

Die Streitfrage der akuten Paranoia.

Ein Beitrag zur Kritik des manisch-depressiven Irreseins.¹⁾

Von

Privatdozent Dr. Kleist,

Oberarzt an der psychiatrischen Klinik in Erlangen.

(Eingegangen am 19. April 1911.)

Thomsen behauptet, mit der stattlichen Zahl von 24 Krankengeschichten bewiesen zu haben, daß es eine Krankheit „Akute Paranoia“ gebe. Hätte Thomsen recht, so gebührte ihm das Verdienst, eine der umstrittensten Fragen der Psychiatrie gelöst zu haben. Tut doch Kraepelin die akute Paranoia als ein „Uning“ ab, dieselbe Psychose, die bei Ziehen den größten Teil aller akuten Psychosen umfaßt!

Seit Westphals aphoristischer Aufstellung einer akuten Verlaufsform der „Verrücktheit“ wird um diese Krankheitsform gestritten. Es ist sehr unerfreulich, diese Fehden zu verfolgen, in denen die Streitenden so oft aneinander vorbeiziehen — und doch höchst interessant.

Denn es gibt kaum ein Gebiet der Psychiatrie, auf dem sich so viel Grundsätzliches unserer Wissenschaft begegnet. Die einzelnen psychologischen Elementarsymptome und die Frage: stehen sie koordiniert nebeneinander oder ist dies von jenem abhängig? Die Verbindung der Einzelsymptome im Symptomenkomplex — und die Gewinnung möglichst scharf umschriebener Zustandsbilder. Die Unterscheidung von Zustandsbild und Krankheitsart. Die Probleme der Unterscheidung verschiedener Krankheitsarten endlich. So spiegelt sich in der Geschichte der akuten Paranoia die Geschichte der heutigen Psychiatrie. Dazu hat die Gegenwart der Streitfrage der akuten Paranoia noch einen besonderen Reiz verliehen. Zu einer Zeit erscheint Thomsens Arbeit, in der der Kampf um die Krankheitsart der chronischen Paranoia, dieser älteren Schwester der akuten Paranoia, zu der Aufstellung geführt hat: es gibt überhaupt keine chronische Paranoia als selbständige Krankheitsart, die chronische Paranoia ist gerade in ihren reinsten Fällen Erscheinungsform einer anderen Krankheitsart: des manisch-

¹⁾ Erweitert nach einem am 28. Nov. 1909 in der Mittelfränkischen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie erstatteten Referat über Thomsen, Die akute Paranoia. Archiv f. Psych. 45, H. 3.

depressiven Irreseins (Specht). Welches Aussehen gewinnt die Frage der akuten Paranoia vom Gesichtspunkt dieser neuen Fragestellung?

Da Unklarheiten und Mißverständnisse auf dem Gebiete der Paranoialehre sich so oft störend bemerkbar gemacht haben, halte ich es für notwendig, der Besprechung der Thomsenschen Fälle kurz die Grundsätze voranzustellen, von denen meine Kritik ausgeht. Wenn ich dabei auch elementare Dinge vorbringe, so bitte ich um Entschuldigung. Es geschieht das nicht, um belehren zu wollen, sondern nur um Mißverständnissen nach Möglichkeit vorzubeugen.

Voran: Der Symptomenkomplex „Paranoia“, der paranoische Zustand, den die angeführten Kranken bieten sollen, muß scharf umschrieben sein, von anderen Syndromen wohl abgegrenzt.

Es muß nachgewiesen sein, daß der paranoische Zustand in den veröffentlichten Fällen Äußerung einer selbständigen, von anderen Krankheitsarten verschiedenen Krankheitsart war. Es ist wohl selbstverständlich, daß als „paranoischer Zustand“ nur ein Krankheitsbild bezeichnet werden darf, in dem die Wahnbildung durchaus im Vordergrunde steht. Fälle mit psychomotorischen (katatonischen) Symptomen, mit Verwirrtheit oder Desorientierung dürfen nicht als paranoische Zustandsbilder bezeichnet werden. Akute Krankheitsfälle mit stärker hervortretenden Halluzinationen werden besser halluzinoseartige Zustände bzw. delirante Zustände genannt, je nachdem die Halluzinationen hauptsächlich als Phoneme auftreten — oder ob sie vornehmlich als optische und taktile Halluzinationen, verbunden mit örtlich-zeitlicher Desorientierung, ein dem Delir der Alkoholiker, gleichendes Krankheitsbild hervorrufen. Die größte Schwierigkeit bei der symptomatologischen Begrenzung einer akuten Paranoia liegt in der Beteiligung affektiver Störungen am paranoischen Zustandsbilde. Hier wird die Frage der akuten Paranoia — und überhaupt die Paranoiafrage — in ihrem Kern berührt. Eine gewisse Beteiligung affektiver Störungen am paranoischen Symptomenkomplex muß jedenfalls zugestanden werden, denn gerade die charakteristischsten Wahnvorstellungen, die Größen-, Kleinheits- und Verfolgungsvorstellungen, sind in ihrem psychologischen Aufbau zusammengesetzte seelische Gebilde, in denen jedesmal bestimmte Vorstellungen mit bestimmten affektiven Regungen verbunden sind.

Kein Zweifel, daß in jedem Größenwahn eine gehobene Gefühlsregung neben der jeweiligen Vorstellung der Selbstüberschätzung enthalten ist — ebenso wie traurige oder ängstliche Gefühlsregungen den Kristallisationspunkt der Kleinheits- und Beeinträchtigungsvorstellungen bilden. Überall, wo die Kranken sich gegen wahnhafte Beeinträchtigungen zur Wehr setzen, läßt sich neben depressiven Stimmungsregungen eine exaltative Affektlage zeitweise oder dauernd nachweisen. Es resultiert der für die paranoischen Zustände so bezeichnende Mischaffect des Mißtrauens, dessen exaltativer Komponente bei stärkerer Ausprägung derselben

Größenvorstellungen entwachsen. Dies alles hat Specht dargetan — Gedanken wieder aufnehmend, die schon Meynert vorschwebten, als er den Größenwahn und den Verfolgungswahn auf Angriffs- und Abwehreffekte zurückführte.

Wenn man sagt: ein Affekt steckt in jeder Wahnvorstellung, er ist die Grundlage, die *conditio sine qua non* jeglicher Wahnidee, so wird damit nicht behauptet, der Affekt sei der einzige Faktor, der bei der Entstehung einer Wahnvorstellung im Spiele sei. Es gibt ja eine „Angst an sich“. Es gibt Kranke, die einfach gehoben, lustig, überglücklich sind — ohne daß sie Größenvorstellungen entwickelten, ebenso wie Angst und Trauer, rein als solche bestehend, zu keiner Versündigungsidee zu führen brauchen. Der reine Affekt stellt, gehirnphysiologisch gedacht, einen primitiveren, auf untergeordneten Stationen ablaufenden Vorgang dar. Damit zur Angst die Angstvorstellung (der Bedrohung durch einen Feind z. B.) trete, müssen noch andere Gehirnapparate gestört sein, diejenigen, in denen sich die Verknüpfung von Gefühlsregungen mit den Vorstellungen vollzieht. Man denke zum Vergleich an das Verhältnis von Wortklang und Wortsinne! Die Auffassung des Wortklanges allein macht noch nicht das Verständnis des Wortes. Es müssen vom sensorischen Sprachzentrum aus noch diejenigen Bahnen und Zentralstellen in Funktion gesetzt werden, welche dem Begriffe des betr. Wortes als Grundlage dienen. So genügt auch — um aus der Angst eine Angstvorstellung entstehen zu lassen — nicht eine krankhafte Erregung der untergeordneten Stationen der affektiven Vorgänge, sondern der diesen Vorgängen dienende Apparat muß an einer höheren Stelle verletzt sein, dort, wo gleichzeitig seine Verknüpfungen mit den anderen Gehirnstationen, die den Vorstellungen dienen, getroffen werden. Die Berücksichtigung dieses Punktes beseitigt einen berechtigten Einwand, den man der Lehre der affektiven Genese der Größen-, Kleinheits- und Verfolgungsvorstellungen machen kann. Ein anderer Einwand ist dieser: Sind denn Größen-, Kleinheits- und Verfolgungsvorstellungen die einzigen Wahnvorstellungen? Und gilt, was für diese richtig sein mag, auch für andere Arten von Wahnvorstellungen? Ohne eine Vorstellung der Größe oder der Kleinheit damit zu verbinden, halten sich manche Kranke für eine bestimmte andere Persönlichkeit; sie seien vertauscht. Oder: ihr Körper ist verändert: sie haben Hunde, Vögel im Leib. Ein Mann fühlt sich körperlich als Weib, u. ä.

Bei den Bewußtseinsfälschungen auf allopsychischem Gebiet handelt es sich nicht stets um Beeinträchtigungsvorstellungen. Eine affektive Genese kann nicht gut vorliegen, wenn eine Kranke behauptet: es gebe keine Weiber, alle die Kranken in ihrem Saal, die Pflegerinnen usw. seien eigentlich Männer.

Nicht alle Wahnvorstellungen haben also eine affektive Grundlage. Zur Vermeidung von Mißverständnissen wird man gut tun, bei Untersuchungen über die Genese von Wahnvorstellungen nicht allgemein von Wahnvorstellungen zu reden, sondern jedesmal zu sagen, welche Art von Wahnvorstellungen man meint. Nicht die Wahnvorstellungen schlechthin haben eine affektive Grundlage, sondern nur die Größen-, Kleinheits- und Verfolgungsvorstellungen.

Für die Frage der akuten Paranoia sind diese Unterscheidungen weniger wichtig, da wir es in den Fällen, die als akut-paranoische Erkrankungen anerkannt werden können, nur mit den affektiven Wahnvorstellungen der Verfolgung, der Kleinheit, der Größe zu tun haben.

Affektive Veränderungen werden also notwendig beim paranoischen Zustande vorliegen müssen. Doch darf die affektive Störung nicht vor den Wahnvorstellungen selbst in den Vordergrund treten. Außerhalb der Wahngebilde auftretende stärkere Affektstörungen würden nicht paranoische, sondern expansive, manische, ängstliche, melancholische

Zustände gestalten. Es ist natürlich, daß die Abgrenzung sehr schwer sein kann.

Als geeignete Träger der Bezeichnung Paranoia bleiben schließlich nur die Fälle übrig, bei denen systematisierte Beeinträchtigungsvorstellungen mit oder ohne Selbstüberschätzungsvorstellungen das Bild beherrschen.

Sind nun die von Thomsen beigebrachten Fälle paranoische Zustandsbilder in dem bezeichneten Sinne? Von 24 Kranken nur zwei, die beiden ersten Fälle.

Bei Fall 3 spielen zwar Verfolgungsvorstellungen eine erhebliche Rolle; aber außerdem ist der Kranke zeitweise in großer Unruhe, rennt zwecklos umher, zerstört in kindischer Weise Gegenstände, quält Tiere, belästigt alle Menschen, zeitweise steigert sich die Erregung so, daß man ihn auf ein Zimmer beschränken muß, einmal rennt er nachts im Hemd auf dem Korridor herum. Er ist oft ungeheuer neugierig, renommiert, zuzeiten sehr heiter, verliert den Faden, kann seine Gedanken nicht klar ausdrücken. Sein Wesen macht einen läppischen, kindischen Eindruck. Zu anderen Zeiten ist er matt und elend, bleibt tagelang im Bett, fühlt sich geistig unfähig zu allem, zu jeder Tätigkeit außerstande, kann nicht lesen, ist ganz zerfahren. Hier gehen also starke gegensätzliche Schwankungen nicht nur der Stimmung, sondern auch der Denkfähigkeit, Schwankungen zwischen Bewegungsarmut und Bewegungsdrang neben den paranoischen Symptomen einher. Das ist kein reines paranoisches Bild mehr. Übrigens ist auch der Verfolgungswahn nicht recht geschlossen; der Kranke knüpft überall Mißtrauen und Eigenbeziehungen an und entwickelt eine Unmenge von Beeinträchtigungsideen, die keineswegs alle systematisch zusammengeknüpft werden. Diesem, für eine manisch-depressive Psychose äußerst verdächtigen Zustandsbild ist ein ca. 4 Jahre langer Zustand von Depression und Nervosität voraufgegangen. Also ist auch die Art der Erkrankung nichts Neues, Eigenartiges. Es ist — sofern man ein manisch-depressives Irresein überhaupt anerkennt — eine manisch-depressive Psychose.

Ein dem dritten Kranken nahestehender Fall, der auch klinisch — unter der gleichen Voraussetzung — nicht anders gedeutet werden kann, ist Fall 5: ein 19jähriges Mädchen, das massenhafte Beziehungsideen aufweist. Im Vordergrund steht aber eine Versündigungsvorstellung (vielleicht noch mehr eine hypochondrische Wahnvorstellung): schwanger zu sein. Der Verfolgungswahn beschränkt sich darauf, daß andere Leute auf alle mögliche Weise Anspielungen machen, sie verhöhnen usw. Ein Wahnsystem wird nicht ausgebaut. Aus dem Rahmen eines paranoischen Zustandes fallen — wie bei Fall 3 — heraus: häufiger Affektwechsel, Redseligkeit.

Tritt in Fall 5 die hypochondrisch gefärbte wahnhafte Selbst-

erniedrigung gegenüber dem eigentlich Paranoischen in den Vordergrund, so sind es in den Fällen 4 und 6 im Gegensatz dazu *expansive*, auf schweren ekstatischen Affekten basierende Ideen.

Fall 4 ist ein typischer Fall einer in mehreren kurzen Schüben verlaufenden expansiven Autopsychose. Ein ekstatischer Affekt mit den charakteristischen Sensationen („Impuls im Herzen“) tritt anfallsweise auf, im Zusammenhange damit kommen phantastische Größenideen. Gleichzeitig lebhaft Unruhe, lautes Predigen. Außerdem finden sich manische Symptome: Weitschweifigkeit, Ideenflucht, z. T. nach Klangähnlichkeit aneinandergereihte Worte. Eine Systematisierung der zahlreichen Beziehungsideen fehlt.

Ähnlich ist Fall 6: Der ekstatische Affekt, der zweimal eine akute Steigerung erfährt, wird als innerliche Erleichterung geschildert (vgl. Wernickes hypochondrisches Glücksgefühl). Zahlreiche Weltverbesserungspläne. Der Größenwahn versteigt sich zur Vorstellung: Pat. sei Gottes Sohn. Das Paranoische besteht darin, daß Pat. den Rückgang seines Geschäfts auf die Machenschaften einer ganzen Gesellschaft, wohl der Freimaurer, zurückführt.

Diesen Kranken lassen sich noch die Fälle 18, 23 und 24 anreihen. Auch bei ihnen bestehen Verfolgungsvorstellungen mit leidlicher Systematisierung, aber es handelt sich um keine reinen paranoischen Bilder: Fall 18 ist schwer ängstlich, hat eine starke Denkhemmung (schwerfällig im Denken, macht einen fast schwachsinnigen Eindruck), seine Verfolgungsideen haben z. T. eine ausgesprochen depressive Färbung (er soll meineidig gemacht werden, wegen Betrug verurteilt werden; vgl. Fall 5!). Dann äußert er ganz phantastische Angstvorstellungen, die unzweifelhaft einen tiefen Angstaffekt zur Voraussetzung haben (sein Haus verbrenne, seine Kinder würden umgebracht, es seien Dynamitpatronen in seinem Hause gelegt). Das Paranoische an dem Fall kann m. E. nur darin erblickt werden, daß Pat. seine mannigfachen Befürchtungen in Zusammenhang bringt mit einer Gerichtsverhandlung, in der einige Personen, die ihn — kurz vor seiner Erkrankung — überfallen hatten, verurteilt worden waren. Ich würde den Fall als eine halluzinatorische Angstmelancholie bezeichnen.

Fall 23 könnte bei weiterer Fassung des Zustandsbegriffs Paranoia als Beispiel einer periodischen Paranoia gelten. Aber neben den dürftig systematisierten Verfolgungs- und Größenvorstellungen finden wir schwere selbständige depressive Affekte (Weinkampf) und vor allem plötzliche ekstatische Affektschwankungen mit „göttlichen Eingebungen“ und eine den Pat. plötzlich überkommene Gedankenfülle. Dementsprechend gestalten sich die Größenideen (zweiter Luther, Vereinigung der beiden Kirchen), und Pat. bietet weniger das Bild einer Paranoia als das einer expansiven Autopsychose wie die Fälle 4 und 6.

Bei Fall 24 endlich herrschte Angst und Ratlosigkeit. Als Erklärungsidee dazu tritt die bei schweren akuten Psychosen so ungemein häufige Vorstellung, hypnotisiert oder vergiftet zu sein, auf. Im Sinne einer Paranoia zu verwerfen ist höchstens, daß die Beeinträchtigungsvorstellungen auch nach dem Schwinden der Angst und Ratlosigkeit noch eine Weile festgehalten werden. Pat. ist übrigens nachher heiter, macht frivole Witze über ihr „seeliges Bein“, das ihr abgefahren wurde, als sie im Beginn ihrer Psychose in heller Angst aus einem Eisenbahnzuge sprang. Die manisch-depressiven Elemente dieser Psychose kann man nicht wohl übersehen.

Wenn auch in allen diesen Fällen keine reinen paranoischen Zustände vorliegen, so sind doch paranoische Momente wenigstens während der ganzen Dauer der Psychose nachweisbar.

Anders bei den folgenden Kranken 7 und 8: Dort finden wir systematisierte Verfolgungsvorstellungen in leidlicher Reinheit überhaupt nur während eines verhältnismäßig kurzen Abschnitts der Psychose: gegen Ende derselben, ähnlich wie die Trinkerhalluzinose oft durch ein paranoisches Stadium der Heilung entgegengeht. Ebensovienig wie wir die Trinkerhalluzinose wegen ihres paranoischen Stadiums — das bekanntlich auch fehlen kann — „Paranoia“ nennen, werden wir den Fällen 7 und 8 diese Bezeichnung zugestehen. Und erst recht nicht, wenn wir die dem paranoischen Stadium vorausgehenden Krankheitsphasen der beiden Fälle genauer besehen.

Der 7. Kranke machte nach jahrelanger leichter Depression einen kurzen, leider nur summarisch geschilderten Erregungszustand durch mit Verwirrtheit und Desorientierung, vielen Halluzinationen. Nun folgt ein $\frac{3}{4}$ Jahr dauerndes Stadium, in dem Pat. im Gegensatz zur anfänglichen Erregung überwiegend bewegungsarm ist, dabei oft stumm, abweisend, mit Nahrungsverweigerung und Unsauberkeit. Gleichzeitig ist Pat. desorientiert, hat sehr viele Halluzinationen, besonders Phomene, und vor allem besteht ein eigenartiger Affektzustand: Pat. zweifelt an allem, zeigt eine eigentümliche Ratlosigkeit und hält alles für unwahr, für Komödie, sogar die Brechung der Sonnenstrahlen sei nicht echt, ein starker Regen sei künstlich gemacht. Es erscheint ihm alles verändert: man verändere nachts seine Kleider, lege ihm Steine ins Bett, man mache allerlei Verkehrtes und gebärde sich so, als habe er es angeordnet. „Alles ängstigt ihn, selbst das Besprengen des Gartens.“ Er hört — als Ausdruck seiner Ratlosigkeit — widersprechende, bald befehlende, bald verbietende Stimmen¹⁾.

¹⁾ Ich darf hier wohl auf meinen Versuch hinweisen, solche Zustandsbilder mit „Unschlüssigkeit“ und „Entscheidungerschwerung“ zu analysieren. (Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen; Leipzig 1909. S. 104 u. 150). Es ergab sich mir, daß die Ratlosigkeit solcher Kranken

Erst mit dem Nachlaß der Halluzinationen, der allmählichen Wiederherstellung der Orientierung, der Wiederkehr der früheren geistigen Fähigkeiten (Pat. beschäftigt sich dann intensiv geistig), entfalten sich die schon früher bemerkten Ansätze eines Wahngebäudes zur Systematisierung der vielen Beeinträchtigungsvorstellungen, der Halluzinationen usw. Man halte ihn wegen seiner krankhaften Selbstanschuldigungen für einen Betrüger, der Anstaltsleiter wäre sein Feind und lasse ihm daher die widerwärtigste Behandlung angedeihen; man kenne seine Gedanken und antworte darauf, durchsuche seine Papiere zu Hause und benutze sie gegen ihn usw. Durch ein Stadium gehobener Stimmung hindurch erfolgte endlich die Heilung mit nahezu vollständiger Krankheitseinsicht.

Fall 8 ist sehr ähnlich: Der Krankheitsverlauf gliedert sich offenbar auch in zwei Stadien: der einleitende angstvolle Erregungszustand mit gehetztem Umherreisen erinnert außerordentlich an die akute Halluzinose der Trinker. Im folgenden, länger dauernden Stadium ist Pat. „ängstlich gespannt“, fast unbeweglich, stumm. Mehrfach ist notiert: „sagt nichts“, „oft sehr gehemmt und gespannt“ usw. Also auch eine deutliche Bewegungsverminderung. Dabei auch wie in Fall 7: Ratlosigkeit. Endlich im letzten Monat, erst mit dem Beginn der geistigen Wiederherstellung, das Auftreten eines wirklichen paranoischen Zustandes: es existiere in Württemberg eine weitverbreitete Gesellschaft seiner Verfolger, die er „an gelben Bleistiften und gelben Bärten“ erkenne. Die ganze Verfolgung sei darauf zurückzuführen, daß er einmal ein Verhältnis mit einer Schauspielerin gehabt habe.

Die noch übrigbleibenden 13 Fälle bilden dadurch eine besondere Gruppe, daß bei ihnen paranoische Wahnbildungen oder einzelne, zusammenhanglose Wahnvorstellungen in Begleitung schwerer psychomotorischer Störungen auftreten. Aus den Krankengeschichten geht mit aller Deutlichkeit hervor, daß es die psychomotorischen Symptome sind, welche allen diesen Krankheitsfällen das Gepräge geben. Es sind — um mit Wernicke zu reden — bald mehr, bald weniger reine Fälle von Motilitätspsychosen. Bald besteht die Psychose nur aus einem einzigen heftigen psychomotorischen Erregungszustand, bald folgen mehrere solche Erregungszustände in z. T. regelmäßigen Zeitabständen aufeinander, bald setzt sich die Psychose aus einem einleitenden hyperkinetischen Zustand und einer nachfolgenden akinetischen Phase zusammen. Manchmal werden die Stuporzustände mehrfach

nicht bzw. nicht allein durch Desorientierung, durch die einfache Unfähigkeit zur Auffassung äußerer Eindrücke bedingt wird, sondern daß sie überwiegend Ausdruck einer eigenartigen affektiven Störung, eben einer zweifelnden Affektlage ist, die Beziehungen zur Angst und zur ablehnenden (negativistischen) Gefühlslage besitzt.

von kürzeren Erregungen oder einzelnen impulsiven Akten durchbrochen. Die Pseudospontanbewegungen der hyperkinetischen Kranken werden z. T. sehr schön beschrieben: Die Kranken führen groteske, clownhafte, sonderbare Bewegungen aus, wiederholen rhythmisch dieselbe Bewegung (trommeln, klopfen usw.); sie verbigerieren. Auch die Kranken 7 und 8 — zeigten mindestens in ihrer zweiten Krankheitsphase, in der sie mehrfach als gehemmt, stumm, regungslos beschrieben werden, — psychomotorische Symptome.

Alle die Eigentümlichkeiten in der Verknüpfung und der Aufeinanderfolge psychomotorischer Symptome, die sich aus Thomsens Fällen ablesen lassen, sind von Wernicke schon geschildert worden. Thomsen aber nimmt nirgends Bezug auf diese klassischen Krankheits schilderungen und auf den Fortschritt, den durch sie die psychiatrische Krankenbeschreibung gemacht hat. So bleiben für ihn diese Kranken Paranoiefälle, ebenso wie sie für andere, die noch heute im wesentlichen den Meynertschen Krankheitsbeschreibungen folgen, Amentiafälle sind. Ich muß sagen, daß es mir immer noch verständlicher erscheint, wenn man als das Wesentliche an diesen Fällen mit Meynert eine „Verwirrtheit“ betrachtet, als wenn man sich an die paranoischen Züge klammert, die sich doch dem unbefangenen Leser dieser Krankengeschichten jedenfalls nicht als bestimmende Linien solcher Bilder aufdrängen.

Wenn ich die fraglichen 13 Fälle Thomsens als mehr oder weniger reine Fälle von Motilitätspsychosen anspreche, so will die Einschränkung besagen, daß die psychomotorischen Symptome nicht unkompliziert vorlagen: bald kommt neben den spezifisch-hyperkinetischen Erscheinungen eine mehr manische Bewegungsunruhe vor (z. B. Fall 21), bald halluzinieren die Kranken, und immer liegen neben den Motilitätssymptomen affektive Störungen vor: besonders oft die plötzlichen ekstatischen Affektschwankungen, die uns schon bei einigen der erstbesprochenen Fälle begegneten. Sehr häufig ist ein lebhafter, unvermittelter Affektwechsel. Wer sich mit den psychomotorischen Krankheitsbildern genauer beschäftigt, kennt das¹⁾.

Doch müssen wir auch einen Blick auf die Wahnvorstellungen werfen, die Thomsen bestimmten, die Fälle als Paranoia zu bezeichnen.

Nur in 4 von den 13 Fällen kann ich Wahnbildungen erkennen, wie sie vergleichsweise in der paranoischen Phase der Trinkerhallucinosose vorkommen. Nur in Fall 21 bestehen solche Symptome während der ganzen Dauer der Psychose: Beeinträchtigungsvorstellungen gegenüber der Herrschaft der Patientin eines Dienstmädchens und besonders gegenüber ihrer Mutter; Pat. hält sich vorübergehend für ein unter-

¹⁾ Es sei mir gestattet, auf meine Schilderung der verschiedenen Arten psychomotorischer Erregungszustände zu verweisen. L. c. S. 111 ff.

geschobenes Kind, von höherer Abkunft. Es ist das bezeichnenderweise der Krankheitsfall, bei dem eine minder schwere, teilweise mehr manische Erregung bestand.

In Fall 19 kommen erst gegen das Ende der Psychose zusammenhängende Wahnbildungen zum Vorschein, wie bei den früheren Fällen 7 und 8. In den Fällen 9 und 12 ist es umgekehrt der Beginn der Psychose, der mit zusammenhängenden Wahnvorstellungen, die später nicht mehr nachgewiesen werden können, einsetzt.

Zwei Kranke (14 und 22) bieten nur phantastische Größenideen — ohne paranoische Verarbeitung, offenbar im Zusammenhange mit ekstatischen Affekten und autochthonen Ideen (vg. Fälle 4 und 6).

In den Fällen 10, 11, 13, 15, 16, 17, 20 endlich liegen mannigfache, zusammenhanglose „konfuse“ Wahnideen, die sich — oft nur flüchtig — als Erklärungsideen an Pseudospontanbewegungen, Sensationen, Halluzinationen, autochthone Ideen anschließen, vor. Als Probe diene Fall 15: Geister seien wie Würmer durch sein Herz gezogen; ein Geist setzte ihm Würmer an die Fußsohlen, ein kleines Auge fiel auf seine Geschlechtsteile, das Äuglein lief dann 10 Minuten um seinen Hodensack herum.

Oder Fall 17, der unter Gestikulationen mit „telegraphischen Handbewegungen“ (zweifellos Pseudospontanbewegungen!) erklärt, er schleudere die Elektrizität der Erde zur Sonne, er bewege die Welt usw. Sehr oft findet sich ja bei solchen Kranken die Idee, elektrisiert oder verhext zu sein, wunderbare Kräfte zu besitzen, von Gott auserwählt zu sein. Es sind das meistens Gedanken, die gar nicht den Namen „Wahnvorstellungen“ verdienen, vielmehr plötzliche und flüchtige Einfälle, deren Zusammenhang mit den Pseudospontanbewegungen und auch mit krankhaften Sensationen sich sehr oft nachweisen läßt. Hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Wahnvorstellungen und Motilitätssymptomen steht Thomsen noch auf dem wohl überwundenen Standpunkt, daß motorische Reiz- und Hemmungserscheinungen öfters durch Wahnideen bedingt wären — und zwar findet er diese Auffassung bestätigt durch die nachträglichen Angaben der Kranken!

Infolge der Fülle und des Wechsels der Bewegungen und infolge der Buntheit eigenartiger Körperempfindungen, welche die Kranken allein schon bei ihren Bewegungen erleben, müssen die Erklärungswahnideen notwendigerweise zusammenhanglos werden. Dazu kommt die meist vorhandene Denkstörung der Kranken (die sog. Verwirrtheit), die auch eine geschlossene Wahnbildung nicht aufkommen läßt.

Das Ergebnis der Kritik der akuten Paranoia Thomsens als Zustandsbild ist also, um es noch einmal zu sagen: von den 24 Fällen verdienen nur zwei die Bezeichnung eines paranoischen

Zustandes. Es ist selbstverständlich, daß diesem Auseinanderweichen der Auffassungen grundsätzliche Verschiedenheiten in der Umgrenzung des Begriffs eines paranoischen Zustandes zugrunde liegen. Ich sehe einen Gewinn darin, wenn es gelingt, an zwei oder mehr Krankheitsbildern, die zunächst die gleichen zu sein scheinen, Unterschiede zu entdecken. Es erscheint mir als Fortschritt, wenn durch genauere Analyse die ursprünglichen, noch undifferenzierten Symptomenkomplexe immer weiter gesondert werden, bis nur wirklich Gleiches beieinander bleibt. Für die gefundenen differenzierteren Syndrome müssen natürlich, zum Zwecke der Verständigung und zur Abkürzung, bezeichnende Namen gefunden werden, so daß jedermann genau weiß, was mit jeder Bezeichnung gemeint ist. Auf jedem anderen Gebiete der Naturwissenschaft wird genau dasselbe Verfahren geübt. Es ist das „Prinzip der zureichenden Differenzierung“ Machs, dem wir ebenso folgen wie der Chemiker, der an zwei, zunächst die gleichen Eigenschaften zeichnenden Körpern Reaktionen entdeckt, die ihn in den Stand setzen, den einen vom andern zu unterscheiden. Thomsen dagegen scheint diesen Standpunkt nicht zu teilen. Er spricht bezüglich der Paranoia von der „Elastizität des Rahmens dieser Krankheitseinheit in quantitativer und qualitativer Beziehung“.

Wir kommen zum zweiten Teil der Kritik: Ist die akute Paranoia, die wir bisher nur als Zustandsbild betrachteten, eine besondere Krankheitsart? Da ich den größten Teil der Thomsenschen Fälle nicht als paranoische Zustände anerkennen kann, so werde ich mich zunächst auf die klinische Deutung jener m. E. unzutreffendweise als Paranoia bezeichneten Krankheitsfälle nicht einlassen. Die Krankheitsart — oder vielleicht die Krankheitsarten — aller dieser symptomatisch so verschiedenen Fälle aufsuchen, hieße die klinische Stellung der Angstpsychose, der expansiven Autopsychose, der Motilitätspsychosen u. a. bearbeiten — eine Aufgabe, die im Rahmen dieses kritischen Referates natürlich nicht gelöst werden kann, zumal da über alle diese Dinge noch große Unklarheit herrscht. Ich möchte besonders nicht dahin mißverstanden werden, daß ich etwa meinte, mit der Auffassung mehrerer Fälle Thomsens als Motilitätspsychosen sei eine besondere Krankheitsart, der diese Fälle dann angehörten, angegeben. Das Wort „Motilitätspsychose“ — oder wie ich vorziehe zu sagen: „psychomotorischer Erregungszustand“, „akinetischer Zustand“ — soll nur den Symptomenkomplex bezeichnen, ohne über die zugrundeliegende Krankheitsart das mindeste auszusagen.

Diejenigen Punkte in den Krankengeschichten der beiden ersten Fälle Thomsens, die beim Aufsuchen der Krankheitsart einen Anhalt geben können, sind folgende:

Fall 1. Die Mutter der Pat. litt auch an Verfolgungswahn. Die bis dahin gesunde Pat. stand im 45. Lebensjahre. (Im Beginn des Klimakteriums? Starker Blutverlust. Metrorrhagie?) Die Psychose dauerte ca. 7 Monate. Die Kranke ist seit 10 Jahren nicht wieder erkrankt. Neben dem paranoischen Symptomenkomplex kamen mehrfache heftige Angstanfälle vor. Pat. hatte, wie sie nachträglich angab, „einen starken Druck auf das Gemüt“. Ihre Verfolgungsideen erzählte die Pat. mit großer Lebhaftigkeit und belegte dieselben mit zahllosen kleinen Wahrnehmungen.

Fall 2. 46jähriger Mann. „Leicht belastet.“ Früher heiter, gesellig, arbeitete sehr viel, guter Geschäftsmann, vorzüglicher Charakter. Ungefähr 1 Jahr vor Ausbruch der Psychose periphere Facialislähmung, „die ihn sehr bedrückte“. Kurz vor Beginn der Psychose affektvolles Erlebnis (Verlobter der Tochter stellte sich als ehrlöser Charakter heraus). Nach einiger Zeit, in der Pat. infolge dieses Erlebnisses erregt und verstört war, Ausbruch der Psychose. Während des paranoischen Zustandes ist Pat. zeitweise sehr ängstlich. Starke Tagesschwankungen der Stimmung: „während er sich abends verhältnismäßig leicht ablenken läßt, sogar aufgeräumt und lustig ist, ist er tagsüber verstimmt und immer auf dem Qui vive.“ Auch im Gesamtverlauf starke Schwankungen. In der letzten Zeit der Psychose unter Nachlaß der Wahnideen auffällige allgemeine Interesselosigkeit und Apathie, ließ sich gerne trösten, war dankbar für die Bemühungen des Arztes. Nach $\frac{3}{4}$ Jahr Heilung. Seit 3 Jahren gesund.

Wahrscheinlich wird sich mancher wundern, daß ich diese beiden Fälle noch als paranoische Zustände gelten lasse. Indes übertönen doch die selbständigen affektiven Störungen, bei Fall 1 außerdem noch die große Lebhaftigkeit und die offenbar gesteigerte geistige Regsamkeit, nicht das sonst paranoische Bild.

Zweifellos aber zeigen die herausgestellten Merkmale, daß beide Kranke eine Reihe von Eigentümlichkeiten mit den manisch-depressiven Psychosen gemeinsam haben. Die Frage nach der Krankheitsart reduziert sich eigentlich auf die Frage: Ist der paranoische Zustand hier Erscheinungsform eines manisch-depressiven Irreseins oder einer selbständigen Erkrankung?

Thomsen kommt für die Gesamtheit seiner Kranken zu dem Ergebnis, daß die akute Paranoia eine idiopathische, vom manisch-depressiven Irresein verschiedene Erkrankung sei.

Wir fragen zuerst nach den Kennzeichen dieser besonderen Krankheitsart selbst — sodann nach ihrer Unterscheidung vom manisch-depressiven Irresein.

Ätiologie, Symptomatologie, Verlauf und Ausgang der mitgeteilten Fälle sollen beweisen, daß die akute Paranoia eine selbständige Erkrankung sei (S. 900).

Die Ätiologie kann es aber nicht sein, die Thomsens Kranke zu einer einheitlichen Gruppe zusammenschließt, denn wie Thomsen selbst sagt, sind die als Ursachen angesprochenen Faktoren sehr mannigfaltig: in mehreren Fällen war überhaupt keine Ätiologie nachweisbar. Wäre Thomsen einer strengeren Begrenzung des paranoischen Zustandsbildes gefolgt, so hätte er wenigstens die erbliche Belastung als ein für die

Entstehung akut-paranoischer Bilder sehr bedeutungsvolles Moment gewonnen. Fall 2 ist „leicht belastet“. Fall 1 hat sogar eine gleichsinnige Belastung: die Mutter der Pat. litt auch an Verfolgungswahn. Da spezifisch wirkende exogene Ursachen fehlen, hätte der Schluß nahegelegen, daß die akut-paranoische Erkrankung eine endogene Psychose, Äußerung einer angeborenen, möglicherweise sogar (vgl. Fall 1!) gleichsinnig vererbten Veranlagung sei. Die relativ kurze Dauer und der Ausgang in Heilung sind Eigenschaften, welche die akute Paranoia Thomsens mit anderen Psychosen teilt; jedenfalls erlauben sie keinen Schluß auf eine besondere Krankheitsart. Die Frage der Wiedererkrankung ist damit noch nicht erledigt, daß Fall 1 10 Jahre, Fall 2 3 Jahre lang gesund geblieben ist. Die übrigen Fälle können, da sie keine paranoischen Zustände sind, zur Entscheidung dieser Frage nichts beitragen.

Thomsen vermag also die Eigenart der akut-paranoischen Erkrankung aus Eigentümlichkeiten, die außerhalb des paranoischen Symptomenbildes selbst liegen, nicht zu begründen. Übrigens mangelt Thomsens Ausführungen über die Idiopathie der akuten Paranoia die klare Fragestellung: Weder wird die grundsätzliche Frage zu entscheiden gesucht, ob die akute Paranoia eine exogene oder eine endogene Erkrankung sei (bald soll nach Thomsen erbliche Belastung, bald sollen äußere Schädigungen: Unterernährung, Blutverluste und dergartiges die Ursachen abgeben), noch wird gefragt, ob die akute Paranoia eine Reaktion disponierter Individuen auf affektvolle Erlebnisse sei, oder ob sie rein aus inneren Anstößen entstehe. Wie Thomsen über diese Punkte denkt, geht daraus hervor, daß er die akute Paranoia bald die Folge von Sorgen, Kummer, Verdruß sein läßt, bald hervorhebt, daß derartige psychische Ursachen nicht vorgelegen hätten. So spricht er sich denn auch dafür aus, Wernickes „circumscripse Autopsychosen auf Grund überwertiger Idee“, d. h. also Psychosen, deren Krankheitsart durch die psychogene Entstehung bestimmt wird, mit anderen Krankheitsbildern, in denen der Entstehungsmodus ein völlig anderer ist, zu der „Krankheit“ akute Paranoia zu vereinigen. Es sei nochmals gesagt, daß eine auf solche Weise begründete Krankheitsart eben keine Krankheitsart, sondern nur ein Symptomenkomplex ist.

Jedoch sagt das von Thomsen beigebrachte Tatsachenmaterial mehr aus als Thomsens theoretische Bemerkungen. Die Krankengeschichten 1 und 2 erweisen, daß jene beiden akut-paranoischen Zustände auf dem Boden krankhafter Veranlagung erwachsen und auf innere Anstöße hin ausbrachen.

[Die Psychose des zweiten Kranken ist, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, nicht die psychogene Reaktion auf das affektvolle Erlebnis, das der Kranke kurz vor seiner Erkrankung durchmachte.]

So bleibt schließlich nur das Zustandsbild selbst übrig, aus dem Thomsen etwa noch die Eigenart seiner akut-paranoischen Erkrankung ableiten könnte. Daß es grundsätzlich anfechtbar und praktisch äußerst schwierig ist, aus dem Zustandsbilde auf die Art der zugrundeliegenden Erkrankung zu schließen, oder gar eine neue Krankheitsart zu erschließen, weiß jedermann. Dasselbe Zustandsbild, besonders auch ein paranoischer Zustand, kann ja bei ganz verschiedenen Erkrankungen vorkommen. In vorliegendem Falle könnten höchstens Symptome, die neben den eigentlich paranoischen Erscheinungen einhergehen, Anhalt zur klinischen Auffassung der Fälle geben. Wir sagten schon, daß die Begleitsymptome in Thomsens Fällen solche sind, wie sie bei manisch-depressiven Erkrankungen beobachtet werden. Andererseits kommen bei manisch-depressiven Erkrankungen sicher gelegentlich paranoische Zustandsbilder vor. Und nicht nur das: Specht hat gezeigt, wie durch eine Mischung manischer und depressiver Symptomenreihen paranoische Zustandsbilder entstehen können. Dies ergibt sich übrigens auch als notwendige Folgerung aus der Lehre von der Affektgenese der Verfolgungs- Grössen- und Kleinheitsvorstellungen. Thomsen beweist selbst mit zwei schönen Krankengeschichten, daß paranoische Zustände bei Manisch-Depressiven vorkommen können. Der erste Fall betrifft eine zirkuläre Dame, die neben zirkulären Schwankungen ein festes System aus Größen- und Verfolgungs-ideen besitzt — als Residuum einer der ersten Anfälle ihres Leidens. Die zweite Kranke ist eine ebenfalls zirkuläre Dame, deren einer Krankheitsanfall unter dem Bilde einer „akuten Paranoia“ verlief.

Thomsen schließt nun so:

Bei der Erkrankung manisch-depressives Irresein kommen gelegentlich auch paranoische Symptome vor.

Bei der Krankheit akute Paranoia kommen manische und depressive Symptome vor.

Aber: Beide Krankheiten sind trotzdem verschieden.

Dieser Schluß wäre berechtigt, wenn aus anderen Gründen als solchen der Symptomatologie — die ja, wie man nun sieht, keine Unterscheidung der beiden Krankheiten zuläßt — die Verschiedenheit der „Krankheiten“ akute Paranoia und manisch-depressives Irresein schon feststände. Wir sahen aber, daß davon keine Rede ist. Also ist jener Schluß nicht berechtigt. Unter den gegebenen Voraussetzungen ist nur ein Schluß möglich: die akut-paranoischen Erkrankungen Thomsens (d. h. Fall 1 und 2) sind Äußerungen manisch-depressiven Irreseins.

Die Voraussetzungen dieses Schlusses liegen indessen nicht nur auf der Seite der akuten Paranoia, sondern ebenso auf seiten des manisch-

depressiven Irreseins. D. h. der Schluß gilt nur, solange man die Existenz einer Krankheitsart „manisch-depressives Irresein“ durch diejenigen Gründe für erwiesen erachtet, auf welche Kraepelin und noch folgerichtiger neuerdings Specht, Wilmanns und Dreyfus diese Krankheitsart gebaut haben. Und worauf gründet sich danach die Krankheitsart „manisch-depressives Irresein“? Auch nur auf Symptomatologie — abgesehen davon, daß man das manisch-depressive Irresein allgemein als eine endogene Krankheitsart betrachtet, womit natürlich die Art der Erkrankung nicht scharf bestimmt wird, da es ja noch eine Reihe anderer endogener Erkrankungen gibt. Rein auf Symptomatologie, d. h. auf die angeblich spezifischen manisch-depressiven Symptome gründet sich diese Krankheitsart, nachdem Besonderheiten im Verlauf (wiederholtes, periodisches oder zirkuläres Auftreten) ebensowenig mehr entscheidend sind wie die begrenzte Dauer des einzelnen Krankheitsanfalls und das Ausbleiben geistigen Verfalls. Man diagnostiziert jetzt manisch-depressives Irresein auch bei nur einmaliger Erkrankung, bei akuten Psychosen und bei habituellen Zuständen; z. B. der konstitutionellen Erregung (Spechts gestreckte Verlaufsformen). Der Eintritt einer gewissen Verstumpfung schließt die Diagnose einer manisch-depressiven Erkrankung nicht aus. Wilmanns rechnet zu den zylothymischen, d. h. manisch-depressiven Verstimmungen, nicht nur die rein von innen herauskommenden Schwankungen, sondern auch solche, die sich als Reaktionen an psychische Schädigungen, besonders Kummer und Sorgen, anschließen.

Bei dieser rein symptomatologischen Bestimmung der Krankheitsart manisch-depressives Irresein war es nicht nur begreiflich, sondern logisch geboten, die chronische Paranoia im Sinne Kraepelins (einschl. des Querulantenwahnsinns) in das manisch-depressive Irresein aufzunehmen. Im paranoischen Zustandsbilde können manisch-depressive Grundsymptome unschwer nachgewiesen werden und vom Standpunkte der symptomatologischen Auffassung des manisch-depressiven Irreseins läßt sich dann nichts Stichhaltiges gegen die Auffassung der paranoischen Zustände als einer Art manisch-depressiver Mischzustände einwenden.

Ebenso wie die chronische Paranoia müssen dann auch akut-paranoische Erkrankungen von den Eigentümlichkeiten der Thomsenschen Fälle 1 und 2 als Erscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins betrachtet werden.

Wer aber durch seine Krankheitsbeobachtungen zur Überzeugung gebracht wird, daß die manisch-depressiven Kardinalsymptome — und nicht nur diese einzeln, sondern auch manische und depressive Symptomenkomplexe auch bei Kranken vorkommen, die z. B. als Paralytiker, Senile, Epileptiker, Hysteriker sicher an ganz anderen Krankheitsarten leiden, als die sog. manisch-depressiven Kranken, der weiß

nicht mehr, woraus er denn noch schließen soll, daß allen den nach Entstehung, Verlauf, Ausgang und jeweiliger Gestaltung des Symptomenbildes so verschiedenen Erkrankungen, die als manisch-depressives Irresein bezeichnet werden, immer dieselbe Krankheitsart zugrunde liege, daß alle diese Krankheitsbilder Äußerungen eines und desselben Krankheitsvorganges seien — vergleichbar den mannigfachen Zustandsbildern, welche der eine und derselbe Krankheitsvorgang der progressiven Paralyse zeitigt.

Aber auch die symptomatologische Übereinstimmung aller der zum manisch-depressiven Irresein gerechneten Zustandsbilder mit manischen und depressiven Symptomengruppierungen ist in Wirklichkeit nicht nachgewiesen. Z. B. kann man gewisse hypochondrische Zustandsbilder, viele „Motilitätspsychosen“ ebensowenig als atypische manisch-depressive Symptomenkomplexe oder als manisch-depressive Mischzustände deuten, wie gewisse ekstatische und delirante Erkrankungsformen, die — wie man aus Kraepelin's Schilderung entnehmen muß — sämtlich als manisch-depressive Psychosen angesehen werden. Alle diese verschiedenartigen Zustandsbilder könnten nur auf dem Wege einer sehr erweiterten Begriffsbestimmung manischer und depressiver Symptome selbst mit manisch-depressiven Symptomenmischungen zur Deckung gebracht werden. Aber was hat z. B. der Begriff „psychomotorische Erregung“ noch für einen Sinn, wenn er den geordneten Beschäftigungsdrang des besonnenen Maniakus ebenso umfaßt wie die maschinenmäßigen, z. T. an choreatische und athetotische Zuckungen erinnernden Bewegungen katatonisch erregter Kranker. Wir können zwar auf dem Wege einer solchen Begriffsverwässerung leicht dazu gelangen, fast alle akuten Psychosen als manisch-depressive Mischzustände zu deuten. Aber das ist doch ein reines Gedankenspiel. Die klinischen Beobachtungen fügen sich dem nicht.

Somit kann das manisch-depressive Irresein als Krankheitsart nicht als bewiesen gelten. Dann aber hat das manisch-depressive Irresein von der „Paranoia acuta“ nichts voraus. Weder die eine noch das andere ist als Krankheitsart erwiesen. Es hat dann gar keinen Sinn, zu streiten, ob die Paranoia acuta gegenüber dem manisch-depressiven Irresein eine selbständige Erkrankung darstelle oder nicht. Eine wissenschaftliche Diskussion ist dann nur noch möglich darüber, ob paranoische Zustände in jedem Falle sich restlos in gemischte manische und depressive Symptomenreihen zerlegen lassen oder nicht.

Die psychiatrische Forschung kann aber ihr Endziel nicht darin sehen, nur die Symptomenkomplexe festzustellen und zu analysieren, wie es Hoches pessimistische Meinung zu sein scheint — sondern sie wird trotz allen Schwierigkeiten und trotz allen entmutigenden Fehlgriffen immer wieder versuchen, zu den Krankheitsarten vorzudringen.

Wenn es nicht gelingt, an der Hand der symptomatologischen Übereinstimmungen und Unterschiede zu wirklichen Krankheitsarten zu kommen, so muss man sich nach anderen Richtpunkten umsehen.

Da bietet sich uns zunächst die endogene Grundlage der Krankheitsbilder, um die es sich hier handelt: die Tatsache, daß die fraglichen Krankheitsbilder Äußerungen einer oft gleichsinnig vererbten abnormen Veranlagung sind, daß sie nicht wie die progressive Paralyse, das Delirium tremens u. a. durch exogene Gehirnschädigungen verursacht werden.

Ein zweites ist das autochthone¹⁾ Auftreten der einzelnen Krankheitsanfälle. Dies Merkmal des autochthonen Auftretens haftet den periodischen, den unregelmäßig wiederholten, sowie den vereinzelt Manien und Melancholien an.

Autochthon auftretende Psychosen sind aber auch zahlreiche unter dem Bilde der Wernickeschen Motilitätspsychosen verlaufende Erkrankungen, ferner ein Teil der von Wernicke als „expansive Auto-psychose“ unterschiedenen Fälle, endlich ein Teil der rein hypochondrischen Erkrankungen (Wernickes Somatopsychosen) — Fälle, die nicht einfach den Depressionszuständen eingereiht werden dürfen. Es gibt unzweifelhaft noch mehr symptomatisch verschiedene endogene Erkrankungen mit dem Merkmale des autochthonen Auftretens; z. B. kommen nichtalkoholische, halluzinoseartige Erkrankungen auf der Grundlage einer autochthonen Labilität vor. Ich beobachtete einen Nichtalkoholiker mit mehreren rasch aufeinanderfolgenden Krankheitsanfällen halluzinoseartigen Gepräges. Sie können anscheinend alle nicht nur einmal, sondern mehrmals — wie die periodischen und die aperiodischen Manien — auftreten.

Wir können sagen: Die Menschen, die an einer dieser Psychosen ein- oder mehrmals erkranken, besitzen eine angeborene Labilität jeweils verschiedener psychischer Mechanismen, die sich in autochthonen Schwankungen äußert. Es gibt mehrere, mindestens symptomatisch verschiedene autochthon-labile Konstitutionen. Manches spricht dafür, daß die symptomatologisch verschiedenen Konstitutionen sich auch verschieden verhalten hinsichtlich der Verlaufsweise der Krankheitsanfälle. Am häufigsten und wichtigsten sind die verschiedenen Weisen, nach denen sich die „manische Labilität“ und die „melancholische Labilität“ — wenn ich mich kurz so ausdrücken darf — in einem und demselben Menschen zusammenfinden. Hier

¹⁾ Man muß, um das Auftreten des einzelnen Krankheitsanfalles aus inneren Ursachen zu bezeichnen, nach einem neuen Wort suchen. Das Wort „endogen“, das auch in diesem Sinne gebraucht wird, ist schon vergeben, es bezeichnet die innere Veranlagung überhaupt. Auch die Hysterie z. B. ist eine endogene Erkrankung, ihr einzelner Anfall aber ist nicht „autochthon“, sondern reaktiv (vgl. u.).

ergeben sich zwei Gruppen, in deren einer bald manische bald melancholische Phasen, aber jede für sich auftreten; bei regelmäßigem Wechsel der beiden Phasen erhalten wir die altbekannte zirkuläre Form der Verknüpfung manischer und melancholischer Labilität. In der andern Gruppe stehen krankhaft veranlagte Naturen, die so disponiert sind, daß die autochthonen Schwankungen der beiden labilen Komplexe stets gleichzeitig erfolgen. Das sind die Menschen, die immer anmanisch-melancholischen Mischzuständen erkranken. Und hierher gehören auch die Individuen, die in akut-paranoischer Form ein- oder mehrmal in ihrem Leben erkranken.¹⁾ Wenn wir durch eine genaue Analyse des paranoischen Symptomenkomplexes nachweisen können, daß im paranoischen Zustande jeweils manische und depressive Elemente stecken, daß sich das paranoische Bild aus dem Zusammentreffen der beiden Symptomenreihen ergibt, — so beseitigt dies Ergebnis der rein symptomatologischen Analyse nicht die andere Tatsache, daß die angeborene Disposition einzelner Menschen, gerade in paranoischer Form ein- oder mehrmal zu erkranken, eine durchaus eigenartige Veranlagung ist, die sich scharf abhebt von der Disposition anderer Kranken, zirkuläre Schwankungen durchzumachen oder nur melancholische Anfälle zu erleiden. Es wird uns aber nicht wundern, wenn wir autochthon auftretenden Krankheitsbildern begegnen, in denen neben paranoischen Gebilden selbständige Affektschwankungen bald nach der heiteren, bald nach der depressiven Seite stärker hervortreten. Solche Erkrankungen sind Thomsens Fälle 3, 4, 5, 6, 18, 23 und 24. Daß sich die verschiedensten degenerativen Veranlagungen in wechselndster Weise und in mannigfachster Abstufung miteinander mischen, ist ja eine Tatsache, die uns im Gebiete der degenerativen Erkrankungen auf Schritt und Tritt begegnet; — eine Tatsache, die zuerst auf neurologischem Gebiet durch Jendrassik Beachtung gefunden hat.

Zwei verschiedene Dispositionen vereinigen sich auch in denjenigen Individuen, die im Laufe ihres Lebens bald hyperkinetische, bald akinetische Zustände durchmachen. Auch unter den Konstitutionen, die zu Schwankungen der psychomotorischen Sphäre, bald im Sinne der Hyperkinese, bald im Sinne der Akinese neigen, gibt es — wie bei den „manisch-melancholisch Veranlagten“ —, eine besondere Gruppe von Kranken, die sich durch die regelmäßige Aufeinanderfolge gegensätzlicher Phasen als Fälle mit „zyklisch-psychomotorischer Labilität“ herausheben (Wernickes zyklische Motilitätspsychosen).

Noch komplizierter ist die degenerative Veranlagung derjenigen, bei denen sowohl die psychomotorische Sphäre wie der manische und der

¹⁾ Fälle von Ziehen, Gierlich, Friedmann und Bleuler beweisen das Vorkommen periodischer bzw. wiederholter paranoischer Erkrankungen. Vgl. Böge, Die periodische Paranoia, Archiv f. Psych. 43.

melancholische Komplex „autochthon-labil“ sind. Bei den Motilitätspsychosen Wernickes findet man nicht selten neben den psychomotorischen Störungen manische oder auch melancholische Symptomenkomplexe. So treten denn auch paranoische Gebilde gelegentlich bei Psychosen auf, die vornehmlich durch psychomotorische Symptome gekennzeichnet sind. Damit gewinnen wir ein klinisches Verständnis für Thomsens Fälle 7, 8, 14, 19, 21 und 22.

Bisher haben wir nur von denjenigen krankhaften Konstitutionen gesprochen, bei denen bald dieser bald jener Komplex psychischer Funktionen „autochthon-labil“ ist.

Bei einer anderen Gruppe abnorm Veranlagter findet sich keine Neigung zu autochthonen Schwankungen, sondern eine von Kindheit an bestehende dauernde Gleichgewichtsverschiebung, z. B. im Sinne einer hypomanischen, einer depressiven, oder auch einer dauernd mißtrauisch-paranoischen Veranlagung.

Endlich kennen wir Menschen, die bis zu einem gewissen Zeitpunkt gesund, dann autochthon eine Verschiebung im seelischen Gleichgewicht erleben, die sich nicht mehr ausgleicht — ohne daß man von Verblödung sprechen könnte. Ich denke da z. B. an Frauen, die bis zum Klimakterium gesund, dann melancholisch werden und es bis an ihr Lebensende bleiben. Häufiger sind Kranke, besonders Frauen, die zur Zeit der sexuellen Involution paranoisch werden und bis zum Tode Paranoiker bleiben, — Fälle, die von der Dementia paranoides Kraepelins durchaus verschieden sind.

Alle diese verschiedenen Typen degenerativer Erkrankungen können sich in mannigfaltiger Weise miteinander verbinden. So z. B., daß eine konstitutionell depressive Frau im Klimakterium in eine nicht mehr heilende Melancholie verfällt u. a.

An die Stelle des manisch-depressiven Irreseins könnten also verschiedene Arten abnormer seelischer Veranlagung gesetzt werden, die sich einmal unterscheiden nach Besonderheiten des Auftretens und des Ablaufs der jeweiligen Krankheitserscheinungen (1. autochthone, zeitlich begrenzte Schwankungen; 2. sich nicht wieder ausgleichende Schwankungen; 3. von Anfang an bestehende, dauernde Gleichgewichtsverschiebungen), und die andererseits darin verschieden sind, daß hier dieser, dort jener Komplex psychischer Funktionen es ist, der in einem Falle autochthon-labil ist, im andern Falle von Kindheit an und in wieder anderen Fällen erst von einer bestimmten Lebensphase ab eine krankhafte Betonung zeigt.

Man kann nicht reden von einem Krankheitsvorgang des manisch-depressiven Irreseins, wie man berechtigt und genötigt ist, von einem

Krankheitsprozeß der progressiven Paralyse — oder um im Bereich der endogenen Geistesstörungen zu bleiben — von einem Krankheitsvorgang der *Dementia praecox*, der senilen Demenz zu sprechen. Es ist nicht so wie bei jenen Krankheitsarten, daß ein in jedem Falle gleicher Krankheitsprozeß bald diese, bald jene Gehirnteile befiele, einmal dies, einmal jenes manisch-depressive Zustandsbild hervorrufend. Es handelt sich bei jenen Geistesstörungen, die die Hauptmenge der sonst dem manisch-depressiven Irresein zugerechneten Erkrankungen ausmachen, um abnorme Veranlagungen auf verschiedenen Teilgebieten des seelischen Geschehens. Die abnorme Veranlagung desselben psychischen Funktionenkomplexes kann aber wieder eine verschiedene sein, indem derselbe Funktionenkomplex einmal zu autochthonen Schwankungen disponiert ist, ein anderes Mal von Anfang an, ein drittes Mal von einer bestimmten späteren Lebensphase ab krankhaft betont ist.

Die Art und Weise des Auftretens und des Ablaufs der seelischen Gleichgewichtsverschiebungen bei diesen degenerativen Veranlagungen ist trotz aller Verschiedenheit untereinander doch in jedem Falle eine andere als z. B. bei den hysterischen und psychogenen Geistesstörungen.¹⁾ So bilden die besprochenen Typen der Entartung wohl eine locker zusammengehaltene Gruppe, die von anderen Typen der Entartung sich abscheidet — aber für diese Gruppe nun etwa den Namen manisch-depressives Irresein beizubehalten, das würde die Unklarheiten nicht nur bestehen lassen, sondern vermehren.

Zwei wesentliche Unterschiede dieses Systems von Erkrankungen

¹⁾ Es gilt jetzt, die inneren Gründe aufzuklären, die bei dem Autochthon-Labilen den Anstoß zur Schwankung geben. Daß physiologische periodische Vorgänge im Organismus, daß die Veränderungen der Blutzusammensetzung bei der Menstruation, der Gravidität, im Puerperium und bei der Laktation hier eine Rolle spielen, ist mehr als wahrscheinlich. Bei den im Klimakterium einsetzenden und sich nicht wieder ausgleichenden Gleichgewichtsverschiebungen (z. B. klimakterische Paranoia) muß ebenfalls an Veränderungen im Bereich der inneren Sekretionen gedacht werden. Die Untersuchungen von Pötzl, Eppinger und Hess*) über vagotonische und sympathikotonische Reaktionen bei Manisch-Depressiven geben hier Ausblicke in ein Neuland der Forschung. Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Abgrenzung der autochthon-labilen Konstitutionen von den periodischen und zirkulären Psychosen, die im Anschluß an Schädelverletzungen, Apoplexien und andere Gehirnerkrankungen (besonders *Lues cerebri*) auftreten (Pilcz, Cl. Neisser, Hoppe, Ziehen u. a.). Auch bei der progressiven Paralyse und — wie ich kürzlich beobachten konnte — bei der Epilepsie kommen manchmal zirkuläre Schwankungen in der psychomotorischen Sphäre und solche im Sinne manischer und depressiver Zustände vor. — Schwankungen, die nicht unmittelbar durch den krankhaften Gehirnvorgang verursacht sein können, sondern bei denen der krankhafte Gehirnvorgang gewisse psychische Funktionenkomplexe nur labil macht.

*) Wiener klin. Wochenschr. 23. 1910.

gegenüber dem sog. manisch-depressiven Irresein möchte ich nochmals hervorheben:

Diese Gruppe von endogenen Erkrankungen vermag ohne Zwang Symptomenbilder in sich aufzunehmen, die — wie Motilitätspsychosen, delirante Zustände, hypochondrische Zustandsbilder — nur mittels einer gewaltsamen Umprägung des Begriffs „manisch“ und „melancholisch“ einem „manisch-depressiven Irresein“ eingefügt werden können. Das einzelne, von Fall zu Fall so mannigfache Symptomenbild kommt dann mehr zu seinem Recht. Mußte doch die Verschiedenartigkeit der Zustände notwendig vernachlässigt werden, wenn die Aufmerksamkeit vornehmlich den etwa beigemengten manischen oder depressiven Symptomen zugewandt war.

Diese Gruppe von endogenen Erkrankungen ist aber andererseits enger als das manisch-depressive Irresein, indem von ihr z. B. Verstimmungszustände, die nicht autochthon, sondern reaktiv entstanden, ausgeschlossen sind.

Dies nötigt dazu, noch mit wenigen Worten auf die Gruppe der hysterischen und der Hysterie verwandten degenerativen Veranlagungen einzugehen.

Auch auf diesem Gebiete sind nicht Symptome bestimmend für die Art der Erkrankung, sondern Eigentümlichkeiten des Auftretens derselben. Der reaktive Charakter der Störungen kennzeichnet die hysterischen (nervösen und psychischen) Attacken, — aber nicht nur die hysterischen, sondern noch mehrere andere, ohne körperliche hysterische Symptome verlaufende Psychosen (z. B. die Haftpsychosen, Wernickes circumscribed Autopsychosen durch überwertige Ideen). Wir gewinnen so eine große Gruppe der reaktiv-labilen Konstitutionen. Diese können untereinander auch wieder in Unterformen geschieden werden, je nach den nervösen oder psychischen Symptomenkomplexen, die in den einzelnen Individuen „reaktiv-labil“ sind. (Kranke mit einer sich auf körperliche Innervationsvorgänge — z. B. Vasomotilität — beschränkenden Labilität, Kranke mit rein affektiver Labilität, solche mit der Disposition zu Dämmerzuständen und anderen akuten psychischen Erkrankungen, solche mit der Neigung zur Entwicklung länger dauernder umschriebener Wahnbildungen unter der Wirkung affektvoller Erlebnisse). Von den zuerst besprochenen Entartungsformen der autochthon-labilen Veranlagungen, den ab origine und den von einem bestimmten späteren Zeitpunkt ab Veränderten trennen sich die reaktiv-labilen Veranlagungen grundsätzlich durch eben den reaktiven Charakter ihrer Krankheitsanfälle.

Das einzelne Symptomenbild kann bei Reaktiv-labilen und bei Autochthon-labilen dasselbe sein. Es gibt reaktive Depressionen und autochthon entstehende Melancholien. Es gibt akut-paranoische Er-

krankungen als Reaktionen auf seelische Erschütterungen, ebenso wie eine „akute Paranoia“ als autochthone Schwankung eines in diesem Sinne konstitutionell disponierten Menschen vorkommt. Die notwendige begriffliche Scheidung autochthon-labiler und reaktiv-labiler Konstitutionen hindert aber keineswegs, hier — wie auf so vielen anderen Gebieten der degenerativen Erkrankungen — anzuerkennen, daß in einem und demselben Menschen sich manchmal eine autochthon-labile und eine reaktiv-labile Veranlagung zusammenfindet. Ich habe selbst eine ganze Anzahl teils manischer, teils melancholischer, teils psychomotorisch erregter Kranker gesehen, die überdies reaktiv auslösbare körperliche Symptome (sog. hysterische Symptome) boten. Durch eine Verbindung reaktiver und autochthoner Labilität klären sich auch die Zyklothymen Wilmanns und die Reisschen Fälle von konstitutioneller Depression, die reaktive Schwankungen ihrer Stimmungslage aufwiesen.

Die Kritik der „akuten Paranoia“ ist in eine Kritik des manisch-depressiven Irreseins ausgelaufen.

Es bleibt noch übrig, diesen Versuch in den Zusammenhang der anderen Kritiken, die das manisch-depressive Irresein in letzter Zeit erfahren hat, einzufügen.

Bumkes¹⁾ Kritik zeigte, daß dem erweiterten manisch-depressiven Irresein unmöglich ein einheitlicher Krankheitsprozeß zugrunde liegen könne. Sie bleibt aber dabei stehen, daß Manie, Melancholie, Paranoia, Hysterie usw. Spielarten der ererbten nervösen Entartung seien. Sie schreitet nicht zur Bildung höherer, sehr wohl abgrenzbarer Gruppen unter den Entarteten fort.

Reiss²⁾, der sich Bumkes Kritik anschließt, versucht eine Gruppenbildung und trennt die konstitutionelle Depression von der zirkulären Veranlagung.

Alzheimer³⁾ hält an einem manisch-depressiven Irresein fest, aber der Schwerpunkt in der Begriffsbestimmung des manisch-depressiven Irreseins ist bei ihm von der Symptomatologie auf die Merkmale der Entstehung der Krankheit und des Auftretens der Krankheitsanfälle verschoben. Er bestimmt das Wesen der manisch-depressiven Veranlagung als „die Neigung, von innen heraus abnorme Gemütslagen zu entwickeln“. Er stellt dem die hysterische Veranlagung gegenüber mit ihrer starken Abhängigkeit von äußeren Einwirkungen. Aus diesen Unterschieden — nicht so sehr aus der Verschiedenheit der Symptombilder — schließt Alzheimer auf eine Wesensverschiedenheit beider „Stämme der Entartung“.

¹⁾ Gaupps Centralbl. 1909.

²⁾ Diese Zeitschrift 2, 3, 4. 1910.

³⁾ Diese Zeitschrift 1, 1. 1910.

Die kritischen Ergebnisse, welche sich auf die akute Paranoia beziehen, seien zum Schluß noch einmal hingestellt:

Eine Krankheitsart „akute Paranoia“ ist durch Thomsen nicht nachgewiesen. Abgesehen von akut-paranoischen Zustandsbildern als Erscheinungsformen verschiedener wohlcharakterisierter Krankheitsarten (z. B. Paralyse, senile Gehirnerkrankung, alkoholische und andere Gehirnvergiftungen, Dementia praecox) werden akute paranoische Erkrankungen als Äußerungen zweier verschiedener abnormer Konstitutionen beobachtet:

1. Menschen mit reaktiv-labiler Veranlagung können in Reaktion auf affektvolle Erlebnisse (z. B. Verurteilung, Untersuchungs- und Strafhafte, getäuschte Hoffnungen u. ä.) in akut-paranoischer Form erkranken.

2. Unter der Gruppe der autochthon-labil Veranlagten bilden die Individuen mit der Disposition zu akut-paranoischen, ev. periodisch-paranoischen Erkrankungen eine besondere Abteilung.