann 1875 auf dem Polytechnikum. Dort schlief er im Winter 1895/96 schlecht, ging selten aus, wenn aber, dann trank er etwas viel, kam spät nach Haus. Mitte Mai 1896 war er zum Besuch in Reutlingen, gleich sehr erregt, schlaflos, sprach viel, wollte neue musikalische Klänge erfinden, meinte, er habe einen elektrischen Strom im Herzen, zitterte mit den Händen. Die Gedanken waren sehr flüchtig.

Patient kommt am 5. Juni 1896 zur Klinik, ist völlig orientiert, geordnet, ruhig, gibt zusammenhängende Auskunft, macht Bewegungen mit den Händen, habe eine elektrische Gitarre erfunden, das Patent sei noch nicht angemeldet. Damit habe er neue Strahlen erfunden, mit denen er den Leuten ins Gehirn sehen könne. Er könne damit alles hören, was neben gesprochen werde „jetzt sprechen sie“. Er spiele die Welträtsel heraus. Singt und gestikuliert dabei, lacht viel, schleudere die Elektrizität der Erde zur Sonne und könne dann mit dem rechten Auge in die Seele der Menschen sehen — ja, er könne noch viel mehr! Zieht vermeintliche Funken aus den Fingern, hört Töne im rechten Ohr, hat einen Phonographen darin, sein Herz sei stärker als die Sonne, heize sein Herz durch den Magen mit Oel und Wasser, dann entstehe neue Elektrizität und mit der bewege er die ganze Welt, schaffe Geister und Menschen. Christus habe ihm Grosses verkündigt. Sei ihm erschienen, er rieche und schmecke allerlei Oeliges. Die Darlegungen sind überstürzt, dadurch verworren, die Stimmung ist gehoben.

Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Besonderes. Keine Narben am Kopf, normale Sensibilität.

Leichte, einseitige Otitis media mit Perforation.

Puls 114, Temperatur 38,5.

Schläft Nachts ruhig, ist überhaupt ruhig, abgesehen von den telegraphischen Handbewegungen und einem riesigen Wortschwall, in dem er seine Erfindungen darlegt, er bedient sich dazu einer ganz sonderbaren Sprache, mischt eine Masse von wissenschaftlichen Worten hinein, braucht gewöhnliche Worte in selbstgemachter Bedeutung. Alles das ist von lebhaftem, der momentanen Vorstellung entsprechendem Mienenspiel begleitet. Mit seiner Erfindung erweckt er Tote, erlöst die Welt, sieht in die Hölle, der Papst muss tanzen, der Anarchist am Ambos stehen und hämmern, bis er tot ist. dabei spricht er direkt mit dem Papst, lobt ihn, dass er schön tanze. Das seien die „Müllerstrahlen“<sup>1)</sup>. Schon vor 4 Wochen habe er ein frohes, ahnungsvolles Gefühl gehabt, darauf sei ihm Adam erschienen. Dass er die Erfindung gemacht, weiss er seit dem 1. Juni. Er sei ein Sohn des heiligen Geistes.

In der Folge ist durchweg ruhig, spricht nur auf Befragen, dann viel, seine unaufhörlichen Bewegungen der Arme und Hände hängen lediglich mit seiner Idee zusammen, er muss fortwährend elektrisieren und Alles im Gang halten. Christus, der heilige Geist spricht zu ihm, er soll die Welt verbessern. Sieht den Turm Judas vor sich, das Gesicht Judas ist gelb und feurig. Die Fenstergitter sind ihm eine Gitarre, aus der erelektrische Funken zieht. Erzählt, Nachts sei Gott bei ihm, seinem Sohne gewesen, bezeichnet die Bettpfosten der Reihe nach als die Dreinigkeit. Schreibt bogenlange Schriftstücke, verziert sie mit den sinnlosesten Arabesken, mit einer selbsterfundnen Schrift, macht folgendes „Gedicht“: So viel la la la um eine Erbswurst nicht gefressen weder gesoffen noch gesehen habend gehaltend die ewige Liebe Herzschecktrasser mithabend über stuperbolos Lyrabarbar pyramid doli borsyrter Lauseschwanz delirium habendes Lausaufenders usw. Die Briefe sind eine Mischung von zusammenhängenden Sätzen und einem ähnlichen Gallimathias, unterzeichnet H. Müller S. M. Sch. G. von Müller.

Schon am 15. Juni wird er ruhiger, meint die Elektrizität sei fort, wohl gestohlen, ein Schurkenstreich, er habe aber noch das Weltgesetz in den Fingern, habe noch den Phonographen im Ohr, auch könne er aus jedem Ton und und seiner Schwingungszahl die Bedeutung heraushören. 175 sei gleich Hermann der Befreier. Könne Gewitter machen, sei zu sehr mit Elektrizität geladen, das sei seine ganze Krankheit, es gehe ihm vorzüglich.

Gegen Ende Juni wird er dann zunehmend gereizt und abweisend, sei nicht krank, zu Unrecht festgehalten, höre fortwährend Zahlen rufen, Logarithmen, behauptet, der Pfleger habe ihn mit Strychnin vergiftet, wurde auch gewalttätig und sehr erregt. Zu anderen Zeiten ist er heiter, gemächlich, die Stimmung wechselt stark. Meint, er müsse alle Gifte der Welt schlucken, sei dadurch lungenleidend, will den Arzt ins Gesicht schlagen. Die Ideen mit den elektrischen Maschinen laufen in wechselnder Stärke daneben her, er macht stets seine fingernden Bewegungen und ist gereizt, dass man sie ihm (vor geblich) nachmacht. Grimassiert andauernd geheimnisvolle Gesten. Leicht zornmütig, schlägt die Mitpatienten.

1) Er heisst Müller.

Im Juli ist das Verhalten das gleiche. Heiteres, zufriedenes, gehobenes Verhalten wechselt mit zornmütigen Ausbrüchen, bald liebenswürdig, ruhig, bald heftig erregt, grob, aggressiv, sogar unreinlich in der Zelle. Noch immer zieht er Elektrizität aus der Luft, hat ein neues Weltgesetz erfunden  $\frac{3^7}{0} = 1$ , spricht mit dem „Schiedsrichter“ in ihm selbst ein Zwiegespräch. Schimpft viel, habe die Kehlkopfschwindsucht, die Pocken, sei schlecht behandelt, man wollte ihn umbringen.

Im August ist er meist äusserlich ruhig, er gibt für seine Bewegungen verworrene physikalisch-halluzinatorische Erklärungen. Die Saiten der Gitarre seien aus Schafsdärmen gemacht. Aus der Nahrung der Schafe geht der elektrische Funke in die Därme, von da in Finger und Blut der Spielenden, fluoresziert alle Sinne, springt plötzlich über auf Caligula. Der Schuster Caligulas habe gestohlen, sei aber Anarchist gewesen.

Im September ist die Herztätigkeit oft aussetzend, unregelmässig, im Urin nichts. Der Zustand wechselt noch immer. Mitte Oktober hochgradig gereizt, abweisend, aggressiv, habe eine Ringelnatter im Magen, wollte Gift dagegen. Ende 1896 wird er dann gleichmässiger und ruhiger in seinen Bewegungen, das Grimassieren hört auf, das Reden ist noch verwirrt, die Briefe einsichtslos und geschraubt. Stimmen hört er noch, von Kaiser, König und Theater, stopft sich dagegen Watte in die Ohren. Die gehobene Stimmung lässt nach, er weint, fühlt sich matt, müsse sehr krank oder verhext sein. Seine Gedanken schweiften noch sehr ab, seine Wahnideen sind verblasst, aber noch vorhanden, er datiert sie von Anfang Juni, wo er einen elektrischen Funken aus einer Telegraphenstange habe herauspringen sehen. Seine Erinnerung an die erste Zeit seines Aufenthaltes in der Klinik ist gut, für später sehr lückenhaft, dass er gewalttätig und isoliert war, weiss er nicht. Die Stimmung wird dann rasch gleichmässig normal. Die Sinnestäuschungen haben aufgehört, es besteht völlige Krankheitseinsicht und Patient kann am 18. Februar 1897 geheilt entlassen werden.

Gewicht Anfangs 69, im Sommer-Herbst 58—60, 1897 62—65 kg.

Katamnese: Mai 1897 gesund, nur noch reizbar.

April 1898 ganz gesund, Landwirt.

November 1900 ganz gesund, studiert Landwirtschaft.

16. Februar 1908. Die Mutter berichtet, dass Patient niemals wieder Spuren geistiger Krankheit gezeigt hat. Er ist 1905 an einem rasch verlaufenden Lungenleiden gestorben. Das Journal (Klinik Tübingen) bestätigt die geistige Gesundheit; Patient starb an Lungentuberkulose, erzählte völlig einsichtig von der früheren Krankheit. Sei seitdem stets gesund geblieben.

No. 18. Anwalt, 45 Jahre. Belastet. Mit 20 Jahren kurze psychische Störung. Jetzt nach psychischem Shock nervöse Prodrome von 2 Wochen Dauer, dann rascher Ausbruch halluzinatorischer Verfolgungsideen. Besonnen, aber benommen, Kopfschwäche. Nach 3 Monaten völlige Heilung. Krankheitseinsicht. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Keine Gewichtszunahme.



Katamnese: Seit 8 Jahren gesund.

Beobachtung 18. (138/99, Tübingen.) Anwalt, geb. 1854. Ein Bruder nach Geisteskrankheit blödsinnig, eine Schwester geisteskrank, sonst keine Heredität. Selbst gesund, gut begabt, fleissig, solide, kein Alkohol, keine Lues. Stillter empfindlicher Mensch. Nach Angabe der Familie ist Patient sehr still, fast schlafmützig, nur gelegentlich im Wirtshaus allzu gesprächig.

Anfang der 70er Jahre scheint er gestört gewesen zu sein, er verschwand plötzlich auf Wochen, hielt sich bei seinem Vater verborgen. Weiteres unbekannt.

War stets als Gemeindebeamter tätig. Nie furchtsam. Am 10. April 1899 wurde er ohne allen Grund überfallen, erhielt eine klaffende Wunde am Scheitel ohne Knochenbruch. Er stand alsbald auf, ging allein nach Hause, konnte sofort ordentlich sprechen. Keine Lähmung, kein Erbrechen, klagte nie über Schwindel und Kopfschmerzen. In der nächsten Zeit war er dann zuerst etwas weinerlich und darauf wurde er vergesslich, er konnte nicht ordentlich rechnen. Fühlte das selbst, klagte über den Kopf, sein Hirn sei zersprungen, legte nach einigen Tagen sein Amt nieder, weil er keine Gedanken mehr habe. Gleichzeitig aber hatte er Angst und begann zu phantasieren. Er glaubte, man wolle ihn totschiessen, die Leute wollten ihn meineidig machen, er stand nachts auf, sah zum Fenster hinaus, zitterte vor Angst. Besonders nach der Verhandlung am 20. Mai (in der die Täter zu empfindlichen Freiheitsstrafen verurteilt wurden) steigerte sich die Angst — man habe ihn unschuldig geschlagen, jetzt wolle man ihn auch unschuldig meineidig machen. Er fiel von Tag zu Tag mehr ab, obwohl er ordentlich ass, sprach nur von seinen Befürchtungen, auch von Stimmen sprach er zeitweise, einmal stand er nachts auf, glaubte, das Haus werde in die Luft fliegen.

Am 30. Juni 1899 wird er in die Klinik aufgenommen. Er ist ruhig, bekümmert, völlig besonnen. Er gibt die Anamnese, erzählt von dem Ueberfall, habe vier Wochen im Bett liegen müssen, es war ihm pelzig im Kopf, er hatte periodenweise Kopfweh, war durch den Schreck ganz nervös geworden, fürchtete sich vor den Leuten. In jeder Ecke stehe einer, wolle ihn schlagen — so kam es ihm vor. Er fühlte sich überall verfolgt, hatte den „Verfolgungswahn“. Er glaubte, er käme ins Zuchthaus, es werde ihm die Gurgel abgeschnitten, habe heute Morgen eine Art „Schlaganfall“ gehabt, das Gedächtnis habe gelitten. Nachts hörte er sprechen, man wolle ihn meineidig machen, bei ihm einbrechen. Allerlei Phantasien zogen durch seinen Kopf. Er konnte nicht arbeiten, nicht rechnen, früher sei das seine Force gewesen, müsse immer an die Verfolgung denken. Der körperliche Befund ist negativ, die Narbe am Schädel empfindlich, aber gut verschieblich. Tremor der Zunge und Hände, Puls normal. Er ist schwerfällig im Denken und Reden, die Antworten erfolgen sehr langsam, zögernd. Patient macht einen fast schwachsinnigen Eindruck, sieht schläfrig aus. Kann etwas schwere Rechenaufgabe nicht lösen.

Er zeigt sich aber alsbald von ängstlichen Vorstellungen befangen. Er sieht misstrauisch um sich und aus dem Fenster, fragt den Arzt, ob er hier

erschossen werden solle. Sein Haus verbrenne, seine Kinder würden umgebracht, es seien Dynamitpatronen in seinem Hause gelegt, das habe er gehört, man spreche davon. Die Nacht schlief er gut, meinte aber am anderen Morgen, es habe in der Richtung seines Wohnortes gebrannt, hier seien Leute von dort, die hätten etwas gegen ihn, man möge ihn doch gegen Kautio in Freiheit setzen. Der Prozess sei nicht erledigt, er schwebe noch. Alle seien aufgeregt gegen ihn.

In der nächsten Zeit bleibt Patient immer äusserlich ruhig, geordnet, örtlich orientiert, über die Zeit im Unklaren, er habe sich um gar nichts sonst gekümmert. Er ist stets ängstlich, mit seinen Ideen beschäftigt, halluziniert, hat Wahnideen, äussert sich aber über beides nur in sparsamer Weise.

Es sind nachts Leute aus seinem Ort am Fenster, es liegt eine Untersuchung gegen ihn vor, sowohl wegen fahrlässigen Falscheides als wegen Betruges, der Landjäger solle ihn abholen, er komme viele Jahre ins Zuchthaus — er sei aber ganz unschuldig. Er höre immer Stimmen, die kämen wohl vom Schloss oder von seinem Ort, es käme ja auch manches ohne böse Absicht von dort. Er fühle sich ganz wie umgewandelt, wie ein kleines Kind, ganz kraftlos, habe immer Angst und Unruhe. Verspricht sich aber von Ruhe und guter Kost baldige Besserung, er werde allmählich ruhiger. Rechnen kann er immer nur mit grosser Mühe und langsam.

Anfang Juli gibt er an, sich viel besser zu fühlen, obwohl er sich immer noch ängstlich umschaue. Gibt in weitschweifiger Weise gute Auskunft, die „Stimmen“ seien jetzt fort. Wie lange er hier sei, wisse er gar nicht so recht, er habe für nichts Interesse gehabt, er sei durch den Ueberfall ganz wie umgewandelt, immer sei ihm so gewesen, als stehe hinter jeder Ecke Jemand, der ihn mit Steinen werfen oder totschiessen wollte. Jetzt sei das besser, er höre und sehe jetzt nichts mehr derartiges und wisse auch, dass das wohl auch Krankheit gewesen sein müsse. Rechnet jetzt ganz gut.

Mitte Juli hat er vollständige Krankheitseinsicht, klagt nur noch über Kopfschwäche und gelegentlichen Schwindel, er müsse sich noch erholen, sich schonen, im Freien fühle er sich ganz wohl. Das etwas schwerfällige Wesen besteht noch fort, Patient meint selbst, er sei immer sehr still gewesen.

20. Juli 1899 entlassen. Gewicht dasselbe 70 kg.

Patient hat sich dann erholt, er ist wieder völlig genesen, hat seine Aemter wieder aufgenommen, wie das aus dem Zeugnis des Schultheissen, in dessen Amt er arbeitet, von Ende 1900 hervorgeht.

Katamnese: 1908. Patient ist vollständig gesund (Schultheissenamt).

No. 19. Hausknecht, 26 Jahre. Nicht belastet. Nach Krankheitsgefühlen leichte Verwirrtheitszustände als Prodrome 8 Tage vor Ausbruch der Krankheit, welche plötzlich mit Sinnestäuschungen und Wahnideen beginnt.

Bald völlige Besonnenheit. Dann läppisches, gehobenes Wesen, zerfahrene Grössenideen, dann apathisches Stadium. Nach 2 $\frac{1}{2}$  Monaten Heilung. Völlige Krankheitseinsicht.

Katamnese: Seit 8 Jahren gesund.

Beobachtung 19. (336/99, Tübingen.) Hausknecht, geb. 1883. Keine Heredität, selbst gesund und kräftig, von mittlerer Begabung, fleissig, solide, kein Potus, kein Trauma, keine Epilepsie, war Hausknecht in einer Wirtschaft, dort war ein dem Trunke ergebener Nebenknecht, vor dem Patient Angst hatte. Dieser gab ihm am 1. Dezember 1895 wegen eines Wortwechsels eine Ohrfeige und Patient kam schreiend nach Hause „der X. macht mich hin“, war von diesem Augenblicke an ganz konfus. (Tatsächlich bestanden aber die Krankheitserscheinungen schon im November, da er schon 8—10 Tage vorher gedrückt war, einen stieren Blick hatte, viel lachte und törichte Reden führte, renommierte, sich mit Kleidern und Schuhen ins Bett legte und spät abends anfangen wollte zu arbeiten.) Er betete und lachte viel, war sehr unruhig, so dass man ihn für betrunken hielt. Dem Arzt erschien er am 4. Dezember wieder ganz vernünftig, am nächsten Tage aber Verschlimmerung, er war wie tobsüchtig, schwatzte, lachte, zerriss, zog sich aus. Seine Stimmung war gehoben, er sagte, er sei Gottes Sohn, könne sofort zum Himmel fahren, wolle die Menschheit erlösen. Er leugnete Stimmen, sah aber den Turm zu Babel, Petrus, sein ganzer Gedankengang war ein exstatisch religiöser. Er begann mit den Fingern zu elektrisieren, machte entsprechende Bewegungen. Sein Halstuch hielt er für eine Schlange, den Zug wollte er selbst führen. Im Spital leidlich ruhig, ass gut, erklärte, soeben sei seine Schwester gestorben.

Am 9. Dezember 1895 in die Klinik aufgenommen.

Er ist äusserlich ruhig, heiter, spricht aber ununterbrochen, weiss, dass er im Krankenhaus ist, aber in Strassburg, jetzt sei Februar, gibt sein Alter aber genau an, „nach der Zeitrechnung — jetzt ist es anders“. Er knüpft an Alles an, macht Witze, redet in Bibelsprüchen, in sehr pathetischem Ton, der Gedankengang ist sehr flüchtig. Die körperliche Untersuchung ergibt normalen Befund. Er hält sich die nächsten Tage ruhig, versteckt sich unter der Decke, lacht und spricht viel, macht beschwörende Bewegungen, ist ruhig, isst gut. Er ist meist orientiert, gibt aber falsche Antworten, sei in Strassburg, im Fort, in der Augenklinik, rechnet bald richtig, bald falsch. Produziert eine Unmenge phantastischer Ideen, ist Geist, hat die Welt erlöst, die Erde flach gemacht, der ganz Himmel ist voll Feuer, die Sonne fällt ins Meer, die Welt geht unter. Er ist Fürst Hermann von Hohenzollern, hat den Teufel verjagt, sieht Gott, ist selbst der Teufel, Jesus, wenn er etwas sagt, so geschieht es. Arme Seelen sprechen zu ihm, sie sehen glühendrot aus, sein Taschentuch wurde zur Schlange, er war schon mal tot, im Paradies, er sah Hexen, Schlangen, Krieg, Feuer. Zeitweise ist er klarer, orientiert, beurteilt die Verhältnisse zu Hause richtig, gibt an, er höre seine Verwandten hier sprechen, alles sei elektrisch, die Lampe ein Telephon.

Affekt ist nicht vorhanden, keine Angst, gehobene Stimmung, isst gut. Lässt es oft blitzen, legt dabei die Hand auf die Augen.

Ende Dezember lebhafter, hört sehr viel, horcht, guckt unter die Bettdecke, lässt Urin unter sich. Die Erzählung der Ereignisse vor und nach der Ohrfeige ist dabei auf Befragen meist richtig und zusammenhängend, erklärt sein ganzes Verhalten und Reden aus dem was er an sich sieht, meint, er sei

schon Tage vor der Ohrfeige „krank“ gewesen, aufgeregt, verwirrt im Kopf, mit allerlei Schmerzen im Körper.

Berichtigt auch öfters seine Grössenideen, sei ein Mensch, zeitweise ist er gedrückt, still, stiert vor sich hin. Anfang Januar 1900 ist er ruhig, lacht läppisch vor sich hin, grimassiert viel, gibt Antworten ins Blaue hinein, ist aber defacto orientiert, erzählt, er habe jetzt seine elektrischen Kräfte verloren, sei nicht mehr Gottes Sohn — oder doch, lächelt dabei — das wird ein jeder wissen, dass der Mann vorausgeht, weil die Eva nur eine Rippe von Adam ist und was wirklich ist, weiss auch jeder — die Uneinigkeit zwischen Franzosen und Deutschen. Verbindet plötzliche Einfälle z. B. Ortsnamen durch nichtssagende Phrasen, trägt dasin lebhaftem, altklugem Tone vor, lacht dabei unmotiviert.

Meint, es sei Krieg, aber er höre nichts mehr, die Leute seien nicht mehr so. Ende Januar ist Patient ziemlich apathisch, spricht wenig, beschäftigt sich mit Lesen, isst und schläft gut. Von den Dingen am Anfang der Krankheit hat er ziemlich gute Erinnerung, er sah Schlangen, dick und schwarz, sah Gott, hörte viele Stimmen, gibt auf Befragen Details zu, ist aber kaum zu einer spontanen Schilderung zu veranlassen, auch sind seine Angaben, ob er jetzt noch Erscheinungen habe, sehr wechselnd.

Mitte Februar lebhafter, gibt eine sehr vollständige Anamnese. Von dem sonderbaren Verhalten vor der Ohrfeige weiss er nichts, wohl aber, dass er sich sehr krank fühlte, er weiss, dass es ihm zu Hause danach plötzlich so vorkam, als sei er tot, der Teufel klopfte an die Tür, er sah Petrus mit den Schlüsseln und dem Hahn, sein Vater war auch tot, er erlöste ihn. Im Spital wurde sein Halstuch zur Schlange, Tote standen auf, das Meer rauschte. Alles bewegte sich. Auch hier sah er Schlangen; Gott sprach zu ihm, sah aus wie die Sonne. Er selbst war gen Himmel gefahren, dort sah er lauter Geister und Hexen, schwarz und gross wie Katzen, er habe den Teufel besiegt, sei jetzt Christus II. Es war auch Krieg — alles umeinander!

Seit 3 Wochen höre er keine Geisterstimmen mehr, er sei nie krank gewesen, sondern es sei eine Prüfung Gottes, dessen Sohn er ist und bleibt. Auch Patienten und Pfleger hielt Patient für Teufel. Das sei alles Wahrheit, sicher keine Krankheit.

Ende Februr ist er aber schon sehr im Zweifel, ob nicht doch alles Krankheit gewesen sei, er denke nicht mehr viel daran. Ist ruhig, geordnet, bescheiden, dankbar für die Behandlung.

Katamnese: März 1901 gesund. (Vater.)

17. Februar 1908. Vater schreibt, dass Patient völlig gesund ist nie wieder Spuren der früheren Krankheit gezeigt hat.

No. 20. 1899. Metzger, 33 Jahre. Nicht belastet. Vielleicht 4 Jahre vorher Trauma. Ohne Prodrome akuter Ausbruch halluzinatorischer Erregung mit Verwirrtheit, mehrfach remittierend, dann Aufregung, Verwirrtheit, lebhaftes Sinnestäuschungen, Stereotypien, Stupor. Nach 6 Wochen Abklingen, Fortdauer der

Wahnideen, noch längere Zeit Stuporzustände. Nach 6 Monaten völlige Krankheitseinsicht. Gewichtszunahme 6 kg.

Katamnese: 5 Jahre völlig gesund.

Mai 1904. Tod an Lungenentzündung in Klinik Tübingen.

Beobachtung 20. (372/1899, Tübingen.) Metzger, geb. 1866. Keine Heredität. Gut gelernt, gesund, kein Potus. Immer leicht erregt, vertrug wenig Alkohol, bekam dann Streit. Nie epileptische Symptome. 1895 Stich in die Backe und Hiebe auf den Kopf.

Am 14. Januar 1899 Metzgerball. Zerriss dort anderen ohne allen Grund die Kleider, wurde hinausgeworfen, grübelte darüber nach, arbeitete aber bis zum 21. Januar. An diesem Tage lief er aufgeregt von der Arbeit, er bekomme den Starrkrampf, bat die Leute um Verzeihung, war ängstlich, er sah den Tod, eine graue Katze fahre in ihn hinein, sah die Katze. Beruhigte sich noch wieder für 2 Tage ganz. In der Nacht vom 25.—26. Januar betete er laut, lag am nächsten Tage stundenlang ganz unbeweglich (willkürlich), nachher wieder erregt. Im Spital, dort beim Messen ganz tobsüchtig, vom Thermometer gehe ein elektrischer Strom aus, er verbrenne, alles brenne, schrie Feuer, zerriss sein Hemd, man verfolge, vergifte ihn.

Er wird am 26. Januar in der Zwangsjacke zur Klinik gebracht. Er ist zunächst ruhig, zeitlich und örtlich orientiert, gibt ziemlich gute Auskunft, beklagt sich, dass man ihn für geisteskrank halte, sei gesund. Spricht mancherlei ins Blaue hinein, sei schon zwei Jahre hier, auf dem Metzgerball habe man ihn als Lump, als besoffen bezeichnet, mit 33 Jahren bekomme man die volle Männerkraft, er sei bald nahe daran, in Freiburg gäbe es bessere Schleifsteine und schärfere Messer. Er höre Stimmen, ohne Jemand zu sehen, die sagten, er sei verhext, er solle ins Wasser springen, erschossen werden, einen „Tollmantel“ umbekommen. Brauche ein Mädchen, hat allerlei sexuelle Ideen. Von der grauen Katze will er nichts wissen, ebenso wenig von der Elektrizität. Er weiss, dass er mehrere Stunden starr lag, warum? Es habe ihm das wohl jemand angetan. Dabei ist er schwer zu fixieren, fasst die Fragen schlecht auf, macht einen schwerfälligen, ratlosen Eindruck, fühlt das selbst.

Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Besonderes, Patient ist ein kräftiger Mann.

In der nächsten Nacht wird er sehr unruhig, springt herum, man solle die Elektrizität abstellen, ist sehr heftig, lässt sich kaum bewältigen. Isoliert, legt er sich ruhig hin, sei Gottes Sohn.

Morgens ein ähnlicher Erregungszustand. Danach ist er ruhig und gibt an, er habe von Gott einen magnetischen Brief erhalten, er sei Gottes Sohn. Er sei gezeichnet von Gott (Pigmentfleck am Penis). Kein Doktor könne ihm helfen, nur ein junges Mädchen. Alles sei hier magnetisch. Er sei verhext, deshalb habe er die Katze gesehen. Der Strom sei oft sehr stark, gehe durch den ganzen Leib, der Arzt mache das, blase ihn ganz auf, deshalb könne er nicht im Bette bleiben. Verlangt Zeugen, den Staatsanwalt, ganze Städte müssten verbrennen. Nachts aufgeregter, singt und schreit, isoliert, brüllt,

trommelt, wälzt sich herum, unterhält sich mit Stimmen. Sieht Totenköpfe, alles verbrennt.

29. Januar. Verbigeriert: „die Leute sagen, ich hätte schwarzen Kopf, das ist nicht wahr, habe nur einen Stempel — das ist ein schwarzer Tupfen — einer von euch drei. Jetzt stecken sie ihm den Stempel an — da ist ein Totenkopf — ein schwarzer Punkt. Ist nicht wahr — ist beides wahr — und so war mir diese Nacht — gerade so — mit dem schwarzen August und mit denen zwei dort — ihr seid drei oder es sind zwei, gebt mir die Hand, sonst verbrennt ihm Alles, grüss Gott, Herr Staatsanwalt!“

Ende Januar oft sehr unruhig, stürzt sich aus dem Bett, singt, pfeift, redet vom jüngsten Gericht und Totenköpfen. Habe einen Mausekopf, höre Mäuse pfeifen, sei Gottes Sohn — es gibt Köpfe, Schafsköpfe — „dann haben sie uns ein Messer gebracht — es gibt auch Uhfenverrichter und sonst und andere Richter. Die schwarze Katze ist darunter — der silberne Uhu kam aus der Luft geflogen, der Brief auch“. MachtSchwimmbewegungen, sei imHimmel ein Engel. Macht Reime und Gleichklänge, macht lange Zeit stereotype Bewegungen, stösst mit den Füßen gegen das Bett.

Im Februar anfangs oft sehr erregt und verwirrt, besonders Nachts und anfallsweise, sei hier in Stuttgart im Geckenhause, in London, habe einen Negerkopf, klopft stundenlang mechanisch, wiederholt Anreden, ist unreinlich. Hört viel Stimmen, sieht Mäuse und Schlangen, Hexen, Totenköpfe, antwortet auf Fragen kaum. Isst gut, hat aber Geschmackstäuschungen. Verkennt seine Umgebung, pfeift vor sich hin, betet oft zusammenhangslose Reden — „ich will in Arrest, bin Metzgerssohn — sie sind Apothekerssohn — mein Vater ist Lampenputzer — ich bin kein Raubtier“.

Gegen Ende Februar tritt rasch ein Abklingen der Erregung und Verwirrtheit ein: Patient erkennt Ort und Umgebung, glaubt sich 10 Tage hier, werde nicht mehr elektrisiert, ist etwas verstimmt und erschöpft. Macht noch immer sonderbare Bewegungen und ist auch noch öfters unreinlich.

Besuchende Bekannte erkennt er, plaudert mit ihnen, glaubt man lache und spotte über ihn, laufe ihm überall nach. Oft ist er ganz stuporös; langsam unter starken Schwankungen schreitet die Besserung fort. Mitte April ist er völlig klar über Zeit und Umgebung, will keine Stimmen mehr hören, ist aber noch Gottes Sohn, man habe ihm Böses getan. Ist im ganzen sehr stumm, nimmt stundenlang sonderbare Haltungen ein, starrt vor sich hin, lässt den erhobenen Arm lange stehen, lässt Stuhl und Urin unter sich.

Anfang Juni ist die Haltung normaler, Patient gibt ordentlich Auskunft, ist wieder reinlich, isst gut. Er erinnert sich genau der Anfänge seiner Krankheit, seiner Aufnahme hier, seiner einzelnen Aeusserungen. Habe zu Hause einen Brief gefunden, darin stand wohl, dass er Gottes Sohn sei; die Unreinlichkeit weiss er nicht zu erklären. Stimmen bestreitet er, viele sonderbare Gedanken habe er gehabt, er fuhr auf einem Schiff, die Patienten waren seine Verteidiger, er sagte dem Staatsanwalt, er solle einen Landjäger schicken. Gottes Sohn sei er auch jetzt.

Ende Juni bezeichnet er auch diese Idee als krankhaft, das sei wohl von

dem Fleck am Penis gekommen. Wie er zu der Idee des Magnetisierens gekommen, weiss er nicht, die Schwimmbewegungen etc. kann er nicht erklären. Er fühle sich jetzt ganz gesund.

Gewicht Januar 67, Mai 59, Juni 71—72, Juli 73 kg.

Juli 1899 entlassen.

Katamnese: November 1900. Ganz gesund (Mutter).

März 1902. Ganz gesund (schreibt selbst).

Februar 1903. Ganz gesund (Schultheissenamt).

Mai 1904. Gestorben an Lungenentzündung (Tübingen).

No. 21. Dienstmagd, 23 Jahre. Nicht belastet. Ohne Ursache (Anstrengung) und Prodrome Ausbruch von Wahnideen mit Sinnes-täuschungen, zunehmende Verwirrtheit und Erregung. Nach Remission Wiederausbruch von Verfolgungsideen mit Grössenideen und Erregung. Läppisches Wesen. Nach Beruhigung systematische Verfolgungs- und Grössenideen. Nach 5 Monaten Heilung, völlige Krankheitseinsicht. Gewichtszunahme 18 Pfund.

Katamnese: Seit 3 Jahren gesund.

Beobachtung 21. (No. 146/1905, Kiel.) Dienstmädchen, geboren 1882. Keine Heredität, selbst gesund, gut gelernt, in dienender Stellung in Hamburg, gute Zeugnisse, keine epileptischen oder hysterischen Antezedentien, Menses normal.

Anfang Februar 1905 fiel sie der Dienstherrschaft durch etwas zerfahrenes Wesen auf, doch arbeitete sie noch gut. In der Nacht vom 11.—12. Februar stand sie Nachts plötzlich auf, zündete Feuer an und verbrannte Briefe und ihre Schuhe. Befragt, sagte sie, die Briefe solle Niemand lesen, die Schuhe seien alt, ein anderer nähme die ihr doch nicht ab. Man brachte sie sofort ins Krankenhaus (Eppendorf). Sie war dort bei der Aufnahme sehr erregt, schlug um sich, warf mit Weingläsern, war nicht im Bett zu halten, die Stimmung war sehr wechselnd, abwechselnd lachte, weinte, betete sie. Tat stets das Gegenteil von dem, was man von ihr forderte. Ist zeitlich und örtlich orientiert, halluziniert anscheinend nicht, gibt aber keine ordentliche Antwort.

Ausser etwas lebhaften Sehnenreflexen und Unempfindlichkeit gegen Nadelstiche körperlich nichts.

Sie ist die nächsten Tage bald gehemmt, bald motorisch erregt, prügelt die Pflegerinnen, ist stets gut orientiert, aber untraibabel.

Am 17. Februar in die Irrenanstalt Friedrichsberg. Bei der Aufnahme unruhig, albern, packt mit den Betten, redet zusammenhanglos, geht stets aus dem Bett, zerreist die Wäsche. Der Gesichtsausdruck ist weinerlich, verstört. Sie gibt nur einsilbige Antworten. Sie ist zeitlich orientiert, meint, sie sei wahrscheinlich in einem Gerichtssaal — „soll wohl Antwort geben — oder zeugen für etwas, ich möchte Niemanden anklagen — was ich gesagt habe, dabei bleibt es — ich denke, es handelt sich um meine frühere Herrschaft und die Kinder — aber jetzt lassen sie mich nach Hause“. Bald erfolgen die Antworten sehr zögernd, in abgebrochenen Sätzen, dann wieder rasch in bestimmtem Tonfall. Zuweilen seufzt sie; Sinnestäuschungen leugnet sie, isst wenig,

istnachts unruhig, reinlich. In den nächsten Tagen (17. Februar bis 4. März) ist sie dann sehr unruhig, lacht, singt, schwatzt, betet, grimassiert, redet zusammenhanglos, ist unsauber. Die Eltern holten sie ab, sie blieb zu Hause vom 4. bis 25. März. Schon auf der Reise war sie sehr auffallend, lachte viel ohne Grund, sprach den Mitreisenden ihre Worte nach, mischte sich in das Gespräch derselben. Zu Hause war sie einige Tage ruhig, dann aber brach die Erregung wieder aus, sie wurde aggressiv gegen die Mutter, warf sie zur Stube hinaus, sie sei nicht ihre richtige Mutter, sie habe in Hamburg ihre Mutter in Ketten gesehen, die Mutter solle nicht lange mehr leben, der Vater habe es schlecht. (Wahnideen.) Die Unruhe steigerte sich, sie lachte, schimpfte, sang viel, schloss sich ein.

Am 25. März Aufnahme in die Nervenkl. Kiel.

Sie ist äusserlich geordnet, zeitlich und örtlich gut orientiert, die Stimmung ist gehoben, sie lächelt, resp. lacht affektiert, sie antwortet in heiterem Ton. Sie gibt die Anamnese wie vorstehend. Habe ihrem Dienst gut vorstehen können, ihre Herrschaft habe ihr aber ins Dienstbuch schreiben wollen, sie sei frech und pflichtvergessen. Habe sie auch für verückt erklärt. Sie sei aber nur abgespannt gewesen und überanstrengt, habe keinen ordentlichen Schlaf bekommen. Weiss, dass sie Briefe und Schuhe verbrannte — habe dazu Tags über keine Zeit gehabt. Sie habe gesagt, sie müsse sich selbst schützen. Die Frau sei ihr feindlich gesinnt, das habe sie an ihrem Blick gesehen, habe sie wegen einer Liebschaft mit einem Metzger eine Sirene genannt, worüber sie sich geärgert habe(?), die Frau sei immer unruhig gewesen, habe kein gutes Gewissen gehabt, habe die Kinder angestiftet, sie auszufragen, ob es einen Teufel gäbe und solche Sachen. Auf dem Tische lag ein Kalenderblock, darauf stand: „Steter Tropfen höhlt den Stein“. Auf dem Herd lag ein Zettel, auf dem dreimal geschrieben, dass ein Mädchen zum 1. April gesucht werde. Die Frau wollte sie also aus dem Hause haben. Man suchte sie durch solche Dinge auf allerlei hinzuweisen, sie habe die „Ahnung“ gehabt, ihre Mutter sei nicht die richtige, sie fühle sich nicht zu ihr hingezogen, die Schwester habe auch in der Nacht einmal gesagt: „falsch“. Das wäre das Urteil über die Mutter. Ihr Gewissen sage ihr — „Tue Recht, scheue Niemand!“ Stimmen gehört zu haben, bestreitet sie.

Die körperliche Untersuchung ergibt normale Verhältnisse in jeder Beziehung.

In der ersten Nacht singt und lacht Patientin, ist aber die nächsten Tage ziemlich ruhig, dann bricht, nachdem vorher eine motorische Erregung der Körpermuskulatur aufgefallen ist, die Erregung wieder aus, die Patientin lacht und singt fortwährend, macht Streit mit den Pflegerinnen und Mitpatienten, kramt umher, „widersetzt sich heftig, zerreisst das Bettzeug, belästigt die Patienten, gibt kurze schnippische Antworten, das Zeug passe ihr nicht, deshalb zerreisse sie es.

Der erregt gereizte Zustand dauert zunächst fort, sie ist meist unruhig, schnippisch, abweisend, überfällt plötzlich ohne Grund die anderen Kranken, sagt, sie sei in einer Räuberhöhle, der Arzt sei ein Räuberhauptmann. Fragen



beantwortet sie absichtlich nicht, spuckt gerne die Umgebung an, nimmt fremdes Zeug weg, zerreisst. Das Wesen ist läppisch, albern, zusammenhanglos, meist besteht gehobene, aber reizbare Stimmung, sie schlägt gerne andere. Singt viel und läuft viel im Saale herum.

30. April Menses. Am 3. Mai zeigt sie sich völlig orientiert, sei hier im Rathaus, absichtlich sei sie hier, um sich untersuchen zu lassen. Wolle hier bleiben, bis der Friede geschlossen sei mit Gott und den Menschen. Zerreiße die Kleider, weil ihr die dummen Sachen nicht passten und gefielen. Fragen beantwortet sie entweder richtig oder verhält sich ablehnend — die Fragen seien ihr zu dumm. —

Zuweilen kehrt sie ihre Kleider um, zieht sie verkehrt an, tanzt und lacht, singt, springt herum, macht alberne Bemerkungen. Den Arzt nennt sie stets „Räuberhauptmann“. Ende Mai wird sie ruhiger, zeigt aber noch immer ein kindisches Wesen, macht Hausarbeit, rühmt sich, wie tüchtig sie sei, putzt sich in kindischer Weise heraus, legt sich plötzlich lang auf den Tisch „zum Ausruhen“.

Anfang Juni zeigt sie normales äusseres Verhalten, bittet um ihre Entlassung. Bei dem beabsichtigten Besuch des Ortspastors (11. Juni) wird sie sehr erregt, sie wolle ihn nicht sehen, er kümmerge sich viel zu sehr um sie, sei auch zu intim mit ihr. Alles sei überhaupt so sonderbar, hier und auch früher. Im Garten habe sie ein graues Kreuz am Himmel gesehen, wohl eine Wolkenbildung, aber natürlich sei das nicht. Zu Hause hätten sich die Vögel nach ihr gerichtet, sie flogen immer dahin, wo sie war. Die Mutter kam an ihr Bett und sagte — „Gegrüsst seiest du, holde Maid“. Das sei doch unnatürlich und die Mutter sei falsch, denn sie habe es bestritten. Bei ihren Sachen seien jetzt Dinge, die ihr nicht gehörten, die habe man hineingesteckt, wozu, wisse sie nicht. Es sei wohl keine böse Absicht dabei, es interessiere sich wohl vielmehr jemand für sie, vielleicht die Obrigkeit. Sie habe öfters mal gedacht, es sei etwas Besonderes mit ihr. Sie habe gefürchtet, sie solle eine Prinzessin werden — so sei man doch viel freier. Jetzt denke sie das nicht, sie fühle sich vielmehr als Sklavin, als verkauft. Als Dienstmagd habe sie sich unglücklich gefühlt, tanzen liebte sie nicht, trotzdem habe man sie immer zum Tanz geschickt, das habe sie geärgert. Sie sei nicht stolz gewesen. Zu Hause würde sie mit der Mutter ohne Verstellung nicht auskommen können, sie sei nicht wie eine Mutter. Sei wohl auch nicht ihre Mutter, es seien mal Zigeuner bei ihrem Hause gewesen, der eine habe der Mutter die Hand gedrückt. Fast komme sie sich wie ein untergeschobenes Kind vor. Die Mutter habe sie auch Hexe genannt. Auch beim Besuch des Vaters äussert sie noch ähnliche Ideen, besonders gegen die Mutter gerichtet, ist aber bald darauf wieder völlig beruhigt, lacht selbst über ihre Erregung.

23. Juni Menses. — Normal.

Die Störung klingt dann rasch völlig ab, das Wesen der Patientin wird zusehends freier und natürlicher, die Haltung und Stimmung ist eine gleichmässig normale.

Am 15. Juli meint sie, sie könne jetzt wohl gehen, sie sei geheilt und

werde mit der Mutter gut auskommen. Die Mutter sei wohl etwas eigenartig, wie sie selbst auch, das sei aber auch Alles. Dass sie ihr Schlechtes zugetraut habe, müsse wohl eine Krankheit gewesen sein, es sei ihr jetzt auch zum Bewusstsein gekommen, wie grundlos ihr feindseliges Verhalten gegen die Pflegerinnen gewesen sei. Das sei wohl so eine Art Verfolgungswahn wie bei Frau N. (Mitpatientin) auch. Die Geschichte mit dem untergeschobenen Kind, den Zigeunern, der Prinzessin, sei alles Unsinn, sie sei ihrer Mutter Kind, das habe sie sich nur in der Krankheit eingebildet.

18. Juli 1905. Geheilt entlassen. Gewicht März 87, Juli 98 Pfund.

Katamnese: Der Vater berichtet am 30. Januar 1908, dass seine Tochter vollständig gesund sei und vom 1. August 1905 bis jetzt im Dienst gestanden habe.

#### Gruppe F. Unsichere Fälle.

No. 22. Lehrer, 24 Jahre. Nicht belastet. Geistige Ueberanstrengung, keine Prodrome. Akuter Ausbruch von mystisch-phantastischen Grössenideen. Nach Ueberhitzung akute halluzinatorische Verwirrtheit mit Aufregung. Verfolgungsideen. Grössenideen. Nach Remissionen und Exazerbationen unter Gewichtszunahme um 6 kg völlige Heilung in 3 Wochen.

Katamnese: Nach einem Jahre gesund. 1904 Pfarrer, 1905 Heirat. Befinden stets gut, nur mangelhafter Schlaf.

3. Juli 1907: Plötzliche Wiedererkrankung ohne Ursache, ganz kurze heftige Aufregung. Winnenthal. Schwanken der Verlauf. Dezember Entlassung.

Beobachtung 22. (183/1898 Tübingen, 4088/1907 Winnenthal.) Lehrer, geb. 1874. Keine Heredität, selbst gesund, kein Potus, kein Trauma, keine hysterischen oder epileptischen Antezedentien. 1897 Examen. Von September 1897 bis Sommer 1898 sehr viel Stunden, viel anstrengende Arbeit. Mitte August 1898 wohl etwas erregt, überschätzte seine Kraft. Anstrengender Ausflug am 18. August, bei dem er unauffällig war, am 19. August erregt, machte in der grössten Mittagshitze einen starken Marsch, hatte zwei Ohnmachtsanfälle, von denen der zweite von zuckenden Bewegungen begleitet war. Erholte sich rasch, reiste nach Hause, wurde aber unterwegs so verwirrt, dass er zur Klinik gebracht werden musste. Er ist bei der Aufnahme hochgradig erregt und verwirrt, widerstrebend, schreit, wird mit Mühe entkleidet, lässt Urin unter sich. Sehr blass, Gesicht mit Schweiss bedeckt, erkennt Personen, redet fortwährend, zitiert Bibelstellen, verlässt das Bett, wird gewalttätig.

Die Nacht schläft er bis gegen Morgen und ist am nächsten Morgen relativ klar. Er ist orientiert über Ort und Zeit, gibt folgende zusammenhängende Darstellungen. Bisher sei er ganz gesund gewesen. Am 17. August nach schlechter Nacht erregt und erschöpft, hatte undeutlich eine Erscheinung. Er kam sich wie eingemauert vor, sein Leben erschien ihm im Spiegel. Zwei Mächte kämpften um ihn. Beim Spaziergang sah er sich als Direktor einer grossen Erziehungsanstalt, dann als Pfarrer. Es blitzte, man schoss auf ihn, aber Gott

schütze ihn. Er kam sich gottbegnadet vor, sah in der Luft ein neues Jerusalem — „dass waren Ahnungen vom künftigen Reiche Gottes!“ Am Nachmittage des 18. August war er ganz wohl. In der Nacht wieder Erscheinungen, göttliche Hinweise, Visionen. Morgens (19. August) normal, nachmittags ging er absichtlich in die Hitze, die ihm nichts anhaben könne. Es sassen Gelähmte am Wege, die bei seinem Anblick aufstanden, seine eigenen Sinne waren schärfer, er fühlte sich sehr kräftig; als er zwei Kinder sah, fühlte er sich als „Leiter der Kinder“. Der Ohnmachts- oder Schwindelanfälle erinnert er sich, es kam ihm vor, als sei er scheinot. Weiss, dass er dann weiter ging. Unterwegs standen die Toten auf, Christus sagte ihm, er sei auf dem Wege zum Himmel, Von da ab wird seine Erinnerung sehr verschwommen; von seiner Aufnahme in die Klinik weiss er kaum etwas. Die Untersuchung ergibt absolut nichts Besonderes. Patient halluziniert dabei stark, sieht elektrische Funken, eine Pistole in der Hand des Arztes, ist gespannt, erregt.

In den nächsten Tagen wechselt das Verhalten. Zeitweise ist er klar, geordnet, dann wieder erregt, verwirrt, schreit, versteckt sich, greift an, habe schon den „ersten Tod“ (den körperlichen) überwunden, zitiert in Predigerton Bibelverse. Hält den Pfleger für seine Braut, verlangt, er solle an seinem Bette sitzen, fährt plötzlich auf ihn los, tritt und schlägt, brüllt „wir leben!“ Sieht das jüngste Gericht, die Auferstehung, sieht an den Wänden Bilder, Jesus erscheint ihm, es donnert. Zeitweise auffällige Blässe und Schweiss des Gesichtes bei heftiger Erregung. Den Namen des Arztes vergisst er immer wieder, meint aber, die Gesichter veränderten sich, sonst ist er meist zeitlich und örtlich orientiert.

Alles hat Bedeutung, Vögel tauchen im Saal auf, Gott gibt ihm fortwährend Winke, hat Grosses mit ihm vor, er hört seinen Namen rufen.

Zeitweise schreit er um Hilfe oder lacht ohne Grund. Die Nächte sind oft recht schlecht.

Nach 5—6 Tagen ist er zeitweise leicht stuporös, erinnert sich der Besuche seiner Verwandten nur sehr summarisch, meint, erst einen Tag in der Klinik zu sein, klagt über Zusammengedrücktsein des Kopfes, habe viel Träume, Offenbarungen, man wolle ihn aus seinem Verhältnis zu Gott hinauswerfen, das 1000jährige Reich breche an, spricht viel von religiösen Dingen, betet liest in der Bibel, Gott habe eine grosse Mission für ihn, das wisse er aus seinen Träumen.

Angstanfälle mit Schwindel- und Ohnmachtsempfindungen kommen noch vor, er wird blass, atmet tief, er erklärt das direkt als Angst, als ob er einen furchterlichen Feind bekämpfen müsse, der ihn von Gott abbringen wolle. Auf den Dächern sieht er Soldaten, Fahnen, Blitze, alles sei in fortwährender Bewegung. Springt plötzlich aus dem Bett, werde gerufen.

Am 24. August erregt und verwirrt, fährt aus dem Schlaf auf: „in 5 Minuten!“ schreit: „ich muss es tun — mein Vater war eben da — und wenn es alle Leute sehen!“ Gibt keine Erklärung, schliesst die Augen, beugt den Rumpf zum Arc du cercle — „der Pfarrer Sabel hat es gesagt!“

Meint, sein späterer Sohn von seiner jetzigen Braut werde der Erlöser der Welt sein.

Schon am 27. August wird Patient dann viel ruhiger und geordneter, schläft ohne Mittel und bekommt eine halbe Krankheitseinsicht, fühlt sich matt.

Stimmen will er eigentlich nicht gehört haben, es seien so mehr Ideen gewesen. Alles um ihn her bezog sich auf ihn und er reagierte darauf, es war keine Gottesstimme, mehr leise Laute von Verwandten. Das Schreien: „wir leben!“ erklärt er dadurch, dass er sich in dem Moment in der Auferstehung begriffen fühlte. Auch jetzt hört er leises Flüstern im Ohr.

Vorübergehend nachts noch einmal erregt, hörte Posaunen. Lebhaft bedeutsame Träume habe er immer noch, Gott habe doch wohl etwas Besonderes mit ihm vor, es könne ja wohl krankhaft sein, etwas Wahres sei gewiss dabei, er habe doch auch einen Engel gesehen, aber das Denken daran greife ihn an. Noch immer sehr mit religiöser Lektüre beschäftigt. Anfang September entlassen. Gewicht August 55, steigend, am Schluss 61 kg.

Katamnese: Sommer 1899 gesund, im Lehrerdienst. 6. März 1908. Vater berichtet, dass er schon wenige Monate nach der Entlassung das Vikariat übernehmen konnte. Dann war er lange Jahre Pfarrerverweser, wurde 1904 Pfarrer, seit 1905 in glücklicher kinderloser Ehe verheiratet. Befinden, abgesehen von mangelhaftem Schlaf, stets gut. 13. Juli 1907 plötzlicher Ausbruch einer Erregung von ganz kurzer Dauer. Remission bis zum 16. Juli, dann neuer Anfall, daher nach Winnenthal. Nach dem Journal der Anstalt gehen die Prodrome schon einige Wochen zurück, er war besonders diskussionslustig in religiösen Streitfragen, hatte einen unnatürlichen Wahrheitsdrang. Er sprach viel von seiner ersten Krankheit, überstürzte sich beim Reden. Er betete, weinte, glaubte, die Sünde gegen den heiligen Geist begangen zu haben. Am 12. Juli stürzte er mit einem lauten Schrei plötzlich vom Stuhl, war aber nicht bewusstlos, sondern ruhig und freundlich, aber verwirrt. In der Nacht schrie er, er sei der Antichrist, weinte, betete, warf sich zu Boden, zitterte, erklärte nachher den ganzen Zustand aus religiösen Anfechtungen. Er hatte eine grosse innere Erregung, die er mühsam bekämpfte. Aeusserlich ruhig bis zum 16. Juli, wo plötzlich ein heftiger Erregungszustand ausbrach. Er machte einen sexuellen Angriff auf seine Frau, zerschlug Fensterscheiben, sprang nackt auf die Strasse, wurde mit seinem Einverständnis nach Winnenthal gebracht. Am 16. Juli wurde er in die Anstalt aufgenommen. Er ist orientiert über Zeit und Ort, Antworten erfolgen richtig, wenn auch zögernd und unsicher, Patient ist andauernd ängstlich, erregt, schwitzt stark, geht aus dem Bett, schlägt eine Scheibe ein, ist sehr unruhig, ob er halluziniert, ist nicht zu ermitteln. Zeitweise wechselt die Angst mit Extase, er ruft: „mein Heiland“, schaut Arzt und Pfleger wie erstaunt an, ist aber orientiert.

Mehrfach hat er Anfälle von tonischer Starre der Muskeln, des Rumpfes (Opistotonus, Augenschluss) und der Glieder unzweifelhaft psychogener Natur.

Zunächst bleibt Patient in ängstlicher Unruhe und Erregung, ist aber schon nach 3 Tagen stundenweise völlig ruhig und geordnet. In der nächsten Zeit stellen sich dann in unregelmässigen Zwischenräumen konvulsivische

Aufregungszustände mit grosser Neigung zu starker Gewalttätigkeit gegen sich selbst und andere ein, eingeleitet durch Kongestionen und starken Sch weiss, in denen das Bewusstsein leicht getrübt, die Orientierung etwas unsicher ist, er schreit beständig: „warum, warum hast du mich verlassen, warum, mein Gott, hast du mich verlassen?“ oder „ich lasse dich nicht“, diese Sätze kommen immer wieder. Er zerreist seine Kleider. In der ruhigen Zwischenzeit ist er gereizter Stimmung; über seine Vorstellungen, über Wahnideen, über Sinnes-täuschungen enthält das Journal keine Angaben.

Ende Juli wird er bereits ruhiger, sagt, er habe allerlei religiöse Anfechtungen und schwere Träume, will sich aber darüber nicht auslassen. Besonders sei das im Halbschlaf beim Aufwachen morgens der Fall, nachts verschwinden sie dann.

Anfang August ist sein Benehmen schon völlig natürlich, seine Briefe formal und inhaltlich normal, er ist völlig orientiert, über seine Umgebung durchaus im Klaren. Stimmung wohl etwas gehoben, Patient ist vielgeschäftig, sucht sich viel um andere Kranke zu kümmern. Interessiert sich für alles, hat volle Krankheitseinsicht. Vom 17. August bis 15. September neue Erregungsperiode. Er will durchaus einem Mädchen behilflich sein, als sie es ablehnt, schreit er laut ihren Namen und schlägt eine Scheibe ein, lässt sich aber ruhig ins Bett legen, hat völlige Erinnerung der Geschehenen.

Die Erregung ist anscheinend wesentlich sexueller Natur; er klammert sich an den Arzt an, will sich zu den Wärtern ins Bett legen, macht sexuelle Attacken auf die Mitpatienten, ist bald ruhig, bald unruhig, muss fortwährend von einer Abteilung auf die andere gelegt werden. In der Ruhe hat er Krankheitseinsicht, Wahnideen sind nicht zu eruieren. Sinnes-täuschungen scheinen zu fehlen, Patient spricht nur immer von schweren Träumen nachts.

Vom 15.—26. September wieder völlig ruhig, Krankheitseinsicht. Am 26. September Kongestion. Erregung, Zornmütigkeit, gehobene Stimmung: Patient läuft singend und betend auf und ab, will den Arzt küssen, grimassiert, ist etwas benommen, nässt ein. Diese Erregung dauert aber nur zwei Tage, dann tritt wieder geordnetes ruhiges Wesen ein. Das Wesen wechselt: Zeitweise ist er gespannt, uneinsichtig für ärztliche Anordnungen, dann wieder euphorisch, leicht gehoben.

Allmählich wird er dann freier und natürlicher, erkennt seine eigene Labilität und Schonungsbedürftigkeit, ist aber nicht deprimiert. Klagt über sexuelle Erregung, die wohl Folge von früherer Onanie und Ursache seiner jetzigen Impotenz sei, aber ohne Affekt in natürlicher Weise. Nur Mitte November befindet er sich im Anschluss an eine starke Diarrhoe in einer ganz vorübergehenden leichten Depression. Fühlt sich ganz wohl, bis auf schlechten Schlaf, hat vollständige Krankheitseinsicht und wird am 2. Dezember entlassen. Gewichtszunahme 14 Pfund.

Diagnose: Acuter Wahnsinn? Manisch-depressives Irresein? Verdacht auf Katatonie, aber keine intellektuelle Einbusse. (Journal Winnenthal.)

No. 23. Kaufmann, 32 Jahre, belastet. Keine Ursache. Vor 12 Jahren transitorische Verfolgungsideen. Seit 3 Jahren remittie-

render Zustand von hypochondrischen Gefühlen und Befürchtungen, vagen Beeinträchtigungsideen, feierlichen Stimmungen, Verzagtheit. Plötzlicher Ausbruch religiöser Grössenideen mit leichten Verfolgungsideen. Keine Sinnestäuschungen, nur Erleuchtungen, Eingebungen, Gedanken, völlige Besonnenheit, keine besondere Stimmung, viel Sensationen. Nach vier Wochen Heilung. Krankheitseinsicht.

Katamnese: Seit 14 Jahren gesund.

Beobachtung 23. (19/1894, Tübingen.) Kaufmann, geb. 1862. Mutter periodisch deprimiert, im Alter geistesschwach. Zwei Schwestern vorübergehend in Anstaltsbehandlung. In der Jugend viel Kopfschmerzen, Otitis media, sonst gesund, gut begabt, tüchtiger Kaufmann. Keine Krämpfe, kein Potus, Trauma oder Lues. Er trat auf eigene Veranlassung am 21. November 1894 in die Klinik ein, ist ruhig, geordnet, völlig orientiert, in normaler Stimmung, gibt in zusammenhängender Weise ohne sprachliche Auffälligkeit die Geschichte seiner Krankheit.

Die körperliche Untersuchung ergibt normalen Befund. Er erzählt, dass er zuerst 1882 in London eigentümliche Gedanken bekam, glaubte, er sei unter Anarchisten gewesen, werde von diesen ausspioniert, als Hauptansthifter von Attentaten angezeigt zu werden.

1891 war es schlimmer in Genua. Er bekam plötzlich ein Misstrauen gegen seine Mitarbeiter im Geschäft, bezog jede Zeitungsnachricht auf sich, glaubte, man wolle ihn für etwas verantwortlich machen, was er garnicht getan habe, für ein eingebildetes Attentat gegen den Kaiser; dabei deprimiert, glaubte, er habe Ohrenkrebs, hatte Angstzustände. Er glaubte, man wolle ihn vergiften, nahm deshalb die Medizin nicht, man wollte ihn berauben, er hörte dumpfe Stimmen und Geräusche. Plötzlich bekam er dann einen Weinkrampf, allerlei Bibelsprüche fielen ihm ein — „weinet nicht über mich“. — Er reiste unter dem Einfluss seiner Idee immer hin und her, allmählich verlor sich der Zustand. Oft bekam er „feierliche Stimmungen“, besonders an kirchlichen Feiertagen, und hatte das Gefühl, beobachtet zu sein. 1892 übernahm er eine Stellung, die er ausgezeichnet ausfüllte, bis Sommer 1893. Darnach bekam er Skrupel, man sei mit ihm unzufrieden, er glaubte, man habe extra einen Arzt angestellt, um ihn besser beobachten und dann als unfähig heimschicken zu können, er machte sich ausserdem Gedanken über das ungenügende Florieren des Geschäftes und glaubte, das Geschäft werde fallieren, 300 Arbeiter würden dann brotlos sein, man werde ihm dafür die Schuld aufhalsen. So nahm er denn seine Entlassung und begab sich in ein Sanatorium, wo sich der Zustand besserte. Im Oktober 1894 hatte er wieder allerlei Beschwerden: Rückenschmerzen, Erektionen mit Stechen im After. Er suchte deshalb die medizinische Klinik in Tübingen auf. Dort beschäftigte er sich viel mit religiösen Ideen, las die Berichte der Synode und bekam bald allerlei „eigentümliche Ideen“, dass die Menschheit die Ideale vergässe, nur den Buchstaben folge etc. In einer Nacht hatte er den Trieb, aufzustehen, in einem Zuge eine lange Predigt zu schreiben — es war wie eine innere Stimme. Es handelte sich dabei

um einen Aufruf an die Christen und Vertreter der Kirchen, den Glauben rein und kindlich zu erhalten und die beiden Kirchen zu vereinigen — so habe Gott es ihm ins Herz gegeben. Den gleichen Gedanken spricht er in einem „Aufruf an das Deutsche Volk“ aus, dessen Ton ein sehr pathetischer ist. Ein anderes Mal hatte er eine richtige Vision: Sein Körper war ganz heiss, er dachte an das Jenseits und rief wie trunken: „O wie schön, wie einfach!“ Wie eine Offenbarung von Christus. Es stand bei ihm fest, er müsse als zweiter Luther die Menschheit vom Verderben retten. Gleichzeitig fühlte er sich beobachtet, von Spiritisten, Vigilanten umgeben; er glaubte sich auch von Hause aus beobachtet. Deshalb ging er selbst in die psychiatrische Klinik. Er fühlt sich dort bald sehr wohl, ist heiter und zufrieden, bewegt sich völlig frei und normal und meint, dass die religiösen Ideen fort seien. Er klagt aber über mancherlei körperliche Sensationen, die er auf sexuelle Abstinenz zurückführt. Mit Bezug auf die jüngste Vergangenheit hat er keine klare Einsicht für seine Verfolgungsideen. Er habe sich stets durch die Weltereignisse sehr beeinflussen lassen, wäre leicht begeistert und erschüttert. Der Uebertritt der Prinzessin H. regte ihn sehr auf, er schrieb eine Erwiderung ähnlich wie den „Aufruf“ — „das Gehirn schafft ohne mein Zutun, die Gedanken drängen sich ohne meinen Willen auf und spinnen sich von selbst fort“. Meist sind es religiöse Grübeleien. Gern hängt er seinen körperlichen Gefühlen nach, grübelt darüber, fühlt, wie das Blut „vom Gehirne abwärts rieselt“, wie es, „wie durch einen Magneten entfernt wird“.

Am 18. Dezember 1894 wird er entlassen.

Katamnese: Im März 1898 stellt er sich vor als ganz gesund, ist sehr zufrieden mit seinem Befinden, Beschwerden habe er nicht mehr. „Nur zuweilen (bei Landtagswahlen etc.) arbeite das Gehirn noch nicht, wie ich es möchte“. Ein Gedanke folgt dem anderen, entsprechend dem Tempo seines Gehens. Das war ihm wunderbar, er dächte, was wohl alles noch käme. Stimmen hat er nie gehört, es waren immer nur Gedanken, die sich aneinanderreihen und ihn beherrschen. Aengstlich war er aber nicht dabei. Verfolgungsideen und Misstrauen hat er nicht.

März 1908 Der Arzt, der ihn oft sah, zuletzt vor 1½ Jahren, schreibt, dass er seit 1894 gesund geblieben sei.

No. 24. Rentnerin, 33 Jahre. Nicht belastet, vielleicht etwas hysterisch. Zwei Jahre vor der Krankheit Liebesaffäre, seitdem dauernd reizbar, zerfahren. Auf Heiratsantrag und plötzliches leichtes Kopftrauma brüsker Ausbruch von Verfolgungswahn, Verwirrtheit, Erregung (Sprung aus dem Zug). Anfangs witzelnde Gehobenheit, Reizbarkeit, bestimmte Wahnideen, Besonnenheit. Nach 4 Wochen Krankheitseinsicht, normale Stimmung, Heilung.

Katamnese: Bis 1908 gesund geblieben, aber exaltiert.

Beobachtung 24. (324/97, Tübingen.) Rentnerin, geb. 1864. Patientin tritt am 18. März 1897 in Behandlung der psychiatrischen Klinik zu Tübingen. Sie stammt aus einer hereditär nicht belasteten Familie. Geistig sehr gut veranlagt. Die Mutter starb bei der Geburt. Patientin wurde sehr verzogen; nie

Krämpfe, lebhaftes, exaltiertes Wesen, daneben eigenwillig, machte den Verwandten oft furchtbare Szenen. Schon bei dem Tode ihres Vaters (sie war damals 18 Jahre alt), zeigte sie ein eigentümliches Verhalten. Angesichts der Leiche ihres Vaters lachte sie. Auch quälte sie sich einige Zeit mit Selbstverwürfen. Nach dem Tode des Vaters litt sie an „Nervosität“. Lebte unruhig, hatte stets wechselnde Pläne und Ansichten, schwierig mit dem Dienstpersonal, bald verschwenderisch, bald geizig. Vor 2 Jahren unglückliche Liebe, die sie „ganz krank machte“. 1896 lebhafte Differenzen mit den Verwandten, hochgradige Aufregung. Exaltierte Musikschwärmerei. Schon seit einiger Zeit viel Kopfschmerzen und heftiges reizbares Wesen. Sie glaubte sich von einer ihr befreundeten Dame beeinflusst. Die Unruhe und Aufregung steigerte sich, als sie am 12. März 1897 einen Heiratsantrag bekam. Am 14. März 1896 erhielt sie auf der Strasse von einem mit dem Stock herumfuchtelnden Herrn abends ganz unvermutet einen starken Schlag an die rechte Kopfseite. Am 16. März ganz normal, am 17. März vormittags und bei der Mahlzeit unauffällig, sah aber sehr schlecht aus und sagte, sie fühle sich krank, konnte nicht essen, ging auf ihr Zimmer. Als ihr Jemand ganz harmlos die Hand auf die Schulter legte, stiess sie sie heftig zurück, lief ganz verstört aussehend fort. Mittags reiste sie ganz plötzlich, ohne Jemand davon Mitteilung gemacht zu haben, von S. ab. Auf der Strecke sprang sie plötzlich aus dem Zuge und wurde mit abgequetschtem linken Bein auf dem Bahndamm liegend von Bahnarbeitern aufgefounden.

Zu diesen äusserte sie, sie müsse hypnotisiert worden sein. Mitreisende hätten sie verhöhnt und ausgelacht und nach ihrem Paket gelangt. Sie habe sich verfolgt geglaubt und aus Angst, ein Tunnel komme, den Wagen verlassen; sie müsse hypnotisiert worden sein und habe in bewusstlosem Zustande gehandelt. Der Arzt fand sie bei Bewusstsein und mit dem abgequetschten Fusse spielend vor. Auffallend war, dass sie über keinerlei Schmerzen klagte, ja sogar dem Arzte gegenüber über ihre Verletzung scherzte. Auf der Unfallstelle selbst hatte sie mit flüchtiger Schrift auf Briefumschläge und einem Bankdepotschein zwei Personen in S., von denen sie sich hypnotisiert und verfolgt glaubte, namentlich und mit genauer Angabe der Adresse bezeichnet. Darunter fand sich die Bemerkung: „Sofort die Staatsanwaltschaft verständigen“. Im Krankenhaus wurde der Unterschenkel amputiert. In der Nacht trat ein heftiger Erregungs- und Verwirrheitszustand, verbunden mit grosser motorischer Unruhe auf. Am nächsten Tage wurde sie nach Tübingen gebracht.

Bei der Aufnahme verhielt sie sich ziemlich ruhig, erzählte, dass sie schon seit 8 Tagen so aufgeregt und ängstlich sei. Sie habe stets gefürchtet, sie werde hypnotisiert, damit man ihre Einwilligung zu der Verlobung erlange. Auf der Fahrt von S. nach Z. hätten Mitreisende sie so eigentümlich angesehen, dass sie ganz ausser sich geraten wäre. Sie sei in ihrer Aufregung den ganzen Zug auf und ab gegangen und dann, als die Angst zu gross geworden sei, hinausgesprungen. Genaue Erinnerung an die Einzelheiten hatte sie nicht. Auch war es ihr sichtlich unangenehm, über den Vorfall zu sprechen.



Auffallend war die heitere Stimmung — es fehlte ihr jede Einsicht für die Folgen und die Tragweite des Unfalls — und eine beträchtliche Reizbarkeit. Die körperliche Untersuchung ergab normalen Befund. Die bei der Aufnahme beobachtete leichte Erregung legt sich bald und macht einem durchaus ruhigen und geordneten Verhalten Platz, welches auch in der Folgezeit keinerlei Unterbrechung erleidet. An den Verfolgungsvorstellungen, unter deren Einfluss sie den Sprung aus dem Eisenbahnzug gemacht haben will, hält sie noch eine Zeit lang fest. Bei den Visiten fragte sie den Arzt, ob man denn einen Menschen durch Hypnose so ganz in seine Gewalt bringen könne, dass derselbe völlig macht- und willenlos sei. Wiederholt sprach sie den Verdacht aus, dass sie hypnotisiert worden sei, und dass man ihr den Sprung aus dem Wagen suggeriert habe. Auch Gift habe man ihr schon beizubringen versucht. Als ihre Verfolger bezeichnet sie dieselben Personen, die sie direkt nach dem Unfall aufnotiert hatte. Allmählich treten die Verfolgungsvorstellungen zurück; es tauchen Zweifel auf, schliesslich korrigiert sie dieselben, sieht sie als krankhaft an. Auffallend bleibt die Stimmungslage. In scherzender und witzelnder Weise sprach sie über ihre Lage, machte sich über ihr „seeliges Bein“ lustig, äusserte sich brieflich in höchst eigenartiger, geradezu frivol zu nennender Weise über ihre Verstümmelung und befasste sich mit der Anschaffung ihrer Frühjahrsstollette.

Von Mitte April ab machte sich langsam eine bessere Einsicht geltend. In der Folgezeit wurde sie öfters in gedrückter Stimmung und weinend betroffen, über ihr schweres Unglück klagend und sich Gedanken über ihre Zukunft machend. Dem Herrn schrieb sie ruhig und sachlich ab, ohne ihre Verstümmelung zu erwähnen. Oefters frug sie noch, ob man wohl einen Menschen durch Hypnose ganz in seine Gewalt bekommen könne.

Der weitere Verlauf der Erkrankung stellt sich als ein günstiger dar. Körperlich erholte sie sich sehr rasch, der anfangs stark beeinträchtigte Schlaf stellte sich wieder ein. Manchmal meinte sie noch, die Behandlung hier habe in Elektrisieren oder Hypnotisieren bestanden, aber zu anderen Zeiten hat sie vollständige Krankheitseinsicht. Stimmung oft getrübt: Seitdem sie einmal geistesgestört gewesen sei, traue ihr doch Niemand mehr etwas Vernünftiges zu, am besten stürbe sie oder ginge nach Amerika. Meist ist die Stimmung aber gut.

Am 14. Juli wird sie als geheilt aus der Klinik in eine orthopädische Anstalt nach München entlassen.

Menses normal, ohne Einflusses auf Befinden. Gewicht anfangs 56 kg, allmählich steigend auf 59 kg.

Katamnese: Nach Angabe einer Verwandten, die sie genau kennt, ist Patientin bis 1908 geistig gesund geblieben, aber stets exaltiert.

## V. Krankheitsbild der akuten Paranoia.

Fassen wir die vorstehend geschilderten 24 Beobachtungen zusammen.

Es handelt sich um 18 Männer und 6 Frauen, von denen bei 4 die Krankheit im Lebensalter von 20 Jahren ausbrach, während 9 zwischen 20 und 30, 7 zwischen 30 und 40 und 3 nach dem 40. Lebensjahre erkrankten.

Danach fällt die grössere Hälfte (13) aller Beobachtungen in die erste Lebenshälfte.

Sowohl von den Frauen wie von den Männern war genau die Hälfte belastet und unbelastet, so dass also der Erbllichkeit eine erhebliche Rolle bei dieser Krankheitsform nicht zufällt. Schwere degenerative Erbllichkeit liess sich fast in keinem Falle nachweisen. Es verdient nur hervorgehoben zu werden, dass bei den Beobachtungen (No. 1, 2, 3), in denen die Wahnbildung eine primäre war — bei fehlenden oder nur ganz andeutungsweise vorhandenen Sinnestäuschungen und bei dauernd erhaltener Besonnenheit — stets Belastung vorhanden war, während bei den übrigen Formen Belastung und Nichtbelastung sich ziemlich gleich verhielten.

Körperliche und geistige Degenerationszeichen liessen sich fast gar nicht nachweisen.

Die Intelligenz der Erkrankten war viermal sehr gut, bei den übrigen meist gut. Nur bei drei (No. 12, 5, 19) Patienten musste sie als mässig resp. schwach bezeichnet werden, doch lag eine deutliche Imbezillität nicht vor.

Da es mir vorzugsweise darauf ankam, die Existenz einer akuten heilbaren Paranoia selbständigen Charakters nachzuweisen, so ist das grosse zur Verfügung stehende, in den Diagnosenbüchern als „Paranoia acuta“ rubrizierte Krankheitsmaterial sorgfältig gesiebt worden. Alle Beobachtungen, bei denen es sich ergab, oder bei denen die Möglichkeit vorliegend erschien, dass es sich dabei um blosse Zustandsbilder oder aber um deuteropathische Krankheitsbilder handeln könne, sind ausgeschlossen worden. Ganz speziell sind Imbezillität, Hysterie, Epilepsie, Alkoholismus (selbst geringeren Grades), schweres Trauma, Vergiftungen, Infektionen als ätiologische Momente bei allen Fällen nicht vorhanden. Alle Puerperalpsychosen sind ebenfalls nicht berücksichtigt worden.

Nur die Fälle, in denen die Krankheitsgeschichte nach Aetiologie, Symptomatologie, Verlauf und Ausgang zu beweisen schien, dass es sich um ein selbständiges Krankheitsbild handelte, sind verwendet worden, und es ist dann durch sorgfältige Katamnese das weitere geistige Verhalten resp. die dauernde Gesundheit des Genesenden festgestellt worden.

Die angeborene Gemütsanlage ist in der Hälfte der Fälle normal, in der anderen Hälfte wird öfters über eine weichliche, ängstliche, emp-

findliche, religiös-grüblerische oder andererseits über eine reizbare, leidenschaftliche resp. enthusiastische Gemütsart berichtet.

Trauma war nur in 3 Fällen (No. 20, 3, 17), zweimal vor 2 resp. 4 Jahren, einmal in der Kindheit, der Krankheit längere Zeit vorausgegangen, ohne übrigens besondere Folgen hinterlassen zu haben. Es handelte sich niemals um schwere Traumen. In weiteren 3 Fällen (No. 10, 18, 24) (Sturz von einer Treppe, zweimal Schlag auf Kopf) löste das Trauma den akuten Ausbruch der Krankheit aus, doch bestanden (abgesehen von einer Ausnahme No. 18) schon vorher Prodromalerscheinungen. In einem vierten Fall (No. 19) erfolgte das Trauma erst nach unzweifelhaft bereits ausgebrochener Krankheit. Eine ätiologische Bedeutung kommt dem Trauma daher wohl in keinem Falle zu, während ihm die des auslösenden Faktors nicht bestritten werden soll.

Eine grössere ursächliche Wichtigkeit kommt entschieden den psychisch-körperlichen Schädlichkeiten zu: dem akuten Blutverluste, der Unterernährung, dem mangelhaften Schlafe, der akuten starken Gemütsbewegung, den seelischen Beeinträchtigungen durch andauernde Sorgen, Kummer oder Verdruss und der geistigen Ueberanstrengung (Examen, intellektuelle Ueberlastung). In vielen Fällen fand sich die gemüthliche Schädigung mit der geistigen Ueberanstrengung vereint. Besonders deutlich nachweisbar war das schädigende affektive Moment nach Stärke und Dauer bei den Patienten No. 1, 2, 4, 7, 24.

In 8 Fällen waren überhaupt keine ätiologischen Momente nachweisbar.

Was nun das psychische Vorleben der Patienten betraf, so war der allergrösste Teil derselben bis zur akuten Erkrankung völlig gesund.

Nur bei 3 Patienten wird über eine vorausgegangene psychische Störung berichtet. In dem einen Falle (No. 6) handelte es sich um (anscheinend fast physiologische) Depression in der Jugend, welche ausbrach, als dem Betreffenden ein ihm unsympathischer Beruf aufgezwungen werden sollte und welche sofort verschwand, als dieser Zwang aufhörte.

In einem anderen Falle (No. 18) war der Patient 20 Jahre vorher kurze Zeit in nicht näher bekannter Weise (Verfolgungsideen mit Angst) erkrankt; in einem dritten Falle (No. 4) war der Betreffende vor 5 Jahren im Anschluss an eine seine Arbeitsfähigkeit schwer schädigende Verletzung der Hand kurze Zeit „trübsinnig“ gewesen. Vorboten von relativ kurzer Dauer, auf einige Tage oder höchstens Wochen sich erstreckend, kamen bei der Mehrzahl der Patienten zur Beobachtung, doch waren dieselben meist sehr vager Natur. Entweder es wurde bemerkt, dass sie wie abwesend, zerstreut, zerfahren, vergesslich waren,

ihre gewohnte Arbeit schlecht ausführten. Oder aber sie waren ängstlich, still, gedrückt, misstrauisch, unruhig, präokkupiert, grüblerisch; oder es bestanden kurze Zeit vage Körperschmerzen. Ein mystisches, geheimnisvolles, verzücktes Wesen, gesteigerter Bewegungsdrang, auffallende Gesprächigkeit, reizbare Erregbarkeit waren in anderen Fällen die Prodromalerscheinungen, einmal zeigte sich zuerst lebhaftere Neigung zum Singen. Patient No. 14 fühlte sich einige Zeit vorher „wunderbar wohl“, ein anderer (No. 9) hatte 4 Wochen lang ein frohes „ahnungsvolles“ Gefühl. Bei No. 19 bestand eine Depression, beruhend auf Angst vor einem brutalen Arbeitsgenossen.

In der Beobachtung No. 5 ging der eigentlichen Erkrankung — ca. ein halbes Jahr vorher — ein Depressionszustand von ca. 3 Wochen Dauer voraus, in der Zwischenzeit erschien die Kranke normal.

In vereinzeltten Fällen scheint sich das Prodromalstadium vagen körperlichen und seelischen Missbehagens aber sehr lange hingezogen zu haben.

Bei No. 17 bestand die vorausgegangene Schlaflosigkeit über ein halbes Jahr, bei No. 2 schon über ein Jahr, der Patient war seit 2 Jahren „neurasthenisch“, d. h. verändert in seiner gemüthlichen Reaktion, zerfahren, weichlich, arbeitsunfähig, viel über alle möglichen Dinge klagend. In diesem Falle war aber eine Laboratoriumsexplosion mit starkem Shock und sexuelle Erschöpfung vorausgegangen.

Die Kranke No. 24 befand sich seit 2 Jahren, höchst wahrscheinlich im Anschluss an eine Herzensaffäre deprimierenden Charakters in einem Zustande dauernder Reizbarkeit und Erregung.

Der Patient No. 14 war bereits seit 2 Jahren von auffallend wechselnder Stimmung auf Grund religiöser Zweifel und innerer Glaubenskämpfe, und der Patient No. 7 hatte seit ungefähr einem Jahr die Lebensfreude, die psychische Elastizität und Frische eingebüßt, war verstimmt, reizbar, übernehmerisch geworden, ohne irgend eine intellektuelle Leistungsabnahme darzubieten.

Es erscheint berechtigt, auf die Bedeutung dieses langen Prodromalstadiums hinzuweisen resp. die Symptome als prodromale aufzufassen, weil in allen Fällen nach überstandener Krankheit, wie ausdrücklich angegeben wird, von derselben nichts mehr subjektiv und objektiv vorhanden war. Es bestand im Gegenteil in der Folge dauerndes körperliches und gemüthliches Wohlbefinden.

Der Ausbruch der Krankheit erfolgt durchweg in akutester Weise, nicht selten in der Art, dass zunächst die Krankheitserscheinungen nur bei Nacht auftraten, während bei Tage die Kranken sich noch zu beherrschen vermochten.

Das Krankheitsbild entwickelt sich nunmehr in seinen verschiedenen Formen.

Entweder es traten Wahnvorstellungen auf ohne Verwirrtheit in zusammenhängender systematisierter Form, beruhend auf Umdeutung oder Kombination resp. Beziehungswahn. Diese Wahnideen beherrschen dann das ganze folgende Krankheitsbild. Halluzinationen fehlen ganz oder sind doch nur andeutungsweise vorhanden, während Illusionen zahlreich sind. Die Stimmung entspricht in diesen Fällen dann den Wahnvorstellungen. Sie ist eine sekundär reaktive, oder sie ist indifferent, gelegentlich auch anscheinend primär ängstlich, deprimiert, oder erregt gehoben.

Oder aber es sind von vornherein neben vielen Sinnestäuschungen und lebhafter Wahnbildung starke Affekte, Erregung und Störungen im Ablauf und Zusammenhang der Vorstellungen vorhanden und der Kranke erscheint in höherem oder geringerem Grade phantastisch oder halluzinatorisch verwirrt resp. benommen. Die Stimmung ist dabei meist sekundär gestört entsprechend dem Inhalte der Wahnideen und der Sinnestäuschungen, ist aber auch oft primär ohne Grund wechselnd, sie kann im Gegensatz zu dem Inhalte des Bewusstseins stehen, oder sie ist dauernd gehoben, ekstatisch, zornmütig, pathetisch. Je stärker die Sinnestäuschungen und die Verwirrtheit sind, desto stürmischer ist in der Regel (nicht immer!) zunächst der Verlauf, doch pflegt dieses stürmische Anfangsstadium selten lange zu dauern, vielmehr tritt meist schon nach relativ kurzer Zeit die Ruhe wieder ein, entweder dauernd oder vorübergehend als Remission.

Was nun die Halluzinationen anlangt, so tragen dieselben entweder den Charakter des Möglichen, des Realen, anknüpfend an tatsächliche Vorgänge. Sie sind dann vorzugsweise Gehörstäuschungen, untermischt mit Illusionen. Der Patient hört seine Verfolger, wie sie ihn bedrohen, beschimpfen, über ihn komplottieren, zu Gericht sitzen, sich gegenseitig Signale zurufen, sich bei seiner Beobachtung verständigen. In diesen Fällen ist das für Alkoholhalluzinationen so charakteristische Symptom, dass der Kranke den Gehörstäuschungen gewissermassen als Zuhörer beiwohnt, nicht selten vorhanden, und hängen die Gehörstäuschungen inhaltlich unter sich logisch zusammen. Sie sind so sinnfällig, dass die Wahnideen lediglich als die natürliche Erklärung der Sinnestäuschungen erscheinen. Gesichtstäuschungen können dabei vorhanden sein oder fehlen. In diesen Fällen kommt es trotz Reichhaltigkeit der Halluzinationen nicht zur Verwirrtheit. Oder aber die Sinnestäuschungen treten von vornherein massenhaft in allen Sinnesgebieten auf; sie tragen einen flüchtigen, phantastischen, irrealen, übersinnlich-

mystischen Charakter, sie wechseln inhaltlich, haben keine Beziehung untereinander, sind unter Umständen unsinnig, barock, sich gegenseitig widersprechend. In diesen Fällen ist der Patient meist gleichzeitig vorübergehend oder für längere Zeit verwirrt. Die Kranken sehen Tiere, Katzen, Schlangen, riesige Gestalten, Engel, Teufel, Hexen, Geister, Gott, Christus, Judas, Schatten, Flammenschrift an der Wand, Blitze, Flammen, Feuersbrunst. Die Toten stehen auf, das Meer rauscht, die Sonne fällt ins Meer. Sie hören Stimmen, Geschrei, Toben, Geisterstimmen, Vogelstimmen, Mäusepfeifen, Schiessen, Schimpfworte, Drohungen, Beleidigungen. Man bezichtigt sie der Kuppelei, der Majestätsbeleidigung, der Päderastie, des Landesverrates, will sie köpfen, mit Zangen auf das Schaffot schleifen, verbrennen. Die Hölle tut sich auf. Man öffnet ihre Stimme nach. Sie riechen und schmecken Gase, Dünste, Gift und Unrat, sie fühlen sich hypnotisiert, elektrisiert, von höheren Mächten, von fremdem Willen beeinflusst, gelähmt, bewegt.

Ein Knopf krabbelt als Insekt an den Kleidern herauf, ein kleines Auge fällt herab und setzt sich im Hodensack fest, Geister ziehen wie Würmer durch die Köpfe, setzen Würmer an das Herz.

Oft ist es gar nicht möglich, zu entscheiden, ob der Kranke wirklich Sinnestäuschungen hat, oder ob es sich nur um Einfälle, Eingebungen, momentane Wahnideen durch phantastische Auffassung und Umdeutung der Umgebung, um Illusionen oder um Phantasmen handelt. Manche Kranke bestreiten entschieden nachher Gehörstäuschungen, obwohl aus ihrem lauschenden Wesen und daraus, dass sie den Gehörstäuschungen antworten, hervorgeht, dass sie halluzinieren. Nur von wenigen — den nicht oder wenig Verwirrten — ist nachträglich Genaueres über Inhalt und Art der Sinnestäuschungen zu erfahren, oft genug werden sie nachher ganz bestritten — „es war eine Eingebung, es kam mir so in den Kopf, mein Inneres sagte es mir — Stimmen aber habe ich nicht gehört“. Ob aber dieses nachträgliche Bestreiten nicht auf einem Vergessen des halluzinatorisch Erlebten beruht (wie beim Traum), ist oft schwer zu entscheiden. Die Umdeutungen realer Vorgänge spielen eine grosse Rolle. Lieder, Worte, Annoncen, Bruchstücke von Drucksachen, Wagenrollen, das Fliegen der Raben, das Husten der Umgebung, das zufällige Zusammentreffen mit denselben Personen, mit Radfahrern — alle solche gleichgültige Zufälligkeiten werden als etwas Besonderes auf die eigene Person bezogen, umgedeutet, durch Zusätze und Erinnerungsfälschungen ausgebaut, mit der Wirklichkeit identifiziert. Ein Stiefmütterchen bedeutet die Stiefmutter des unehelichen Kindes, das geboren werden soll, weil das Lied vom „Kuss auf die Schulter“ gesungen wurde. Das Bett wird zur Elektrisiermaschine, das Gitter zum

elektrischen Apparat, die Anstalt zur Festung. In diesen Umdeutungen finden wir neben den Halluzinationen eine besonders häufige Ursache der Wahnbildung, die aber noch auf manche andere Art zustande kommt. Träume und Ahnungen spielen dabei eine grosse Rolle, auf ihnen werden ohne jede Kritik komplizierte kohärente Wahnideen aufgebaut, welche dann plötzlich das Bewusstsein vollständig beherrschen. Was der Kranke sich denkt, was ihm einfällt, erscheint ihm als reale Wirklichkeit, als erlebt, er baut darauf weitere wahnhafte Schlüsse. Oder aber er spricht von „Eingebungen“, von „Offenbarungen“, nicht gehörten oder erlebten, sondern „gefühlten“.

Oder die Ideen tauchen ganz primär auf ohne alle Beziehungen zum sonstigen Bewusstseinsinhalt, oder zur Aussenwelt und zum wirklich Erlebten.

Auch aus einer krankhaften Stimmung heraus, aus einer ekstatischen Gehobenheit, aus einer Begeisterung, aus einem „inneren Impuls“, einer Art psychischen Rauschgefühls heraus können Wahnideen vorzugsweise expansiver Natur entstehen, oder aber Verfolgungsideen aus einem primären Angstgefühl.

Unzweifelhaft ist der kausale Zusammenhang zwischen Sinnes-täuschungen, Wahnbildung und Verwirrtheit resp. Stimmung, Affekt und äusserem Verhalten oft nur ein sehr lockerer. Wir sehen, wie die Wahnbildung zustande kommt ohne alle Sinnes-täuschungen, wie sie unabhängig von zahlreichen Sinnes-täuschungen sich entwickelt<sup>1)</sup>. Wir sehen Kranke mit lebhaften Halluzinationen und starker Wahnbildung dauernd völlig besonnen bleiben, während in anderen Fällen ein Gegensatz besteht zwischen der Stärke und der Dauer der Verwirrtheit und der Stärke der Wahnbildung und den Halluzinationen. Sicherlich sind zahlreiche, besonders irrealere, phantastische, mystische, zusammenhanglose Sinnes-täuschungen (und Wahnideen) sehr geeignet, Verwirrtheit hervorzurufen, aber die letztere kann doch auch als primäres Symptom auftreten. Das Gleiche gilt von Stimmung und Affekt. Gewiss sind diese letzteren oft genug nachweisbar abhängig von dem Inhalte der Halluzinationen und der Wahnideen, aber nicht immer. Gelegentlich beherrscht ein ausgesprochen primärer Affekt, ganz besonders der einer Gehobenheit, das Bild in direktem Gegensatz zum Bewusstseinsinhalt, der Satz von dem rein reaktiv-sekundären Charakter des Affekts trifft bei der akuten Paranoia entschieden nicht zu. Auch das Handeln ist wohl nicht immer die logische Konsequenz der intellektuellen Störung, sondern öfters ent-

1) Dass bei der Paranoia chronica Sinnes-täuschungen selten sind, dass es sich vielmehr meist um wahnhafte Verarbeitung wirklicher Erlebnisse und um Erinnerungsfälschungen handelt, wie Kraepelin behauptet, ist richtig, trifft aber doch keineswegs für alle Fälle zu.

weder affektiv bedingt oder aber die Folge unbewusster motorischer Hemmungen oder Reizungen resp. von körperlichen unbestimmten Sensationen. Wenn also bei der „akuten Paranoia“ von einem lediglich und rein intellektuellen Charakter und Entstehen der Hauptsymptome keine Rede sein kann, da ganz entschieden ein unabhängiges Nebeneinander von Sinnestäuschungen, Wahnbildung, Inkohärenz, Affekten und motorischem Verhalten vorkommt, so muss auf der anderen Seite doch mit besonderer Schärfe hervorgehoben werden, dass in allen Fällen die Verwirrtheit und die damit in Verbindung stehende Affektstörung und motorische Beeinflussung entweder nur im Anfang vorhanden ist, um nach kurzer Zeit einem Zustande von Besonnenheit Platz zu machen, oder aber im Verlaufe der Krankheit interkurrent in meist kurzen Anfällen auftritt. Ueberhaupt ist die Verwirrtheit meist eine relativ geringe, sie erreicht nie die Stärke der traumhaften Verworrenheit, wie bei Amentia oder Epilepsie, die Orientierung ist meist mehr oder weniger erhalten. Oft ist die Verwirrtheit überhaupt nur eine scheinbare, dadurch vorgetäuscht, dass der Kranke, völlig mit sich selbst und seinen halluzinatorischen Wahnideen beschäftigt, der Umgebung absolut kein Interesse schenkt.

Sowie aber die Beruhigung eintritt und die Besonnenheit sich wieder herstellt, gelegentlich sogar schon innerhalb der Verwirrtheit, konstatiert man nun, dass der Kranke ein zusammenhängendes Wahngebäude produziert, festhält und eventuell ausbaut.

Der Inhalt dieses Wahnsystems ist nun ausserordentlich verschieden und der Ausbau das eine Mal ein bis ins Feinste detaillierter, während in anderen Fällen das Wahngebäude weit dürftiger und lockerer fundamentiert ist — niemals aber handelt es sich um nur einzelne flüchtige wechselnde Ideen, sondern stets um ein in sich geschlossenes, stationäres Wahngebäude, das einige Zeit festgehalten wird. In den Fällen wesentlich nicht halluzinatorischer Paranoia ohne oder mit nur geringer Verwirrtheit ist das Wahnsystem absolut dem der chronischen Paranoia analog in Form und Inhalt. Der Kranke glaubt sich verfolgt, von Anarchisten, Päderasten, hypnotisiert von einzelnen Personen, von Gesellschaftsgruppen oder Behörden, man will ihn vernichten, mundtot machen, unschädlich durch üble Nachrede, Auskundschaften seiner Schwächen und böswillige Verdrehung tatsächlicher Ereignisse, er ist umgeben von Spionen, Detektives, Agenten, man will ihn verhaften, ins Gefängnis, auf das Schaffot bringen, ihn heimlich ermorden. Oder die Verfolgung richtet sich gegen seine persönliche, berufliche, sexuelle Ehre u. dgl. Ganz detailliert schildert der Kranke sein Wahnsystem, an das er unerschütterlich glaubt, für dessen Richtigkeit er überall Bestätigung findet. In die Verfolgungsideen mischen sich eventuell Grössenideen. Die Verfolgung



findet ihren Grund in seiner Ueberlegenheit geistiger, körperlicher oder geschäftlicher Natur. Er ist gleichzeitig ein Opfer und ein Held, der Gegenstand von Neid und Eifersucht.

Oder aber es sind von vornherein Grössenideen vorhanden. Der Kranke fühlt sich als begnadet, erleuchtet, als Sohn Gottes, Prophet, Weltverbesserer, als zweiter Luther oder Bismarck, und geht in diesen Ideen auf.

In den Fällen mit starker halluzinatorischer Beteiligung und grösserer Verwirrtheit ist das Wahnsystem oft weniger durchgebildet, doch ist die Systematisierung auch hier stets erkennbar. Der Kranke fühlt sich im Mittelpunkte gefährlicher und böswilliger Einwirkungen, welche von Menschen ausgehen, die ihm nicht wohl wollen: bald sind es falsche Freunde, bald die Dienstherrschaft oder boshafte Arbeitsgenossen, oder Neider aus dem Heimatsort, die Verfolgung geht von bestimmten Personen aus, ihr Grund und Zweck ist dem Kranken oft völlig klar, oder aber unbekannt. Ein Dienstknecht, ein Arzt, die Hausfrau, ein „Hexenmeister“, eine Hexe ist die verfolgende Persönlichkeit, der Feind, von dem die halluzinatorischen Einwirkungen ausgehen. Oder aber es sind auch hier von vornherein Grössenideen vorhanden: die Kranke soll der „Hochzeit des Lammes“ beiwohnen, sie ist begnadet, der Kranke ist Gottes Sohn, Prophet, Erlöser der Menschheit, hat Entdeckungen und Erfindungen gemacht, heilt alle Krankheiten, hat neue Strahlen erfunden, neue Elektrizität, ein neues Weltgesetz entdeckt.

Oder es bestehen Grössenideen, eine Prinzessin, ein vertauschtes Kind zu sein, neben den Verfolgungsideen.

Wo es sich wesentlich um Wahnideen und Sinnestäuschungen religiös-mystischen Inhaltes handelt, da gestaltet sich natürlich auch das Wahnsystem sehr phantastisch. Der Kranke fühlt sich von Geistern, übersinnlichen Einflüssen, von Teufeln, Hexen, Spuk umgeben, Gott schickt ihm eine geheimnisvolle Prüfung, um ihn nachher zu begnaden, die Geister wechseln fortwährend ihre Gestalt, sind in und ausser ihm wirksam, es wird mit Zauberspiegeln, Einblasen, Blitzen und Funken gearbeitet, gute und böse Geister ringen um ihn. Welcher Art die Wahnideen sind, darauf kommt schliesslich nicht viel an; das Wesentliche ist, dass gerade diese Wahnideen in mehr oder weniger systematisierter, aber gleichbleibender Form entweder von Anfang an oder doch während der grösseren Hälfte der Krankheitsdauer das Bild völlig beherrschen, trotzdem der Kranke sowohl besonnen ist als frei von einem besonderen Affekt. In der zweiten Phase der Krankheit, die ja in der Regel eine geordnete ist, tritt der systematisierte Charakter der Wahnbildung besonders deutlich hervor.

Ich habe schon erwähnt, dass die Wahnideen ganz vorzugsweise halluzinatorisch bedingt sind, dass sie aber oft genug rein primär entstehen und zwar entweder rein intellektuell auf dem Boden von Beachtungswahn und Eigenbeziehung, durch Kombination und Interpretation, durch Träume und Ahnungen oder lediglich als Eingebung oder Einfall. Oder aber sie entstehen auf Grund eines länger bestehenden Affektes depressiver oder expansiver Natur tatsächlicher Veranlassung, auf dem Boden einer stärker andauernden Emotion oder schliesslich auf der Grundlage einer rein primären Stimmung: Angst, Gedrücktsein, Unwürdigkeitsempfindungen einerseits, Euphorie und Gehobenheit andererseits. Auch körperliche Sensationen können die Grundlage der Wahnideen abgeben.

Dem entspricht es, dass bei fehlender Verwirrtheit der Affekt in der Regel allerdings ein reaktiver sekundärer, von Sinnestäuschungen und Wahnideen abhängiger ist, dass wir aber auch davon unabhängig öfters dauernd oder interkurrent primäre Affektzustände beobachten, ganz besonders gilt das von dem Affekt der Gehobenheit und der reizbaren Zornmütigkeit. Während das Benehmen des Kranken, sein Tun und Lassen und seine äussere Haltung bei fehlender Erregung ein im Ganzen ruhiges und geordnetes, oder aber reaktiv-sekundäres ist (analog ist der Stimmung) in den Fällen, wo eine Verwirrtheit nicht vorhanden ist, pflegt das anders zu sein bei bestehender Inkohärenz.

Hier kommt es einerseits zu starken Affekten wechselnder Natur, andererseits zu ausgesprochenen motorischen Reiz- und Hemmungserscheinungen, Wesen, Haltung und Benehmen der Kranken sind schwer verändert.

Die Orientierung und Auffassung ist mehr oder weniger gestört — selten sehr erheblich — der Kranke ist lebhaft erregt, schwätzt, lacht, pfeift, kommandiert, ist ideenflüchtig, macht Reime und Verse, seine Stimmung ist ausgelassen, heiter, gehoben oder abwechselnd damit reizbar, deprimiert, ängstlich, misstrauisch. Starke Ekstasen werden beobachtet. Lebhafter Bewegungsdrang führt zu Lärmen, Trommeln, Zerstören, Zerreißen, Entkleiden, zu ununterbrochen wiederholten gleichen Bewegungen, man beobachtet Grimassieren, körperliche Unruhe, Bewegungstereotypie, sprachliche Ueberstürzung, Verbigeration bis zu sinnlosem Wortsalat. Oder aber der Kranke ist gehemmt, bewegungslos, stumm, zeigt ein blindes Widerstreben oder kataleptisches Verhalten. Er ist unreinlich, lässt sich füttern..

Oder ganz plötzliche motorische Ausbrüche wechseln mit Unbeweglichkeit — in der Regel auf Grund von Halluzinationen oder Wahnideen, wie die Katamnese ergibt. Die bis zur Tobsucht gesteigerten

Erregungszustände und die Stuporzustände können sich wiederholen, unterbrochen durch Remission völliger oder halber Ruhe und Klarheit, wie denn überhaupt der Verlauf einige Zeit lang ein ausgesprochen remittierender und exazerbierender sein kann. Immerhin sind diese Exazerbationen mit Erregung und Verwirrtheit meist nur von kurzer Dauer, mögen sie nun das Bild einleiten oder aber interkurrent auftreten. Es handelt sich meist nur um Tage, selten um Wochen; sie pflegen, sofern sie sich wiederholen, allmählich kürzer und schwächer zu werden und dann zu verschwinden. Manchmal ist das Benehmen der Kranken in diesen Erregungszuständen ein auffallend läppisches und kindisches und macht einen geradezu schwachsinnigen Eindruck. Sie lachen blöde, machen allerlei Dummheiten, putzen sich bizarr heraus, wecken die anderen Kranken etc. Dieser Zustand ist aber ein lediglich vorübergehender. Gelegentlich folgt der Erregung ein Zustand geistiger Erschöpfung und Apathie oder ein Depressionszustand, resp. ein Zustand psychischer Reizbarkeit.

Die Erinnerung an die überstandene Krankheit ist eine ausserordentlich verschiedene. Sie kann sehr summarisch resp. lückenhaft, aber auch sehr vollständig sein — im allgemeinen wird das am besten erinnert, was als Realität oder Einbildung (Wahn, Sinnestäuschung) die „stärkste Bewusstseinintensität“ (Siemerling) hatte; die Stärke der Amnesie entspricht in der Regel der Höhe der primären Verwirrtheit.

Die Heilung erfolgt meist allmählich, selten plötzlich nach verschieden langer Zeit. Die zunächst noch mit unterschütterlicher Ueberzeugung festgehaltenen Wahnideen verblassen, der Kranke beginnt allmählich an ihrer Realität zu zweifeln, es stellt sich zunächst das Gefühl, dann die Erkenntnis einer überstandenen geistigen Störung ein, die Ideen werden zunächst partiell, dann völlig korrigiert und mit der vollständigen Krankheitseinsicht und Objektivität ist die Heilung erreicht, der Kranke ist genesen. In vielen Fällen geht die Genesung mit einer erheblichen Gewichtszunahme einher. Ganz besonders ist sie vorhanden in denjenigen Fällen, wo eine Unterernährung, eine starke körperliche oder seelische Erschöpfung als wesentlicher ursächlicher Faktor der Krankheit angesehen werden darf. Diese Gewichtszunahme ist öfters eine rapide, sehr erhebliche (bis 20 Pfund). Sie fehlt in anderen Fällen.

Die Dauer der Erkrankung ist eine verschiedene. Durchweg (in 50 pCt.) geht sie nicht über 3 Monate hinaus, sie kann aber wohl auch viel kürzer dauern und ausnahmsweise sich über einen viel längeren Zeitraum ausdehnen. Im Ganzen ist die akute Paranoia eine kurzdauernde Erkrankung von sehr typischem Verlauf. In einzelnen

Fällen klärten sich die Wahnideen erst nach der Rückkehr in die Häuslichkeit ab, es blieb noch eine gewisse Unbeständigkeit der geistigen Leistungen einige Zeit bestehen, dann verschwanden auch diese Symptome.

In keinem Falle blieb ein geistiger Schwächezustand zurück (im Falle No. 12 war schon vorher eine gewisse Debität stets vorhanden gewesen), noch weniger aber stellten sich später Symptome einer geistigen oder gemüthlichen Abnahme sekundär ein. Im Gegenteil: alle Kranken blieben geistig gesund und leistungsfähig, und bis auf eine Ausnahme (No. 22) hat keine Wiedererkrankung, kein Rezidiv, stattgefunden. Die Katamnesen ergaben ein fast unerwartet günstiges Resultat, und ihre Zuverlässigkeit darf in einer grösseren Zahl der Fälle als eine unbedingte, durch eigene ärztliche Beobachtung kontrollierte bezeichnet werden. In den anderen Fällen kann ihnen jedenfalls mit Bezug auf das Ausbleiben eines Rezidivs oder einer neuen Erkrankung und das Erhaltenbleiben der geistigen Leistungsfähigkeit eine so hohe Glaubwürdigkeit beigemessen werden, als katamnestische Berichte von Behörden und Laien überhaupt verdienen.

Die seit der Krankheit verstrichene Zeit ist eine sehr verschiedene, im allgemeinen so erheblich, dass damit der Begriff der „dauernden Genesung“ ungewungen verbunden werden kann. Sie betrug einmal 21 Jahre (nach 2jähriger Krankheitsdauer!) einmal 15, zweimal 12, dreimal 11, einmal 10, fünfmal 9 Jahre. Die übrigen 6 Kranken (von 24) sind seit 4—2 Jahren gesund geblieben, gerade sie stehen unter persönlicher Beobachtung, und ist bei ihnen seit der Genesung keine Spur der verflossenen Krankheit bemerkbar gewesen<sup>1)</sup>. Eine ganz besondere Erwähnung verdient der Umstand, dass gerade die Kranken (No. 7, 14, 2 und 3), bei denen der Krankheit ein langdauerndes Vorstadium gemüthlicher, geistiger und nervöser Abspannung und Wesensänderung im Sinne einer Abnahme voraus gegangen war, nach der Krankheit sich dauernd eines subjektiven und objektiven Wohlbefindens erfreut haben: die erwähnten Beschwerden sind verschwunden, die Arbeitsfähigkeit hat sich in der früheren Weise wieder hergestellt und sie gehen mit Erfolg und in eher gesteigerter Schaffenskraft ihrem Berufe nach. Es ist, als wenn die Krankheit wie ein „reinigendes Gewitter“ gewirkt hätte.

Legen wir uns jetzt die Frage vor: Ist es berechtigt, die vorstehenden Beobachtungen zu einer bestimmten gleichartigen Krankheitsgruppe

---

1) Seit dem Abschluss dieser Arbeit ist noch ein weiteres Jahr ohne Wiedererkrankung verlaufen.

zusammenzufassen, und verdient diese Gruppe die Bezeichnung der „akuten Paranoia“? Dass bei den einzelnen Beobachtungen gewisse Verschiedenheiten der Symptomatologie, des Verlaufes, der Dauer vorhanden sind, ist ja selbstverständlich — jeder Krankheitsfall verläuft ja innerhalb gewisser Grenzen individuell.

Das Wesentliche und Gemeinsame an allen Beobachtungen ist für mich Folgendes:

1. Es liegt kein differentes aetiologisches Moment vor und keine andersartige Krankheitsform, innerhalb deren sich der Anfall als blosses Zustandsbild deuten liesse — Alkohol, Puerperium, anderweitige Intoxikationen, schwere Erschöpfungen, schweres Trauma, Epilepsie, Hysterie, Imbezillität, Paralyse, Senium sind bei allen Fällen ausgeschlossen.

2. Die Kranken waren von normaler Intelligenz und vorher gesund, nicht besonders erblich belastet, ohne Zeichen der Degeneration.

3. Der Ausbruch der Krankheit war in allen Fällen ein ganz akuter.

4. Das wesentliche Krankheitssymptom war in allen Fällen die systematisierte gleichbleibende Wahnbildung, welche eine Zeit lang unerschütterlich festgehalten wurde.

5. Die Krankheit endigte nach relativ kurzer Dauer, meist in wenigen Monaten mit vollständiger Heilung.

6. Die Kranken sind in der Folge absolut geistig gesund geblieben.

Diesen gemeinsamen Zügen gegenüber spielen die Differenzen des Krankheitsbildes eine relativ geringe Rolle.

Sie ergeben sich ohne Weiteres aus dem Vorhandensein oder Fehlen der Verwirrtheit und der gleichzeitigen Störung der Affekte und der psychomotorischen Vorgänge.

Das Vorhandensein oder Fehlen der Halluzinationen erscheint ohne jede Bedeutung — auch die chronische Paranoia ist ja bald eine halluzinatorische, bald nicht. Was die Verwirrtheit, die Inkohärenz anlangt, so ist sie ja oft ebenfalls eine sekundäre und durch den Inhalt der Wahnideen und Sinnestäuschungen resp. durch die Massenhaftigkeit derselben bedingt. Ganz ebenso erklären sich die sekundären reaktiven Affektzustände und die lediglich psychisch verursachten motorischen Reiz- und Hemmungserscheinungen, die ja öfters als rein motorische erscheinen, während sich aus den nachträglichen Angaben des Kranken ergibt, dass sie durch die Wahnideen bedingt waren.

Aber auch da, wo Inkohärenz, Affektzustand, motorische Erregung oder Hemmung primär vorhanden ist, erscheint die Trennung dieser Fälle von denjenigen, wo völlige Klarheit und Ordnung des Gedanken-

ablaufes und der äusseren Haltung besteht, eine gezwungene. Denn erstens sind die Zustände von erregter Verwirrtheit flüchtige, sie gehen vorüber, beherrschen das Bild nur eine gewisse Zeit, um dann dem stationären Wahnsystem Platz zu machen. Zweitens finden sich selbst bei den im übrigen durchweg geordneten, besonnenen und in sekundärem Affekt befindlichen Kranken der ersten Gruppe Andeutungen leichter Verwirrtheit und primärer Affektregungen, so dass der Uebergang ein durchaus flüssiger ist. Auch das Verhalten der Erinnerung ist ohne Bedeutung, denn es ist klar, dass die Erinnerung an Verwirrtheits- und Erregungszustände in der Regel nur eine summarische sein kann, und dass aus dem Verhalten des Bewusstseins ein trennendes Moment nicht abgeleitet werden kann. Erwähnt zu werden verdient aber noch einmal, dass die Verwirrtheit niemals eine so hochgradige ist, dass der Kranke völlig die Orientierung verliert — demgemäss ist die Erinnerung in der Regel zwar eine sehr lückenhafte, nicht aber eine völlig fehlende. Oft genug ist der Kranke sich seiner Handlungen und ihrer wahnhaften Begründung trotz scheinbar starker Verwirrtheit nachher detailliert bewusst.

Verdienen nun aber diese Krankheitsbilder die Bezeichnung der „akuten Paranoia“?

Diese Frage bejaht sich wohl ohne weiteres, sowie man sich auf den Standpunkt stellt, den Cramer, Ziehen, Siemerling und mit ihnen die Mehrzahl der Autoren dem „Paranoiabegriff“ gegenüber einnimmt. Für diese Autoren dürften die vorliegenden Beobachtungen in ihrer Vollständigkeit nur eine erfreuliche Bestätigung ihrer klassifikatorischen Anschauungen, eine Erfüllung des oft geäusserten Wunsches nach vollständigen Krankheitsgeschichten sein.

Anders steht es mit Kraepelin und seinen Schülern, und hier erscheint eine Auseinandersetzung nötig.

Kraepelin definiert die Paranoia als „die langsame und ruhige Entwicklung eines unerschütterlichen, absolut chronischen (also unheilbaren) Wahnsystems“. Er anerkennt keinen akuten Beginn, keine stürmischen Episoden, keinen Ausgang in Heilung. Wie ist diese Definition gewonnen? Ist sie Erfahrung oder Konstruktion? Ist sie gewonnen aus der Beobachtung oder müssen sich die Beobachtungen der aprioristisch konstruierten Definition unterordnen?

Die Definition gestattet in ihrer Präzision und Schärfe keine Konzession, eine Ausnahme wirft sie völlig über den Haufen — auch Kraepelin muss, wenn wider Erwarten einmal eine sonst absolut seiner Definition entsprechende chronische Paranoia nach 10 oder 20 Jahren „heilt“, entweder diese „Heilung“ oder seine Diagnose oder seine De-

inition für irrig erklären. Aber ist diese starre Formel von der „Unheilbarkeit als eines unbedingten immanenten Gesetzes der Paranoia nicht ein Zirkelschluss, eine Schlange, die sich in den Schwanz beisst?

Diejenige Gruppe meiner Beobachtungen, in denen sich ein absolut unerschütterliches, logisch zusammenhängendes Wahnsystem bei völlig erhaltener Besonnenheit und Ordnung des Gedankenablaufes ohne äussere Erregungszustände und primäre Affekte entwickelt und wochenlang, monatelang festgehalten wird, unterscheiden sich von dem Kraepelin'schen Schema der Paranoia lediglich durch zwei Züge: den akuten Beginn und den Ausgang in Heilung. Keine andere ärztliche Disziplin trennt ihre Krankheitsgruppen lediglich nach der Art des Anfanges und nach ihrem Ausgang. Ueberall wird sonst angenommen, dass derselbe anatomische Prozess, dasselbe klinische Krankheitsbild akut oder subakut resp. chronisch einsetzen und heilen oder unheilbar werden kann, und niemand denkt daran, in dieser Verschiedenheit ein absolut trennendes Moment, ein lediglich von dem inneren Charakter der Krankheit abhängiges, äusseren Einflüssen unzugängliches Unterscheidungsmerkmal zu sehen. Der Psychiatrie fehlt das anatomische Substrat, und deshalb hat sie sich zu allen Zeiten mit dem Dogma behelfen müssen. Die Lehre von der Unheilbarkeit der Paranoia ist ein solches Dogma; um einen festen Lehrbegriff zu haben ist es geschaffen worden — es ist ja leider nicht das einzige Dogma! Unsere ganze Klassifikation der sog. „funktionellen“ Psychosen ist ja vorläufig eine dogmatische, immer geht sie von der Voraussetzung aus, dieses oder jenes Symptom wäre das „Wesentliche“ an dieser oder jener Krankheitsform, obwohl es ganz dem subjektiven Ermessen überlassen bleibt, was nun das „Wesentliche“ ist. Für Kraepelin ist es der Ausgang der Krankheit, daran hält er sich — aber ist es richtig, im Sinne des gegenseitigen Verständnisses und im Interesse der Diagnose und Prognose im praktischen Leben, das Dogma so starr zu gestalten, dass es keine Ausnahme verträgt?

Wenn man überhaupt in der „chronischen Paranoia“ ein gesetzmässiges Krankheitsbild, nicht bloss eine zufällige Erscheinungsform der „Geisteskrankheit“ sieht, dann verdienen eine grössere Anzahl meiner Beobachtungen nicht nur die Bezeichnung der „akuten Paranoia“, sondern sogar nur diese Bezeichnung.

Alle Symptome der chronischen Paranoia und im wesentlichen, sofern man die Mehrheitsdefinition akzeptiert, nur diese Symptome finden sich bei meinen Fällen — lediglich der Ausgang ist ein anderer.

Wer zugibt, dass die chronische Paranoia akut beginnen, Verwirrtheitsepisoden darbieten und gelegentlich heilen kann, der mag meinen-

wegen den Fall No. 7 als „chronische, akut beginnende Paranoia mit Ausgang in Heilung nach zweijähriger Dauer“ bezeichnen — ich finde darin keinen unüberbrückbaren Gegensatz zu meiner eigenen Auffassung, nach welcher der Fall eine „protrahierte akute Paranoia“ darstellt.

Vor allem aber: Unter welchen anderen Krankheitsformen sollen denn diese Beobachtungen und ähnliche, wie sie Kraepelin unzweifelhaft selbst des Oefteren gemacht hat, untergebracht werden? Kraepelin rubriziert sie anscheinend unter Alkoholismus, Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein und unter den „diagnostisch unklaren Fällen“<sup>1)</sup>.

Was nun den Alkoholismus anlangt, so kann davon ja bei der allergrössten Zahl meiner Beobachtungen keine Rede sein, er ist völlig ausgeschlossen. Nur bei No. 9, 10, 7 und 2 kann ein regelmässiger Alkoholgenuss in Frage kommen, wie er bei Studenten, jungen Referendaren, Leuten, welche gern gesellig leben, Freunde der Tafel sind, an der Tagesordnung ist — von einem regelrechten Potus kann ja keine Rede sein. Man kann den Begriff des „Trinkers“ ja sehr verschieden weit fassen<sup>2)</sup>, und daher habe ich alle eines grösseren Alkoholgenusses verdächtigen Fälle ausgeschlossen, lediglich aus dem Gesichtspunkte, dass ein so spezifisches ätiologisches Moment wie der Alkohol<sup>3)</sup> den dadurch bedingten Fällen eine Sonderstellung gegenüber den nicht alkoholischen znweist. An sich sind sonst eine Reihe meiner Beobachtungen in ihrer Symptomatologie dem sogenannten „akuten halluzinatorischen Wahnsinn der Trinker“ (Kraepelin) der „akuten Halluzinose“ (Wernicke) so ähnlich wie ein Ei dem anderen. Auch der Alkohol schafft ja ganz verschiedene Bilder: das Delirium tremens (akute alkoholische Verwirrtheit), die Halluzinose (akute Alkoholparanoia), die chronischen paranoischen Zustände der Trinker (Eifersuchtswahn), schliesslich den Korsakoffschen Symptomenkomplex<sup>4)</sup>.

1) Pappenheim, Diskussion zur Dementia praecox. Referat Bleuler-Jahrmärker (mit anschliessenden Vorträgen. Laehr, 67. 1908. 471) weist ebenfalls auf eine Reihe von auf grosse seelische Erlebnisse zurückgehenden Krankheitsbildern hin, „welche sich nicht einreihen lassen“. Er will aber keine „Paranoia acuta“ anerkennen.

2) Kraepelin (Psychiatrie VII. Aufl. II. 1905) gibt nirgendwo die Tagesdosis an, mit welcher für ihn die Trunksucht beginnt.

3) Gerade weil es sich bei dem Alkohol um eine Vergiftung des Gehirnes handelt — also um etwas, was dem Begriff des „Funktionellen“ durchaus nicht ohne weiteres an die Seite zu stellen ist — habe ich die Alkoholparanoia ausgeschieden. Die gleichen Gesichtspunkte leiteten mich, als ich die Puerperalpsychosen, die Kokainpsychosen etc. aus der „akuten Paranoia“ ausschloss.

4) Bonhöffer, Die alkoholische Geistesstörung. Deutsche Klinik, 1906, 534, sah akute Halluzinose auch bei Nichtalkoholikern.



Alle diese nach ihrer Erscheinungsform und besonders nach ihrem Ausgang (Heilung, Chronizität, geistige Schwäche) so grundverschiedenen Bilder fasst Kraepelin<sup>1)</sup> trotzdem unter dem gemeinsamen ätiologischen Moment des Alkoholismus zusammen — was mir inkonsequent erscheint gegenüber dem Standpunkt, welchen er zur Paranoia und Dementia praecox einnimmt, wo er lediglich die absolute Gleichheit der Krankheitsbilder und vor allem des Ausganges als das diagnostisch Entscheidende hinstellt. Gerade beim Alkohol sieht man aber doch, trotz der quantitativen und qualitativen Gleichartigkeit des ursächlichen Momentes oder Giftes, dass die akute Halluzinose sich entweder selbständig oder aus einem Delirium entwickelt<sup>2)</sup>, dass sie den Ausgang in Heilung, Chronizität oder Schwäche nehmen kann, und ich selbst finde absolut keinen klinischen Unterschied zwischen manchen Fällen alkoholischer und nicht alkoholischer Paranoia<sup>3)</sup>.

Kraepelin folgt auch mehr einem prinzipiellen, als einem sachlichen Bedürfnis, wenn er diese Fälle als „Wahnsinn“ statt als „Paranoia“ bezeichnet. Er greift dabei auf eine sonst überall von ihm verlassene Terminologie zurück, lediglich, weil er mit dem Worte „Paranoia“ die unbedingte Unheilbarkeit verknüpft, während ja die „Halluzinose“ meist heilt, obgleich zu allen Zeiten Verrücktheit, Wahnsinn und Paranoia promiscue gebraucht und als Synonyma angesehen wurden, von denen das letzte die beiden ersten allmählich verdrängt hat.

Auf alle Fälle aber muss ich es als durchaus unmöglich bezeichnen, meine Beobachtungen unter „Alkoholismus“ zu rubrizieren, davon kann um so weniger die Rede sein, als ein gesteigerter Alkoholgenuss kurz vor dem Ausbruch der Krankheit weit eher Wirkung als Ursache ist: der von prodromalen Missempfindungen, von Unruhe und Schlaflosigkeit geplagte Patient sucht sich zu betäuben.

Noch viel gezwungener würde es erscheinen, die Fälle als „Dementia praecox“ zu bezeichnen. Dieses früher von Kraepelin und seinen Schülern so scharf umrissene und streng gegen andere Krankheitsformen

1) Kraepelin, Fragestellung der klin. Psychiatrie, Gaupp 1905, ist sich dieses Widerspruches übrigens wohl bewusst. Er fragt sich, ob die verschiedenen Bilder der Alkoholerkrankungen vielleicht durch das Zwischenglied einer Organerkrankung sich erklären — ob die Schwäche vielleicht mehr auf Dementia praecox als auf Alkohol zurückzuführen sei.

2) Auch Kraepelin l. c. gibt zu, dass der halluzinatorische Schwachsinn der Trinker (Alkoholparanoia) sich direkt aus einem Delirium oder einer akuten Halluzinose entwickeln könne.

3) Manche Autoren sehen ja daher auch im Alkohol gar nicht die Ursache, sondern nur das auslösende Moment der akuten Halluzinose.

abgegrenzte Krankheitsbild ist ja allerdings im Laufe der Jahre sehr verwässert worden, so dass von der unbedingten Beweiskraft der Einzelsymptome wenig mehr übrig geblieben ist. Dass die Krankheit eine bestimmte „Gehirnkrankheit“ sei, dass sie unbedingt unheilbar sei, dass alle Heilungen nur vorübergehende „Remissionen“ seien, dass eine gewisse Reihe psychisch-motorischer Symptome lediglich bei ihr vorkämen, dass stets in den „Remissionen“ gewisse Schwächesymptome und Manieren sich nachweisen liessen — alle diese Behauptungen werden nicht mehr oder doch nicht mehr mit der früheren Bestimmtheit ausgesprochen<sup>1)</sup>, wenn auch nach wie vor bei der Kraepelinschen Schule der grösste Teil aller akuten Irreseinsformen ausserhalb des manisch-depressiven Irreseins in der Dementia praecox aufgehen, wie das die Aufnahmetabellen beweisen. Sicherlich weisen auch meine Fälle einzelne Züge auf, welche besonders häufig bei Hebephrenie und Katatonie resp. Dementia paranoides vorkommen: Verwirrtheitszustände, Zerfahrenheit, läppisches, kindisches Wesen, Grimassieren, Negativismus, Mutismus, Katalepsie, Bewegungstereotypie, Verbigeration, Wortsalat, stuporös-katatonische Symptome und Zustände<sup>2)</sup>.

Aber alle Symptome treten nur vorübergehend und flüchtig oder andeutungsweise auf, sie verschwinden völlig mit dem Ablauf der Krankheit. Und als Grundstein der Lehre von der Dementia praecox gilt doch dem Schöpfer derselben wenigstens heute noch der legale Ausgang in geistige Schwäche, die Unheilbarkeit. Für den allergrössten Teil meiner Beobachtungen ist aber sicher erwiesen (nicht bloss wahrscheinlich), dass sie völlig geistig gesund geblieben sind, seit 5, 10, 15, 20 Jahren, dass sie voll und ganz im Leben stehen, und dass von gemüthlicher oder geistiger Schwäche auch nur in geringem Grade keine Rede ist. Damit entfällt die mögliche Zugehörigkeit der Beob-

---

1) Cf. Wilmans, Die Differentialdiagnose der „funktionellen Psychosen“, Laehr, 64, 1907, weist auf die vielen Fehldiagnosen der Dementia praecox und auf die Ueberschätzung der Residualdemenz gegenüber von Anfang an vorhandener Imbezillität hin.

2) Bleuler und Jahrmärker, Referat, Laehr, 65, 1908, 439, heben hervor, dass Katatonie-Symptome bei einem akuten Anfall nicht dieselbe deletäre Bedeutung hätten, wie bei chronischen Zuständen. — Raecke, Prognose der Katatonie, ibid. 467, hebt die üble Prognose frühzeitigen Grimassierens, hartnäckigen affektlosen Negativismus, ausgesprochener Befehlsautomatie, lang anhaltender Flexibilitas cerea hervor, während er Sprachverwirrtheit, Verbigerieren, Gemütsstumpfheit, Unsauberheit, Schamlosigkeit für weit weniger bedenklich hält.

achtungen zu der von Kraepelin als *Dementia praecox* bezeichneten Krankheitsgruppe unbedingt.

Nach den Anschauungen der französischen Schule würde wohl die Mehrzahl der Fälle als „*Délire d'émblée*“ bei einem „*Dégénéré*“ aufgefasst werden.

Der Begriff der „Degeneration“ ist ja nach deutscher Auffassung ein ziemlich unklarer, sofern nicht schwere besonders konvergente Heredität und vielfache deutliche Stigmata *degenerationis* nachgewiesen werden können.

Besonders schwere Heredität war nur bei einem meiner Patienten vorhanden, gerade dieser war aber sonst weder geistig, noch körperlich ein „*Dégénéré*“. Von allen übrigen Patienten war nur die Hälfte belastet, die andere Hälfte aber unbelastet, so dass wohl keine Rede davon sein kann, die Anfälle „akuter Paranoia“ nur als zufällige vorübergehende Entäusserungen der Degeneration anzusehen. Uebrigens stehen sich die Ansichten der Anhänger der Degenerationslehre diametral gegenüber. Krafft-Ebing nennt den „akuten Wahnsinn“ eine Psychoneurose, die chronische Verrücktheit dagegen eine Enartungspsychose, während Magnan gerade bei dem „*Délire d'émblée*“ die Degeneration betont, für das „*Délire chronique*“ dagegen Erblichkeit und Entartung bestreitet.

Dass bei allen meinen Beobachtungen Hysterie, Epilepsie, Paralyse, traumatisches Irresein, Imbezillität nicht in Frage kommt, geht wohl aus den Krankengeschichten ohne weiteres hervor — es fehlen eben alle für diese Diagnosen verwertbaren Symptome.

Es bleibt schliesslich noch die Beziehung zum „manisch-depressiven Irresein“, welche eine genauere Besprechung verdient. Mit dem „manisch-depressiven Irresein“ hat Kraepelin eine Krankheitseinheit geschaffen, welche zwar bis zu einem gewissen Grade mit dem, was die anderen Autoren als „periodisches Irresein“, besonders aber als „zirkuläres Irresein“ bezeichnen, in vielen klinischen und prognostischen Zügen zusammenfällt, andererseits aber doch auch grundsätzliche Verschiedenheiten darbietet, welche nicht ohne weiteres übersehen werden können. Die genannten Autoren bezeichnen eine Psychose dann als „periodisch“, wenn annähernd dasselbe Krankheitsbild in annähernd gleichen Zeitintervallen regelmässig sich wiederholt — [Ziehen<sup>1)</sup>, Pick<sup>2)</sup>] — wo

1) Ziehen, Ueber die Affektstörung der Ergriffenheit etc. I. c., leugnet die Existenz des „manisch-depressiven Irreseins“. Die Melancholie rezidiviere gerne, die Manie werde gern periodisch, das zirkuläre Irresein zeige Mischbilder von Manie, akuter halluzinator. Paranoia und Amentia (Polymorphie).

2) Pick, Periodisches Irresein.

eine solche Regelmässigkeit und Gleichartigkeit nicht vorhanden ist, fassen sie die Wiederholung als Rezidiv auf.

Kraepelin dagegen legt auf diese Regelmässigkeit keinen Wert, sondern das Wesentliche ist ihm die (eventuell sogar nur einmalige!) Wiederholung des Krankheitsbildes.

In diesem „manisch-depressiven Irresein“ ist nach der derzeitigen Kraepelin'schen Auffassung neben dem zirkulären und periodischen Irresein der Autoren sowohl die einfache Manie, als schliesslich auch die einfache Melancholie sowohl des jugendlichen als des Involutionsalters aufgegangen, und es ist eine weitere Behauptung, dass alle Fälle aus den beiden charakteristischen Krankheitshälften, d. h. sowohl aus der manischen wie aus der depressiven Symptomentrias Züge aufweisen, welche entweder sich zeitlich folgen oder aber zeitlich zusammenfallen, d. h. sich mischen.

Dass gelegentlich zwischen den einzelnen Anfällen sehr lange und unregelmässige Zeiträume liegen können, hindert nach Kraepelin die Diagnose nicht, nur verlangt er völlige intellektuelle und gemüthliche Integrität nach Ablauf des Anfalles während des ganzen Intervalles. Wenn man sich dieser Lehre Kraepelins anschliesst, und im wesentlichen kann ich die Anschauungen Kraepelins, die sich als ungemein anregend, befruchtend und diagnostistisch richtig für die Praxis erwiesen haben, teilen, wenn ich auch seiner Ansicht, es gäbe keine einfache Melancholie, mich nicht anzuschliessen vermag — wenn man diese Auffassung Kraepelins<sup>1)</sup> über das Wesen und den Umfang des manisch-depressiven Irreseins akzeptiert, dann lässt sich darüber streiten, ob nicht einzelne meiner Beobachtungen dieser Krankheitsform zuzurechnen sind. Das starke Auf und Ab des Affektes innerhalb des Krankheitsbildes, die Ablösung des Affektes der Gehobenheit durch einen depressiven Affekt gleichzeitig mit der Abklärung, der starke Einschlag manischer Elemente — Gehobenheit, Ideenflucht, Bewegungsdrang — in das Symptomenbild lässt den Gedanken an manisch-depressives Irresein auftauchen und legt die Möglichkeit nahe, das vereinzelte Vorkommen eines längeren depressiven Vorstadiums nicht als Prodromalstadium, sondern als die anders

---

1) Kraepelin, Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. Gaupps Zentralbl. 1905, sagt selbst, dass die Grenzen des manisch-depressiven Irreseins noch sehr verwischt seien, die Krankheit sei wohl eine Einheit, aber von sehr verschiedenem Verlauf. Gleichartige abgegrenzte Anfälle gehören oft der Dementia praecox, Anfälle ungleichartigen Verlaufes dagegen dem manisch-depressiven Irresein an. Gerade die periodischen Formen gehören vielleicht zur Dementia praecox. Verblödung tritt beim manisch-depressiven Irresein nie ein, wohl aber Verstupfung.

gefärbte depressive Phase gegenüber der manischen des eigentlichen Anfalles (den ich als „akute Paranoia“ deute) anzunehmen. Auch das vereinzelte Vorkommen einer kurzen anamnestisch nicht genauer bekannten Psychose lange vor der jetzigen Krankheit könnte im gleichen Sinne verwertet werden. Das Vorhandensein von Wahnideen, selbst systematisierter Natur, würde, wenn auch ungewöhnlich, nicht unbedingt gegen die Diagnose „Manie“ (als Teilform des manisch-depressiven Irreseins) sprechen, wie alsbald des Näheren dargelegt werden soll.

Indessen kann diese Erwägung nur für einen ganz kleinen Bruchteil meiner Beobachtungen herangezogen werden. In der allergrössten Zahl derselben fehlt ja jedes für manisch-depressives Irresein charakteristische Symptom, es fehlt der dauernde depressive oder expansive Affekt, es ist überhaupt entweder kein Affekt oder doch nur ein sekundärer Affekt vorhanden, weder Ideenflucht noch Bewegungsdrang, weder Angst noch Hemmung, sondern ein primäres resp. halluzinatorisches Wahnsystem mit oder ohne reaktiven Affekt. Das Vorhandensein flüchtiger manischer Züge oder eines andauernden Affektes der Gehobenheit (dem ich Ekstase und reizbare Zornmütigkeit gleichstellen möchte) innerhalb der „akuten Paranoia“ beweist meines Erachtens nicht, dass wir nun den Fall dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen haben, sondern, dass wir unsere Vorstellungen über das Vorkommen primärer Affekte bei der Paranoia einer Revision zu unterziehen haben, in dem Sinne, dass wir dieses Vorkommen auch bei der „Verstandeskrankheit“ der Paranoia anerkennen müssen, sowohl im Anfange der Krankheit als während derselben, sowohl bei der chronischen Form, als ganz besonders bei der akuten.

Gewiss spielt der primäre Affekt bei der Paranoia eine Nebenrolle im Vergleich zu der Gruppe der „affektiven“ Psychosen: er kann oft ganz fehlen, so dass in der Tat eine rein intellektuelle Psychose vorliegt, aber dass er immer und überall fehlen muss, dass sein Fehlen eine *conditio sine qua non* der „Paranoia“ sei, das ist eben wieder nichts weiter als ein Dogma, wie es ein Dogma ist, dass sich keine typischen Verfolgungsideen auf Grund eines starken primären Affektes, d. h. bei Melancholie oder bei manisch-depressivem Irresein entwickeln können<sup>1)</sup>. So scharfe und unbedingte Gegensätze und Unterschiede gibt es in der Psychiatrie bei den funktionellen Psychosen nicht, sie konstruieren

---

1) Cf. Specht, Chronische Manie und Paranoia. Dass Verfolgungsideen bei echter Melancholie (im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins) auf dem Boden der Verstimmung, also rein affektiv, vorkommen, ist mir unzweifelhaft.

heisst dem didaktischen Interesse zu Liebe dem Dogma anheimfallen, unser Wissen nicht vertiefen, sondern verflachen. Noch ein weiteres Moment aber spricht gegen die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins in unseren Fällen: nämlich das Fehlen des zweiten Anfalles. Dass ein solcher Anfall nach Verlauf von 2—5 Jahren noch nicht eingetreten ist, will ja vielleicht (nach Kraepelin) nicht viel beweisen; dass aber auch nicht nach 9—15—20 Jahren, dass überhaupt in keinem<sup>1)</sup> Falle eine Wiederholung eingetreten ist — und hier hat keine nachträgliche Ausschaltung ursprünglich herangezogener Fälle stattgefunden! — das dürfte doch wohl beweisend dafür sein, dass es sich wirklich um eine einmalige selbständige Krankheit handelt und den gleichen Rückschluss für die bisher erst wenige Jahre gesund gebliebenen Fälle rechtfertigen.

Dass ich mich überhaupt so eingehend mit dieser Frage der etwaigen Zugehörigkeit meiner Beobachtungen zum manisch-depressiven Irresein befasse, obwohl dieselben eigentlich nur zum allerkleinsten Teil dazu Veranlassung geben, erklärt sich aus Erwägungen, welche sich alsbald ergeben, wenn man die Existenz einer „akuten Paranoia“ anerkennt und daran die Frage knüpft: Gibt es eine „periodische Paranoia?“

Boege<sup>2)</sup> hat vor kurzem die gesamte einschlägige Literatur gesammelt und kritisch beleuchtet. Er kommt zu dem Resultat, dass zwar ein Teil der veröffentlichten Beobachtungen entschieden dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen seien, dass aber der andere Teil die Annahme einer echten „periodischen Paranoia“ (die ja immer eine akute ist), rechtfertige, und dass der ablehnende Standpunkt Kraepelins nicht durch die Tatsachen begründet, sondern wesentlich spekulativ-dogmatischen Charakters sei. Kraepelin bestreitet natürlich das Vorkommen einer „periodischen Paranoia“ aus den gleichen Gründen wie das der akuten — die akute bezeichnet er als „Uding“, der periodischen weist er mit den ironischen Worten: „man hat sogar ganz harmlos von einer periodischen Paranoia gesprochen“, die Tür<sup>3)</sup>. Dennoch hege ich erhebliche Bedenken, ob es überhaupt eine periodische Paranoia gibt und ob die Beobachtungen dieser Art nicht doch dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen sind. Ich habe selbst Fälle eigener Beobachtung nicht zur Verfügung (Pick und Boege geht es ebenso, die Krankheit ist ja nicht häufig).

1) Mit einer Ausnahme (No. 22).

2) Boege, Die periodische Paranoia. Dieses Archiv Bd. 43. S. 299.

3) 1905 rechnet Kraepelin die periodische Paranoia zum manisch-depressiven Irresein, zur Dementia praecox, zum Alkoholismus und Querulantenwahn.

Aber schon anderen Ortes<sup>1)</sup> habe ich darauf hingewiesen, dass die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins oft eine recht schwierige sein kann. Ganz besonders gilt das unter Umständen von den ersten Anfällen, welche gelegentlich unter ganz anderen, weit stürmischeren Erscheinungen verlaufen können als die späteren. Schwere Verwirrheitszustände, massenhafte inkohärente Halluzinationen, katatonische negativistische Züge, barocke Wahnideen, interkurrente Stuporzustände können das Bild dem der Hebephrenie oder katatonischen Psychose (*Dementia praecox* Kraepelins) ungemein ähnlich gestalten. Erst der Verlauf, event. sogar erst der Charakter der späteren Anfälle gibt den Schlüssel für die richtige Auffassung des ersten Anfalles. Dass unter dieser Voraussetzung das Bild auch einmal dem einer verwirrten oder verwaschenen Paranoia acuta ähnlich sein kann, kann nicht ohne weiteres von der Hand gewiesen werden.

Die beiden folgenden eigenen Beobachtungen sollen dartun, wie innig systematisierte Wahnideen dauernd oder vorübergehend sich mit dem echten, unzweifelhaften manisch-depressiven Irresein verflechten können.

Beobachtung 25. Ledige Dame, geb. 1853. Vater Schlaganfall, Mutter, zwei Brüder, eine Schwester vorübergehend geistig gestört, die beiden Brüder sehr sonderbare Menschen, überängstlich, hypochondrisch, Sonderlinge.

Patientin gut begabt, körperlich ganz gesund, viel Migränen, schon in der Kindheit. Mit 12 Jahren menstruiert. Etwa seit dem 15. Lebensjahre periodische „Anfälle von Aufregung“, welche 3—4 Mal im Jahre auftreten. Diese Anfälle kündigen sich einige Zeit vorher durch Schlaflosigkeit an. Im Anfall, der etwa 2—3 Wochen dauert, ist sie erregt, reizbar, empfindlich gegen Geräusche, ausfallend, zeigt einen grossen Rededrang. Im Anfang der Krankheit einmal eine Depression mit Suicidversuch. 1873 Anstaltsaufenthalt. Näheres nicht bekannt. Meist gehen den Anfällen die Menses voraus, sie enden mit dem Eintreten derselben. Sie selbst bezieht die Anfälle darauf, dass sie sich viel ärgert, aber alles in sich hineinschluckt. Nachdem der Paroxysmus vorüber ist, spricht sie nicht mehr davon und ist normal.

1874 zweiter Anstaltsaufenthalt. Sie tritt nach dem Anfall ein, zeigt ein normales, heiteres, verständiges und offenes Wesen. Einige Wochen später beginnt die Erregung, sie ist reizbar gegen Geräusche, spricht sehr viel und manchmal in kindischer Weise, sich stets wiederholend. Besonders abends und in der Nacht spricht sie fortwährend, schläft wenig, hat die Befürchtung zu sterben, will ihr Testament, Stiftungen machen, ob es noch lange dauere, bis sie sterbe, warum man sie so quäle, sie habe schon vor Jahren in die Anstalt gemusst, jetzt sei es zu spät. Gegen Morgen schläft sie dann ein. Sie

---

1) Thomsen, *Dementia praecox* und manisch-depressives Irresein. Laehr 64. 1907.

verweigert die Nahrung, könne nicht essen, es gehe nichts hinunter. Halluziniert entschieden, man rede über sie, wolle sie hinter das Licht führen. Sie habe ein scharfes Gehör, sie höre so mancherlei, was sie besser nicht höre: sie habe wohl gehört, wie der Arzt gesagt habe: „Lebt sie denn noch?“ Bei Tage ist die Stimmung eher schwermütig, gleichzeitig gereizt.

1875 befindet sie sich wieder in der Anstalt, in einem mittleren Erregungszustand, der sich bald steigert. Sie spricht fortwährend, kritisiert, ist tadelsüchtig, weiss alles besser, kommt mit Jedem in Streit. Nach 10 Tagen steigert sich die Erregung, sie lacht, singt, ist heiter erregt, nicht gereizt, sie zeigt einen grossen Bewegungsdrang, läuft viel herum, spielt die Beglückerin für alle, bei Widerspruch ist sie heftig, bewahrt aber sonst die äussere Haltung, ist völlig besonnen und orientiert. Der Wärterin erzählte sie eine Reihe von Wahnideen. Ihr Vater habe sich vergiftet, ihre Mutter sei lebendig begraben, der Onkel habe sich erschossen, sie sei nicht Fräulein X., sondern die Grossfürstin von Russland. Sie sei auch wider Willen und ohne ihr Wissen verheiratet, habe 3 Kinder, sei in einem Zustande von Bewusstlosigkeit niedergekommen. Die älteste Schwester sei Königin von Württemberg, die andere Grossherzogin von Oldenburg. Ihr Vater habe ihre Erzieherin, von der sie so misshandelt sei, geheiratet, dass sei ihre Mutter. Die sie umgebenden Patientinnen hält sie ebenfalls für Fürstlichkeiten, gegen die Wärterinnen ist sie erbittert, die eine hat gesagt, sie solle den Prof. W. heiraten. Ueberhaupt hört sie viel Stimmen, die Stimme der Grossherzogin, auf dem Gange hat dieselbe auf die Wärterinnen gescholten, weil sie sie vergiften, ihr Morphinum ins Essen geben wollten. Man wolle sie konvertieren, sie sei aber neukatholisch (ist Israelitin). Nach 3 Wochen (Menses) läuft die Erregung ab, und sie ist sehr müde und abgespannt, die Stimmung wechselt noch einige Tage sehr, Lachen, Weinen, Heiterkeit, Traurigkeit, dann stellt sich der normale Zustand wieder ein, und Patientin schreibt ihrem Bruder einen durchaus natürlichen verständigen Brief.

Sie selbst gibt als Ursache der Krankheit an, dass die Geschwister sich zu Hause alle mit ihrer gegenseitigen Aengstlichkeit und Nervosität quälten. Sie vertrügen sich nicht mit einander deshalb, dabei hätten sie sich alle so gern, dass sie nicht ohne einander leben könnten. So befänden sie sich stets in einem inneren Zwiespalte und beschäftigten sich fortwährend mit ihrer Gesundheit.

Tatsächlich klagt sie, sowie die Erregung abgelaufen ist, fast immer über Verstopfung, Schlaflosigkeit, krampfartige Empfindungen im Leibe, Uebelkeit, Migräne, spuckt viel aus, wünscht viel ärztlichen Rat und Medikamente.

Seit 1875 entwickelt sich dann ein ganz regelmässiger Wechsel von leichten Erregungszuständen und hypochondrischer Apathie, erstere im Winter und Frühjahr, letztere im Herbst, im Sommer ist sie ganz wohl. In der Erregung spricht sie viel, ist schwer zu behandeln, schreibt bogenlange Briefe, hat ein gesteigertes Selbstgefühl, kauft viel, baut Villen, erwirbt Grundstücke und geht gelegentlich weit über ihre momentanen Mittel hinaus. In der Depression ist sie kleinlaut, bedauert das Geschehene, spricht wenig und hat ein Heer



von hypochondrischen Klagen, ist unentschlossen, wechselnd, lenkbar in ihren Ideen und Absichten.

Aus der ersten Erkrankungsperiode sind nun eine Reihe paranoischer Ideen zurückgeblieben, über die die Patientin sich ganz vertrauten Personen gegenüber äussert, während sie sie dem Arzte gegenüber entweder bestreitet oder aber die Besprechung als ihr peinlich ablehnt.

Sie hält sich für eine Prinzess von Oranien. Sie werde nach dem Tode der jungen Königin von Holland selbst holländische Königin werden; ihr Bruder sei der Fürst Ferdinand von Bulgarien, ihr Onkel Don Pedro von Portugal. Sie selbst sei mit dem Arzt der ersten Anstalt seit 1873 verheiratet, sei geschieden, habe von ihm drei Kinder, eines sei tot, die anderen zwei seien gut versorgt. Ob sie diese Ideen nur in der Erregung äussert, oder auch sonst, ist nicht genau bekannt. In einem Gutachten eines bekannten Psychiaters, der die Kranke genau kannte und sie darin (1887) als an zirkulärem Irresein leidend bezeichnet, findet sich die Abschrift eines Briefes aus dem Jahre 1897, gerichtet an den König Albert von Sachsen, in welchem die Patientin den König ersucht, ihr zu helfen, dass man ihr ihre Einkünfte ordnungsgemäss und genügend auszahle. Unterzeichnet ist der Brief „Marie Clara Oranien Herzogin v. Sachsen und des Elsass“ (dabei in Klammern der richtige Name).

Seit 1897 ist mir die Patientin persönlich bekannt, und habe ich sie fast jedes Jahr gesehen, so auch mehrere Male in der Anstalt behandelt, sowohl in der Depression als in der Exaltation. Sie ist körperlich ganz gesund, frei von hysterischen Beschwerden, seit 1897 sind die Menses ohne besondere Störung fortgeblieben. Noch immer besteht der regelmässige Wechsel von Hypomanie und hypochondrischer Depression. Sie ist eine intelligente, weltkundige Dame mit vielen geistigen und ästhetischen Interessen, und von einer Abnahme der Intelligenz oder einer Abstumpfung des Gemütslebens ist keine Rede. In der Hypomanie bietet sie das geschilderte typische Bild: gesteigerte Lebenslust, Unternehmungslust, Kauflust, Reiselust, viel Sprechen und Lachen, Bewegungsdrang, wenig Schlaf, brillantes Aussehen, körperliches Wohlbefinden, absolute Kohärenz, keine Störung der Besonnenheit, die Haltung ist stets die einer Dame.

In der Depression Gedrücktheit, Reuevorstellungen, Unentschlossenheit, Wortkargheit, Gefühl von Verdummung, leichter körperlicher Verfall, sehr viel hypochondrische Klagen aller Art.

In der gesunden Zeit ist sie überhaupt unauffällig und bemüht sich, die in der Erregung angerichteten Schäden nach Möglichkeit gut zu machen. Das Wesen ist offen, zutraulich, sie äussert keinerlei Beeinträchtigungsideen, hat aber gegen gewisse Familienmitglieder (welche ihre Entmündigung wegen Verschwendung betreiben), ein natürliches Misstrauen.

Von den Grössenideen konnte ich nie etwas erfahren, obwohl dieselben noch immer, wie mir ihre Gesellschafterin sagte, fortbestehen. Sie lehnte eine Besprechung höflich, aber bestimmt ab, das sei gewesen und sei ihr peinlich. Sie spricht übrigens sehr selten davon und haben diese Ideen jedenfalls (abgesehen von dem erwähnten Brief) niemals ihr Handeln in irgend

einer Weise bestimmend beeinflusst, nie hat sie irgend einem Fremden gegenüber derselben Erwähnung getan.

Beobachtung 26. Beamtenfrau, geb. 1867. Vater tabisch, Mutter zeitweise melancholisch, Bruder pathologisch. Selbst bis auf allmählich zurehmende nervöse Schwerhörigkeit völlig gesund, intelligent, von sehr gleichmässigem, liebenswürdigem Charakter, absolut frei von Hysterie. Glückliche Ehe, 3 Kinder. Nach Geburt des letzten 1891 Melancholie: Apathie, Energielosigkeit, Hemmung, Unzufriedenheit mit sich selbst, Weinerlichkeit, Interesseslosigkeit, ist sich und der Familie zur Last, unfähig ihre Pflichten zu erfüllen, hat die Faulkrankheit, hasst sich selbst, ist verblödet. Stärkere Angstzustände, Suizidideen, Versündigungsideen fehlen, die äussere Haltung ist stets wenig gestört. Patientin bleibt sozial. Der Anfall dauert 4 Monate, klingt ziemlich rasch ab, an die Depression schliesst sich eine Erregung, in der sie viel lacht, gerne kauft, leicht zu Kollisionen und leichten Taktlosigkeiten sich fortreissen lässt, unendliche Briefe schreibt, alle Welt mit kleinen Geschenken, Ratschlägen, Gedichten beglückt. Die Erregung dauert vier Monate, klingt ebenfalls allmählich ab, geht in ein normales Stadium von etwa vier Monaten über.

Dem geschilderten Typ entsprachen die folgenden Anfälle absolut, und zwar von 1891—1905, also während 14 Jahren. Jedes Frühjahr leichte Melancholie, jeden Herbst Hypomanie, im Winter normale Gemütslage. Bis 1897 inkl. kam die Patientin jedes Jahr wegen der Depression in Anstaltsbehandlung, dann blieb sie fort, weil sowohl Depression wie Erregung an Intensität sehr abnahmen, dergestalt, dass von 1900—1902 die Depression nur sehr gering, die Hypomanie überhaupt kaum andeutungsweise vorhanden war. Im Jahre 1904 wurde der Mann in eine Residenz versetzt und daraus erwuchsen der Patientin sehr weitgehende und bei ihrer Schwerhörigkeit besonders anstrengende Verpflichtungen, die besonders intensiv im Winter 1904/5 sich geltend machten. Dazu kamen sehr schwere familiäre Gemütsbewegungen. Die Depression begann in 1904, erst im August und Anfang März 1905 begann plötzlich ein Erregungszustand mit Verwirrtheit akut auszubrechen. Sie war leicht verwirrt, hatte Visionen, sah ihren verstorbenen Vater, den Teufel. In ihrer Umgebung sah sie Feinde, man wolle sie bestehlen, sie vergiften, sie bewaffnete sich mit einem Stocke, um sich zu schützen, in allem witterte und vermutete sie Besonderes. Dabei gehobene Stimmung, Galgenhumor, sie sei eine sehr fromme Dame, Gott habe sie erleuchtet, leichte Grössenideen, Rededrang, Bewegungsdrang, leichte Gereiztheit.

Die völlige Besonnenheit kehrt sehr rasch zurück, von ab ab ist die Patientin hypomanisch wie früher, nur hält sie an der Realität ihrer Visionen noch längere Zeit fest, zeigte sich reizbar und misstrauisch. Das klingt dann allmählich ab, so dass sie Anfang Mai entlassen werden kann. Der Sommer verlief in mässiger Depression; im Winter 1905/6 waren die gesellschaftlichen Verpflichtungen wieder ganz besonders starke und im Februar reiste die Patientin zu ihrer Schwester. Dort fühlte sie sich zurückgesetzt, beeinträchtigt; sie suchte ein Sanatorium auf, und dort brach ganz akut Anfang Mai 1906 ein halluzinatorisches Delirium mit hochgradiger Verwirrtheit, massenhaften Sinnes-

täuschungen und Verfolgungsideen, hochgradig gestörter Besonnenheit aus. Mitte März wurde sie in die Anstalt übergeführt: tiefe traumhafte Verworrenheit, völlige Desorientierung, nur hier und da einmal flüchtiges Erkennen von Personen und Umgebung. Patientin sieht überall Teufel, Tiere, hat schreckliche Phantasien von Weltuntergang, Verschwörungen, Attentaten, hat hochgradige Angst, zieht sich fortwährend nackt aus, ist unreinlich, verweigert die Nahrung (Gift). Die Stimmung ist verängstigt, entspricht den jeweiligen Halluzinationen aller Sinne.

In den nächsten 8 Tagen dauert das lebhafte Halluzinieren fort. Sie soll hingerichtet werden, überall sind Henker, Tiere, Geister, man wolle sie vergiften, ersticken, im Hemde sind Mäuse. Durchweg unorientiert; Stimmung wechselnd, meist ängstlich, misstrauisch, gereizt.

Ende März, also schon nach 14 Tagen, klingt die Verwirrung ab; Patientin wird ruhig, geordnet, orientiert, die Halluzinationen und Wahnideen werden als solche erkannt und korrigiert. Für die Zeit im Sanatorium, für die Reise und die ersten Wochen des Anstaltsaufenthaltes besteht traumhafte oder fehlende Erinnerung, für die spätere Zeit ist gute Erinnerung vorhanden. Patientin lacht über die Visionen und Wahnideen, hat völlige Einsicht. Die Hypomanie tritt dann allmählich wieder mehr hervor. Mai Entlassung. Im Herbst Depression nur andeutungsweise vorhanden. Im Januar 1907 leichte Erregung, „prophylaktische“ Aufnahme. Die hypomanische Stimmung steigert sich rasch. Patientin ist wie angetrunken, hat kein richtiges Augenmass für das Schickliche, redet viel, hat unendliche Pläne, überschätzt sich stark und ist in gereizter Stimmung, man verstehe sie nicht, sie habe ein besseres Leben verdient. Gleichzeitig treten Wahnideen und Sinnestäuschungen auf. Sie sieht in einer Dame eine Feindin, eine russische Spionin, glaubt, das ganze Haus sei erfüllt von Nihilisten, Spionen, es bestehe ein Komplott gegen das Leben ihres Monarchen, in das man sie verwickeln wolle. Sie solle als Opfer fallen, überall würden Dynamitgräben gelegt, man plane ein Attentat gegen das Leben des Anstaltsleiters. Geht auf die Polizei und macht dort diese Angaben in ziemlich ruhiger, etwas geängstigter Weise. Lässt sich nur schwer zur Anstalt zurückbringen. Dort wird sie rasch verwirrt, gewalttätig, steht verzückt mit ausgebreiteten Armen im Zimmer, sie solle erschossen werden, alles gehe in Feuer auf, sie höre Vögel singen, habe einen Heiligenschein um den Kopf. Stimmung abwechselnd ängstlich, gereizt, freundlich. Das Bewusstsein schwankt stark. Die Besonnenheit und die normale äussere Haltung kehrt dann rasch zurück, aber es blieb eine grosse Gereiztheit und Misstrauen zurück. Sie sah überall Beeinträchtigung und Feinde, war oft grob und unzugänglich. Bei der Abreise bestand die Wahnidee, dass in der Anstalt ein Komplott gegen ihren Monarchen bestände, noch fort, obwohl sie dieselben dissimuliert.

Zu Hause blieb das erregte, misstrauische Wesen noch ca. 3—4 Monate bestehen, dann stellte sich ein normales Befinden mit Krankheitseinsicht und Beschämung über ihre Verfolgungsideen und ihr unfreundliches Verhalten ein, völlige Krankheitseinsicht.

Oktober bis November 1907 wieder typische mittelschwere Depression wie in früheren Jahren, welche in der geschilderten Weise abläuft.

In dem ersten Falle handelt es sich um ein ganz typisches Krankheitsbild. Seit mehr als 30 Jahren zeigt die Kranke ein ganz regelmässiges Abwechseln von apathisch-hypochondrischer Depression und Hypomanie. In beiden Phasen ist die Besonnenheit, die Ordnung des Gedankenablaufes immer erhalten, Halluzinationen fehlen ganz, die psychische Persönlichkeit und die Intelligenz ist im Intervall absolut intakt. Der Charakter der Anfälle ist ein photographisch gleicher.

Nur bei dem ersten Anfall (oder den ersten Anfällen) ist der Verlauf ein anderer gewesen. Die Erregung war viel stärker. Es bestand Verwirrtheit mässigen Grades und die Kranke halluzinierte. Nach Ablauf des Anfalles hielt sie eine Reihe von halluzinatorisch oder primär entstandenen Wahnideen zusammenhängender Art und ausgesprochen „paranoischen“ Charakters fest und hat dieselben anscheinend nie ganz korrigiert. Es bestehen Grössenideen mit Verfolgungsideoen; sie ist eine Fürstin, Königin von Holland, mit vielen hohen Herrschaften verwandt, verheiratet mit dem Arzt, hat mehrere Kinder geboren — die ganze Persönlichkeit ist verändert. Zwar hält sie mit diesen Ideen zurück, es ist nicht möglich, Genaueres von ihr zu erfahren, aber sie äussert sie vertrauten Personen gegenüber, und auch einmal schriftlich. Es besteht also ein typisch paranoisches, unerschütterliches Wahnsystem neben einer ebenso typischen „folie circulaire“ reinsten Art, und dieses Wahnsystem ist entstanden in den ersten stürmischen, von den späteren verschiedenen Anfällen der Krankheit. Dass den Wahnideen keine praktische Betätigung, auch nicht in der hypomanischen Erregung, gegeben wird, ist gewiss auffällig, aber eben eine Tatsache.

In dem anderen Falle hat die Krankheit sofort als typisches zirkuläres Irresein begonnen, als apathische Depression alternierend mit Hypomanie. Auch hier sind durch lange (14) Jahre hindurch die Anfälle stets gleichartig, wie die einzelnen Photographien aus einem Dutzend. Nach starken geistigen und gemüthlichen Anstrengungen ändert sich plötzlich das Bild. Der Anfall verläuft nunmehr mit lebhafter Erregung, massenhaften Halluzinationen, starker Verwirrtheit, so dass fast das Bild der Amentia entsteht. Es folgt die Melancholie, und der nächste Anfall trägt nun schon wieder mehr manische Züge, zeigt aber gleichzeitig ein der „akuten Paranoia“ sehr ähnliches Bild. Lebhaftes Voreingenommenheit gegen gewisse Personen, Misstrauen, Umdeutung aller Vorgänge in der Umgebung nach einer bestimmten Richtung in Verbindung mit Erinnerungen und wohl auch Träumen und Einfällen

oder Eingebungen führen zu der festen Vorstellung eines Komplottes, einer nihilistischen Verschwörung, deren Beweise sie überall findet. Bei scheinbarer äusserer Ruhe und Besonnenheit geht sie auf die Polizei, um das Komplott anzuzeigen, und sie hält diese Ideen noch längere Zeit fest und richtet sich in ihrem Handeln darnach. Erst allmählich mit schwindender Exaltation verblassen sie und sind in der Folge vollständig bis auf ein gewisses Misstrauen korrigiert.

Auch hier kann ja kein Zweifel obwalten, dass es sich lediglich um ein anders gefärbtes Aequivalent des „manisch-depressiven Irreseins“ handelt, und es erscheint mir von Bedeutung, dass dieses zunächst an Amentia, später an Paranoia acuta sehr lebhaft erinnernde Aequivalent auf dem Boden einer gewissen Ueberanstrengung entstanden ist.

Mir kommt es aber hauptsächlich auf die Betonung des Umstandes an, dass innerhalb des manisch-depressiven Irreseins es vorübergehend oder dauernd zu systematisierter Wahnbildung kommen kann, dass also fließende Uebergänge und intime Beziehungen bestehen können zwischen der „affektiven“ und „intellektuellen“ Psychose, und dass die Existenz einer echten „periodischen Paranoia“, wenn sie auch nicht unbedingt gelegnet werden soll, doch erheblichen Zweifeln begegnen kann.

Für die akute Paranoia in dem beschränkten Umfang, wie ich sie statuiere, kommen diese Zweifel ja nur für einen kleinen Teil der Fälle in Betracht. Ich glaube, dargetan zu haben, dass es mehr den Tatsachen entspricht, anzunehmen, dass bei der „akuten Paranoia“ manische und an Manie erinnernde Züge vorkommen, als dass man deshalb die Fälle in das Prokrustesbett des manisch-depressiven Irreseins gewaltsam hineinzwängt.

Kommen wir nun zu der wichtigsten Frage: Ist es möglich, die „Paranoia acuta“ innerhalb der Krankheitsdauer zu diagnostizieren und prognostisch richtig zu beurteilen? Ich glaube, ja. Zunächst ist zu beachten, dass das Bild der „akuten Paranoia“ als blosses Zustandsbild anderer Psychosen vorkommt. Wir sehen es gar nicht ganz selten im Anfang der Paralyse und Tabo-Paralyse, bei Epilepsie, im Senium. Auch die Hysterie schafft nicht selten den Boden für akute halluzinatorische oder auf Eigenbeziehung und Beachtungswahn beruhende paranoische Krankheitsbilder.

Im Verlauf der chronischen Paranoia kommen unzweifelhaft Exaltationen, „Schübe“ mit lebhaften Halluzinationen, Verwirrtheit und Erregung vor, welche dem Bilde der „akuten Paranoia“ ganz ähnlich sehen, und vielleicht kann auch die chronische Paranoia akut unter diesem Bilde beginnen.

Die schönsten Bilder „akuter Paranoia“ bietet der Alkoholismus, und auch die puerperalen Psychosen können sich in dieses Gewand kleiden, desgleichen die Imbecillität und das schwere traumatische Irresein. Alle diese Zustandsformen müssen ausgeschaltet sein, ehe man die Diagnose einer echten und idiopathischen „akuten Paranoia“ stellt. Im allgemeinen dürfte das ja unter Berücksichtigung der genauen körperlichen Untersuchung, der Anamnese, des Lebensalters und der ätiologischen Momente nicht so schwierig sein, es muss aber betont werden, wie wichtig eine eingehende Berücksichtigung aller dieser Momente ist. Das bloss gegenwärtige psychische Zustandsbild genügt nicht zur Diagnose.

Wichtig ist dann ferner die Differentialdiagnose gegenüber der Dementia praecox Kraepelins. Unzweifelhaft kann sie grosse Schwierigkeiten darbieten, entweder vorübergehend, je nach dem Grade und dem Anhalten der Verwirrtheit und der motorischen Begleiterscheinungen. Immerhin entwickelt sich die Katatonie und Hebephrenie resp. Dementia paranoides meist subakut, die akute Paranoia dagegen ganz akut. Stimmung, Wahnideen, Halluzinationen sind meist bei der ersten Gruppe unzusammenhängender, zerfahrener, wechselnder, als bei der Paranoia acuta, während Orientierung, Bewusstseinsstörung, Aufmerksamkeit bei beiden Gruppen ziemlich gleich sich verhalten dürften. Das wesentliche differential-diagnostische Moment ist das Vorhandensein stabiler zusammenhängender, mehr oder weniger systematisierter Wahnideen nach eingetretener Beruhigung bei der akuten Paranoia, und dass diese Wahnideen von da ab im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen, bei meistens absolut normalem Affekt und normaler Reaktion, während bei den Fällen der „Katatoniegruppe“ nach Ablauf der verwirrten Erregung meist ein zusammenhangloses Ideenchaos proteusartiger Natur bei wechselndem Affekte oder Affektlosigkeit besteht. In der phantastischen Irrealität der Ideen, einer naturgesetzlichen Unmöglichkeit derselben, einen Beweis dafür zu sehen, dass es sich um Dementia praecox oder paranoides handelt, widerspricht den Tatsachen. Immerhin lassen diese Unterscheidungsmomente gelegentlich für einige Zeit im Stich, da auch bei der akuten Paranoia zuweilen zerfahrener, läppischer, stumpfes Wesen der Erregungsperiode folgt. Dass den katatonischen Symptomen keine entscheidende Bedeutung zukommt, habe ich schon erwähnt — sie kommen bei beiden Krankheiten vor, freilich nach Dauer und Intensität doch in weit höherem Grade bei der Katatoniegruppe.

Entscheidend ist natürlich der Ausgang. Bei Paranoia acuta kommt es zur Heilung mit vollständiger Krankheitseinsicht nach 1—3 bis 6 Monaten, bei der Katatonie kommt meist nur ein Verblässen, ein

Vergessenwerden der Wahnideen zustande, keine Korrektur, und der Anfall dauert meist länger.

Vielleicht wären zur Differentialdiagnose noch die Bumkeschen Pupillenphänomene heranzuziehen — vorläufig ist die Methode ihrer Beobachtung praktisch noch zu schwierig. Mit der „Amentia“ dürfte eine Verwechslung nicht leicht stattfinden. Die starke Betonung der ätiologischen Momente (fieberhafte oder infektiöse Erkrankung, hochgradige Erschöpfung geistiger oder körperlicher Natur) die schwere traumhafte Verworrenheit auch bei längerer Dauer und bei schon eingetretener Beruhigung scheidet das Bild der Amentia ziemlich scharf von dem der Paranoia acuta.

Schwieriger ist die Abgrenzung vom „manisch-depressiven Irresein“. Ich habe auf die nahen Beziehungen dieser Krankheitseinheit in manchen klinischen und anderen Zügen mit der Paranoia acuta bereits hingewiesen und betont, dass in einzelnen Fällen Zweifel über die Zugehörigkeit bestehen bleiben — ich habe die Gründe bei der Frage der periodischen Paranoia dargelegt<sup>1)</sup>.

In der Regel wird beim manisch-depressiven Irresein die Trias: Gehobenheit, Ideenflucht, Bewegungsdrang dauernd das Krankheitsbild beherrschen, während Halluzinationen und Wahnideen zwar auch vorkommen, bei eintretendem Nachlassen der Erregung aber in der Regel als solche erkannt und korrigiert werden. Bei der akuten Paranoia ist es umgekehrt. Die Gehobenheit kann zwar dauernd vorhanden sein, Ideenflucht und Bewegungsdrang sind aber meist nur flüchtige Symptome, und bei eingetretener Beruhigung bestehen die Wahnideen nicht nur fort, sondern werden sogar noch ausgebaut. Die Hauptsymptome der depressiven Phase (Traurigkeit, Angst, Hemmung) unterscheiden sich ja von denen der akuten Paranoia in der Regel auf den ersten Blick — nur bei schwerem Stupor und ungenügender Anamnese wird die Differentialdiagnose ja einige Zeit Schwierigkeiten darbieten können.

Ein wesentliches weiteres Unterscheidungsmoment ist dann, dass die „akute Paranoia“ fast immer den ersten und einzigen Anfall psychischer Krankheit darstellt, während das Schwergewicht der Diagnose des manisch-depressiven Irreseins unzweifelhaft auf dem Nachweis früherer oder mehrfacher Anfälle beruht.

---

1) Specht, Chronische Manie und Paranoia, Gaupps Zentralbl. 1905, 590, betont, dass es Querulanten gibt, welcher der Paranoia dadurch ähnlich sehen, dass sich um den Kern des hypomanischen Symptomenkomplexes infolge der chronischen Gereiztheit und Expansion, Feindschaften mit Verfolgungs- und Grössenideen bilden. Freilich bleibt der Wahn dauernd vom Affekt abhängig, so dass kein System entsteht.

An sich würde ich sonst nicht einsehen, warum nicht ein Patient auch mehrere Male in seinem Leben an Paranoia acuta erkranken kann<sup>1)</sup>, und ich könnte mir auch vorstellen, dass der erste Anfall mit völliger Heilung endigt, ein späterer aber zu Chronizität führt. Nach den bisherigen Erfahrungen ist das zwar nicht der Fall, aber wenn gelegentlich eine chronische Paranoia heilen kann, obwohl in den allermeisten Fällen Chronizität der Ausgang ist, so mag auch einmal eine akute Paranoia unheilbar werden bei wiederholten Anfällen, obwohl das Gegenteil die Regel ist. Die Heilbarkeit oder Unheilbarkeit einer funktionellen Psychose ist und bleibt eine dogmatische Konstruktion, welche die individuelle Abhängigkeit des günstigen oder ungünstigen Ausganges von der persönlichen Anlage und Widerstandskraft, von der Intensität und Ausdehnung der ursächlichen Schädlichkeiten und die eventuelle Wirksamkeit der Behandlung völlig ignoriert. Alle diese Erwägungen differential-diagnostischer Natur vorausgeschickt, scheint mir die Diagnose der „akuten Paranoia“ keineswegs so sehr schwierig.

Bei den Formen nicht halluzinatorischer primärer Paranoia ohne Verwirrtheit ist ganz entschieden ein sehr grosser prognostischer Wert auf das affektive Moment zu legen, auf die Entstehung durch eine starke, in äusseren Umständen begründete seelische Erregung, durch erschöpfende geistige und körperliche Einflüsse (Examen, geistige Ueberlastung, ungenügende Ernährung und Schlaf). Eine eben solche Bedeutung kommt dem Vorhandensein einer prodromalen gemüthlichen und körperlichen Verstimmung zu. Weiter ist dann entscheidend der akute Ausbruch.

Mag das Bild, das Wahnsystem in seiner ganzen logischen Begründung und Unerschütterlichkeit noch so sehr dem der chronischen Paranoia ähnlich sehen, mag auch der Verlauf sich in die Länge ziehen, die Kritiklosigkeit des Kranken geistige Schwäche und Chronizität vortäuschen — man wird trotzdem an der Diagnose und damit an der günstigen Prognose festhalten dürfen.

Für die verwirrten resp. anfangs verwirrten Formen ist die Diagnose nach Ausschluss aller anderen Formen auf Grund der vorherigen Gesundheit, des akuten Beginnes, der relativ geringen Verwirrtheit und des sofort oder bald (nach eingetretener Ruhe) vorhandenen Wahngebäudes zu stellen und damit die Prognose eines günstigen raschen Verlaufes gerechtfertigt. Das Wichtigste ist wohl in prognostischer Beziehung die Abgrenzung gegen die Dementia praecox Kraepelins mit ihrer doch wesentlich schlechten Prognose, doch dürfte es auch bei der

---

1) Vielleicht ist das bei den Beobachtungen No. 22 und No. 23 der Fall.



Fehldiagnose des „manisch-depressiven Irreseins“ trotz der gleichen günstigen Prognose für den einzelnen Anfall nicht gleichgültig sein, dass man damit das Damoclesschwert wahrscheinlicher späterer Wiederholung der Krankheit über dem Haupte des Patienten und seiner Familie aufhängt.

Was die Dauer der Krankheit angeht, so ist dieselbe ja in der Regel eine kurze und überschreitet, von Ausnahmen abgesehen, die Zeit eines halben Jahres selten — eher ist sie kürzer. Gelegentlich handelt es sich ja nur um ganz kurzdauernde Anfälle, es kommen auch sehr isolierte, wenig ausgedehnte, im Bereiche des Realen sich bewegende Wahnbildungen vor, und damit komme ich auf die „milden Wahnformen“ Friedmanns<sup>1)</sup>, die „antopsychischen“ und „fixen“ Ideen Wernickes<sup>2)</sup>. Es liegt nach meiner Meinung gar kein Grund vor, damit etwas ganz Besonderes, aus dem Rahmen der Paranoia ganz Herausfallendes zu schaffen. Freilich haben beide Autoren einen solchen Gegensatz betont, Front gemacht gegen die Vorstellung, dass jede „paranoische“ Wahnidee die ganz geistige Persönlichkeit des Kranken durchsetzen und dauernd verändern müsse und als unheilbar anzusehen sei — sie haben daher die Zugehörigkeit ihrer Beobachtungen zur „Paranoia“ bestritten.

Aber die Ansicht Hitzigs, dass die paranoische Wahnbildung stets auf „geistiger Schwäche“ beruht, die Ansicht Cramers, dass die Wahnbildung nur auf intellektuellem, nicht auf affektivem Boden entstehe,

---

1) Friedmann, Der Wahn, 1894, und: Zur Kenntnis milder und kurzverlaufender Wahnformen, Mendel, 1895, 448, erklärt alle Wahnbildungen (inkl. Zwangsvorstellungen) assoziationspsychologisch aus intensiven überwertigen Ideen, und die Stabilität derselben aus einer „paranoischen Anlage“, während der Inhalt von zufälligen Lebensschicksalen abhängt. Er beobachtete kurzdauernde Wahnformen (Beachtungswahn mit krankhafter Eigenbeziehung) bei disponierten Individuen im Anschluss an äussere Ereigniss die mit den periodischen Fällen von Mendel und Kausch Aehnlichkeit hatten.

2) Nach Wernicke, Ueber fixe Ideen, Deutsche med. Wochenschr. 1892, No. 25, setzen sich die zirkumskripten Autopsychosen oder fixen Ideen zusammen aus überwertigen Ideen, Eigenbeziehung und gesteigerter affektiver Erregbarkeit bei intaktem Bewusstsein. — Koch, Ueberwertige Ideen, Gaupps Centralbl. 1896, April und Juli, der sonst (gegen Wernicke) Wahnideen und Zwangsdenken trennt, meint, dass bei Minderwertigen überwertige Ideen zu einem Wahnsystem ohne weitere Ausbildung, event. heilend oder wechselnd, sich ausdehnen — es handelt sich dann also um etwas „recht Partielles“, eine „elementare Anomalie“, erst die folgerichtige weitere Ausbreitung konstituiere die „Psychose“.

die Ansicht Kraepelins von der Unheilbarkeit der Paranoia darf ja als irrig bezeichnet werden, und damit entfällt die Notwendigkeit, diesen leichten, vorübergehenden, isolierten Wahnbildungen eine Sonderstellung ausserhalb der Paranoia einzuräumen. Wir haben es dann in diesen Fällen, denen man ja im Leben ausserhalb der Anstalt öfters begegnet, eben mit leichten, abortiven Paranoiefällen zu tun, meist akuten Beginns, welche recht oft auf emotiver Basis im Anschluss an ein eingreifendes seelisches Erlebnis sich entwickeln, mit Fällen, welche keine Tendenz zu einer weiteren Ausbreitung zeigen, sondern entweder stabil bleiben, oder verblassen oder heilen.

Wir stellen ja doch auch Hypomanie mit Tobsucht und schwere Melancholie mit leichter Depression im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins als lediglich quantitativ different, aber sonst wesensgleich nebeneinander — warum sollen wir nicht leichte heilbare oder stationäre Wahnbildungen mit schweren fortschreitenden in dem gleichen Rahmen vereinigen? Für diese Wahnbildungen ganz neue Bezeichnungen schaffen denen bis zu einem gewissen Grade die Tendenz innewohnt, eine Wahnbildung quasi physiologischer oder halb physiologischer Natur zu statuieren ausserhalb des Rahmens unserer geläufigen Vorstellungen — scheint mir überflüssig und sogar bedenklich. Aber beide, Friedmann sowohl wie Wernicke, haben (soweit es sich nicht um ungenügend beobachtete und verfolgte Fälle handelt) darin Recht, dass diese Wahnbildungen mit der streng präzisierten „Paranoia“, wie sie Kraepelin definiert, nicht zu vereinigen sind. Konzediert man aber ohne alle dogmatischen Voraussetzungen dem „Paranoiabegriff“ die Möglichkeit akuten Beginns, affektiver Grundlage oder Beimengung und der Heilbarkeit, dann lassen sich auch diese milden umschriebenen Wahnbildungen unter „Paranoia“ ungezwungen subsumieren, und man möchte sie meinetwegen als „Hypoparanoia“ bezeichnen, wie wir ja die milden Manieformen Hypomanie nennen.

Aus den vorstehenden Darlegungen ergeben sich für mich folgende Schlüsse:

1. Die chronische Paranoia ist in der Kraepelinschen Darstellung, die von theoretischen Voraussetzungen ausgeht, weitaus zu eng definiert; dieser Definition entsprechen nur vereinzelte Fälle.

2. Die chronische Paranoia ist in der Tat eine in ihrer Symptomatologie und in ihrem Verlauf vorzugsweise intellektuelle Krankheit funktioneller Natur und steht als solche in einem bedingten Gegensatz zu der Gruppe der vorzugsweise affektiven Psychosen.

3. Aber auch bei chronischen Paranoia kommt den Affekten im Anfang und später für die Wahnbildung, für Verlauf, Ausgestaltung und

Heilbarkeit des Wahnsystemes eine erhebliche Bedeutung zu. Desgleichen ist das Vorkommen und die Bedeutung transitorischer Verwirrheitszustände im Anfange oder im Verlauf der Krankheit nicht zu bestreiten, und endgültige Heilungen gehören keineswegs zu den unbedingten Seltenheiten, wenn auch den chronischen Formen vorzugsweise eine Tendenz zur Chronizität innewohnt.

4. Auch der Ausgang in geistige Schwäche kann nicht gelegnet werden, besonders nicht bei den mit lebhafter Verwirrtheit oder schubweise verlaufenden Fällen.

5. Bei dieser Charakterisierung und Umgrenzung der „chronischen Paranoia“ ist die Deutung ganz analoger nur durch den Ausgang in rasche Heilung abweichender, akut verlaufender Krankheitsbilder als „akute Paranoia“ natürlich und berechtigt.

6. Die Diagnose der akuten idiopathischen Paranoia ist aber nur gestattet, nachdem ausgeschlossen ist, dass das Krankheitsbild nicht eine blosse Teilerscheinung, ein Zustandsbild entweder anderer Psychosenformen oder im Rahmen der chronischen Paranoia darstellt. Es ist auch geboten, bei der Diagnose der akuten Paranoia spezifisch wirkende ätiologische Faktoren, vor allem Alkohol, Intoxikationen, Puerperium, schweres Trauma und schwere Erschöpfung auszuschliessen.

7. Unter Berücksichtigung dieser ausschliessenden Momente und der genau geschilderten, als wesentlich angesehenen Symptomatologie und des Verlaufes ist es möglich, die Diagnose der akuten Paranoia zu stellen und zu begründen und damit den günstigen Ausgang zu prognostizieren.

8. Mit der Amentia und den eigenartigen Krankheitsbildern jugendlicher Individuen, wie sie Kraepelin als Dementia praecox geschildert und präzisiert hat, hat die akute Paranoia nach Wesen, Krankheitsbild und Verlauf nichts zu tun, ebensowenig wie die chronische Paranoia.

9. Bei der grossen Rolle, welche die Affektzustände gerade bei der akuten Paranoia spielen, ist die Abgrenzung gegen das manisch-depressive Irresein öfters ausserordentlich schwierig, bei der periodischen Paranoia lassen die Unterscheidungsmerkmale zuweilen ganz im Stich.

10. Die Diagnose des Einzelfalles, bei welcher alle individuellen Faktoren subjektiv gewertet werden können, ist daher oft weit weniger schwierig, als die generelle Diagnose. Im Einzelfalle wird es viel leichter sein, unter Berücksichtigung der ganzen psychischen und körperlichen Individualität des Patienten, seines genauen Vorlebens bis zum Ausbruch der Krankheit auf Grund individueller Wertung aller vor-

handenen oder fehlenden ätiologischen Momente, der Symptomatologie und des Verlaufes in dem ersten Krankheitsstadium zu einer richtigen Diagnose und Prognose zu gelangen, als auf Grund einer psychologisch-symptomatischen Zerlegung des gegenwärtigen Krankheitsbildes.

11. Die Katamnese muss die Richtigkeit der Diagnose bestätigen.

12. Für die Annahme besonderer systematisierter Wahnformen ausserhalb der Paranoia liegt bei der Elastizität des Rahmens dieser Krankheitseinheit in quantitativer und qualitativer Beziehung, zu der uns eine unbefangene Würdigung des tatsächlichen Beobachtungsmaterials nötigt, kein genügender Grund vor.

---