

Über die klinische Stellung der Paraphrenien.

Von
Dr. N. Skliar, Tambow.

(Eingegangen am 4. Oktober 1923.)

Der Begriff der Paraphrenie als einer besonderen Krankheitsform wurde von *Kräpelin* im Jahre 1913 in dem 3. Band seines Lehrbuches (8. Aufl.) aufgestellt. Er hat nämlich eine Gruppe von Fällen von der Dem. praecox abgetrennt, die sich von derselben dadurch unterscheiden, daß bei ihnen die Störungen auf dem Gebiete der Gefühle und des Willens weniger ausgesprochen, die innere Einheitlichkeit der Persönlichkeit weniger gestört sei; die Verblödung, Stumpfheit und Gleichgültigkeit seien bei ihnen trotz der länger dauernden Krankheit viel weniger fortgeschritten; die Besonnenheit sei erhalten, das Benehmen geordnet; katatonische Symptome seien weniger vorhanden oder fehlen ganz. Diese Fälle benannte er als Paraphrenie. Er teilt sie in 4 Untergruppen: die systematische, die phantastische, die expansive und die confabulierende.

Viele Autoren, wie *Bleuler*, *H. Mayer*, *Magenau*, *Hoffmann*, *Willmanns* und andere wenden sich gegen die Ansicht *Kräpelin's* und halten nach wie vor daran fest, daß die Paraphrenien keine selbständige Krankheit ausmachen und zur Dem. praecox gehören. — Die meisten Forscher halten es für schwierig, die Paraphrenien von der Dem. praecox, der Paranoia usw. und deren einzelne Spielarten untereinander abzugrenzen. — *Rittershaus* spricht die Ansicht aus, daß bei den Paraphrenien echte manisch-depressive Symptome oder Zustände vorkommen, die aber nur Symptomenkomplexe seien und bei näherer Untersuchung oder nach längerer Beobachtung den schizophrenen Hintergrund erkennen lassen. *Maschmeyer* und andere glauben die Schwierigkeit dabei so zu umgehen, daß sie von einer Einwirkung vieler Faktoren auf die Entstehung der Paraphrenien sprechen, deren kompliziertes Bild nur die „mehrdimensionale Diagnostik“ von *Kretschmer* oder die „Strukturanalyse“ *Birnbaums* enträtseln könnte.

Als ich vor einiger Zeit Krankengeschichten für meine Arbeit: „Über die Dem. katatonica und deren klinische Formen“, die im Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., 1922, 67, H. 1 erschienen ist, zusammenstellte, habe ich viele von ihnen abtrennen müssen, die als

Dem. paranoides bezeichneten wurden, sich aber bei näherem Zusehen in vielen Punkten von der Dem. praecox unterschieden und in das Bild der *Kräpelin'schen* Paraphrenien paßten. Als ich mich mit diesen Fällen näher befaßte, habe ich bei ihnen viele charakteristische manisch-depressive Symptome gefunden, die mich zur Ansicht brachten, es möchten die Paraphrenien zum manisch-depressiven Irresein gehören. Was dagegen sprach, ist der mehr chronische und nicht periodische Verlauf der Krankheit und der Ausgang derselben in eine geringere oder größere Demenz. Nun sind aber in der Literatur von einigen Autoren (*Kräpelin, Specht, Nitsche* und anderen) Fälle von manisch-depressivem Irresein chronischer Natur mit einem gewissen geistigen Defekt (chronische Manie resp. Melancholie) beschrieben worden; es wurden noch von *v. Hösslin, Stransky, Willmanns* und anderen chronische Fälle beobachtet, die sogar in einen dauernden Schwachsinnzustand, allerdings nicht hohen Grades, ausgehen können. Auch ich habe viele Fälle von chronischer Manie ohne oder mit mehr oder weniger systematisierten Wahnideen beobachtet; ich sah auch Fälle von manisch-depressivem Irresein, die nach mehreren Attacken periodischer oder zirkulärer Natur schließlich in einen chronisch-dementen Zustand mit deutlichen manisch-depressiven Symptomen ausgingen, wo die psychische Schwäche wegen der gehobenen, scherhaften Stimmung und der Schwatzhaftigkeit allerdings viel bedeutender schien, als sie tatsächlich war, und von keinen katatonischen Symptomen begleitet war. Leider kann ich diese Fälle aus Raumangst hier nicht anführen. Die Chronizität und die psychische Schwäche konnten also nicht als Gründe dagegen dienen, daß die Paraphrenien zum manisch-depressiven Irresein gehören.

Dies zu beweisen soll der Zweck vorliegender Arbeit sein.

Ich stütze mich dabei nicht nur auf eigene 6 Fälle, sondern auch auf die in der Literatur ausführlich veröffentlichten Krankengeschichten und Beschreibungen der Krankheit von *Kräpelin, Magenau* und *Hoffmann*. Die Arbeit über die paraphrenen Psychosen von *H. Mayer*, der auf dem gleichen Standpunkt steht, wie *Magenau* und *Hoffmann*, konnte ich leider nicht erhalten.

Ich wende mich zunächst an das eigene Material.

Fall I (Gorbunn, Theodora). Trat, 47 Jahre alt, zum erstenmal in die Tambowsche Irrenanstalt, den 20. III. 1912, ein.

Nach Angabe der Verwandten war die Pat. schon mehrmals geisteskrank. Zum erstenmal erkrankte sie nach dem Tode des Manens; sie war stark ängstlich, weinte viel, schlief nicht. Die Krankheit dauerte 1 Jahr lang. Einen ähnlichen Zustand machte sie nach dem Tode eines ihrer Kinder durch. Die gegenwärtige Erkrankung begann 2 Wochen vor der Aufnahme in die Anstalt; Pat. wurde ängstlich, schlief nicht. Erblichkeit konnte nicht ermittelt werden.

In der Anstalt war sie bis April 1912 gedrückt, saß an der gleichen Stelle,

beschäftigte sich gar nicht, gab auf Fragen verzögerte Antworten, interessierte sich für nichts; das Bewußtsein war klar. Im April zugänglicher, gesprächiger, besonnen, orientiert; gute Krankheitseinsicht. 24. IV. 1912 als gesund entlassen. Mitte Januar 1913 erkrankte sie wieder: schwatzte viel, war unruhig, schlief nicht, lief herum. Zum zweitemal wurde sie den 3. II. 1913 in die Anstalt in einem Zustand typischer manischer Erregung aufgenommen: sprach viel und sehr ideenflüchtig, ging viel im Zimmer herum, war streitsüchtig, klagte über das Personal, das sie beleidige, verspottete; die Stimmung war sehr gehoben; das Gedächtnis, die Orientierung gut, das Bewußtsein klar. Weder Halluzinationen, noch Wahnideen. Schlief nachts schlecht. Später nahm die Erregung zu: schimpfte, protestierte heftig, daß man sie in der Anstalt zurückhalte; schrie, daß die Ärzte bestochen seien. Seit dem Jahre 1914 änderte sich das Bild insofern, als zu der starken Erregung Wahnideen hinzutrat. Trotzdem sie über Ort und Umgebung gut orientiert war, deutete sie die umgebenden Personen wahnhaft um; so hielt sie eine Kranke für ihren Sohn und verlangte, daß man derselben besondere Achtung schenke; sah in den Ärzten ihre Bräutigame oder Gatten; meinte, sie wohne in einem Gotteshause; zu Hause seien ihre 120 Knaben und 20 Mädchen geblieben; glaubte, die Wärterinnen seien schuld an dem Tode ihres Mannes. In der Folgezeit äußerte sie hartnäckig die Ideen, die Anstalt und alles, was sich dort befindet, gehören ihr, schimpfte, daß man sie hier beraubte; äußerte, sie habe hier Hunderte von Kindern; in den Männern, die in die Anstalt kamen, sah sie ihre Gatten; lärmte oft, schimpfte, war sehr gereizt, mit allem unzufrieden, verlangte um Entlassung, drohte. Dabei beobachtete sie gut die Umgebung, machte über alle Vorkommnisse in der Anstalt und an den Mitkranken richtige und scharfsinnige Bemerkungen. Zeitweise war sie ruhiger. Solcher Zustand dauerte 7 Jahre lang bis zu ihrem Tode, der am 8. XI. 1921 an Lungenentzündung erfolgte.

Dieser Fall entspricht der *Kräpelinschen Paraphrenia expansiva*.

Wir sehen hier, daß die Patientin die letzten 8 Jahre viele phantastische Wahnideen, auch Vorstellungen der Größe und Verfolgung beständig äußert. Gegen eine Dem. praecox spricht das Fehlen von katatonischen Symptomen; keine Apathie; im Gegenteil ist der Affekt frisch, lebhaft; das gute Gedächtnis, die richtigen Bemerkungen über die Vorfälle in der Anstalt und die scharfe Beobachtungsgabe zeigen, daß hier keine merkliche Demenz vorliegt. Die falsche Orientierung ist nur eine scheinbare, im phantastischen Sinn gedeutet. Andererseits sehen wir hier stark ausgesprochene manische Symptome, wie gehobene Stimmung, großen Rededrang, starke Beweglichkeit, Räsoniersucht usw. Für das manisch-depressive Irresein spricht auch der periodische Verlauf in den früheren Stadien der Krankheit teils in Form von manischen, teils melancholischen Zuständen. Das Vorhandensein von Wahnideen in den letzten Jahren der Krankheit, die einen chronischen Verlauf angenommen hat, würde auch nicht gegen das manisch-depressive Irresein sprechen, da wir hier deutlich sehen, daß dieselben einen deutlich manischen (phantastischen, expansiven) Charakter tragen und erst in den späteren Jahren der Krankheit auf Grund der manischen Symptome (gehobener Stimmung usw.), die zuerst das Krankheitsbild längere Zeit allein beherrschten, sekundär hinzutrat.

Fall II (Kost, Elisabeth). Trat, 35 Jahre alt, zum erstenmal in die Tambowsche Irrenanstalt, den 14. XII. 1892, ein.

Aus der Anamnese ist bekannt, daß die Pat. einen stolzen, ehrgeizigen, eifersüchtigen Charakter hatte. Ihr Vater war Alkoholiker, die Mutter nervös. Vor der letzten Erkrankung litt die Pat. 3 mal an einer Geistesstörung, die jedesmal ein Jahr lang dauerte und mit Genesung endete. Vor der Aufnahme in die Anstalt erkrankte sie im Januar 1892: wurde ängstlich, lief aus dem Hause, irrte ziellos umher. Im Beginn ihres Aufenthaltes in der Anstalt protestierte sie, daß man sie hier zurückhalte, war ruhig, aber wenig zugänglich, sprach mit niemandem, benahm sich hochfahrend gegen die Umgebung, äußerte Größenideen, meinte, sie sei vornehmer Abstammung, auf Fragen gab sie ausweichende oder gar keine Antworten, verhielt sich gegen das Personal feindselig und ablehnend: wollte nicht ins Bad gehen, die Wäsche wechseln u. dgl. Später wurde die Kranke zugänglicher, lenksamer und wurde nach $5\frac{1}{2}$ Monaten den 29. V. 1893 in gebessertem Zustande aus der Anstalt entlassen. — Zum zweitenmal wurde sie in die Anstalt den 30. XI. 1893 aufgenommen. Bei der Aufnahme war sie sehr gereizt, aufgereggt, unzufrieden, gab auf Fragen ungern Antworten. In der Folgezeit war sie bald ruhig, aber wenig zugänglich, saß in einer Ecke und sprach unaufhörlich mit sich selber oder arbeitete fleißig, bald sang sie tagelang Lieder, ärgerte sich, wenn man sie über etwas fragte. Äußerte Ideen der Größe (sei reich, hoher Abstammung), der Verfolgung (werde beleidigt, es werde ihr Unrecht zugefügt). Wollte sich nicht in die Anstaltsordnung fügen. Zeitweise war sie, besonders in der menstruellen Periode, sehr gereizt, lebte mit den Mitkranken im Streit, zankte mit dem Personal, schimpfte unflätig und war sogar gewalttätig, sprach viel, ideenflüchtig und zusammenhanglos, verlangte ihre Entlassung. Den 20. III. 1900 wurde sie in unverändertem Zustande von den Verwandten nach Hause geholt. — 8 Tage später trat sie zum drittenmal in die Anstalt ein und verblieb dort bis zum Tode. Sie saß meistens an der Fensterbrüstung oder am Bett und strickte Strümpfe, war oft aufgereggt und gereizt, sprach viel, lärmte, war unzufrieden mit der Anstaltsordnung, äußerte, man verberge ihre Kleider, unterschlage ihre Gelder, verlangte beständig, daß man ihr dieselben zurückgebe. Meinte, sie sei fürstlicher Abstammung, habe viele Landgüter, wollte nach Hause zu ihrem Sohn, der Kronfürst sei, reisen, wo sie ihre eigenen Häuser, ihre eigenen Ärzte und ihre eigenen Haushälterinnen habe; hielt sich für jung, schön und reich; kleidete sich bunt, schminkte und puderte sich, hatte Heiratspläne. Auf die Mitkranken sah sie verächtlich herunter, nannte sie Narren, Hexen u. dgl., zankte und raufte mit den Nachbarinnen. Gegen die Ärzte benahm sie sich unfreundlich und feindselig, sprach mit ihnen nicht oder schimpfte über dieselben, da sie schuld seien, daß sie sich in diesem Hause befinden, wo sie so unterdrückt und beleidigt werde. Der Vorstellungsverlauf war beschleunigt. Lebhaftes Mienenspiel und Gesten. Den 25. X. 1920 starb sie an einem Fleckfieber.

In diesem Fall expansiver Paraphrenie, der 28 Jahre lang dauerte, sehen wir ebenfalls viele expansive und phantastische Ideen (manischer Natur), auch Verfolgungsvorstellungen, ferner ausgesprochene, echte manische Symptome (gehobene, zornige, gereizte Stimmung, starken Rededrang und raschen Ideenfluß, Räsoniersucht, lebhaften Affekt). Katatonische Symptome fehlen hier gänzlich. Der Negativismus ist hier kein echt katatonischer, automatischer, sinnloser, sondern entspringt dem ablehnenden, mißtrauischen, feindseligen Verhalten gegen die Umgebung. Daß dieser Fall zum manisch-depressiven Irresein gerechnet

werden muß, ist noch daraus zu ersehen, daß die Patientin bereits vorher 3mal an einer gleichen Krankheit, die jedesmal zur Genesung führte, krank war.

Das gleiche Bild stellt der folgende Fall der confabulierenden Paraphrenie dar.

Fall III (Krutsch, Marie). Trat, 44 Jahre alt, in die Tambowsche Irrenanstalt, den 28. II. 1903, ein.

Wann und wie die Pat. erkrankte, ist nicht bekannt. Über die ersten Jahre ihres Aufenthaltes in der Anstalt ist folgendes notiert. Die Pat. ist schlecht orientiert: das Haus, wo sie sich befindet, sei kein Kranken-, sondern ein Freudenhaus. Über den Arzt meint sie, er sei gleich einem Lakei oder einem geputzten Koch. Sie spricht viel, springt rasch von einem Thema zum anderen über, schimpft und flucht mit einer lauten, gereizten Stimme, gestikuliert lebhaft, belästigt alle, ist streit- und zanksüchtig, wird sogar aggressiv. Meistens ist sie aufgereggt, zeitweise zornig, zuweilen lustig, oft gedrückt. Zeitweise nimmt die Unruhe stark zu; Pat. wird beweglich, schimpft heftig, ist sehr erotisch; verlangt beständig entlassen zu werden, will nicht behandelt werden, weigert sich hartnäckig, Arzneien zu nehmen. Schimpft über den Mann, der sie ins „Gefängnis“ gesetzt hätte, damit er mit Freudenmädchen verkehren könnte. Widersetzte sich jeder Aufforderung, gab nicht die Hand, streckte nicht die Zunge aus, wenn man sie dazu aufforderte; auf Fragen gab sie absichtlich unsinnige Antworten oder schimpfte furchterlich; äußerte Verfolgungsideen, drohte. War wenig zugänglich, arbeitete viel, nähte, räumte, reinigte die Zimmer, saß ohne Arbeit keine Minute. Den 15. V. 1907 entwich sie aus der Anstalt nach Hause und wurde in dieselbe den 28. V. 1907 zurückgebracht. Äußerte die ganze Zeit, sie lebe hier bereits 40 Jahre, sei 100 Jahre alt; die Umgebung nahm sie für ihre Verwandten an; eine Ärztin hielt sie für ihre Tante Wasilissa. Die Stimmung war gehoben, zornig, unzufrieden, gereizt, zuweilen lustig, heiter; Pat. sang Lieder, äußerte verschiedene erotische Wünsche, lobte ihre Schönheit und ihre Reize. Vertrug sich schlecht mit der Umgebung, war zank- und streitsüchtig, zuweilen gewalttätig, lärmte, war sehr anspruchsvoll, bat bald um eine Extraspeise, bald um ein Kleid oder andere Geschenke, verlangte, daß man sie nach Hause entlasse, sprach viel, regte sich dabei auf. Äußerte viele unsinnige Wahnideen: sie müsse den Vater aufsuchen, den man in Stücke zerhauen hätte; sie habe 10 Mütter; eigentlich sei es eine gewesen, die aber 10 ausgebürtet hätte; sie habe unzählig viele kleine Kinder. Das Fleisch von ihr werde jeden Tag gegessen; die Wärterinnen quälen, beleidigen sie auf jegliche Art, zernagten ihre Beine. Hatte auch Größenideen: hielt sich für besser als die Umgebung, sah auf die Mitkranke verachtungsvoll herunter. Klagte oft über Schwäche, Schmerzen im Kreuz oder in den Beinen. War reinlich, kleidete sich sauber, sah nicht nur, daß ihr eigenes Bett, sondern daß auch das ganze Krankenzimmer sauber gehalten werde. Arbeitete sehr viel, nähte, strickte, reinigte, räumte die Zimmer, wusch die Böden sehr sorgfältig, bis sie ganz erschöpft wurde. In solchem Zustand blieb sie bis zu ihrem Tode, der den 26. XII. 1921 an Marasmus erfolgte.

Fall IV (Andron, Peter). Trat, 28 Jahre alt, zum erstenmal in die Tambowsche Irrenanstalt, den 23. V. 1892, ein.

Bei der Aufnahme besonnen, gut über alles orientiert; weder Halluzinationen, noch Wahnideen; heitere Stimmung; beschleunigter Ideenfluß; Pat. spricht viel, geht rasch von einem Gegenstand zum anderen über. — Arbeitete nachher fleißig in der Buchbinderei, las und wurde in gebessertem Zustande den 4. VI. 1892 nach Hause entlassen. — Zum zweitenmal wurde er in die Anstalt den 25. VIII. 1901 aufgenommen und verblieb dort bis zum 29. VI. 1902. Pat. war besonnen und

orientiert; in seinem Benehmen und seiner äußeren Haltung zeigte er nichts Abnormes, bei der Unterhaltung aber äußerte er einen komplizierten Wahn; er war überzeugt, daß die Kaiserin ihm eine große Geldentschädigung und einen Ruhegehalt für seinen vorzüglichen Dienst in der Schule zu Archangelsk, wo er Lehrer war, festsetzte, daß er berufen sei, den Thron zu verteidigen, daß die ganze Tambowsche Gegend ohne ihn zugrunde gehen müsse. Jede Beschäftigung hielt er unter seiner Würde, da er damit „nur die Krone beleidige“. Er verlangte beständig, daß man ihn entlasse; sonst werde das ganze Tambowsche Gouvernement leiden; die Ärzte beleidigen die Krone damit, daß sie ihn in der Anstalt zurückhalten; sie werden deshalb zu Arbeitern degradiert und jeder von ihnen werde zu 400 Rubel bestraft werden. Den 29. VI. 1902 wurde er in unverändertem Zustande von den Verwandten nach Hause geholt. — Zum drittenmal trat er in die Anstalt den 9. VII. 1906 ein und verblieb dort ca. 12 Jahre lang bis zum Tode. Bei der Aufnahme besonnen; gehobene Stimmung; hält sich für gesund, äußert, daß ihm vom Kaiser 44000 Rubel bewilligt worden seien. Später war er beständig unzufrieden, daß die Ärzte ihn ungesetzlich in der Anstalt zurückhalten; drohte darüber dem Zaren zu schreiben, der sie in 24 Stunden aus dem Tambowschen Gouvernement ausweisen werde. In der Folgezeit war der Pat. ruhig, las Zeitungen, spielte Karten, war besonnen, bei der Unterhaltung mit den Ärzten regte er sich auf, daß man ihn aus der Anstalt nicht entlasse; schrieb viele Briefe an den Kaiser, die Kaiserin, den Gouverneur, das Kreisgericht usw., wo er über die widergesetzliche langjährige Einsperrung und über die von den Beamten der staatlichen Schatzkammer vorenthaltenen Gelder klagte, die ihm vom Kaiser bewilligt worden seien; sollten die Beamten nicht bestraft werden, sollte er das Geld nicht bekommen und aus der Anstalt nicht entlassen werden, so werden „Millionen und Milliarden“, so werde das Vaterland zugrunde gehen. Er starb den 28. V. 1918 am Fleckfieber.

In diesem Fall mit systematisierten Wahnideen der Verfolgung und der Größe, der als Paraphrenia systematica aufgefaßt werden muß, sehen wir auch viele manische Symptome (gehobene, gereizte Stimmung, querulierendes Wesen, Beweglichkeit, starkes Mitteilungsbedürfnis, beständiges Schreiben usw.). Der Affekt ist stark ausgesprochen. Auf das manisch-depressive Irresein weist auch hin der Umstand, daß der Kranke vor Jahren einen deutlich manischen Anfall ohne Wahnideen durchmachte, worauf er eine gewisse Zeit normal war, ehe sich nachher der letzte chronisch-manische Zustand mit Wahnideen entwickelte. Gegen eine Dem. praecox spricht das Fehlen von katatonischen Symptomen und einer stärker ausgesprochenen Demenz trotz der langjährigen Dauer der Krankheit.

Fall V (Igl. Theodor). Trat, 27 Jahre alt, zum erstenmal den 12. VI. 1903 in die Irrenanstalt Tambow ein.

Nach Angabe der Verwandten sei die Mutter des Pat. geisteskrank gewesen. Vor 2 Jahren hatte der Pat. eine Geistesstörung ähnlicher Art, wie gegenwärtig, die vorübergang. Die jetzige Krankheit begann vor 10 Monaten mit einer „stillen Geistesstörung“ (wie das Volk in Rußland die Melancholie nennt). — Bei der Aufnahme ist der Kranke klar, gut orientiert, spricht zusammenhängend, hat keine Halluzinationen, keine Wahnideen. Die Stimmung gereizt, weinerlich; beim Sprechen regt er sich auf, gestikuliert; die Mimik lebhaft. Klagt, er sei neurasthetisch, durch Onanismus geschwächt. Die folgenden Tage war er besonnen, etwas aufgereggt, beweglich. Den 25. VI. 1913 wurde er bedeutend gebessert entlassen.

Zu Hause war er unruhig, drohte, den Vater und die Stiefmutter zu erschießen und wurde den 1. VIII. 1913 zum zweitenmal in die Anstalt untergebracht. Bei der Aufnahme klar, orientiert; die Stimmung gehoben, der Gesichtsausdruck heiter, die Aufmerksamkeit ablenkbar; keine Halluzinationen. Im August regt er sich auf wegen des Aufenthaltes in der Anstalt, der seine Gesundheit nur ruiniere. Er beschuldigt die Ärzte, daß sie ihn verrückt machen wollen. Es kommt ihm alles verändert vor; man gebe ihm einen solchen Tabak, daß bei ihm die Finger gelb werden; es brenne ihm von der Speise alles im Innern. Im September benimmt er sich gegen alles mißtrauisch; es sei überall Gift; verweigert die Arzneien, will nicht ins Bad gehen; meint, sich im Hause „der Menschenvernichter“ zu befinden. Den 4. X. 1913 wurde er von den Verwandten nach Hause geholt. — Den 27. X. 1916 trat er zum drittenmal in die Anstalt ein. Nach Angabe der Verwandten habe er die Militärschule in Tschugujewo absolviert. Einige Zeit war er im Militärdienst, fand bald an Ideen der Verfolgung und Größe zu äußern. Wie er selber angibt, habe man ihm an einem Orte, wo er in Stellung war, „gliederschädigende“ Einspritzungen gemacht, wodurch ihm sogar bekannte Russen als Türken, Japaner oder andere teindselige Ausländer vorkamen; diese Personen drohten ihm mit Revolvern und wollten ihn erschießen; sie schrien alle um ihn und drohten, ihn zu expropriieren. Pat. verlangt, daß man ihm eine besondere Aufmerksamkeit schenke, da er mit den Großfürsten und dem Zaren selbst bekannt sei. Er gibt noch an, daß ihm vom Kaiser eine monatliche Unterstützung in einer Summe von 500 Rubel bewilligt worden sei, die er aber nicht erhalte, weil andere statt seiner das Geld bekommen. In der Anstalt war er die ganze Zeit besonnen, orientiert, sprach viel, machte viele Ansprüche, war empfindlich, reizbar, lärmte, schimpfte viel, benahm sich stolz, hochfahrend, sah verachtungsvoll auf die Mitkranken herunter, hielt sich feindselig und mißtrauisch gegen das Personal, besonders gegen die Ärzte. Äußerte massenhafte Ideen der Verfolgung und der Größe: er sei Adjutant und „Eigentum“ der Tochter des Kaisers, der Gehilfe des Kaisers in Staatsangelegenheiten; er könne ohne Gericht strafen und begnadigen; sei nur dem Kaiser untergeordnet. Die Frauen wirken auf sein Geschlechtsglied durch Elektrizität oder Suggestionen; nachts mache man ihm unter Chloroform Knochenzerstörungen; man mißbrauche ihn geschlechtlich; es seien um ihn Kastrate, die ihn auch zum Kastraten machen wollen; verlangte, daß man die Personen bestrafe, die ihn solchen Qualen und Foltern aussetzen. Schrieb täglich viele Zettel und Erlasse an den Vorstand der Besatzung und Gendarmerie von Tambow, in denen er vorschrieb, gewisse Personen zu verhaften. Den 4. X. 1918 starb er an Lungentuberkulose.

Dieser Fall ähnelt dem vorigen. Wir sehen hier auch viele manische Züge, besonders querulierende, die im Anfang nur allein das Krankheitsbild beherrschten; erst später kamen Wahnideen der Verfolgung und der Größe hinzu. Was diesen Fall von dem vorigen unterscheidet, ist das Hinzutreten von somatischen, inneren Beeinflussungsideen. Dieses Symptom halten viele Autoren, wie Bleuler, Magenau und andere, für besonders charakteristisch für die Dem. praecox. Mit dieser Ansicht sind wir durchaus nicht einverstanden. Die somatischen Wahnideen bestehen unseres Erachtens aus 2 Komponenten (einer paranoischen und hypochondrischen) und kommen dann zustande, wenn die Verfolgungsideen, die im Krankheitsprozeß der paranoiden Psychosen liegen, sich nicht auf die psychische Gesamtpersönlichkeit des Kranken, sondern auf das Funktionieren seiner inneren Organe richten, was

charakterologisch bedingt ist. Die inneren Beeinflussungsideen können somit bei den verschiedensten paranoiden Psychosen, mögen sie schizophrenen, chronisch-paranoischen oder manisch-depressiven Ursprungs sein, entstehen, falls an diesen Geistesstörungen solche hypochondrisch angelegte Individuen erkranken. Deswegen können sie nicht als spezifisch für die Dem. praecox gelten und als differentialdiagnostisches Kriterium gegenüber der chronischen Paranoia oder den paranoiden Psychosen der chronischen Manie dienen.

Daß dieser Fall der Paraphrenia systematica zum manisch-depressiven Irresein gerechnet werden muß, zeigt noch der Umstand, daß die Krankheit mit einer Melancholie begann, die ca. 10 Monate dauerte, und daß der Patient 2 Jahre vor der letzteren Erkrankung eine ähnliche Psychose durchmachte, die also periodisch war.

Fall VI (Ner, Marie).

Ein Bruder der Pat. ist Epileptiker, 2 Schwestern geisteskrank, eine Schwester nervenkrank, viele Verwandte (mütterlicherseits) Geistes-, Nervenkranken und Alkoholiker. — In der Kindheit war die Kranke sehrträumerisch. Im Alter von 40 Jahren wurde sie nachdenkend, mißtrauisch, heiratslustig. Die erste Zeit war sie still, nachher geriet sie mit der Umgebung in Streit darüber, daß man ihr die Bräutigame abwendig mache. Meistens saß sie zu Hause, ging allein nicht aus, da sie fürchtete beleidigt, entehrt, ermordet zu werden. Die ersten 10 Jahre der Erkrankung blieb die Pat. zu Hause. Nachher trat sie den 24. IV. 1906 in die Anstalt ein, wo sie bis zu ihrem Tode 7 Jahre lang sich aufhielt. Die ersten Tage ihres Aufenthaltes in der Anstalt war sie gut orientiert, sprach viel und lebhaft, die Stimmung war heiter, gehoben; Pat. hielt sich für jung, schön, klug, gebildet, gelehrt, sagte, sie wisse griechisch und englisch, könne alle möglichen Krankheiten behandeln, kenne geheime Mittel, um die grauen Haare ausfallen und blonde auswachsen zu lassen; sie sei die erste Krankenschwester Rußlands; es sei ihr vom Kaiser ein Adelsbrief verliehen worden, der ihn gestohlen worden sei und den sie aussuchen müsse. Sie hatte auch Verfolgungsideen: einige Frauen wollten sie ermorden, um nicht zuzulassen, daß Männer, die sie für sich selbst behalten wollten, die Pat. heiraten. Hörte, wie bewaffnete Personen unter ihren Fenstern ihr auflauerten, wie sie sprachen: „Zeige dich, wir werden dich ermorden“; der Polizeikommissar selber klopft mehrmals an ihre Tür, wollte sie verhaften. — In den Jahren 1907—1910 ist notiert: klar, gut orientiert, benimmt sich feindselig gegen die Umgebung, strickt die ganzen Tage Strümpfe, spricht viel, klagt beständig; die Stimmung gereizt. Äußert meistens Verfolgungsideen: sie sei rings herum von Feinden umgeben; alle beleidigen sie, wollen sie entehren; die Nase sei ihr platt geschlagen worden (Pat. hat eine sattelförmige Nase); die Farbe der Augen sei ihr verändert worden; man hindere sie, zu heiraten; der Kopf werde ihr jeden Tag abgeschlagen, die Augen ausgestochen. Sie höre, wie ihre Feinde untereinander verabreden, um ihr allerlei Unannehmlichkeiten zuzufügen. Spricht auch Größenideen aus: sie habe Rußland gerettet, sei dem Kaiserhaus nahe, habe ein großes Vermögen. — In den Jahren 1911—1913 ist die Pat. gut orientiert, geht den ganzen Tag im Zimmer auf und ab, äußert, daß die Mitkranken und Angestellte sie beleidigen und schlagen: mit den Schlüsseln haben sie ihr den Schädel, auch die Nase eingeschlagen, die „Leber“ heruntergeschlagen, so daß sie Blut speie; verweigert oft die Nahrung aus dem Grunde, daß in dieselbe Arsenik gestreut, Opium gegossen werde. Äußert ferner Größenideen: sie sei die erste Krankenschwester

Rußlands, sie habe die russische Armee während des japanischen Krieges vor einer Niederlage dadurch gerettet, daß sie der Kaiserin ein Telegramm schickte; sie sei reich und sehr gebildet, spreche sämtliche Sprachen. Alles, was in der Umgebung vorgeht, deutet sie wahnhaft um. Sie starb an Lungentuberkulose den 23. V. 1913.

In diesem Fall der phantastischen Paraphrenie sehen wir mehr oder weniger systematisierte Wahnideen der Größe und der Verfolgung äußerer und innerer Natur (innere Beeinflussungsideen). Die Demenz ist hier nicht hochgradig trotz längerer Dauer der Krankheit. Der Affekt ist erhalten, sogar stark ausgesprochen. Keine katatonische Symptome. Dabei sehen wir auch hier gut ausgesprochene manische Züge: affektierten Rededrang, gehobene, heitere Stimmung bei klarem Bewußtsein, guter Orientierung, gutem Gedächtnis. Auch die Größenideen haben hier einen deutlich manischen Ursprung. Interessant ist hier zu sehen, daß die expansiven Ideen, z.B. die Heiratsvorstellungen, zuerst, also primär entstanden sind, während die Verfolgungsideen erst nachträglich sekundär dadurch zustande kamen, daß die Gegnerinnen ihr auf jede Weise Hindernisse in den Weg stellten oder sie durch Gift, Mord usw. aus dem Wege räumen wollten, damit sie nicht heiraten könnte. Es ist also auch in diesem Fall eine chronische Form des manisch-depressiven Irreseins anzunehmen.

Aus unseren Fällen ersehen wir also, daß sie manische Symptome aufweisen, wie sie so typisch nur bei der echten Manie vorkommen. Gegen eine Manie würde zunächst die Chronizität, die Unheilbarkeit sprechen; dennoch konnten wir in vielen Fällen im Beginn der Krankheit einen periodischen resp. zirkulären Verlauf beobachten, der erst später in einen chronischen Übergang, was auch sonst, wie wir bereits früher sagten, beim manisch-depressiven Irresein in der Form einer chronischen Manie resp. Melancholie oder anderer unheilbarer Fälle vorkommt. Gegen das manisch-depressive Irresein könnte auch noch die vorhandene Demenz sprechen, die aber nicht hochgradig ist und zum Unterschied von der Dem. praecox des katatonischen Gepräges entbehrte; auch scheint die Demenz infolge scherhafter, schalkhafter Stimmung und Schwatzhaftigkeit vielfach bedeutender zu sein, als sie in Wirklichkeit ist. In manchen Fällen ist die Orientierung eine falsche, die aber nicht auf wirkliche Demenz oder Trübung des Bewußtseins, sondern auf eine manische (phantastische) oder wahnhafte Umdeutung der Umgebung beruht. Diese Art von Demenz und Orientierung wird auch bei den sonstigen chronisch-dementen Fällen des manisch-depressiven Irreseins beobachtet. Auch die vorhandenen Wahnideen expansiver, phantastischer, also manischer Natur, sowie die Verfolgungs- und innere Beeinflussungsideen kommen auch nicht selten bei chronischen Manien vor, freilich in nicht so dauernder und systematisierter Art. Daß die Wahn-

vorstellungen dauernd festgehalten werden und nicht wechseln, hängt mit der dauernd heiteren Stimmung zusammen, die bei der chronischen Manie eben dauernd ist. In einigen unserer Fälle, besonders der Paraphrenia confabulatoria kommen viele Erinnerungsfälschungen vor, die aber auch sonst nicht selten bei manischen Kranken infolge ihrer scherhaft-gehobenen Stimmung auftreten, jedenfalls mit derselben in einem gewissen Zusammenhang stehen, da wir sehen, daß Erinnerungsfälschungen und phantastische Vorstellungen bei Frauen, die affektiver sind, mehr vorkommen, als bei Männern, bei expansiveren südlicheren Rassen mehr, als bei nördlichen. Es zeigen also unsere Paraphreniefälle, daß sie zur chronisch-dementen Gruppe des manisch-depressiven Irreseins gehören. Besonders bezeichnend dafür sind die Fälle der Paraphrenia expansiva und der Paraphrenia confabulatoria.

Wir gehen jetzt zur Literatur über und wollen auch die in derselben veröffentlichten Fälle einer Untersuchung unterziehen, um sie mit den unserigen zu vergleichen und um dadurch sicherere, objektivere Schlüsse ziehen zu können.

Wir beginnen mit *Kräpelin*, der die Paraphrenie für eine besondere Krankheitsform hält. Sehen wir uns an der Beschreibung seiner Fälle an, inwiefern diese Ansicht gerechtfertigt ist? In der 4. Auflage der *Kräpelin'schen „Einführung in die psychiatrische Klinik“*, Bd. 2, S. 222, 1921, wird im Falle 59 (Paraphren. systematica) angegeben, daß dort zum Unterschied von der Dem. praecox eine langsame Entwicklung eines Verfolgungswahns und keine akute rasch eintretende Symptome von Halluzinationen, Verwirrtheit, körperlicher Beeinflussung zu beobachten gewesen seien. Auch das Fehlen von katatonischen Symptomen und das geordnete Benehmen sprechen gegen Dem. praecox. Allerdings traten in den letzten Jahren der Krankheit beim Patienten unsinnige Handlungen auf, wie Gurgeln mit Urin usw., deren Natur nicht genügend aufgeklärt war. Andererseits sehen wir hier Symptome, die in das Bild des manisch-depressiven Irreseins eingereiht werden können, wie das eifrige Lesen und Schriftstellern und die eifrige Tätigkeit im Beginn der Krankheit, das hohe Selbstbewußtsein. Auf das manisch-depressive Irresein weist in diesem Fall noch der Umstand hin, daß der Patient bereits 10 Jahre vorher an einer länger dauernden Verstimmung zu leiden hatte.

Die Paraphrenia expansiva wird von *Kräpelin* („Lehrbuch“, 8. Aufl., Bd. 3, S. 994—1002) durch die Entwicklung eines üppigen Größenwahns mit vorwiegend gehobener Stimmung und leichter Erregung gekennzeichnet. Die Stimmung sei selbstbewußt, heiter, oft ausgelassen und übermütig; die Patienten seien zu Scherzen und Witzen geneigt, oder überschwenglich, glückstrahlend; dazwischen schieben sich Zeiten ein, in denen sie gereizt, hochfahrend seien. In ihrem Be-

nehmen zeigen sie sich meist geordnet, zugänglich, geraten leicht in heftige Erregung, wenn man sich mit ihnen längere Zeit beschäftigt, verfallen in Predigerton, entwickeln einen ungeheuren Wortschwall, deklamieren, prophezeien usw. Sie seien redselig, weitschweifig, ablenkbar.

Die konfabulierende Paraphrenie („Lehrbuch“, 8. Aufl., Bd. 3, S. 1002—1009) sei durch Erinnerungsfälschungen ausgezeichnet. Aber es kommen auch Verfolgungs- und besonders üppige Größenideen vor. Die Stimmung sei in der Regel heiter, gehoben; die Kranken fühlen sich ganz glücklich, vorübergehend auch ängstlich. Sie seien redselig, weitschweifig, abspringend, neigen bisweilen zu Wortspielereien. Sie seien besonnen, benehmen sich geordnet, haben ein starkes Gefühl der eigenen Wichtigkeit. Die Krankheit führe zu einem geistigen Siechtum mäßigen Grades und auch nach sehr langer Zeit nicht zu tiefer Verblödung.

Die Paraphrenia phantastica („Lehrbuch“, 8. Aufl., Bd. 3, S. 1009 bis 1022) wird durch eine üppige Erzeugung äußerst abenteuerlicher, zusammenhangloser, wechselnder Wahnvorstellungen charakterisiert. Einen sehr großen Raum nehmen die Gemeinempfindungen und der Wahn der persönlichen Beeinflussung ein. Ferner kommen Verfolgungs- und besonders die fabelhaftesten Größenideen, auch Wahnbildungen in der Form von Erinnerungsfälschungen vor. Es handle sich hier um bunte, wechselnde Augenblickseinfälle, die meist durch immer neue, ebenso vergängliche Schöpfungen abgelöst werden (also typisch manisch). Die Stimmung sei in der Regel etwas gehoben. Die Kranken verlieren bei ihrem Erzählen den Faden, brechen mitten im Satze ab, um in immer unverständlicheren, von Wortneubildungen durchsetzten Wendungen ihre merkwürdigen Empfindungen zu schildern. Wortspielereien, unsinnige Reimereien und Witzeleien seien nicht selten. Manche Kranke bleiben dauernd arbeitsfähig; andere beschränken sich auf langatmige Reden und das Verfassen umfangreicher, kaum verständlicher Schriftstücke. Trotz der abenteuerlichsten Wahnbildungen konnte in manchen Fällen von einer eigentlichen Verworrenheit und jedenfalls von einem hohen Grade geistiger Schwäche gar keine Rede sein.

Wir sehen also aus den Fällen *Kräpelins*, besonders der Paraphrenia expansiva und confabulatoria, daß sie, gleich den unsrigen, durch ihre echten, typischen manischen Symptome, durch die phantastischen, expansiven, häufig wechselnden manisch gefärbten Wahnideen, durch das Fehlen eines höheren Grades geistiger Schwäche, durch die Besonnenheit, geordnetes Benehmen usw. in die chronisch-demente Gruppe des manisch-depressiven Irreseins ganz gut passen, so daß kein Grund vorliegt, aus diesen Fällen eine besondere Krankheitsform zu konstruieren.

Im Gegensatz zu *Kräpelin* faßt *Magenau* die Paraphrenie nicht als

Krankheit sui generis auf, nur meint er, die Fälle gehören zur Dem. praecox, wofür er in seiner Arbeit: „Verlaufsformen paranoider Psychosen der Schizophrenie“ (in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, 79, H. 4 u. 5) Beweise zu bringen sucht.

Im Falle Brandseph, den *Magenau* als Paraphrenia expansiva bezeichnet, haben wir ausgesprochen manische Symptome: der Patient ist eminent hochmütig, von Eigendunkel und Selbstgerechtigkeit erfüllt, zeichnet sich durch ein würdevoll gemessenes Auftreten aus, drängt sich an andere heran, nimmt an allem rege Teilnahme und reges Interesse, ist stets beschäftigt, geschwätziger, ein überaus fruchtbare Schriftsteller, reimt, schreibt unzählige Gedichte, Tragödien, Berichte, Beschwerden, Erklärungen. Die Schrift ist eine echt manische, von einem zum anderen stark abspringend, ideenflüchtig.

Im Falle Sandner (Paraphren phantastica) treten, nach Angabe von *Magenau*, manische Phasen periodisch auf mit systematisierten Wahnideen der Größe, die schwinden, wenn die Phasen aufhören. Trotz der manischen Symptome, des periodischen Verlaufes und des Fehlens von schizophrener Erscheinungen hält *Magenau* den Fall doch für eine Dem. praecox, da er annimmt, daß die Ersterkrankung Sandners im 38. Jahr möglicherweise eine Dem. praecox gewesen sei, die nur nicht weit voranschritt. Ferner meint *Magenau*, daß der Endzustand einer psychischen Schwäche hier für eine Dem. praecox spreche. Wir meinen aber, daß die psychische Schwäche für diese Krankheit eine spezifisch schizophrene, von katatonischen Symptomen oder Residuen derselben begleitete sein muß, was aber in diesem Fall nicht zu sehen ist. Daß es aber sonstige Fälle von manisch-depressivem Irresein gibt, die einen Ausgang in psychische Schwäche haben, ist von uns oben mehrmals angegeben worden. Das gleiche gilt für den Fall Ratibor. Auch in den Fällen Tigel (einer expansiven Wahnform) und Butzer (eines physikalischen Verfolgungswahns) werden viele manische Symptome angegeben (gehobene Stimmung, Vielschreiberei, gravitätisches Auftreten). Demenz und katatonische Symptome fehlen.

Im Falle Molling wechseln Zeiten von Ruhe mit heiterer Stimmung mit denen heftiger Erregung. Bereits im Alter ist er wegen seiner Drolligkeit und seines gutmütigen Humors beliebt und gilt als komischer Alter; er macht Kostenvoranschläge und Pläne für Brücken, einen Motorpflug, einen Luftmotorwagen usw. Im Falle Lauderer werden verzeichnet hohes Selbstbewußtsein, motorische Erregung, Vielschreiberei, Periodizität. In den ruhigen Zeiten ist der Patient höflich, geordnet, freundlich, der Verstand ist ungeschwächt, das Benehmen natürlich, das Wollen und Streben wahnfrei. Er hielt sich einmal draußen 15 Jahre in Stellung. Die Krankheit führt in diesen 2 letzten Fällen, sowie im Falle Hahn (alles Fälle, die *Magenau* als schizophrene,

prozeßhafte Verstimmung bezeichnet) trotz Jahrzehntelanger Dauer nicht zu schwerer Verblödung; die Intelligenz und das innere Gefüge der Persönlichkeit scheinen, nach der Bezeichnung *Magenau*, recht wenig ergriffen zu sein. Nichtsdestoweniger faßt dieser Autor diese 3 Fälle als schizophrene auf, da er bei denselben eine Bewußtseinsspaltung findet, die für die Schizophrenie charakteristisch sei. Es liegt nicht in unserer Absicht, uns hier in Theorien über das Wesen der Dem. praecox einzulassen. Wir möchten hier nur klinische Tatsachen anführen, die durchaus nicht dafür sprechen, daß die Bewußtseinsspaltung nur bei der Dem. praecox vorkomme. So ist diese Erscheinung vorhanden und gilt sogar als charakteristisch für die Hysterie, die Zwangsnurose. Sie ist auch recht charakteristisch bei den Mischzuständen des manisch-depressiven Irreseins anzutreffen. Ferner kommt diese Spaltung nicht in allen Fällen der Dem. praecox vor, z. B. bei der echten Katatonie, wo die Patienten ganz starr sind, oder bei ganz apathischen und dementen Fällen, wo kein Widerspruch zwischen den Gefühlen und dem äußeren Ausdruck derselben stattfindet. Aber angenommen, die Bewußtseinsspaltung sei für die Dem. praecox pathognomonisch, so scheint uns doch, daß *Magenau* in seiner Auffassung des Begriffes der Bewußtseinsspaltung zu weit geht. Er findet z. B. im Falle Molling einen Wechsel der gespaltenen Persönlichkeitsteile, wobei uns einmal eine Persönlichkeit voll von grotesken unheimlichen Wahnvorstellungen, ein anderes Mal eine andere freundliche Persönlichkeit entgegentrete, die über die Wahnideen lache und der man nicht viel Krankhaftes ansehe. Es stecken also gewissermaßen die gespaltenen Persönlichkeitsteile in verschiedenen Perioden im Leben des Kranken. Freilich müssen wir zugeben, daß die Bewußtseinsspaltzustände in den verschiedenen Zeiten der Krankheit verschieden, in den Krankhaften, wo die Wahnideen geäußert werden, ganz anders sind, als in den gesünderen, in denen die Kranken sich zu denselben kritisch verhalten; die Bewußtseinsspaltzustände sind aber in den verschiedenen Zeiten trotzdem nicht gespalten, sondern einheitlich und nur geändert entsprechend der geänderten Stimmung. Sonst könnte man von solchen doppelt-, dreifach oder mehrfach gespaltenen Bewußtseinsspaltzuständen bei zirkulären und anderen komplizierteren Fällen des Manisch-depressiven sprechen, wo das Bewußtsein in manischen Phasen ganz anders ist, als in melancholischen oder in gesunden, ruhigen Zwischenzeiten.

In den Fällen Littmann und Kroll (*Paranoia chronica*, die *Magenau* auch in das Bereich der Paraphrenien zieht und die er gleich den letzteren als eine Wahnbildung auf dem Boden der Dem. praecox auffaßt) finden wir auch viele manische Züge: gehobene Stimmung, hohes Selbstbewußtsein, expansive Wahnideen, Auftreten der Krankheit in Schüben (Periodizität), frisches Erhaltenbleiben der Affektivität und des In-

telikts trotz der sehr langen Dauer der Krankheit bei gutem Gedächtnis und Urteilsvermögen. Was aber schizophrene Symptome anlangt, so sind, nach *Magenaus* Angaben, „Verschrobenheit, Zerfahrenheit und merkliche Störungen auf dem Willensgebiet, besonders im Falle Kroll nicht festzustellen“. Also ein deutliches Bild manischer Erkrankung. *Magenau* meint aber, es seien die manischen Symptome auf dem Boden einer Dem. praecox, die vorangegangen, entstanden, und die er aus dem Grund vermutet, weil im Beginn der Krankheit Halluzinationen, hauptsächlich des Gehörs und Körpergemeingefühlsstörungen beobachtet worden seien. Nun können aber diese Symptome nicht für typisch schizophren gehalten werden.

Auf Grund aller dieser Erwägungen können wir der Ansicht *Magenaus* nicht beipflichten, daß seine Paraphreniefälle schizophrenen Ursprungs seien, sondern meinen, daß wenigstens die meisten derselben einen manisch-depressiven Hintergrund haben.

Der weitere Autor, *Hoffmann*, steht in dieser Frage auf gleichem Standpunkte wie *Magenau*. In seiner Monographie „Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen“¹⁾ im Kapitel „Über die Erblichkeitsbeziehungen der paranoiden Psychosen“ führt er 9 Fälle von Paraphrenien an, die ihre innere konstitutionelle Verwandtschaft mit der Dem. praecox erbbiologisch darstellen sollen. Von diesen 9 Fällen gehören 5 zur Paraphrenia confabulatoria und 4 zur Paraphrenia systematica. In allen Fällen sehen wir hier noch ausgesprochenere manisch-depressive Züge als in den Fällen *Magenaus*; bei der Paraphrenia confabulatoria kommen hauptsächlich manische Symptome vor, bei der Paraphrenia systematica treten neben manischen auch depressive Symptome auf, die manchmal sogar vorherrschend sind. Außerdem ist der Verlauf oft, besonders im Anfang der Krankheit, periodisch. Keine schizophrene Symptome. Trotzdem möchte *Hoffmann* die Paraphrenien auf Grund seiner erbbiologischen Befunde zur Dem. praecox rechnen und meint, die manischen Symptome könnten doch auf einer schizophrenen Grundlage, die unmerkliche Symptome gezeitigt habe oder deren Symptome vorübergegangen seien, entstanden sein. Er denkt dabei an eine Kombination. Wir können nicht bestreiten, daß es Kombinationen der Dem. praecox mit dem manisch-depressiven Irresein gibt. Möglicherweise stellt eine solche Kombination die ganze sog. affektive Gruppe der Dem. praecox dar, die, wie in unserer Arbeit: „Über die katatonische Demenz und deren klinische Formen“ ausführlich erörtert wird, sich in eine depressive, hypomanische (wohin auch die Hebephrenie eingeht) und eine periodische resp. zirkuläre Form teilt. Hier sehen wir einerseits schizophrene, andererseits manisch-depressive Symptome. So

¹⁾ *Hoffmann, Hermann*: Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Berlin: Julius Springer 1921.

haben wir mehrere Fälle beobachtet, wo einerseits Reizbarkeit, gehobene Stimmung, querulierendes Wesen, andererseits echte Stereotypien und andere katatonische Symptome und tiefe Verblödung vorhanden waren. Ferner ist der eigenartige, steife, gespannte Charakter der manischen resp. melancholischen Symptome bei der affektiven Gruppe der Dem. *praecox*, die deswegen unecht, unnatürlich, karriert erscheinen, auf eine innige Mischung, eine Zusammensetzung jedes dieser Symptome aus einer manischen resp. depressiven und katatonischen Komponente zurückzuführen. Als Kombination kann hier dann betrachtet werden der periodische resp. zirkuläre Wechsel im Verlauf, wie beim manisch-depressiven Irresein, einerseits, und der Ausgang in eine katatonische Verblödung, wie bei der Dem. *praecox*, andererseits. Bei den Paraphreniefällen aber kann schon deswegen von einer Kombination keine Rede sein, weil die manischen resp. melancholischen Symptome echt, natürlich, typisch sind. Was den in den späteren Jahren gestreckten Verlauf der Krankheit und den Ausgang in eine psychische Schwäche betrifft, so sind dieselben bei den Paraphrenien durchaus nicht schizophrener Natur, da solche Erscheinungen, wie wir oben sahen, nicht selten auch beim manisch-depressiven Irresein vorkommen und deswegen als Kombinationen nicht gedeutet werden können.

Freilich stützt sich dabei *Hoffmann* weniger auf klinische, als hauptsächlich auf erbbiologische Befunde, die darin bestehen, daß er in der Deszendenz seiner paraphrenen Kranken (Geschwister usw.) Schizophrene fand. Nun ist aber *Hoffmanns* Material am Paraphrenen nicht so zahlreich (9 Fälle), daß man daraus allgemeingültige Schlüsse ziehen könnte. Ferner scheint uns, daß *Hoffmann* zu weit den Begriff der Schizophrenie auffaßt, indem er dazu im *Kretschmerschen* Sinne die sog. schizoiden Psychopathen und die sog. schizothymen Gesunden rechnet, eine Ansicht, die durchaus nicht von allen Autoren geteilt wird und noch nicht ganz geklärt ist. Übrigens gibt auch *Hoffmann* selbst zu, daß es nicht nur klinisch, sondern auch erbbiologisch weitgehende Verschiedenheiten gibt zwischen der Paraphrenie und der Dem. *praecox*, die nicht ohne weiteres gleichgesetzt werden dürfen. Er meint, es handle sich bei der Paraphrenie vielleicht um eine Kombination von schizophrenen mit dem manisch-depressiven Irresein verwandten oder identischen Keimfaktoren. Allerdings hat *Hoffmann* bei der Auslese nach gehäuften Psychosen keine zirkulären Erkrankungen gefunden, so daß er die Frage nach der Kombination nur mit großer Vorsicht diskutieren möchte.

*Rittershaus*¹⁾ behauptet, daß viele Paraphrenien „namentlich im Beginn, oft aber auch über viele Jahre hindurch, zuweilen sogar während

¹⁾ *Rittershaus*: Die chronische Manie und ihre praktische Bedeutung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. **79**, H. 3 u. 4, 1923.

der ganzen Dauer der Erkrankung, ebenso wie manche Fälle der Dem. paranoides, ausgesprochen manisch-depressive oder chronisch-manische Zustandsbilder zeigen können, so daß man erst bei näherer Untersuchung oder nach längerer Beobachtung den para- oder schizophrenen Hintergrund erkennt". Er meint, daß es überhaupt keine besondere manisch-depressive Erkrankung, sondern einen manisch-depressiven Symptomenkomplex gebe, der bei allen möglichen Erkrankungen vorkommen könne. Wir meinen aber, daß *Rittershaus*, um konsequent zu sein, ebensogut von einem katatonischen, paranoischen, hysterischen, hypochondrischen usw. Symptomenkomplex und nicht von besonderen Krankheitsformen überhaupt sprechen müßte, wie *Hoche* schon längst und *Kretschmer* und andere neuerdings vorschlagen. Was aber die Ansicht betrifft, daß sich bei den Paraphrenieformen bei näherer Untersuchung oder längerer Beobachtung der schizophrene Hintergrund erkennen lasse, so glauben wir dieselbe durch obige Ausführungen widerlegt zu haben.

Maschmeyer sieht die Schwierigkeit bei der differentialdiagnostischen Abgrenzung der Paraphreniegruppen von der Dem. *praecox* und sonstigen paranoiden Psychosen in der Unzulänglichkeit der auf dem Prinzip der Krankheitseinheiten beruhenden *Kräpelin*schen Systematik und erwartet einen weiteren Fortschritt „von einer eingehenden Berücksichtigung der Verflechtung endogener, konstitutioneller, charakterologischer Faktoren mit organisch exogenen (vielleicht schizophrenen) in jedem Einzelfall. Er schlägt vor, bei den Paraphrenien die „mehrdimensionale Diagnostik“ von *Kretschmer* oder die „Strukturanalyse“ von *Birnbaum* anzuwenden¹⁾. Darauf können wir erwidern, daß wir nichts dagegen haben, wenn es versucht wird, in Übergangs-, Misch- und anderen komplizierten Fällen, wo viele Momente bei der Entstehung der Psychose eingewirkt haben, die *Kretschmersche* oder *Birnbaumsche* Methode zu gebrauchen. Die Paraphreniefälle aber scheinen uns gar nicht so kompliziert zu sein, und ihre Entstehung und klinische Stellung läßt sich, wie wir oben sahen, ganz gut ohne diese Methoden als zur chronischen Gruppe des manisch-depressiven Irreseins zugehörig erklären.

Wir fassen das Gesagte folgendermaßen zusammen:

Unsere Paraphreniefälle, sowie die Fälle aus der Literatur (wenigstens die meisten) geben keinen Anhaltspunkt weder dafür, daß sie eine besondere Krankheitsform darstellen, noch weniger dafür, daß sie zur Dem. *praecox* gehören, sondern sie lassen sich ganz gut in die Gruppe des manisch-depressiven Irreseins einreihen. Freilich ist es gut möglich, daß es noch Fälle gibt, die als Paraphrenien bezeichnet werden und gar

¹⁾ *Maschmeyer*: Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. **76**, H. 3, S. 424, 1920.

einen schizophrenen Hintergrund haben (allerdings müssen zur Diagnose ganz sichere und nicht problematische Kriterien herangezogen werden). Uns aber war jedenfalls daran gelegen, zu zeigen, daß es eine besondere Form der chronischen Gruppe des manisch-depressiven Irreseins (hauptsächlich der chronischen Manie) gibt, die viele, wenn nicht die meisten Fälle umfaßt, die in der Literatur als Paraphrenien bekannt sind, und wir würden solche Fälle statt Paraphrenien lieber deskriptiv als paranoid-chronische Form des manisch-depressiven Irreseins (*Psychosis maniaco-depressiva chronica paranoides*), in den meisten Fällen als paranoid-chronische Manie (*Mania chronica paranoides*) bezeichnen.
