Über Genese der Wahnideen, deren sekundäre Beeinflussung durch anderweitige psychische Faktoren, sowie einiges über die klinische Stellung der mit Wahnideen einhergehenden Erkrankungen.

Von
Dr. Wilhelm Stöcker,
Nervenarzt.

(Eingegangen am 10. April 1919.)

Jede klinische Abhandlung über das Wesen der sogenannten Wahnideen hat naturgemäß auszugehen von der Begriffsbestimmung derselben. Wir legen als Ausgangspunkt für die Besprechung des Begriffs der Wahnideen in unseren folgenden Betrachtungen die von Stransky in seiner allgemeinen Psychiatrie gegebene Begriffsbestimmung zugrunde, die der allgemein anerkannten Anschauung darüber entsprechen dürfte. Diese lautet: „Wir verstehen unter Wahnideen krankhaft bedingte, auf irrationalen oder fehldeutigen Voraussetzungen aufgebaute Urteile und Schlüsse, deren Kennzeichen in ihrer während des Bestehens der sie erzeugenden krankhaften Bedingungen grundsätzlichen Unkorrigierbarkeit gegenüber sei es autochthon sich erhebenden, sei es von außen her geltend gemachten logischen Einwänden besteht.“

Nehmen wir diese Begriffsbestimmung näher unter die Lupe, so gehört zur Bildung einer Wahnidee zunächst eine Voraussetzung, die jedoch irrational oder fehldeutig sein muß. Diese Voraussetzung kann gegeben werden einmal durch eine verkannte oder fehlgedeutete reale Wahrnehmung oder Beobachtung oder eine ebenso fehl ausgedeutete oder verkannte Vorstellung. Dazu gehört ferner, daß sich an diese fehlerhaften Voraussetzungen falsche Schlüsse und Urteile anknüpfen. Und drittens gehört dazu, daß diese falschen Urteile und Schlüsse prinzipiell unkorrigierbar sein müssen allen logischen Einwänden von innen und außen gegenüber, wenigstens solange als die die Wahnideen erzeugenden krankhaften Bedingungen anhalten. Ein anderes wesentliches Kriterium der Wahnidee, auf das hingewiesen zu haben, besonders das Verdienst von Specht ist, ist der jeder Wahnidee eigene egozentrische Charakter. Doch ist damit nicht gesagt, daß überall da, wo ein egozentrischer Charakter vorliegt, auch eine Wahnidee vorliegen muß. Im Gegenteil sehen wir auch bei einfachen Irrtümern, die wir

nicht als Wahnidee zu bezeichnen das Recht haben, häufig diesen egozentrischen Charakter. Somit kommt dem egozentrischen Charakter der Vorstellung für die Feststellung einer Wahnidee nur ein beschränkter, mehr negativer als positiver Wert zu, insofern als wir bei Vorhandensein dieses egozentrischen Charakters immer an eine Wahnidee denken müssen, während wir eine solche beim Fehlen desselben ohne weiteres ausschließen können.

Nach dem bisher Gesagten ist es demnach allein die krankhaft bedingte Unkorrigierbarkeit, die die Wahnideen von ähnlichen Vorgängen in der Normalpsyche, die wir als Irrtümer und Trugschlüsse bezeichnen, unterscheidet. Falsche Wahrnehmungen und falsch gedeutete Vorstellungen, die zu Trugschlüssen auch egozentrischen Charakters führen können und müssen, kommen in dem Leben der Normalpsyche häufig vor, diese aber unterliegen nach mehr oder minder kurzer Zeit der Korrektur, sei es durch logische Einwände, die die eigene Verstandestätigkeit aufbringt, sei es durch solche, die von anderen Personen geltend gemacht und von den Irrenden als richtig erkannt werden. Solange aber die falsche Voraussetzung für den Irrtum anhält, ist auch dieser unkorrigierbar. Wir sehen also, daß auch die Unkorrigierbarkeit als solche kein eigentliches Kriterium der Wahnideen ist. Als solches unbedingt erforderliches Zeichen ist schließlich also eigentlich nur die Feststellung anzusehen, daß diese Unkorrigierbarkeit bedingt wird durch krankhafte Vorgänge der psychischen Tätigkeit. Gerade aber in diesem Umstand haben wir eine große Schwierigkeit für die Feststellung von Wahnideen zu erblicken. Und zwar liegt diese Schwierigkeit darin, daß es nach der ganzen Art der psychischen Erkrankungen äußerst schwierig, vielmehr oft unmöglich ist, scharfe Grenzen zu ziehen zwischen normaler und kranker Psyche. Wir wissen, daß es zwischen beiden viele sogenannte Grenzfälle gibt, die von der gesunden zur kranken Psyche fließend hinüberleiten, ohne daß sich eine scharfe Markscheide ziehen ließe. Danach leuchtet es auch ohne weiteres ein, daß zwischen Irrtümern und Trugschlüssen einerseits, sowie Wahnideen andererseits solche Übergänge bestehen müssen.

Als solche Übergänge wären aufzufassen und hier zu erwähnen, die bei stark affektiv veranlagten Menschen oft anzutreffende Verbohrtheit in gewisse affektiv stark betonte Vorstellungen, die sich durch keinerlei logische Einwände zu einer Korrektur bestimmen lassen. „Verblendetsein“ nennt man im allgemeinen Sprachgebrauch ein solches Verhalten und gibt damit ein treffliches Bild der Vorgänge. Man will damit sagen, daß es den betreffenden Personen durchaus nicht an der Fähigkeit des Sehens, in diesem besonderen Fall des geistigen Sehens, vielmehr des logischen Denkens gebricht, sondern daß dieses Sehen nur durch eine Blende, die mit dem Sehakt, dem logischen Denken, an und für sich

nichts zu tun hat, behindert oder aufgehoben ist. Diese Blende wird in den oben angeführten Fällen eben durch die stark affektive Betonung der Vorstellung dargestellt.

Eine solche Blende, in diesem Falle allerdings durch krankhaft bedingte psychische Vorgänge gebildet, gehört auch zur Bildung von Wahnideen.

Es handelt sich also bei der Feststellung, ob eine Wahnidee vorliegt oder nicht, letzten Endes um die Entscheidung der Frage, ob es sich um einen zunächst unkorrigierbaren Irrtum bei einer noch als normal zu bezeichnenden Persönlichkeit, oder um einen solchen durch krankhafte psychische Vorgänge bedingten Irrtum oder Trugschluß, mit anderen Worten eine Wahnidee, handelt.

Diese Schwierigkeiten der Feststellung, wie wir sie eben auseinander-gesetzt haben, werden noch vermehrt dadurch, daß auch die Zeitdauer der Unkorrigierbarkeit uns keinerlei Anhaltspunkte gewährt, denn wir kennen Wahnideen, etwa solche bei pathologischen Rauschzuständen oder kurz dauernden Dämmerzuständen, die nur wenige Stunden anhalten, während Irrtümer und Fehlschlüsse oft über Tage, ja Wochen bestehen können, bevor es zu einer Korrektur kommt.

Das einzig sichere und verlässliche Kriterium ist demnach allein die Feststellung der krankhaften Grundlage. Gerade aber über diese Frage, die Frage nach den krankhaften Ursachen der Wahnideen, bestehen in der Psychiatrie noch recht ungeklärte Begriffe, weniger wohl über die Tatsache, daß Wahnideen schließlich bei allen psychischen Erkrankungen, die wir kennen, vorkommen, was man ja täglich zu beobachten Gelegenheit hat, als vielmehr über die Frage, was für krankhafte psychische Mechanismen es sind, die letzten Endes bei der Bildung von Wahnideen in Betracht kommen.

Die wohl allgemeingültige Anschauung geht dahin, daß Wahnideen im allgemeinen sehr verschiedenartigen psychischen Mechanismen ihre Entstehung verdanken und dementsprechend auch ihre klinische Würdigkeit eine jeweils sehr verschiedenartige sein kann. Eine Reihe anderer Autoren vertritt in der neueren Zeit, so Bleuler, den Standpunkt, daß Wahnideen immer affektiven Ursprungs seien, ohne jedoch auf eine genauere Würdigung der Grundmechanismen einzugehen.

Wir werden nun im folgenden zunächst versuchen darzutun, daß nach unserer Auffassung die Grundmechanismen der Wahnideen bei allen psychischen Erkrankungen, in denen sie vorkommen, durchaus die gleichen sind, daß nämlich alle Wahnideen letzten Endes auf affektive Störungen zurückgehen, daß bei allen Wahnideen, um bei unserm obigen Bilde zu bleiben, affektive Störungen die Blende für das geistige Auge bilden, so daß die gesunde Logik nicht zur Geltung kommen kann. Und zwar werden wir versuchen, weiterhin darzutun, daß es wieder

nur eine ganz eng begrenzte Anzahl affektiver Störungen ist, die als Grundmechanismen für die Bildung von Wahnideen in Betracht kommen.

Hierzu ist gleich zu bemerken, daß natürlich sekundär alle anderen Äußerungen der kranken Psyche von Einfluß für die Bildung und Gestaltung der Wahnideen sind und naturgemäß auch sein müssen, wenn man die engen Wechselbeziehungen bedenkt, die zwischen den einzelnen Grundelementen der psychischen Tätigkeit bestehen. Wir werden auch hierauf später noch des näheren zurückzukommen haben.

Am klarsten in ihrer Genese und in ihrem affektiven Ursprung auch allgemein anerkannt sind die sogenannten depressiven und expansiven Wahnideen. Niemand wird daran zweifeln, daß bei dieser Art von Wahnideen der Boden, auf dem sie ersprießen, abgegeben wird durch die jeweilig depressive oder expansive Affektlage. Die den deprimierten Kranken eigene traurige Affektlage, die die Eigenschaft hat, das eigene Tun und Lassen, aber auch die Vorgänge in der Umgebung der Kranken im schwärzesten Lichte erscheinen zu lassen, führt notgedrungen dazu, die Leistungen des eigenen Ichs in motorischer und psychomotorischer Beziehung minderwertig erscheinen zu lassen; unterstützt wird dieses Denken noch dadurch, daß tatsächlich meist oder wenigstens sehr häufig eine gewisse Minderleistung vorliegt als Folge der den Depressionszuständen ebenfalls eigenen Hemmung des Denkens und Handelns. Heraus aus diesem teils begründeten, teils unbegründeten, d. h. infolge der Affektlage angenommenen oder übertrieben angesehenen Insuffizienzgefühl und Gefühl der körperlichen und geistigen Minderwertigkeit entstehen die depressiven Wahnideen des Kleinheitswahn.

Da naturgemäß von solchen Kranken in erster Linie auch das ethische Denken und Handeln unter der Brille des depressiven Affektes betrachtet und als schlecht befunden wird, so erklären sich hieraus die Schuld-, Versündigungs- und Selbstbeschuldigungswahnideen, die sehr häufig ebenfalls nicht lediglich aus der Luft gegriffen werden, sondern anknüpfen an kleine wirkliche Verschuldigungen oder Verfehlungen, wie sie sich schließlich jeder Mensch einmal im täglichen Leben zuschulden kommen läßt. Während aber Personen mit normaler Affektlage ohne oder mit geringen rasch vorübergehenden Bedenken sich darüber hinwegsetzen, klammern sich die depressiven Kranken daran fest, befassen sich immer wieder damit und bilden schließlich daraus durch Ausdenken aller Möglichkeiten, die aus ihren Verfehlungen entstehen können, die vorerwähnten Wahnideen. Dieses Kleben an einer Vorstellung wird begünstigt durch die Denkhemmung, die die Kranken von dieser stark affektbetonten Vorstellung nicht abkommen läßt und ihrerseits ebenfalls wieder letzten Endes auf die depressive Affektlage zurückgeht, obwohl ihr doch in gewisser Beziehung eine Sonderstellung zukommen muß, wie aus den Erfahrungen der Mischzustände hervor-

geht, in denen man depressive Stimmungslage nicht nur nicht mit Denkhemmung einhergehen, sondern nicht selten sogar mit Ideenflucht verbunden sieht.

Bei solch depressiven Kranken mit depressiven Wahnideen sieht man häufig, daß sie je nach dem Grad der damit verbundenen Denkhemmung oft eingeengt sind auf nur einige wenige oder nur eine alleinige solche Wahnidee, die wie z. B. häufig die Versündigungsideen in monotonem Tonfall, der sich allmählich herausbildet, immer wieder hervorgebracht werden, sowie man sich mit den betreffenden Kranken beschäftigt.

Diese Wahnideen brauchen nicht nur angebliche Vergehen zu betreffen, die in der Psychose aus dem Nichts geschaffen wurden oder anknüpfen an kleine in der Psychose selbst begangene Verfehlungen, vielmehr können zur Bildung auch, und zwar häufig aus dem Erinnerungsschatz frühere Verfehlungen oder in depressiven Zuständen schon früher vorhanden gewesene Wahnideen herangezogen werden. Dieses Wühlen in der Vergangenheit ist neben der ausgesprochenen Beschäftigung mit den Vorgängen des eigenen Ichs ein ausgesprochen affektives, besonders depressives Symptom. Es ist sogar die Regel, daß einzelne solche depressiven Wahnideen in verschiedenen, zeitlich durch gesunde oder gar manische Episoden getrennten Depressionen immer wiederkehren können, obwohl sie in der Zwischenzeit ganz vergessen, respektive im Unterbewußtsein verschwunden waren. Es ist dies ein starker Beweis für das Haften affektiv stark betonter Vorstellungen, besonders solcher depressiven Charakters und deren leichte Wiedererweckbarkeit durch die gleiche Affektlage. Auch bei Größenideen sehen wir ein ähnliches Verhalten, wenn auch nicht in solcher Häufigkeit als bei depressiven Vorstellungen.

Diese Erscheinung sehen wir besonders häufig, wie wir an früherer Stelle ausführlich dargetan haben, bei Zwangsvorstellungen in melancholischen Zustandsbildern. Dieses Verhalten ist jedoch weiter nicht auffällig und verwunderlich, da ja nach den dortigen Ausführungen diese Zwangsvorstellungen immer auf depressive Wahnideen zurückgehen, nur in charakteristischer Weise modifiziert durch manische Beimengungen, die eben dieser Art von depressiven Wahnideen nach dem dort näher geschilderten Mechanismus den Charakter von Zwangsvorstellungen verleihen. Bei den Zwangsideen handelt es sich aber um besonders stark affektiv betonte Vorstellungen, daher gerade bei ihnen die Neigung, in verschiedenen psychotischen Attacken gleichen affektiven Charakters in photographischer Treue wiederzukehren.

Schon aus dem hier über die Zwangsideen Gesagten erhellt, daß durch kleine Beimengungen expansiver Symptome die reine depressive Wahnidee eine besondere Gestaltung, respektive besonderen Charakter

bekommen kann, so daß für den ersten Anblick der Ursprung gar nicht mehr klar erkennbar erscheint.

Einige solcher Veränderungen im Bilde einer mit Wahnideen einhergehenden Depression sollen im folgenden kurz besprochen werden.

Handelt es sich um eine reine Depression mit allen Zeichen derselben, so mit ausgesprochener Hemmung der psychomotorischen und motorischen Tätigkeit, so sind die Wahnideen depressiven Charakters in der Brust der Kranken verschlossen und nur durch direktes und eindringliches Befragen herauszuholen.

Besteht aber z. B. als manische Mischkomponente der Depression ein motorischer Rededrang neben sonstiger motorischer und psychomotorischer Hemmung, so kommt es, wie man oft sieht, zu einförmigem Jammern der Kranken im Sinne der sie beherrschenden Ideen. Besteht z. B. bei starker Hemmung die depressive Wahnidee als alleindominierende, daß der Kranke sich an Gott versündigt habe, so kommt es eben zu einem ständigen einförmigen Jammern, das oft singend vorgebracht wird, wie „ach, ich armer Sünder“. Gerade bei Zwangsideen wiederum sehen wir häufig dieses Verhalten.

Es kann aber neben dem Rededrang auch die Denkhemmung nur gering sein, respektive überhaupt nicht bestehen oder sogar durch das manische Symptom der Ideenflucht ersetzt sein, dann bilden den Inhalt des Rededranges mehrere, respektive in letzterem Falle massenhafte, immer wechselnde depressive Wahnideen, die sich förmlich im Gedanken-gang der Kranken jagen, wie diese sich oft auszudrücken pflegen.

Besteht aber neben dieser letztgenannten Ideenflucht motorische Hemmung, besonders der Sprache, so jagen sich zwar die depressiven Wahnideen ebenfalls in den Gedanken der Kranken, diese selbst sind aber still und klagen nur gelegentlich darüber, daß sich diese Gedanken „in ihrem Kopfe förmlich jagen“.

Es kann aber auch eine Art Hemmung neben Ideenflucht bestehen, wie Schröder gezeigt hat; eine sogenannte ideenflüchtige Denkhemmung. Es dominiert dann eine Vorstellung im Reigen der sich jagenden Vorstellungen, kehrt in regelmäßigem Wechsel wieder, respektive die anderen wechselnden Vorstellungen gruppieren sich um eine Vorstellung als Krystallisationspunkt herum. Als ein klassisches Beispiel hierfür sind nach unseren früheren Darlegungen die Zwangszustände der Grübel- und Zweifelsucht aufzufassen.

Wir sehen also aus diesen in keinerlei Weise alle Mischungsmöglichkeiten erschöpfenden Ausführungen, wie mannigfach das Bild einer Depression und der sie begleitenden Wahnideen durch Beimischungen expansiver Symptome nuanciert werden kann. Ganz genau so verhält es sich natürlich umgekehrt bei den expansiven Zuständen und den sie begleitenden Größenwahnideen.

Wir müssen hier eine kurze Abschweifung machen, die zum besseren Verständnis der folgenden Ausführungen dienen soll. Nach unserer Auffassung wird nämlich gerade und ausschließlich durch Mischungen von depressiven und expansiven psychischen Symptomen untereinander die ganze Mannigfaltigkeit der Äußerungen unserer normalen und kranken Psyche bedingt. Wir hoffen in einer späteren Arbeit noch Gelegenheit zu haben, dies näher auszuführen und zu beweisen. Unsere normale Psyche ist eingestellt auf einen gewissen Tonus psychischer Spannung. Nachlassen dieses Tonus bezeichnen wir als Hemmung oder auf dem Gebiete des eigentlichen Affektlebens als Depression, Steigerung des Tonus als Erregung oder auf dem Gebiete des Affektlebens als expansive, respektive manische Verstimmung. Normalerweise pendelt nun die Psyche in leichten Schwankungen — das Ganze läßt sich am besten vergleichen mit dem normalen Tonus und Spiel des Muskelapparates — um diesen Tonus als Abscisse herum, in dem das Leben fördernde Einflüsse eine Steigerung des Tonus, das Leben hemmende Einflüsse ein Sinken des Tonus bewirken. Die Registrierung dieser Einflüsse, ob fördernd oder hemmend, unterliegt schließlich der gesamten Psyche, so auch der Tätigkeit des Intellekts. Doch hat die Psyche hierfür ein eigenes, feines, gleichsam automatisch auf die geringsten Einflüsse in Tätigkeit tretendes Reagens. Dieses stellt das Affektleben dar, das, wie auch aus seiner Eigenschaft als feinsten Registrierapparat für die psychische Tätigkeit ohne weiteres klar und einleuchtend sein dürfte, auch das gesamte übrige psychische Geschehen beherrscht. Durch die Affektivität werden die Einflüsse, die sich von außen und auch von innen geltend machen, registriert, indem lebensfördernde eine lustbetonte, lebenshemmende eine traurige Affektnote bekommen. Diese Affektnote nun ihrerseits bestimmt die weitere Auswirkung dieser Einflüsse. Da aber in diesem aus mehreren Systemen — im Gegensatz zu dem Muskelapparat — zusammengesetzten Uhrwerk der Psyche — wenn dieser Vergleich erlaubt ist — ein normaler Einfluß oder Störung nicht unbedingt alle einzelnen im Grunde einfach konstruierten Systemanordnungen zu treffen braucht, vielmehr bald dieses bald jenes System mehr oder weniger betroffen werden kann im Sinne der Hemmung oder Erregung, ja sogar das eine gehemmt, das andere erregt werden kann, so leuchtet daraus ohne weiteres ein, daß dadurch die verschiedensten, kaum zu zählenden Variationsmöglichkeiten gegeben sind. Dadurch muß äußerlich ein unendlich kompliziert erscheinendes Bild entstehen, das aber im Grunde auf recht einfache und nur wenige psychische Grundmechanismen zurückgeht, ebenso wie sich ein kompliziertes Uhrwerk aufbaut auf einige wenige einfache physikalische Grundmechanismen.

Dieser Normaltonus unserer Psyche nun ist ebenso wie der Muskel-

apparat eingestellt auf eine leichte Erregung, was die beherrschende Affektivität anbelangt, lustbetonte, lebensbejahende Spannung. Diese Art des Normaltonus ist durchaus zweckmäßig eingerichtet, für die Erhaltung des Lebens nur förderlich und ihr dienend, denn ohne diesen lustbetonten Tonus leichter psychischer Erregung wäre uns das Leben nicht lebenswert und die Lebensäußerungen nicht fruchtbringend. Man vergegenwärtige sich zum Verständnis hierzu jene bemitleidenswerten Geschöpfe, deren psychischer Tonus nicht in der Weise eingestellt ist, vielmehr auf einen dauernden Zustand psychischer Hemmung. Wir meinen die konstitutionell depressiven Kranken. Viel glücklicher daran sind schon die Menschen mit einer leichten Steigerung des normalen Tonus, obwohl ein Zuviel, wie wir ja wissen, ebenfalls seine Nachteile für das geordnete psychische Leben hat.

Auf dieser Tatsache der Einstellung der Normalpsyche auf einen leichten Zustand psychischer Spannung oder Erregung beruht auch der Umstand, daß leicht Manische weniger auffallen, sogar meist für besonders geistig gesund gelten, während leicht Depressive sofort dem Laien den Eindruck kranker Menschen machen.

Aus solchen eben angedeuteten Variationsmöglichkeiten setzen sich nun normalerweise die so verschiedenen psychischen Symptome zusammen, indem sich hemmende und erregende Symptome in eigenartigen Gruppierungen mischen. Durch solche Gruppierungen des depressiven und expansiven Affektes untereinander und mit anderen hemmenden oder erregenden Symptomen der anderen psychischen Grundelemente setzen sich normalerweise die vielfachen Affektnuancen zusammen, die hier des einzelnen nicht erwähnt werden können, wir erwähnen nur als für unsere folgenden Betrachtungen wichtig den Angstaffekt und den Zornaffekt, die als Mischaffekte erkannt und scharf in ihrer Genese umschrieben zu haben, vor allem das Verdienst Spechts ist, sowie den Affekt des Mißtrauens, welcher letzterer für das Zustandekommen von Wahnideen eine wichtige, ja, wie wir im folgenden sehen werden, die wichtigste Rolle spielt. Während die Genese des Angstaffektes, ein vorwiegend depressiver Affekt, gepaart mit erhöhter motorischer Erregbarkeit, sowie die Genese des Zornaffektes, leichte Erregbarkeit mit Neigung zu motorischen Entladungen bei leicht depressiver Grundaffektlage, bereits durch Specht eine eingehende Würdigung erfahren hat, ist dies bei der Affektlage des Mißtrauens weniger der Fall. Wir werden uns deshalb mit der Genese dieses für unsere weiteren Betrachtungen wichtigen Mischaffektes an späterer, geeigneter Stelle eingehender zu beschäftigen haben.

Die Tätigkeit der Psyche bleibt nun unter krankhaften Verhältnissen im Grunde durchaus die gleiche, läuft nach den nämlichen Gesetzen ab, erleidet keine qualitative Veränderung, sondern nur eine

quantitative, graduelle. Dies gilt auch für die sogenannten endogenen Stimmungsschwankungen, die wir auch normalerweise angedeutet sehen. Daher kommt es, daß alle psychotischen Erscheinungen sich in derselben Weise zusammensetzen; daher kommt es auch, daß wir alle psychotischen Symptome mehr oder minder häufig ausgeprägt auch im gesunden Leben der Psyche sehen. Alle psychotischen Zustandsbilder stellen demnach entweder Hemmungs- oder Erregungszustände, vielmehr Mischungen beider dar. Reine depressive und reine expansive Zustandsbilder gibt es, genau betrachtet, überhaupt nicht, allen sind entweder dauernd oder vorübergehend Komponenten entgegengesetzter Richtung beigemengt, die das Symptomenbild in unzählige Variationen zu modelln vermögen. Unter normalen Verhältnissen entstehen durch solche Nuancierungen des normalen psychischen Tonus die verschiedenen, sogenannten Charaktere, unter neuropathologischen Verhältnissen das Heer der sogenannten Degenerierten, das in unzählige Variationen zerfällt, die wieder unter sich fließende Übergänge zeigen. Einzelne davon stehen mitunter außer aller Regel und machen der Einreihung in bekanntere Gruppierungen Schwierigkeiten.

Auch von den Dämmerzuständen, Amentiaformen und Delirien gilt das oben Gesagte. Diese Formen erhalten nur ein eigenartiges Gepräge vor allem durch die mit ihnen verbundenen Bewußtseinsstörungen. Wie die Verhältnisse hierbei liegen, hoffe ich ebenfalls in einer späteren Arbeit noch ausführlicher darlegen zu können.

Die also auf den ersten Eindruck uns so verschiedenartig anmutenden Zustandsbilder haben einmal ihren Grund also in der Vielseitigkeit der Mischungsmöglichkeiten, dann aber auch in anderen Verhältnissen, die wir für das manisch-depressive Irresein und die katatonen Formen der Dementia praecox bereits eingehend dargetan und für die anderen uns bekannten Erkrankungen in derselben Arbeit wenigstens einstweilen angedeutet haben. Wir verweisen zum Verständnis der weiteren Ausführungen auf das dort Gesagte¹⁾. Es sind dies Einflüsse, die in der Eigenart der erkrankten Persönlichkeit, die ihrerseits geistig gesund, wie bei manisch-depressivem Irresein, andererseits geistig krank, wie z. B. bei Dementia praecox, sein kann, liegen. Im letzteren Falle haben wir es dann mit chronischen Prozessen bestimmten psychischen Gepräges zu tun.

Während es sich bei den sogenannten Manisch-depressiven um sonst als gesund anzusehende Persönlichkeiten handelt, bei denen der normale psychische Tonus zeitweise eine Veränderung in dem oben

¹⁾ Stöcker, Besteht zwischen einem katatonischen Stupor und Erregungszustand einerseits und einer Depression, vielmehr depressiven Stupor und einer Manie andererseits ein grundsätzlicher Unterschied, und worin besteht dieser? Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 32, Heft 1.

skizzierten Sinne erfährt, stellt die *Dementia praecox* oder Schizophrenie einen eigenartigen, fortschreitenden Persönlichkeitszerfall im Sinne einer allgemeinen Abstumpfung des Gemütslebens und der Ausbildung der sogenannten intrapsychischen Ataxie mit ihren Folgeerscheinungen, der eigenartigen Urteilsstörung und Neigung zu Triebhandlungen dar. Ebenso verhält es sich, wie wir in der oben erwähnten Arbeit ebenfalls bereits angedeutet haben, bei den anderen psychischen Erkrankungen, wie Paralyse, arteriosklerotisches Irresein, Imbezillität, Epilepsie und Hysterie usw. Hier wird ebenfalls das psychotische Bild charakteristisch gefärbt im Sinne der eigenartigen paralytischen, arteriosklerotischen, senilen oder imbezillen Demenz, respektive des epileptischen oder hysterischen Charakters usw.

Eine gewisse Eselsbrücke jedoch hat uns die Natur für die Erkennung außerdem noch gebaut, insofern als bei den verschiedenen Krankheiten eine bestimmte Neigung besteht zur Bildung eigenartiger Symptomenmischungen. Eine solche eigenartige Mischung stellt der katatonische Erregungszustand und katatonische Stupor z. B. dar. Wir können auf diese Verhältnisse hier nicht näher eingehen, müssen vielmehr für Leser, die weiteres Interesse daran zeigen, auf die oben erwähnte Arbeit hinweisen. Auch in der oben zitierten Arbeit über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorgänge finden sich diese Verhältnisse schon angedeutet.

Um nach dieser für das Verständnis der weiteren Ausführungen notwendigen Abschweifung auf den eigentlichen Zweck dieser Arbeit zurückzukommen, so ist zu bemerken, daß nach unserer Auffassung Wahnideen immer auf affektiver Grundlage beruhen, sei es, wie schon dargetan, auf dem Boden einer Steigerung des depressiven oder einer solchen des manischen Affektes oder schließlich einer Steigerung von Mischaffekten. Das Vorkommen von Wahnideen gleichen Charakters bei den verschiedensten Psychosen beruht immer, wie im folgenden noch näher auszuführen ist, auf den gleichen affektiven Mechanismen. Die starken Abweichungen aber, die die einzelnen Wahnideen voneinander aufweisen, haben ihren Grund in anderen die Wahnideen eben sekundär beeinflussenden Elementen, auf die wir im folgenden ebenfalls im einzelnen noch zurückzukommen haben.

Um nun in der Besprechung der affektiven Grundmechanismen der Wahnideen fortzufahren, so wären noch im Anschluß an die oben angeführten depressiven Wahnideen die sogenannten Verarmungswahnideen und der Krankheitswahn, sowie die nihilistischen Wahnideen zu besprechen. Doch sollen diese Arten an einer späteren Stelle abgehandelt werden, da sie nach unserer Auffassung schon keine reinen depressiven Wahnideen mehr darstellen.

Ebenso klar und leicht ersichtlich in ihrer Genese wie die depressiven

Wahnideen sind die den manischen Zuständen eigenen Größenideen. Diese entstehen dort — darüber bestehen nirgends irgendwelche Zweifel — auf dem Boden der gehobenen manischen Stimmungslage. Während die depressive Stimmungslage dem Kranken das eigene Ich und die Umgebung in schwärzestem Lichte erscheinen läßt, ist dies in der manischen Verfassung umgekehrt. Der Manische sieht im Gegensatz hierzu alles im rosigsten Lichte, besonders sein eigenes „Ich“. Auch für die manische Verstimmung ist ebenso wie für die Depression, wenn auch nicht in dem hohen Grade, eine egozentrische Richtung charakteristisch. Daraus resultiert nun ohne weiteres die hohe Selbsteinschätzung, respektive Überschätzung manischer Kranker, die weiter zur Renommierneigung und schließlich Größenideen führt. Von den öfters wiederholten Renommistereien chronisch Manischer, die sie schließlich selbst glauben, wie sich der Volksmund auszudrücken pflegt, bis zur Bildung von Größenideen ist nur ein kleiner Schritt.

Entsprechend der den manischen Zuständen eigenen Ideenflucht mit ihren ein geordnetes Denkziel vermissen lassenden, ewig wechselnden Vorstellungen sind die Größenwahnideen meist flüchtiger Natur, stark wechselnd, erhalten auch infolgedessen meist nicht den tiefen Realitätswert anderer, z. B. depressiver Wahnideen, werden oft produziert, um im nächsten Moment mit wechselndem Affekt selbst als unsinnig abgewiesen zu werden. Hier sieht man die rein affektive Grundlage der Wahnideen am deutlichsten, die eben die Kritik nicht zu Worte kommen läßt, während im nächsten Moment, wenn sich die affektive Betonung einer anderen Vorstellung zugewendet hat, die erstere Idee sofort mit dem Nachlassen des Affektes der kritischen Korrektur verfällt und als unsinnig bezeichnet wird. Der Affekt läßt gleichsam, solange er anhält, Gegengründe, auch wenn sie durchaus logischer Natur sind, nicht aufkommen. Wie oft hört man nicht — besonders häufig von depressiven Kranken — in bezug auf ihre Wahnideen die Äußerung: „ich kann es fast nicht glauben, aber es ist so“, oder „es klingt ja unglaublich, aber es ist wirklich so“. Es liegt darin versteckt der durch die gesunde Logik an der Wahnidee geübte Zweifel, der aber immer wieder unterliegt gegenüber der affektiven Betonung der Wahnidee, es drückt sich in solchen Äußerungen gleichsam ein Kampf der Kritik gegen den Affekt aus. Ob aber in diesen Fällen nicht affektive Komponenten entgegengesetzter Richtung eine Rolle spielen, nämlich in dem Sinne, daß diese überhaupt erst Zweifel aufkommen lassen, soll vorläufig noch dahingestellt bleiben. Man vergleiche hierzu in der bereits zitierten Arbeit die dort angeführten Vorgänge beim Zustandekommen der Zwangsvorstellungen.

Auch bei Größenideen kann man solche finden, die einen durchaus den Gesetzen der normalen Logik entsprechenden Aufbau zeigen, meist

aber lassen die Größenideen immer einen mehr oder minder phantastischen Zug erkennen, der auf den ersten Eindruck sofort das Unsinnige der Wahnideen erkennen läßt. Dieser Umstand hat seinen Grund in der den manischen Zuständen eigenen Neigung zu phantastischen Gedankengängen. Daß gerade Manische besonders zu phantastischem Denken neigen, liegt nicht etwa an einer primären Störung der Kritik, sondern vielmehr daran, daß infolge des bunten Wechsels der Vorstellungen die Kritik überhaupt nicht zu Worte kommt, da die Vorstellungen im Sinne der Ideenflucht rasch wechseln, so daß es infolgedessen nicht zu tiefen assoziativen Verknüpfungen der Vorstellungen kommt, welcher Umstand die Vorbedingung jeglichen kritischen Denkens darstellt. So kommt es, daß bei Manischen der Phantasietätigkeit, die in ihrem zügellosen Schweifen schon an und für sich eine ideenflüchtige Komponente zur Voraussetzung hat, Tür und Tor geöffnet ist. Die Erörterung der verschiedenen Veränderungen, die Größenideen durch sekundäre Einflüsse erleiden können, sollen an späterer Stelle erörtert werden, desgleichen die Genese der sogenannten Größenideen infolge krankhafter Erschließung bei paranoischen Kranken, sowie die Genese der sogenannten Kontrastgrößenideen, die als Korollar des Kleinheitswahns dienen sollen.

Hier sollen nur kurz noch erwähnt werden die Veränderungen manischer Bilder, die mit Größenideen einhergehen, durch Beimengung konträr affektiver, hemmender Symptome. Daß die Größenideen und ihre Auswirkung bei manischen Kranken ebenfalls wie die depressiven Wahnideen in den Depressionszuständen durch Beimengung konträr affektiver, hemmender Symptome Modifikationen und Nuancierungen der verschiedensten Art erfahren können, leuchtet nach dem in dieser Beziehung bei der Besprechung der depressiven Wahnideen Gesagten ohne weiteres ein.

Paart sich z. B. mit der Ideenflucht eine gewisse Denkhemmung (ideenflüchtige Denkhemmung), so sehen wir, daß im Reigen wechselnder Größenideen gewisse Größenideen immer wiederkehren, respektive einzelne oder bei fortschreitender Hemmung nur eine immer wiederholte und ventilierte Größenidee das Bild beherrschen, um die sich das andere ideenflüchtige Denken gleichsam gruppiert.

Fällt auch die Ideenflucht weg und macht einer vollständigen Denkhemmung Platz, so können wir sehen, daß nur eine einzige solche Größenidee zurückbleibt, die von Zeit zu Zeit aufleuchtet. Bilder, wie man sie häufig in Endzuständen der Schizophrenie sieht.

Auch eine innere solche Ideenflucht von Größenideen ist denkbar in den Bildern des sogenannten manischen Stupors, wo wir Ideenflucht und manische Stimmung mit motorischer Hemmung verbunden sehen können.

Daß die bisher besprochenen beiden Arten von Wahnideen auf affektive Störungen zurückgehen, wird wohl von keinem Autor bezweifelt.

Des weiteren dürften wohl auch kaum irgendwelche Zweifel darüber bestehen, daß viele Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen in dem Angstaffekt ihren letzten Grund und Ursache haben.

Wir verlassen damit das Gebiet der einfachen oder Grundaffekte und kommen auf die Mischaffekte zu sprechen, die als affektive Grundlage für die Bildung von Wahnideen in Frage kommen. Gerade aber Mischaffekte sind es, die den Grund und Boden für den Aufbau von Wahnideen, vor allem der wichtigsten und häufigsten aller Wahnideen, der Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahnideen, abgeben. Von der großen Zahl von Mischaffekten, die wir jedoch kennen, kommen nur zwei, nämlich der Affekt der Angst und der Affekt des Mißtrauens in Frage.

Der Affekt der Angst stellt nach Specht — allgemein anerkannt wird zwar diese Theorie noch nicht, doch bricht sie sich immer mehr Bahn — einen Mischaffekt dar, und zwar setzt sich dieser aus einer vorwiegend depressiven Komponente gepaart mit dem expansiven Symptom der erhöhten motorischen Erregbarkeit zusammen. Nach unserer Auffassung liegen nun die Verhältnisse beim Angstaffekt so, daß als expansives Symptom eine Neigung zu motorischer Erregbarkeit besteht. Diese Neigung, die nicht oder nicht sofort zum Ausbruch kommt, sondern zunächst verhalten ist, löst das Gefühl innerer Spannung oder Erwartung einer kommenden Erregung aus, kommt dazu eine depressive Komponente, so entsteht das Gefühl einer zu erwartenden unangenehmen Erregung der Psyche, das Gefühl der Sorge oder im höheren Grade der Befürchtung oder Angst. Tritt umgekehrt — dies soll hier nur nebenbei erwähnt werden — eine manische, lustbetonte Affekt-komponente hinzu, so entsteht das Gefühl der freudigen Erwartung, der Hoffnung.

Die Angst als solche nun ist ein häufiges Symptom psychischer Erkrankungen, besonders akuter Psychosen. Verbunden mit solchen psychotischen Zustandsbildern, in denen der Angstaffekt das Bild beherrscht, sehen wir fast regelmäßig Wahnideen beeinträchtigenden oder verfolgenden Inhalts auftreten. Am besten für das Studium des Zustandekommens von Wahnideen auf dem Boden der Angst und für den Nachweis, daß die Angst wirklich die Ursache hierfür ist, eignen sich die akut auftretenden Angstzustände mit ungetrübtem Bewußtsein, etwa eine „akute Alkoholhalluzinose“.

Wir sehen hier häufig zunächst gar keine umschriebenen, bestimmten Beeinträchtigungs- oder Verfolgungsideen auftreten, sondern der Beeinträchtigungs- respektive Verfolgungswahn äußert sich zunächst nur im Sinne eines „unbestimmten Angstwahnes“, wenn wir uns so aus-

drücken dürfen. Es handelt sich hierbei um das von den Kranken oft unter lautem Jammern geäußerte Gefühl, daß sie sterben müßten, daß ihnen etwas Schreckliches bevorstehe, daß ihnen Unheil drohe, und was dergleichen Äußerungen mehr sind. Dieser „unbestimmte“ Angstwahn ist eigentlich strenggenommen nur eine stärkere, dabei etwas positivere, umschriebener Form der ängstlichen Erwartung. Dieser zunächst ganz allgemeine „unbestimmte Angstwahn“ ist das rein affektive Grundgebilde für das Zustandekommen der Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen in den Angstzuständen. Kommen dazu besondere Beobachtungen oder Vorstellungen, die im Sinne der Angst zu entsprechenden Gedankengängen und Schlüssen führen, so kommt es zu bestimmten Wahnideen, das heißt zu einem assoziativen Ausbau des „unbestimmten Wahngefühls“. Dabei sehen wir wieder, daß die Kritik nicht gestört zu sein braucht, daß vielmehr die hierbei gezogenen Schlüsse durchaus den Stempel normalen logischen Denkens tragen können. Als eine weitere Stufe zur Bildung bestimmter Wahnideen ist erst die Verdichtung des oben erwähnten „unbestimmten Angstwahns“ zu bestimmteren Befürchtungen aufzufassen. Die Kranken äußern dann nicht mehr, daß ihnen etwas Schreckliches drohe, sondern daß ihnen der Tod oder grausame Qualen drohen. Schließlich kommt es bei weiterer Verdichtung dahin, daß sie äußern, sie sollten geköpft, gerädert oder gevierteilt werden. In diesem Stadium spielen meist schon illusionär verkannte Geräusche eine Rolle, die im Sinne von Verfolgern ausgedeutet werden. Doch liegen hierbei die Verhältnisse nicht etwa so, wie schon aus den Zeitverhältnissen des Eintritts der einzelnen Erscheinungen ersichtlich ist, daß erst die Geräusche zu dem noch unbestimmten Verfolgungswahn die Veranlassung gaben, sondern der schon vorhandene „unbestimmte Angstwahn“ läßt die Geräusche so deuten. Als letztes Stadium treten dann die eigentlichen, ganz bestimmten Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen in die Erscheinung, die sich dann meist sofort mit lebhaften Halluzinationen verbinden. Gerade in diesen Zuständen kann man die primäre Rolle des Angsteffektes so recht deutlich erkennen. Meist schon einige Tage vor dem Einsetzen der Halluzinose besteht die Angst und das Gefühl „unbestimmten Angstwahns“, welches letzterer dann stufenweise, wie eben dargetan, hinüberführt zu den bestimmten Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, die auf Grund assoziativer Schlüsse und Deutungen gewonnen werden. Diese werden dann schließlich noch in Gestalt von Halluzinationen in die Außenwelt projiziert. Wir können in allen solchen Fällen häufig feststellen, daß die Angst vor den Verfolgungsideen und Halluzinationen auftrat, in einer Reihe von Fällen auch, daß die Verfolgungsideen noch vor den Halluzinationen da waren. In anderen Fällen scheint es, als ob Verfolgungsideen und Halluzinationen gleichzeitig aufgetreten sind, nie-

mals aber konnten wir bisher feststellen, daß erst Halluzinationen da waren, bevor die Angst oder die Verfolgungsideen auftraten, natürlich auch sinngemäß nicht, daß Verfolgungsideen vor der Angst aufgetreten waren. Es geht also schon aus den rein zeitlichen Verhältnissen die primäre Rolle der Angst hervor, aber auch, wie später dargetan werden soll, die primäre Rolle der Wahnideen gegenüber den Halluzinationen.

Bevor wir zur Behandlung der Frage, ob Wahnideen aus Halluzinationen entstehen können oder umgekehrt, ob Halluzinationen ein Ausfluß von Wahnideen sind, übergehen, müssen wir erst an dieser Stelle die Besprechung des sogenannten Verarmungs- und Krankheitswahnes nachholen. Man rechnet diese beiden Arten von Wahnideen allgemein zu den auf dem Boden des reinen depressiven Affekts erwachsenden Wahnideen; eine Anschauung, die wir nicht zu teilen vermögen. Der Krankheitswahn, der in allgemeiner Form als reiner Krankheitswahn und in bestimmterer Form als sogenannter „hypochondrischer Wahn“ vorkommt, hat wohl neben dem dem rein depressiven Affekt entspringenden Gefühl, daß der Zustand des Körpers nicht so sei, wie er sein solle, eine Angstkomponente in dem Sinne der Furcht vor einer Krankheit als Ursache.

Ebenso kommt bei der Bildung des Verarmungswahnes neben den dem rein depressiven Affekt entspringenden Anschauungen, daß der Besitzstand geringer sei, als er tatsächlich ist, eine Angstkomponente hinzu in der Befürchtung, daß der Kranke oder seine Angehörigen infolge dieses minderen Besitzes verhungern müßten oder für gemachte Schulden bestraft würden. Wir sehen in dieser letzteren Äußerung gewisser Kranker gleichzeitig eine Beimengung von Versündigungswahn. Wieviel im einzelnen auf Kosten des rein depressiven Affektes oder des Angstaffektes jeweils zu setzen ist, dürfte von Fall zu Fall verschieden sein. Diese hier vertretene Anschauung ist um so einleuchtender, da wir wissen, daß reine Melancholien eigentlich nie vorkommen, sondern sich meist mehr oder minder häufig Mischkomponenten nachweisen lassen. Vor allem sehen wir bei jeder Melancholie, die wir zu beobachten bekommen, neben der depressiven Verstimmung mehr oder minder stark eine Angstkomponente als Mischsymptom einhergehen.

Auf den sog. hypochondrischen Wahn, der nach Bleuler von dem Krankheitswahn zu trennen ist, haben wir an späterer Stelle nochmals zurückzukommen.

Bevor wir in Besprechung der affektiven Störungen, die die Grundlage für Wahnideen bilden können, fortfahren, müssen wir erst noch auf die Frage der Beziehungen zwischen Wahnideen und Halluzinationen eingehen, vor allem auf die Frage, ob Wahnideen aus Halluzinationen entstehen können. Während eine Reihe von Autoren diese

Art der Entstehung von Wahnideen bestreitet und in den Halluzinationen nur Begleitumstände der Wahnideen sieht, nimmt eine andere, und zwar größere Reihe von Autoren an, daß Halluzinationen eine hohe ursächliche Bedeutung für die Entstehung von Wahnideen zukommt.

Diese letztere Auffassung, die wohl der allgemeingültigen Auffassung entsprechen dürfte, ist eine Täuschung, wie wir im folgenden darzutun gedenken. Den Hauptgrund für diese Täuschung bildet wohl die Selbsttäuschung halluzinierender Kranker, die ihre Wahnideen auf die begleitenden Halluzinationen fast regelmäßig zurückführen.

Für die Beurteilung der Frage, ob den Halluzinationen für die Bildung von Wahnideen eine ursächliche Rolle zukommt, resp. in welchem Verhältnis beide zueinander stehen, geht man am besten von den sog. Illusionen aus. Bei den Illusionen handelt es sich um einen Vorgang, der gleichsam zwischen realer Wahrnehmung und Halluzination ein Bindeglied bildet. Stransky definiert die Illusion mit den Worten: „Wir verstehen unter Illusionen die durch kurzschlüssige Deutungen und Trugurteile ebensolcher Art, zumal unter dem Einfluß von Stimmungen, Affekten oder stark gefühlsbetonten Vorstellungen, namentlich aber von Wahnideen zustande kommenden Verfälschungen und Verzerrungen realer Sinneseindrücke. Bei ängstlichen Personen — fährt Stransky fort — insbesondere bei Kindern ist, zumal des Nachts und in der Finsternis, sowie vor dem Einschlafen oder im Erwachen nach ängstlichen Träumen derlei bekanntermaßen auch unter normalen Verhältnissen etwas recht Gewöhnliches, aus dem flüchtigen Schatten wird da die Fratze, das Gespenst, aus dem Knarren der Dielen werden die Schritte von Räubern und Einbrechern, aus der eigenen ‚eingeschlafenen‘ Hand die Leiche im Bett, und ähnliches mehr.“

Hierbei wird anerkannt, daß für das Zustandekommen von Illusionen Affekte, besonders die Angst eine Rolle spielen, desgleichen starke gefühlsbetonte Vorstellungen, namentlich Wahnideen.

Um von den im Normalleben, namentlich bei ängstlichen Kindern vorkommenden Illusionen auszugehen, so hört das ängstliche Kind nicht aus dem Knarren der Türe heraus Tritte von Menschen und bildet daraus die Wahnidee, daß Räuber ins Haus eindringen, sondern es hört aus dem Knarren der Türe Tritte von Menschen, besonders von Räubern heraus, weil es sich vor Räubern fürchtet. Der Knabe in Goethes Erlekönig sieht nicht die eigenartigen Bildungen der Weiden und Erlenstrünke in der Dämmerung und bildet daraus die Wahnidee, daß es sich um Erlekönig und seine Töchter handeln könne, sondern der Knabe kennt die Sage vom Erlekönig und seinen Töchtern und weil er sich in seinem ängstlichen Gemüt vor dem Erlekönig fürchtet,

so sieht er in den nebelverzerrten, dämmerigen Erlen- und Weidenstrünken diese Gestalten. Die eigene eingeschlafene Hand hält das Kind im Bette nicht für eine Leichenhand und fürchtet sich nun vor der Leiche, die es im Bette wähnt, sondern weil es sich vor Leichen fürchtet, hält es die eingeschlafene, taub und körperfremd sich anfühlende Hand für die Hand einer Leiche. Ganz ähnlich wie hier unter normalen Verhältnissen liegen naturgemäß auch die Verhältnisse bei illusionierenden Geisteskranken. Der Alkoholhalluzinant hört nicht etwa das Rauschen der Bäume draußen im Garten, verkennt das im Sinne von Stimmengemurmel und bildet daraus die Wahnidee, daß eine Schar von Verfolgern vor den Fenstern über ihn tuschelten, sondern er hört aus dem Rauschen der Bäume das Stimmengemurmel oder sogar bestimmte Worte verfolgenden oder bedrohenden Inhalts heraus, weil er sich vor Verfolgern fürchtet. Diese Beispiele ließen sich um ein leichtes noch vermehren, doch dürften die bisher angeführten Beispiele vollauf zur Erläuterung der Sachlage dienen.

Wir sehen demnach, was ja auch allgemein anerkannt werden dürfte, daß für Illusionen die Beziehungen zu den Wahnideen so liegen, daß die Wahnidee die Illusion, nicht die Illusion die Wahnidee erzeugt.

Warum, so muß man sich doch auf Grund des reinen logischen Denkens fragen, sollen auf einmal bei den Halluzinationen, die doch, wie ebenfalls der allgemeingültigen Anschauung entspricht, den Illusionen nahe verwandt sind, so nahe sogar, daß es in den psychotischen Zuständen, wo nicht nur häufig, sondern im allgemeinen Illusionen und Halluzinationen nebeneinander bestehen, oft nicht leicht oder gar unmöglich ist, dieselben zu unterscheiden und zu trennen, die Verhältnisse plötzlich gänzlich umgekehrt liegen? Stransky sagt über diese Verhältnisse: „In psychotischen Zuständen spielen Illusionen neben Halluzinationen eine besonders große Rolle, ganz insbesondere in den paranoiden, den amenten und den deliranten (Delirium tremens) Prozessen. Das Auseinanderhalten beider ist oft nicht leicht, um so weniger, als der Inhalt beider ein täuschend ähnlicher sein kann und übrigens Halluzinationen und Illusionen sich gegenseitig durchdringen, aneinander anschließen, ineinander übergehen.“ Hierzu möchten wir zunächst bemerken, wie schon angedeutet, daß es oft nicht nur nicht leicht ist, Halluzinationen und Illusionen auseinanderzuhalten, sondern in vielen, wenn nicht den meisten Fällen direkt unmöglich. Besonders ist dies in den deliranten Zuständen der Fall.

Am wenigsten leuchtet doch wohl dem logischen Denken ein, daß bei den Illusionen und Halluzinationen, deren Inhalt ein täuschend ähnlicher ist, einmal dieser Inhalt Wahnideen erzeugen, das andere

Mal durch Wahnideen bestimmt werden soll. Schon diese rein logischen Erwägungen lassen die Behauptung, daß Halluzinationen die Ursache von Wahnideen sein sollen, unwahrscheinlicher erscheinen.

Doch lassen sich für diese Anschauung noch weitere Momente geltend machen. Unter Halluzinationen hat man nach Stransky ohne adäquate Außenreize zustande gekommene Erregungen der zentralen Sinnessphären von einem allgemeinen Charakter, wie er sonst nur Erregungen derselben durch adäquate äußere, mittels der Sinnesorgane aufgenommene Reize entspricht, zu verstehen. Auch die Halluzinationen sind kein durchaus nur der kranken Psyche eigenes Symptom, wir finden sie auch gelegentlich in normalpsychischem Geschehen auftreten; allerdings handelt es sich dann nur um einfach konstruierte Halluzinationen, z. B. elementare Ton- oder Farbeempfindungen. Bekannt ist doch allgemein die häufig vorkommende Halluzination, daß man glaubt, es habe an die Tür geklopft, ohne daß geklopft wurde. Die Täuschung kann bei Gesunden einen Moment so vollständig sein, daß man mit dem Wort „herein“ reagiert. Eine Korrektur derselben tritt erst dann ein, wenn man sich durch das Ausbleiben des Eintritts der erwarteten Person, unter Umständen dann erst noch durch Nachsehen vor der Türe überzeugt hat, daß niemand geklopft haben kann. Treten solche Elementarhalluzinationen im normalpsychischen Geschehen in die Erscheinung, so handelt es sich dabei immer um eigenartige Zustände, in denen sich die Psyche momentan befindet. Es handelt sich hierbei meist um Zustände der Erwartung, die letzten Endes gipfeln in einer ängstlichen oder freudigen Erregung, also um Zustände erhöhter Affektivität. Man erwartet jemand mit Ungeduld oder hat in dem Zustande der Überreizung nur das allgemeine Gefühl, daß etwas oder jemand eintreten könne, plötzlich hört man klopfen, ohne daß es geklopft hat, und reagiert überzeugt von der Realität der Wahrnehmung eben durch den Ruf „herein“. Gerade hierfür wird niemand annehmen, daß erst das Gefühl, daß es geklopft habe, das Gefühl ausgelöst habe, daß jemand kommen müsse, sondern umgekehrt, daß dieses letztere Gefühl die Halluzination auslöste.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei den ebenfalls noch in der Breite des Normalen, aber schon näher an der Grenze des Krankhaften liegenden sog. hypnagogen Halluzinationen, die wir nicht selten in Zuständen von Überreizung und Ermüdung auftreten sehen, also ebenfalls in Zuständen veränderter Affektivität gegenüber der Norm.

Auch hierfür dürfte allgemein angenommen werden, daß die Halluzinationen ein Ausfluß der eigenartigen Affektlage sind und der darauf erwachsenden irrtümlichen Vorstellungen, und daß nicht umgekehrt die Halluzinationen erst die Affektlage erzeugten resp. die Vorstellungen.

Auch hier entsteht wieder die Frage, warum unter pathologischen Verhältnissen die Dinge anders liegen sollen.

Gehen wir nun in unserer Betrachtung einen Schritt weiter und wenden wir uns den unter krankhaften Bedingungen auftretenden Halluzinationen zu, so ist zu bemerken, daß wir auch hier einfach elementare Halluzinationen sehen, wie die sog. Photismen und Akoasmen, dann aber kompliziertere Halluzinationen, die weitaus die wichtigste Rolle spielen. Unter den Halluzinationen sind wiederum die weitaus wichtigsten die Gehörstäuschungen, das sog. Stimmenhören.

Eine eigene, besonders für unsere Betrachtungen eigene Stellung nehmen hierbei die sog. Pseudohalluzinationen ein, die wir überdies auch nicht selten noch in der Breite des Normalen bei sinnlich besonders ausgeprägt veranlagten Menschen sehen. Nach Stransky handelt es sich hierbei nicht um Sinnestäuschungen in dem allgemeinen Sinne, sondern um Vorstellungen von derart lebhafter sinnlich-plastischer Färbung, daß die Unterscheidung von realen Sinneswahrnehmungen kaum bzw. gar nicht gelingt. Besonders bei reinen Manien auf dem Boden des manisch-depressiven Irreseins sehen wir diese Art von Halluzinationen häufig auftreten. Der ideenflüchtige Rededrang vieler Manischer kleidet sich häufig in die Form gedachter Zwiegespräche. Die hierbei von dem Partner als Antworten gedachten Vorstellungen nehmen hierbei nicht selten sinnliche Deutlichkeit an und imponieren schließlich als Halluzinationen, werden auch von den Kranken selbst als Stimmen bezeichnet. Daß hierbei der Inhalt abhängig ist von Vorstellungsinhalten, die natürlich auch wahnhaft sein können, und nicht umgekehrt, ist ohne weiteres klar. Die Unterscheidung dabei von sog. echten Halluzinationen ist nicht immer durchführbar.

Ganz analog verhält es sich auch bei der Erscheinung des sog. Gedankenlautwerdens, wobei Kranke klagen, daß die Stimmen ihnen die eigenen Gedanken vorsagten oder nachsagten.

Von dieser Art von Halluzinationen sind zu trennen die eigentlichen Halluzinationen, von denen man annimmt, daß ihnen ein besonderer, von innen kommender Reiz der Sinnessphären zugrunde liegt. Gegen diese Theorie soll hier nicht angekämpft werden — es liegt dies außerhalb des Rahmens dieser Arbeit —, aber es läßt sich auch vieles für eine andere Theorie sagen, nämlich, daß es sich analog den Pseudohalluzinationen bei allen anderen Halluzinationen um ähnliche Vorgänge handelt, nämlich um sinnliche Deutlichkeit annehmende plastische Vorstellungen, die dann durch eine sofort einsetzende Erinnerungsfälschung als reale, von außen kommende Wahrnehmungen von den Kranken aufgefaßt werden. Diese Theorie gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn man bedenkt, daß Erinnerungsfälschungen auch

sonst in der Psychopathologie eine hohe Rolle spielen. Bei genauem Nachforschen wird man die Wahrscheinlichkeit einer solchen Genese häufig bestätigt finden, besonders bei manisch-depressiven Kranken, wo diese Genese nach unserer Erfahrung, vielmehr nach unserem Eindruck auf Grund unserer Erfahrung überwiegen dürfte. Der Grund hierfür wäre darin zu suchen, daß wir eben bei diesen Halluzinationen, die außer der Affektstörung keine anderen krankhaften Symptome erkennen lassen, deren Denkvorgänge vor allem nach den normalpsychischen Gesetzen ablaufen und uns daher verständlich erscheinen, besser Einblick bekommen können in die letzten Mechanismen psychischer Vorgänge als bei anderen Kranken, die wie z. B. die Hebephrenen infolge von Störungen im Denkablauf, der sog. intrapsychischen Ataxie uns unverständlich bleiben. Vielleicht begünstigt auch die bei diesen Kranken vorhandene Kritikstörung derartige Erinnerungsfälschungen, so daß hieraus sich die größere Häufigkeit der Halluzinationen bei Hebephrenen gegenüber manisch-depressiven Kranken teilweise erklären ließe. In dem Umstand, daß Halluzinationen doch immer auch für den Kranken etwas eigenes Gepräge haben, das den Kranken selbst gestattet, sie von wirklichen Wahrnehmungen zu unterscheiden — daher erklärt sich z. B. die charakteristische Bezeichnung aller Gehörshalluzinationen als Stimmen von seiten der Kranken selbst, oder wenigstens die sofortige Annahme dieses Terminus technicus durch dieselben —, läßt sich ein Beweis für die obige Theorie nicht ableiten. Dieser Umstand beweist lediglich, daß die Kranken ein gewisses Gefühl haben, daß die Halluzinationen nicht auf realen Sinneswahrnehmungen beruhen, sondern einen eigenen Ursprung haben, sei es nun aus dem Vorstellungskreis oder durch Reiz der Sinnessphären. Mehr zugunsten dieser Theorie spricht dagegen die Beobachtung, daß man von vielen besonnenen Kranken, besonders wieder solchen der manisch-depressiven Gruppe, an den Halluzinationen zweifeln sieht in dem Sinne, ob es sich nicht doch um eigene Gedanken handle und es ihnen nur so vorkäme, als hörten sie es von außen. Es drückt sich darin das Empfinden der Kranken aus, daß die Halluzinationen nach ihrem Inhalt ihrem Vorstellungskreis entsprechen.

Auch von völlig genesenen Kranken bekommt man auf Befragen meist die Antwort, daß die Halluzinationen nur Täuschungen gewesen seien, daß es sich hierbei vielmehr um ihre eigenen Gedankengänge gehandelt habe. Sprechen verschiedene Umstände für die obige Theorie, so spricht nach unserer Auffassung diese selbst noch mehr für sich, da sie unserem Denken begreiflicher erscheinen muß als die ganz unbegreifliche Theorie, daß Halluzinationen aus inneren Reizen der Sinnessphären entstehen, ein Vorgang, der unserem Vorstellungsbereich nicht verständlich ist.

Der psychische Mechanismus wäre dann so zu erblicken, daß die Kranken die später die Halluzinationen bildenden Vorstellungen als etwas Fremdes empfinden, aber da ihnen die Krankheitseinsicht fehlt, nicht auf den Gedanken kommen, daß es krankhafte Gebilde ihres eigenen Vorstellungslebens sind. Was liegt dann näher, als sie nach außen zu verlegen, vielmehr sie als von außen kommend zu betrachten und sie schließlich infolge ihrer sinnlichen Deutlichkeit, die sich ohne weiteres aus der starken affektiven Wertigkeit erklärt, durch Erinnerungsfälschung tatsächlich nach außen zu verlegen, sie eben als Halluzination zu empfinden. Zugunsten dieser Anschauung spräche das oft im Anfang noch vorhandene Zweifeln an der Realität der Halluzinationen. Später sinken dann infolge der Ausschleifung der psychischen Bahnen diese psychischen Mechanismen ins Unbewußte, wenn sie je überhaupt recht zum Bewußtsein gekommen sind, und jede Vorstellung tritt gleich als fertige Halluzination auf. Das, was die eigenen Gedanken zunächst als fremd erkennen läßt, ist wie bei der Entstehung von Zwangsvorstellungen in einem dem ursprünglichen Gefühlston der Vorstellung widersprechenden Gefühlston zu suchen. Die Erinnerungsfälschung als solche ist ein mehr oder minder assoziativer Vorgang, aber auch wohl wie der assoziative Vorgang überhaupt stark beeinflußt von affektiven Momenten. Auf akustischem Gebiet käme noch als Hilfsmoment für das Zustandekommen der Erinnerungsfälschung das vielen Kranken eigene Denken in Form von Zwiegesprächen in Betracht. Bei dieser Art Erklärung erscheint uns vor allem das Auftreten der Gesichtshalluzinationen in Gestalt von mehr plastischen Bildern, da ihnen die Tiefendimension meist fehlt, erklärlich entsprechend dem Umstand, daß wir normalerweise optisch in solchen Bildern zu denken pflegen. Das sog. Stimmenlautwerden, das nach unserer Erfahrung nie rein, sondern immer nur in Verbindung mit anderen Arten von Gehörshalluzinationen vorkommt, ließe sich dann so erklären, daß hierbei nach einmal eingeschliffenem Mechanismus als eigen empfundene sinnlich lebhaftere Vorstellungen mit in die Erinnerungsfälschung einbezogen werden, ohne daß das Zwischenglied, daß sie als fremd empfunden werden, vorhanden wäre. Da die Vorstellungen aber einerseits als eigene Gedanken, andererseits als Stimmen von außen aufgefaßt werden, so kommt es eben zu dem Gefühl, daß man die Gedanken vor- oder nachsage, je nachdem die Erinnerungsfälschung die Halluzinationen zeitlich vor, nach oder zusammen mit dem Auftreten der eigenen Vorstellungen legt. Ob es sich aber auch hierbei nicht um Vorstellungen mit gespaltenem Gefühlston handelt und im Grunde infolgedessen derselbe Mechanismus wirkt wie bei allen anderen Halluzinationen, soll dahingestellt bleiben. Denkbar wäre dies immerhin, doch wird es sich wohl nie beweisen lassen.

Mit Hilfe dieser eben skizzierten Theorie, die in einer späteren Arbeit näher dargelegt werden soll, ließen sich zwanglos alle die verschiedenen Formen von Halluzinationen aus einer Genese erklären, einer Genese, der dazu das Gekünstelte und eigentlich durchaus Unverständliche der landläufigen Halluzinationstheorien fehlt, sondern wohl begründet ist auf einer eigenartigen Gruppierung uns bekannter in der Psychologie und Psychopathologie gleichfalls eine hohe Rolle spielender psychischer Mechanismen.

Aber ganz abgesehen davon, ob nun die eine oder andere Theorie den Vorzug verdient, für unsere weiteren Ausführungen ist dies nicht von hohem Belang. Denn stellen wir uns auf den Standpunkt, daß Halluzinationen durch inneren Reiz der Sinnessphären entstehen, so liegen doch die Verhältnisse so, daß es sich hierbei wie beim eigentlichen Wahrnehmungsvorgang nur um einfache, elementare Reize, wie Laute oder Farben, resp. einfache Geschmacks- oder Geruchs- oder Tastwahrnehmungen handeln kann, die erst dann mit Hilfe des assoziativ bedingten Wahrnehmungsvorgangs registriert werden. Hierbei spielt also der jeweilige Bewußtseinszustand der Psyche eine Rolle, etwas unbedingt Neues kann hier nicht hineingetragen werden, jegliche Wahrnehmung muß ihre Verknüpfungen mit dem vorhandenen assoziativen Material haben. Es kann also ein solcher innerer Reiz der Sinnessphären nicht etwas Neues in die Psyche hineinbringen, sondern unterliegt seinerseits der Registrierung durch die Psyche, deren jeweiliger Bewußtseinszustand hierfür maßgebend ist. Da nun bei den Illusionen, wie wir wissen, es sich um infolge der bestehenden Wahnideen falsch gedeutete reale Wahrnehmungen handelt, so muß es sich bei den Halluzinationen, rein logisch gefolgert, da sie ganz ähnlichen Inhalt bei gleichem Bewußtseinszustand haben, um im Sinne des Bewußtseinszustandes ausgedeutete innere elementare Reize der Sinnessphären handeln, die wir ja auch ungedeutet als Akoasmen oder Photismen usw. auftreten sehen. Es handelt sich demnach bei beiden Vorgängen, bei der Illusion und Halluzination, um den gleichen Endvorgang, nämlich eine illusionäre Ausdeutung von Reizen der Sinnessphäre, nur daß in dem einen Fall dieser Reiz von außen durch die Sinnesorgane vermittelt wird auf Grund einer realen Beobachtung, während er im anderen Falle auf einen Reiz zurückgeht, der in den Sinnessphären selbst seinen Sitz hat. Halluzinationen wären demnach zu definieren als Illusionen innerer Sinnessphärenreize im Gegensatz zu Illusionen auf Grund durch die Sinneswerkzeuge übermittelter Empfindungsreize. Der Unterschied zwischen Illusion und Halluzination läge dann also nur in dem Herkunftsort der für die Wahrnehmung erforderlichen Reize.

Ein Bindeglied zwischen Illusion und Halluzination bildet nach

dieser Auffassung eine gewisse Art von Halluzinationen, die allgemein zu den Halluzinationen gerechnet wird, die man aber ebensogut zu den Illusionen rechnen könnte. Es sind dies jene Halluzinationen, wie wir sie z. B. häufig bei Erkrankungen des Gehörapparates, oft nur einseitig auftreten sehen und die der allgemeinen Ansicht nach auf subjektive Ohrgeräusche zurückgehen; desgleichen jene bei Druck auf den Augapfel bei Deliranten, besonders Alkoholdeliranten, ebenso bei Erkrankungen des Bulbus und des Nervus opticus auftretenden Halluzinationen des Gesichts, die aus hierbei entstehenden einfachen Gesichtsempfindungen entspringen, oder schließlich die an Hautsensationen sich häufig anschließenden Halluzinationen des Tastsinnes. Hier werden die Sinnestäuschungen vermittelt durch einen Reiz der im Sinnesapparat selbst seinen Sitz hat, also gleichsam auf dem Weg zwischen Reizort der Illusion und Halluzination in der Mitte liegt. Ebenso haben die einfachen Perzeptionsphantasmen ihren Ursprung in einem Reiz des Sinnesapparates. Die unter diesen Verhältnissen den Sinnessphären übermittelten einfachen Sinnesempfindungen werden dort durch den einsetzenden Wahrnehmungsvorgang illusionär im Sinne des wahnhaften Bewußtseinszustandes ausgedeutet. Daß dies so der Fall sein muß und nicht umgekehrt, geht am besten daraus hervor, daß wohl viele Personen z. B. an subjektiven Ohrgeräuschen leiden, aber nicht alle sie illusionär ausdeuten, ebenso wie alle Menschen bei Druck auf den Augapfel eigenartige elementare Gesichtsempfindungen haben, aber nur wenige mit besonders geeignetem Bewußtseinsinhalt illusionäre Fehldeutungen daran anschließen.

Einen weiteren schwerwiegenden Beweis, daß Halluzinationen nicht erst Bewußtseinsinhalte wahnhafter Art erzeugen, sondern vielmehr der Ausdruck solcher Bewußtseinsinhalte sind, sehen wir auch darin, daß wir bei halluzinierenden Kranken nicht nur Halluzinationen treffen, die dem Wahninhalte entsprechen, sondern auch solche, die als Ausdruck anderer nicht wahnhafter Bewußtseinsinhalte auftreten, und zwar von solchen Bewußtseinsinhalten, die als solche schon vor der mit Halluzinationen und Wahnideen einhergehenden Erkrankung bestanden haben, bei denen also rein zeitlich betrachtet der betreffende Bewußtseinsinhalt nicht die Folge der Wahnideen sein kann. Wenn z. B. ein Alkoholhalluzinant hört „Säufer, Schnapsbruder (Beispiel von Stransky), den b'soffenen Pülcher tan m'r abidrah'n“, so ist hier der Halluzinationsinhalt Säufer usw. dem Bewußtsein des Halluzinierenden entnommen, daß er ein Säufer ist, ein Bewußtseinsinhalt, der sicher nichts Wahnhaftes an sich hat und zweifellos auch schon vor der Halluzinose vorhanden war. Der andere Teil dieser Halluzination „tan m'r abidrah'n“ steht in Beziehung zu dem Verfolgungswahn des Halluzinanten. Wenn nun der eine Teil der Halluzination

sicher der sekundäre Ausdruck eines bestimmten Bewußtseinsinhaltes ist, warum sollte es in dem anderen Teile derselben gerade umgekehrt sein, zumal wie schon andere angeführte und noch weiter anzuführende Momente dafür sprechen, daß auch dieser Teil sekundär der Ausdruck eines bestimmten wahnhaften Bewußtseinsinhaltes ist, der seinerseits seine Wurzeln wieder im Angstaffekt hat, wie wir oben bereits dargestellt haben.

Einen weiteren Beweis für die Richtigkeit der hier vertretenen Anschauung erblicken wir ferner darin, daß immer, wo Wahnideen und Halluzinationen auftreten, man durch genaues anamnesticches oder katanamnesticches Forschen sehr häufig nachweisen kann, daß zeitlich die Wahnideen früher auftreten als die Halluzinationen, so daß auch aus diesem Grunde die Halluzinationen als etwas Sekundäres gegenüber den Wahnideen angesehen werden müssen. In den Fällen aber, wo sich dieser Nachweis nicht führen läßt, läßt sich immer nur nachweisen, daß Halluzinationen und Wahnideen gleichzeitig in die Erscheinung traten, nie aber daß Halluzinationen je vor den Wahnideen bestanden.

Schließlich kann man noch als Beweis den Umstand anführen, daß wohl Wahnideen ohne Sinnestäuschungen, nie aber Sinnestäuschungen ohne Wahnideen vorkommen. Gewiß gibt es Fälle, wenn sie auch selten sind, in denen es den Eindruck macht, als ob nur Halluzinationen, nicht aber Wahnideen beständen. Dieser Eindruck jedoch beruht auf einer Täuschung.

Einmal handelt es sich in solchen Fällen um alte Kranke, bei denen eine teilweise Genesung eingetreten ist, bei denen aber als Restzustand der alten Psychose eine Neigung zum Halluzinieren im Sinne der in der früheren akuten Psychose bestanden habenden Wahnideen blieb. Tatsächlich haben alle diese Halluzinationen einen wahnhaften, meist beschimpfenden, bedrohenden oder sonstwie beeinträchtigenden Inhalt, nur werden sie sofort beim Auftauchen als mehr oder minder krankhaft bedingt erkannt und abgetan und ihnen damit der sekundäre Einfluß auf die Psyche entzogen, ein rasches Abtun der Halluzinationen, wie wir es bei den einfachen Halluzinationen gesunder Menschen auch sonst sehen. Es handelt sich hierbei um ganz ähnliche Vorgänge, wie wir sie bei gewissen Zwangsvorgängen sehen, in denen einzelne Zwangerscheinungen als Restzustand aus einer akuten Psychose bleiben, während die anderen akuten Erscheinungen abklingen, oder in den Zuständen sogenannten Residualwahns, mit dem wir uns an späterer Stelle noch zu beschäftigen haben. Tatsächlich läßt sich bei genauer Nachforschung in allen solchen Fällen ein früherer akut psychotischer Zustand mit den für die Halluzinationen den Boden bildenden Wahnideen bzw. den diesen wieder zugrunde liegenden affektiven

Störungen nachweisen. Es besteht überdies in solchen Fällen niemals eine volle klassische Krankheitseinsicht, sondern mehr eine oberflächliche, die noch auf ein Fortbestehen des alten Zustandes, wenn auch in abgeschwächter Form hinweist.

In einer anderen Reihe von Fällen, die wir als Halluzinosen bezeichnen, scheint es oft so als ob der ganze Krankheitsprozeß lediglich aus massenhaften Halluzinationen bestände, die in buntem Reigen wechselten. Aber schon der immer durchaus wahnhaft gedankengänge, meist beeinträchtigenden Inhalts zeigende Inhalt der Halluzinationen weist darauf hin, daß doch auch hier Wahnideen bestehen, die nur in Form massenhafter Halluzinationen ans Tageslicht treten. Es handelt sich bei diesen Zustandsbildern meist um ausgesprochen ideenflüchtige Vorgänge, indem eine Wahnidee die andere förmlich jagt, dabei jede einzelne in Gestalt einer Halluzination zum Ausdruck kommt, ohne daß es zu einem sekundären Ausbau der Wahnideen kommt, da schon immer eine andere Wahnidee mit Halluzination die alte ablöst und ins Unbewußte untertauchen läßt, bevor sie noch assoziative Verknüpfungen weitergehender Art anknüpfen konnte. Wahnideen haben nämlich im allgemeinen die Eigenschaft, wie ja alle Vorstellungen, durch die Assoziationstätigkeit weitere Kreise zu ziehen, natürlich auch solche Wahnideen, die in Form von Halluzinationen in die Außenwelt projiziert werden. Es knüpfen sich daran neue Vorstellungen und Wahnideen auf Grund assoziativer Verknüpfungen, indem bereits fertig vorhandene Wahnideen und Halluzinationen als weitere Bausteine benützt werden. Durch diesen Umstand kommt es wohl zum größten Teil, daß für den Beobachter und Kranken selbst die sekundären Wahngebilde, die häufig in der schon fortgeschrittenen Psychose überwiegen, als das Gegebene angesehen und so die Halluzinationen für die Wahnbildung als Ursache angesehen werden. Will man die Genese der Wahnideen richtig erfassen und verstehen lernen, so muß man immer versuchen, anamnestisch auf die Entstehung und Entwicklung der ersten Wahnideen zurückzugehen. Dabei wird man dann regelmäßig, falls die Anamnese nicht, wie fast regelmäßig bei *Dementia praecox* im Stiche läßt, eben die oben bereits angeführten Verhältnisse finden, nämlich zuerst Affektstörung, dann Wahn, schließlich dem Wahninhalt entsprechende Halluzinationen. Dann erst beginnt der systematische Ausbau des Wahns häufig unter Zuhilfenahme schon vorhandener Bausteine, auch solcher in Gestalt von Halluzinationen.

Am deutlichsten treten diese Verhältnisse in die Erscheinung bei den sog. hypochondrischen Wahnideen. Kranke, die an dem Wahn leiden, körperlich krank zu sein — die Genese dieses Wahngefühls haben wir oben bereits erläutert —, deuten Organgefühle normaler

Art, über die der Gesunde ohne weiteres hinweggeht, illusionär um in eine Krankheit des betreffenden Organs. Durch weiteren Ausbau dieses Wahns, häufig unter Zuhilfenahme populär medizinischer Schriften, kann es vorkommen, daß er schließlich auch andere Organe als Komplikationen der ersten Krankheit krank wähnt und prompt halluziniert er auch in diese Organe eigenartige Empfindungen hinein. Schließlich führen diese Ausdeutungen zu einer ganzen Reihe von Wahngebilden, die für die erste Beurteilung und Betrachtung durchaus den Eindruck machen, als ob ihre Grundlagen Illusionen oder Halluzinationen der Organempfindungen wären. Besonders in diesen Fällen ist es dann äußerst schwierig Illusion und Halluzination zu trennen.

Um noch einmal kurz zusammenzufassen, so glauben wir hier beweisend dargetan zu haben, daß Halluzinationen nicht gleichsam aus dem Nichts auftauchen und das Bewußtsein wahnhaft verfälschen können. Vielmehr sind sie als der Ausdruck eines wahnhaften Bewußtseinsinhalts anzusehen, der seinerseits wieder, wie wir bereits teilweise ausgeführt haben und noch weiter ausführen werden, durch affektive Störungen bedingt wird.

Wir fahren nun in der Besprechung der affektiven Grundlagen der Wahnideen fort und kommen hierbei zur Frage nach der Herkunft der sog. paranoiden oder, wie Bleuler sie bezeichnet, katathymen Wahnideen, die unter den Wahnideen die vornehmste Rolle spielen. Stransky sagt: „Die wichtigste und bedeutsamste Art des Aufbaues wahnhafter Gebilde ist die paranoide, wie wir sie bei der Paranoia im strengen Sinne, aber auch bei anderen, namentlich chronisch wahnbildenden Prozessen, speziell bei jenen der Schizophreniegruppe, bei den alkoholischen Geistesstörungen, bei gewissen Degenerierten finden. Hier baut sich die wahnhafte Verfälschung, wenngleich Elemente bisher gekennzeichneten Ursprungs sicherlich ebenfalls dazu kommen, vor allen Dingen auf einer eigenartig fehlerhaften, wenngleich in formalen Rohbau scheinbar korrekten Verbindung von an und für sich realen Wahrnehmungen untereinander und mit dem vorhandenen Erfahrungsschatze zu Schlüssen auf. Die äußere Eigenart der Fehlschlüsse besteht wesentlich darin, daß abgesehen, wie schon bemerkt, von den anderen Zuflüssen der Wahnbildung, die Prämissen zu dem Resultate in einem, am Maßstabe gesunder Empirik gemessen, mehr oder weniger weitgehendem Mißverhältnis stehen. Erstlich bringt der Kranke ohne äußere sachliche Begründung alle oder einen großen Teil der von ihm gemachten Wahrnehmungen in auffällig erhöhte egozentrische Beziehung (gesteigerte Eigenbeziehung) zur eigenen Person, und oft kann man geradezu von einer erhöhten Aufmerksamkeit sprechen, die er den Dingen zuzuwenden scheint (es gibt freilich Fälle, wo die Kranken sehr lebhaft darüber klagen, wie sich die wahnhaften

Beziehungen gegen ihren Willen fast zwangsmäßig aufdrängen); aus irgendwelchen ganz zufälligen, nebensächlichen, belanglosen Dingen und Ereignissen baut sich der Kranke, indem er sie ohne Rücksicht auf innere logische Verwandtschaft, oft ganz grob nach dem Prinzip ‚post hoc, ergo propter hoc‘ untereinander oder mit seinen älteren Erfahrungen verknüpft, Trugschlüsse auf, anfangs oft nur zögernd, tastend, hypotheisierend, später mit größerer Sicherheit und schließlich mit subjektiv apodiktischer Bestimmtheit ohne Korrekturmöglichkeit, so lange wenigstens der Krankheitsprozeß andauert, daher so ein Aufbau so gewöhnlich den Charakter des Gewaltsamen, bei den Haaren herbeigezogenen, indirekt von hintenherum Konstruiertem an sich trägt und in extremer Ausprägung selbst dem Laien als ‚fixe Idee‘ imponiert.“

Will man sich über die Genese dieser Art von Wahnideen Klarheit verschaffen, so geht man in der Besprechung am besten aus von der Krankheit, die sie am reinsten zeigt, nämlich von der Paranoia. In den anderen sog. paranoiden Formen, so am meisten in der Dementia paranoides ist diese Genese nicht mehr rein, sondern durch anderweitige krankhafte psychische Einflüsse, wie wir später noch sehen werden, derart verunreinigt und kompliziert, daß sie sich zum Ausgangspunkt für unsere Betrachtungen nicht eignen. Obwohl auch in diesen Erkrankungen die Grundgenese für die Wahnbildung durchaus die gleiche ist, so ist sie dort doch so versteckt unter dem anderen psychotischen Beiwerk, daß sie schwer zu erkennen ist, und nur auf dem Umweg über die reine Paranoia ist es möglich, auch dort den gleichen Grundmechanismus festzustellen.

Während die alte Psychiatrie die Paranoia für eine reine Verstandeskrankheit hielt, ist man neuerdings von dieser Anschauung mehr und mehr abgekommen, indem man erkannt hat, daß auch anderen Momerten bei der Bildung der paranoischen Wahnideen zum mindesten eine gewisse Rolle zukommt. Besonders hat sich mehr und mehr die Erkenntnis Bahn gebrochen, daß die Affektivität von mehr oder minder großem Einfluß hierbei ist. In einer sehr instruktiven und bemerkenswerten Arbeit über die Paranoia hat Specht versucht, diese Erkrankung der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins zuzurechnen in der richtigen Erkenntnis der Tatsache, daß sich einmal das Zustandsbild als solches neben den dasselbe beherrschenden Wahnideen zusammensetzt aus verschiedenen teils der depressiven, teils der expansiven Skala angehörigen Symptomen, dann aber auch Schwankungen in der Intensität des Zustandes aufweist, wie wir sie genau so beim zirkulären Irresein sehen. Specht hat vor allem erkannt, daß von der sog. chronischen Paranoia mit nur leichten Schwankungen zu den sicher dem manisch-depressiven Irresein zuzu-

rechnenden Formen der sog. periodischen Paranoia fließende Übergänge bestehen. Deshalb hat er versucht, das Krankheitsbild der Paranoia in der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins aufgehen zu lassen. Den gleichen Beweis suchte er für den Querulantenwahn zu führen, indem er diesen als besondere Form der chronisch-manischen Verstimmung hinzustellen versuchte, hierbei besonders gestützt auf die Aktivität der Querulanten, die in langen Prozessen mit endlosen, oft ganz ideenflüchtig anmutenden schriftlichen Eingaben zum Ausdruck kommt. Wir werden weiter sehen, inwiefern sich diese Anschauung nach unserer Auffassung als richtig erweist und inwiefern sie einer Korrektur bedarf.

Diejenigen Autoren, die noch ganz oder teilweise an der Anschauung festhalten, daß die Paranoia eine Verstandeskrankheit sei, erblicken das Wesen derselben in einer eigenartigen Störung der kritischen Verstandestätigkeit, die zu wahnhaften Schlüssen und Urteilen führe.

Nehmen wir einen Paranoiker echtster Art, wie man sie als Psychiater leider nur sehr selten zu sehen bekommt, so kann sich dieser trotz seines Wahnsystems im Leben frei bewegen, versteht es oft sogar meisterlich, dasselbe vor seinen Mitmenschen geheimzuhalten, es zu dissimulieren. In diesem Verhalten liegt zweifellos ein gewisses Krankheitsgefühl; auch darin kommt dieses Krankheitsgefühl zum Ausdruck, daß viele Paranoiker wegen ihrer vermeintlichen Verfolgungsideen nicht die Polizei, sondern eigentlich wieder alles Erwarten sofort den Arzt aufsuchen. Dieses dumpfe Krankheitsgefühl muß doch einem gewissen kritischen Urteil entspringen, nämlich den durch assoziative Tätigkeit gewonnenen Schlüssen, daß an den Wahnideen doch nicht alles so recht in Ordnung sei, daß sie einer scharfen Kritik in ihrer Begründung doch oft nicht standhalten könnten. Wir werden weiter unten hierauf nochmals zurückzukommen haben.

Solche Paranoiker nun können ihrem Berufe nachgehen, ohne daß sie ihrer Umgebung irgendwie als krank auffallen, sie sind sogar in der Lage, in ihrem Berufe Normales zu leisten, ja man findet sogar unter den geistig arbeitenden Paranoikern nicht selten Persönlichkeiten, die sogar sehr Gutes zu leisten vermögen, die also in ihren Urteilen und Schlüssen außerhalb ihres eng umschriebenen Wahnsystems gewiß keine Störung, unter Umständen sogar eine hohe Leistungsfähigkeit der kritischen Urteile zeigen. Wäre es hier nun nicht eigenartig, daß jemand über gute Urteils- und Schlußfähigkeit verfügt in den Dingen seines Berufs und den Anforderungen des gewöhnlichen Lebens gegenüber, aber auf so engem Gebiet wie sein Wahnsystem eine ausgesprochene Störung dieser Fähigkeit zeigt. Gibt es überhaupt jemand, so muß man sich fragen, der noch im Ernst an eine solch isolierte Urteilsstörung zu glauben vermag, wo wir doch

sonst in der Psychopathologie, bei allen Verblödungsprozessen die Beobachtung machen, daß wenn eine Störung der intellektuellen Sphären, insbesondere eine Störung der kritischen Fähigkeiten auftritt, diese allgemein sich geltend macht bei allen assoziativen Leistungen der Psyche.

Viel näher liegt da doch, nach anderen Ursachen für die Wahnbildung zu suchen und am nächsten liegt dabei doch, diese Ursache in einer Störung der Affektivität zu suchen, da ja, wie wir wissen, diese bei der Bildung anderer Wahnideen, wie depressive und manische Wahnideen allein als letzte Ursache in Frage kommt. Man muß versuchen, auch bei den sog. paranoiden Wahnideen die Blende für das kritische Sehen zu finden, da eine Störung des kritischen Sehens selbst auszuschließen ist, wie wir noch weiter sehen werden.

Dafür, daß eine Störung der Affektivität als letztes ursächliches Moment bei der Bildung der paranoiden Wahnideen allein in Frage kommt, sprechen eine Reihe von Gründen.

So zunächst die Tatsache, daß wir das paranoische Wahnsystem so gut wie nie als solches fertig in die Erscheinung treten sehen, sondern daß immer der Bildung des eigentlichen Wahnsystems, wenn man eine zuverlässige Anamnese erhalten kann, ein Stadium zögernden Tastens, Hypothesisierens (Stransky) vorausgeht, ehe sich der Wahn zu apodiktischer Sicherheit auswächst. Daß diese apodiktische Sicherheit im fertigen Wahnsystem auch nur nach außen hin eine scheinbare ist, vielmehr wohl nie voll erreicht wird, beweist nach unserer Anschauung das oben erwähnte Krankheitsgefühl, das bei vielen Paranoikern besteht, und das sich kundgibt in der ausgesprochenen Dissimulationsneigung und in der Eigenart, mit ihren Beschwerden wider Erwarten eigentlich zum Arzt zu gehen statt zum Kadi.

Dieses Vorstadium und dumpfe Krankheitsgefühl der späteren Erkrankung läßt sich doch wohl nur dadurch erklären, daß dem Kranken selbst mehr oder minder starke Zweifel an der Realität seiner Wahrnehmungen und der daran geknüpften Voraussetzungen und Schlüsse aufstoßen, die ihn unsicher machen. In diesen Zweifeln haben wir eine Tätigkeit der kritischen Seite des Intellekts zu sehen, die sich wehrt gegen die wahnhaften Deutungen. Die gute Kritik erkennt hier noch an den Wahnbildungen mehr oder minder deutliche Zeichen, die sie an der Richtigkeit der gezogenen Schlüsse zweifeln läßt.

Wäre es nun allen Ernstes denkbar, daß eine gestörte Kritik, infolge deren es zu falschen Schlüssen und Urteilen gekommen war, auf der anderen Seite noch fähig wäre, mit kritischer Schärfe daran herumzukritteln. Es muß hier schon ein anderes, außerhalb der kritischen Tätigkeit liegendes Moment die Trugschlüsse veranlassen, an denen dann eine wohlerhaltene Kritikfähigkeit wohl Kritik üben

kann. Dieses andere Moment aber, das die Trugschlüsse zuwider einer guten Kritik zustande kommen läßt, ist tatsächlich eine Störung der Affektivität, die deshalb auch kein einziger mit paranoiden Wahnideen einhergehender psychotischer Zustand vermissen läßt, und zwar ist es für den häufigsten und wichtigsten paranoiden Wahn, nämlich den Beeinträchtigungs- oder Verfolgungswahn, sowie dessen Abart, den Eifersuchtswahn, der Affekt krankhaften Mißtrauens, wie wir im folgenden näher darzutun gedenken.

Man könnte hier sofort einwenden, daß das Mißtrauen etwas Sekundäres sei, das sich bei Paranoikern entwickelt als ganz logische Folgeerscheinung des dauernden Sich-beeinträchtigt-und-verfolgt-Glaubens. Dieser Einwand wäre ganz zutreffend und auch einleuchtend, wenn sich nicht durch genaue Anamnesenforschung regelmäßig der Nachweis führen ließe, daß die Paranoiker schon mißtrauisch waren, bevor sich noch eigentliche Wahnideen bei ihnen ausbildeten. Ja, man kann in Anamnesen von Paranoikern sehr häufig zu hören bekommen, daß sie schon von frühester Jugend an durch eine eigenartige mißtrauische Veranlagung aufgefallen seien, gleichsam also schon nach unserer Auffassung die Disposition zur Bildung von Wahnideen mit sich herumgeschleppt hätten.

Kann demnach der Affekt des Mißtrauens in der Paranoia nicht etwas Sekundäres sein, so muß er doch noch nicht das Primäre darstellen, er kann ja lediglich ein Begleitmoment darstellen, das von den Wahnideen unabhängig ist. Dazu ist aber zu auffällig, daß dieses Mißtrauen überall eine Rolle spielt, wo paranoide Wahnideen beeinträchtigender Art auftreten. Daraus kann man doch wohl den Schluß ziehen, daß beide in einem gewissen ursächlichen Konnex stehen müssen, und dieser ursächliche Konnex kann nach dem eben Gesagten dann nur so liegen, daß der Affekt des Mißtrauens das Primäre, die Wahnideen das Sekundäre sind.

Einen weiteren Wahrscheinlichkeitsbeweis für die Richtigkeit dieser Auffassung sehen wir in der Neigung seniler Kranker zur Bildung paranoider Bilder. Wer dächte hierbei nicht ganz unwillkürlich an die normalpsychologische Charakterveränderung des Greisenalters in dem Sinne mißtrauischer Beurteilung der Umgebung und wem käme dabei nicht sofort auch der Gedanke, daß in diese senile Veränderung der Keim für die Beeinträchtigungs-ideen durch den Affekt des Mißtrauens gelegt sei.

Desgleichen muß man hierbei sofort an die Neigung Schwerhöriger und Taubstummer zur Bildung paranoider Psychosen im Sinne des Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahnes denken, bei denen ja ebenso wie bei den Greisen die mißtrauische Veranlagung eine Grundcharaktereigenschaft darstellt.

Wer dächte hier ferner nicht eines bislang unseres Wissens nicht genügend gewürdigten Typus von Degenerierten, die gleichsam eine

latente Paranoia — Gaupp hat unter dem Titel „Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia“ ähnliche Zustände beschrieben — darstellen. Es handelt sich hierbei sehr häufig um geistig hochstehende Leute, die in ihrem Beruf durchaus leistungsfähig sind, die aber nie an einer Stelle warm werden können, weil sie sich immer, sei es von Kollegen oder Vorgesetzten benachteiligt fühlen, jeder Handlung derselben Mißtrauen entgegenbringen und dementsprechend äußerst zurückhaltend sind, dadurch aber ihrerseits wieder abschreckend wirken. Leute, die dabei aber immer wieder einsehen, daß sie unrecht hatten, hinter dem und jenem etwas zu wittern, dem und jenem zu mißtrauen, aber immer wieder im gegebenen Moment trotz vielfacher Erfahrung und eigentlich besserem Wissen ihrem starken Mißtrauen verfallen und aus Worten und Taten ihrer Umgebung unangenehme Beziehungen auf ihre eigene Person herauslesen. Diese Persönlichkeiten sind nicht krank im eigentlichen Sinne zu nennen, aber von ihnen zur echten Paranoia ist nur ein kleiner Schritt. Und tatsächlich hören wir auch meist in der Anamnese von Paranoikern, daß sie sich aus solchen Persönlichkeiten rekrutieren. Nimmt dann die mißtrauische Veranlagung solcher Leute mit fortschreitendem Lebensalter zu und kommen dazu noch besonders eindrucksvolle mißtrauische Erlebnisse, so kommt es schließlich zu immer häufigeren mißtrauischen Beziehungen trügerischer Art mit immer längeren Korrektionsintervallen, zu immer öfterem Unterliegen der Vernunft entspringenden Gegengründe und schließlich zu dauerndem Festhalten des nun fertigen Beziehungswahns, zuerst noch zögernd, tastend und hypothetisierend, schließlich aber ohne dieses zum Festhalten der wahnhaften Eigenbeziehungen. Dann im weiteren Verlauf werden die Zweifel, wohl zum größten Teil infolge der Gewöhnung, die dabei, wie überhaupt bei normalen und krankhaften psychischen Vorgängen eine große Rolle spielt, immer seltener, die Kritik wird dann gleichsam gar nicht mehr gegen die Trugschlüsse mobil gemacht, und wir haben die fertigen Wahnideen vor uns, die im weiteren Verlauf assoziativ verknüpft und unter Zuhilfenahme besonders eindrucksvoller Erlebnisse, respektive nur eines solchen zu dem bekannten Wahnsystem ausgebaut werden. Diese Systematisierung des Wahns trägt bei echter Paranoia regelmäßig den Stempel durchaus logischer Schlüsse, so zwar, daß es nicht allzu selten vorkommt, daß von solchen Paranoikern sonst als gesund zu bezeichnende Personen von der Richtigkeit ihrer Gedankengänge überzeugt und so mit in den Wahn hineingerissen werden. Solange dann die krankhafte affektive Störung anhält, steht auch das Wahnsystem unerschütterlich fest, ist der Korrektur unzugänglich, obwohl man nicht selten sieht, daß einzelne Wahnideen fallen gelassen werden, aber zu einer Korrektur des Systems kommt es dabei nicht. Bei den einzelnen Wahnideen, die man gelegentlich korrigieren sieht, handelt

es sich eben um solche, die ihre starke affektive Betonung infolge Ablösung durch andere verloren haben und so nun der Kritik zugänglich geworden sind. Bei den oben geschilderten paranoischen Persönlichkeiten, sieht man überdies auch neben dem Affekt des Mißtrauens das ganze übrige aus depressiven und expansiven Symptomen gemischte Beiwerk, das wir, wie später noch darzutun ist, bei der echten Paranoia sehen.

Wir glauben nun durch unsere bisherigen Ausführungen genügend überzeugendes Material für die Begründung unserer Auffassung, daß das Mißtrauen die Grundlage des paranoiden Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahns bildet, beigebracht zu haben, und können uns in folgendem der Genese des Wahns aus dem Affekt des Mißtrauens und der Genese des Affektes des Mißtrauens selbst zuwenden.

Nach unserer oben dargelegten Auffassung, daß alle Affektarten, die wir kennen, als Mischaffekte des depressiven und expansiven Grundaffektes, resp. Mischungen dieser Affektarten mit anderen der depressiven oder expansiven Skala angehörenden Erscheinungen aufzufassen sind, ist auch das Mißtrauen als ein klassischer Mischaffekt anzusehen. Bei dem Affekt des Mißtrauens liegen nun nach unserer Auffassung die Verhältnisse so, daß den affektiven Grundstock ein depressiver Affekt abgibt. Wie wir oben gesehen haben, gehört es zu den Grundeigenschaften des reinen depressiven Affektes, daß die Kranken alle Vorgänge in ihrem Innern, insbesondere ihr eigenes Tun und Lassen unter die Lupe dieses Affektes nehmen und als minderwertig oder nachteilig für ihre Person auffassen. Diese depressive Betrachtung des eigenen „Ichs“ ist ein Grundzug des depressiven Affektes.

Der Affekt des Mißtrauens unterscheidet sich nun von dem reinen depressiven Affekt dadurch, daß er nicht das Tun und Lassen des eigenen „Ichs“ in einem dem „Ich“ nachteiligen Licht erscheinen läßt, sondern vielmehr die Eindrücke der Umgebung. Es fragt sich nun, wie kommt diese Umschaltung der Betätigung des depressiven Affektes von der eigenen Person auf die Außenwelt zustande und wie läßt sich diese psychologisch erklären.

Stransky sagt in der oben angeführten Schilderung der paranoiden Wahnideen „erstlich bringt der Kranke ohne äußere sachliche Begründung alle oder einen großen Teil der von ihm gemachten Wahrnehmungen in auffällig erhöhte egozentrische Beziehung zur eigenen Person, und oft kann man geradezu von einer erhöhten Aufmerksamkeit sprechen, die er den Dingen zuzuwenden scheint“. Die Neigung zu egozentrischer Betätigung der Psyche ist ein Ausfluß des depressiven Affektes, wie wir oben gesehen haben, nur daß der rein depressive Affekt die Neigung hat, mehr das Tun und Lassen der eigenen Person egozentrisch zu verarbeiten. In der aber nicht nur oft, sondern immer vorhan-

denen erhöhten Aufmerksamkeit gegenüber den Dingen der Außenwelt haben wir den Grund für die Umschaltung der depressiven egozentrischen Betätigung von der eigenen Person auf die Umwelt zu suchen. Die Steigerung der Aufmerksamkeit für die Dinge der Außenwelt aber ist ein charakteristisches Symptom der expansiven Erregung. Während der gesunde Mensch an gewissen Dingen, Handlungen und Worten anderer Personen achtlos vorübergeht, dieselben als das auffaßt, was sie wirklich sind, als bedeutungslose Dinge, fallen dem Menschen, dessen Aufmerksamkeit gesteigert ist, diese Dinge auf, erregen seine Aufmerksamkeit und gewinnen dadurch Bedeutung für ihn. Trifft nun diese expansive Komponente auf einen vorhandenen depressiven Grundaffekt, so beschäftigt sich diese depressive Affektkomponente mit diesen Wahrnehmungen von ihrer egozentrisch gerichteten Richtung aus und hält sie für nachteilig oder unheilvoll für das „Ich“. Es erregt also z. B. die Handlung eines Nebenmenschen, die an und für sich ohne irgendwelche Bedeutung für einen gesunden Menschen wäre, die Aufmerksamkeit des betreffenden Kranken oder auch Gesunden — denn der Affekt des Mißtrauens kommt auch bei gesunden Menschen vor —, dieser legt dieser Handlung erhöhte Bedeutung bei und bringt sie in unheilvolle Beziehung zu seiner Person.

Wir sehen daraus, daß zwischen Mißtrauen und krankhafter Eigenbeziehung in der Genese eigentlich kein Unterschied besteht. Der Unterschied ist vielmehr nur ein gradueller, insofern als wir unter Mißtrauen nur die Neigung oder Veranlagung zur depressiven Eigenbeziehung zu verstehen haben, während wir unter krankhafter Eigenbeziehung oder Beziehungswahn die dauernde krankhafte Betätigung dieser Neigung verstehen.

Besteht z. B. unter krankhaften Verhältnissen die Versündigungswahnidee, daß der Kranke sich durch „Onanie“ — um ein Beispiel Bleulers zu gebrauchen — vergangen habe, so werden die durch die erhöhte Aufmerksamkeit gewonnenen Wahrnehmungen mit dieser Versündigungsidee in Beziehung gebracht und der Kranke glaubt sich wegen seines Lasters beobachtet oder er glaubt, daß man dasselbe kenne und darüber spreche. Wir haben damit die Genese des krankhaften depressiven Beziehungs- oder Beachtungswahns vor uns.

Neben dieser hier in ihrer Genese entwickelten, von uns depressiver Beziehungswahn genannten Erscheinung gibt es noch einen manischen Beziehungswahn, dessen Art und Genese an späterer Stelle zu besprechen ist.

Ist mit der Störung der erhöhten Aufmerksamkeit noch, was auch sonst häufig bei manischen Zuständen vorkommt, eine erhöhte Ablenkbarkeit durch die Dinge der Außenwelt verbunden, so kommt es zu den massenhaft überall angeknüpften Beziehungsideen, die wir in vielen

Fällen von paranoiden Erkrankungen das Bild beherrschen sehen. Hierbei fallen den Kranken die nichtigsten Dinge im bunten Wechsel auf und werden in die geschilderte Beziehung zum eigenen Ich gebracht. Dabei können auf der anderen Seite wieder Komponenten der depressiven Skala in Gestalt von Hemmungen mitspielen, indem nur bestimmten Situationen gegenüber oder sogar nur bestimmten Personen und ihren Handlungen gegenüber die erhöhte Aufmerksamkeit besteht. Man vergleiche hierzu ähnliche Mechanismen für das Zustandekommen von Zwangsvorstellungen, indem Kranke in bestimmten Situationen bestimmte Worte oder Handlungen gebrauchen müssen.

Eine andere Art von Hemmungsvorgang, für unsere weiteren Betrachtungen wichtigste Art von Hemmungsvorgängen beim Zustandekommen von Wahnideen, ist noch zu erwähnen, nämlich die, daß die aufgenommenen Beziehungsideen nur mit wenigen oder gar nur einer vorhandenen depressiven Wahnidee in Verbindung gebracht werden. In diesem Mechanismus haben wir nämlich einen Hauptgrund für das Zustandekommen des Wahnsystems der echten Paranoia zu suchen. Bleuler bezeichnet diesen Vorgang als Wahnideen aus katathymen Vorstellungen heraus, ein recht schönes Wort, das uns aber dem Verständnis der Grundmechanismen des psychischen Geschehens in keiner Weise näherbringt. Daß hierbei die Einhemmung des Wahns auf nur einige oder nur eine einzige Wahnvorstellung wiederum eine affektive Grundlage hat, insofern, daß es sich hierbei um besonders affektiv betonte Vorstellungen oder Beobachtungen handelt, ist wohl nach dem oben über die die Psyche beherrschende Stellung des Affektlebens Gesagten weiter nicht verwunderlich.

Wenn Bleuler meint, daß diese Form von Wahnbildung, nämlich die paranoische, ihren Ursprung habe in einer affektbetonten Idee, einem sog. Komplex, so liegt darin eine Verkennung der Sachlage, die ihren Grund hat in der Überwertung, die er, beeinflusst von den Freudschen Theorien den sog. Komplexen zuteil werden läßt. Er läßt nun das Wahnsystem mit seinen Eigenbeziehungen und Erinnerungsfälschungen, die die falschen Prämissen des Wahns darstellen, herauswachsen aus einer solchen „katathymen“ Idee und sieht den Grund für die Bildung der Eigenbeziehungen in der dieser Idee anhaftenden „Assoziationsbereitschaft“.

Wie reimt sich aber hiermit zusammen, daß viele, ja die meisten Paranoiden oft jahrelang, bevor der eigentliche Wahn ausbricht, schon an krankhaftem Mißtrauen, ja direktem krankhaftem Beziehungswahn unbestimmter Art leiden in dem Sinne, daß es ihnen ist, als ob sie beobachtet würden, als ob sie gesündigt hätten, ohne daß zunächst eine katathyme Idee vorhanden wäre, die den Kern des Wahns zu bilden vermöchte. Hier muß doch der Grund für das „paranoische Wahngefühl“

das der eigentlichen Krankheit vorausging, nicht in dem der katathymen Vorstellung anhaftenden Affekt oder Assoziationsbereitschaft gelegen haben, sondern ebenso wie bei den depressiven und manischen Wahnideen in einer allgemeinen affektiven Verstimmung.

Über die Tatsache, daß auch bei seinen sog. katathymen Wahnformen allgemeine Stimmungsaffekte eine Rolle spielen, kommt auch Bleuler nicht ganz hinweg, er nimmt deshalb an, daß zwischen beiden Formen Mischformen vorkommen können, indem er sagt „Wenn bei einem komplexbesetzten Menschen zugleich eine allgemeine Verstimmung besteht, was bei Schizophrenie häufig vorkommt, so werden katathyme und Stimmungswirkungen miteinander verbunden, ist der schizophrene Onanist melancholisch, so verfault er wegen seines Lasters, ist er manisch, so erlöst er damit die Menschheit“.

Nach unserer Auffassung liegen nun die Dinge so, daß die katathyme Idee nicht den depressiven Beziehungswahn bildet, sondern daß der Beziehungswahn entspringt aus der allgemeinen affektiven Verstimmung krankhaften Mißtrauens. Die sog. katathymen Ideen oder Komplexe, die weiterhin als Drehpunkte bei der Ausbildung des Wahns verwandt werden, sind etwas Sekundäres dabei, allerdings für die Bildung eines Wahnsystems etwas Unerläßliches. Es handelt sich dabei um stark affektiv betonte Vorstellungen, die durch affektive Hemmung eine dominierende Stellung gegenüber allen anderen Ideen gleichen affektiven Charakters erlangen und so zum Mittelpunkt werden für alle Vorstellungen, die auf dem Boden der affektiven Verstimmung erwachsen. Es sind dies dieselben Vorgänge, wie wir sie z. B. in reinen Depressionen sehen, wo einzelne oder nur wenige stark depressive Vorstellungen, die bald der Gegenwart bald der Vergangenheit entnommen werden, infolge affektiver Hemmung das Bild beherrschen.

Im Verfolgungswahn können dies reine depressive Vorstellungen sein, die aus Insuffizienzgefühlen entspringen, im paranoischen Größenwahn sind es manische Größenideen, die den Kern des Wahnsystems bilden. Hierbei liegen die Beziehungen zwischen allgemeiner Affektivität und Komplexen nicht so klar, daß wir daraus einen Beweis für unsere Auffassung abstrahieren könnten, wohl aber beim sog. Querulantenwahn, wo die beherrschende Idee selbst erst gewonnen wird durch den Beziehungswahn, resp. das krankhafte Mißtrauen. Denn die Idee rechtlicher Benachteiligung, die in Bleulerschem Sinne die katathyme Idee für den Querulantenwahn abgibt, entspringt doch zweifellos aus dem Mißtrauen, das der Kranke dem Urteil der Richter in der Handhabung der Gesetze entgegenbringt.

Wie danach wohl klar ersichtlich ist, liegt die letzte Ursache der paranoiden Wahnbildung nicht in einer Komplexwirkung, sondern in einer allgemeinen krankhaft veränderten Affektivität. Die Komplexe

spielen nur insofern eine Rolle, als sie sekundär für die inhaltliche Ausgestaltung des Wahns eine Rolle spielen. Daß es hierbei häufig Komplexe sexuellen und religiösen Inhalts sind, die eine Rolle spielen, dürfte sich nach der hohen affektiven Rolle dieser Dinge im menschlichen Leben ohne weiteres erklären.

Daß sich die eigentlichen paranoiden Wahnideen aufbauen auf dem Beziehungswahn, liegt so klar auf der Hand bei Betrachtung und Verfolgung der Krankheitsbilder, ist auch so allgemein anerkannt, daß es eines weiteren Beweises erst nicht mehr bedarf.

Aus dem Beziehungswahn baut sich der sog. Verfolgungswahn auf. Die auf dem krankhaften Affekt des Mißtrauens beruhenden Beachtungs- und Beziehungsideen führen sekundär, indem sich die assoziative Tätigkeit naturgemäß damit zu beschäftigen beginnt, zu Ausdeutungen aller Art, zu den verschiedensten Erklärungen der Beobachtungen. Die vornehmste solche Erklärung, der auch unter den paranoiden Wahnideen die wichtigste Rolle zukommt, ist der sog. Verfolgungswahn, der aus der rein logisch gedachten Folgerung entspringt, daß doch die Umwelt dem Kranken feindlich gesinnt sein müsse, ihn verfolge, wenn sie ihn ständig mit Worten und Handlungen belästige, die für ihn, den Kranken, eine unangenehme, nachteilige Bedeutung, resp. Wirkung hätten. Hier setzt nun beim klassischen Verfolgungswahn die erwähnte Hemmung ein, indem eine stark affektiv betonte Idee beginnt den Angelpunkt zu bilden. Das assoziative Hilfsmoment für das Zustandekommen dieser Wahnideen geht allein schon aus dem Unstand hervor, daß diese Wahnideen in ihrem Inhalt verschieden sind, je nach dem Geschlecht, Milieu und dem Bildungsgrad des einzelnen Kranken, ja sogar ganzer Völker und Rassen. Wir werden auf einige besondere, hierhergehörige Wahnformen an späterer Stelle noch zurückzukommen haben.

Wir sehen also hier den Grundmechanismus des paranoiden Verfolgungswahn vor uns, der sich von dem Mechanismus des Angstwahns wesentlich unterscheidet und mit diesem nicht verwechselt werden darf.

Es gibt aber neben dem paranoiden Verfolgungswahn auch noch einen paranoiden Größenwahn, der sich aufbaut auf dem manischen Beziehungswahn, mit dessen Mechanismus wir uns ebenfalls kurz zu befassen haben. Es gibt einen Größenwahn der sich nicht lediglich auf dem Boden der reinen expansiven Stimmungslage entwickelt, sondern ebenso wie der paranoide Verfolgungswahn herauswächst aus Beziehungsideen. Der Mechanismus dieser manischen Beziehungsideen ist nach dem bisher Gesagten wohl unschwer zu verstehen. Hierbei muß ebenfalls als Grundlage für die Inbeziehungsetzung der Dinge der Außenwelt zur eigenen Person eine Komponente erhöhter Aufmerksamkeit gegenüber den Vorgängen der Außenwelt bestehen. Diese aber trifft nicht auf einen depressiven Affekt, sondern auf einen manischen Grundaffekt. Da nun

aber auch dem reinen manischen Affekt — wenn auch nicht so ausgesprochen wie dem depressiven Affekt — eine Neigung zu egozentrischer Betätigung zukommt, so werden hierbei die Beobachtungen der Außenwelt in Beziehung gesetzt zu dem manischen Grundaffekt, der im Sinne der manischen hohen Wertschätzung der eigenen Persönlichkeit zu der Annahme führt, daß man dem Kranken andeuten wolle, daß er etwas Besonderes sei, daß man Achtung vor seiner hohen Persönlichkeit hege, je nach den auch hier einsetzenden sekundären Ausdeutungen. Damit aber auch hierbei ein Größenwahnstem sich entwickeln kann, ist dieselbe hemmende Mischkomponente wie bei der Entwicklung des Wahnsystems beim paranoischen Verfolgungswahn vonnöten, nämlich eine affektive Einhemmung der Psyche auf eine oder nur wenige besonders stark affektiv betonte Größenvorstellungen, mit denen dann im weiteren Ausbau alle Beziehungswahnideen logisch verknüpft werden. Den Grund für die geringere Häufigkeit des manischen Beziehungswahns sehen wir in der geringeren Neigung der manischen Stimmung zu egozentrischer Betätigung und in der relativen Seltenheit der Mischung mit einer depressiven Hemmungskomponente.

Auf diese Weise entstehen wohl zum größten Teil die sog. Geneologen, mit dem Wahn hoher Abstammung, ebenso die Erotiker, die sich von einem Höherstehenden des anderen Geschlechts geliebt glauben. Als Hilfsmoment für die Entwicklung dieser letzteren besonderen Wahnform ist noch eine manische Komponente, nämlich eine Steigerung der geschlechtlichen Erregbarkeit anzunehmen.

Eine andere Genese der Entstehung des Größenwahns dürften die sogenannten Erfinder und Entdecker, sowie die Propheten haben. Hier dürfte sich das Wahnsystem heraus entwickeln aus einer reinen Größenidee, die nicht durch Beziehungswahn zustande gekommen ist, sondern durch den reinen expansiven Affekt. Durch einen ähnlichen Hemmungsvorgang wie oben ist die Psyche eingehemmt auf eine einzige dominierende Größenwahnvorstellung, nämlich auf die Vorstellung zu besonderer Leistung auf irgendeinem Gebiete begabt zu sein, so bei den Propheten auf religiösem Gebiete. Mit dieser Einhemmung der Psyche auf eine dominierende Größenvorstellung muß weiterhin ein manischer Beschäftigungsdrang verbunden sein, der dem Ziel der dominierenden Größenvorstellung mit Wort, Schrift oder Tat nachstrebt.

Eine besondere Besprechung möchten wir hier noch kurz dem von Bleuler angeführten Fall eines paranoischen Pfarrers widmen, eigentlich nur zum Beweis, daß uns die hier vertretene Auffassung von der Wahnbildung alle Formen begreifen läßt. Dieser Pfarrer litt seit Jahren an der Idee, daß die Kinder seiner Nachbarschaft von den Eltern mißhandelt würden. Da Bleuler, wie er erwähnt, diesen Fall aus den Akten kennt, so ist anzunehmen, daß der betreffende Pfarrer

diese Kinder energisch in Schutz zu nehmen versucht hat. Es dürfte sich hierbei wohl um eine Art Querulanten handeln. Dieser Pfarrer, so möchten wir den affektiven und assoziativen Wahnbau auffassen, hält sich als Seelsorger seines Bezirks für den berufenen Schutzherrn der unmündigen Kleinen, jedes Unrecht, das diesen zustößt von ihren Eltern — und zwar nur von ihren Eltern, weil anderen Leuten gegenüber die Eltern die berufenen Schützer sind — geschieht gleichsam auch ihm, dem der Schutz dieser Kleinen gegen die eigenen Eltern anvertraut ist und er hat sich für die Kleinen dagegen zu wehren. Der übrige Wahn baut sich dann ebenso wie die anderen paranoiden Wahnformen wohl auf Beziehungsideen und Erinnerungsfälschungen auf. Im übrigen dürfte der Wahn nach dem Gesagten durchaus dem Bilde des später zu besprechenden Querulantenwahns entsprechen. Man könnte diese Art von Querulantenwahn oder Paranoia „als altruistischen Wahn“ bezeichnen, und zwar konnte an dieser besonderen Form nach unserer Auffassung nur ein Geistlicher, allenfalls noch ein Lehrer erkranken.

Daß in einem solch ausgesprochenen Mischzustand zwischen Hemmungs- und Erregungssymptomen, wie ihn nach dieser Darstellung die paranoide Wahnbildung erfordert, neben der depressiven oder manischen Grundstimmungslage auch gelegentlich vorübergehend oder dauernd Stimmungen entgegengesetzter Richtung vorkommen können, ist wohl ohne weiteres klar, so daß der Umstand, daß sich mit dem Verfolgungswahn nicht selten, ja fast regelmäßig, Größenideen und umgekehrt mit dem Größenwahn Verfolgungsideen kombinieren, in seiner Erklärung weiter keine Schwierigkeiten machen dürfte. Sie sind ohne weiteres verständlich aus der Kombination mit Stimmungen entgegengesetzter Richtung.

Daß beim klassischen Verfolgungswahn der Paranoiker Größenideen durch sekundären Schluß entstehen sollen in dem Sinne, daß die Kranken aus der Tatsache, daß man sie verfolgt, schließen, daß es sich bei ihnen um besondere Persönlichkeiten handelt, halten wir nicht für wahrscheinlich, zum mindesten nicht für erwiesen, sollten aber solche Schlüsse tatsächlich vorkommen, so sind sie unserer Auffassung nach auch nur verständlich, wenn eine entsprechende manische Affektbeimischung den Boden hierfür ebnet.

Ebenso sind die bei Depressiven vorkommenden, gelegentlich zu beobachtenden Kontrastgrößenwahnideen sicherlich auf solche Beimischungen manisch-affektiver Symptome zurückzuführen.

Im Anschluß hieran möchten wir noch einiges bemerken über den sogenannten Eifersuchtswahn und den physikalischen Beeinträchtigungswahn.

Unter Eifersuchtswahn verstehen wir den Wahn des Mißtrauens in die Treue der geliebten Person, er stellt also nur eine besondere Form

des Beeinträchtigungswahns dar und entsteht ebenso wie dieser aus dem Beziehungswahn resp. dem Affekt des Mißtrauens, in diesem besonderen Fall der sogenannten Eifersucht, die nur eine eng umschriebene Form des Mißtrauens darstellt. Der Eifersuchtswahn ist ein klassisches Beispiel dafür, wie die Eigenart der Veranlagung nach Geschlechtern und das Milieu sekundär den Wahn beeinflussen können. Wir sehen den Eifersuchtswahn weitaus am häufigsten bei Frauen in allen Arten von Psychosen auftreten. Dies hängt wohl zweifellos damit zusammen, daß beim weiblichen Geschlecht erfahrungsgemäß die Sexualität eine weitaus größere Rolle spielt im ganzen psychischen Leben als beim Manne. Dagegen sehen wir denselben bei Männern besonders häufig in den senilen Psychosen und bei Alkoholikern auftreten. Daß der Eifersuchtswahn bei Männern besonders in den senilen Psychosen eine Rolle spielt, hat seinen Grund zweifellos in der fast regelmäßig zu beobachtenden Steigerung der sexuellen Erregbarkeit der Senilen — man vergleiche hierzu die häufigen Sittlichkeitsdelikte Seniler —, also liegt hier derselbe Grund vor wie für die Häufigkeit desselben beim weiblichen Geschlecht. Dazu kommt aber als unterstützendes Moment sicher noch ein trotz gesteigerter Sexualerregbarkeit bestehendes Gefühl physischer Impotenz, das die Untreue infolge ungenügender oder mangelnder Befriedigung noch wahrscheinlicher erscheinen läßt.

Daß ferner gerade bei Trinkern das krankhafte Mißtrauen sich in die Form des Eifersuchtswahns kleidet, läßt sich schließlich erklären, einmal aus der Tatsache, daß Alkoholgenuß die sexuelle Erregbarkeit steigert, aber dabei die sexuelle Leistungsfähigkeit vermindert, also ganz ähnliche Gründe wie für das Zustandekommen des Eifersuchtswahns bei Senilen.

Dazu kommt aber in diesem Falle sicher noch das Bewußtsein, daß der geschlechtliche Partner infolge der Trunksucht vernachlässigt wird, resp. auch vor dem widerlichen Trinker Abscheu haben muß, also auch leichter einer Untreue fähig sein dürfte. Wir sehen gerade bei dem Mechanismus des Eifersuchtswahns der Trinker in charakteristischer Weise den sekundären Einfluß des Milieus für die Gestaltung des Wahns.

Am reinsten treffen wir den Eifersuchtswahn der Trinker bei der Krankheit an, die man als „Alkoholparanoia“ oder „chronischen Eifersuchtswahn der Trinker“ bezeichnet; ein Krankheitsbild, auf das wir an späterer Stelle noch etwas ausführlicher zurückzukommen haben.

Die sogenannten physikalischen Beeinträchtigungsideen sind klassische Erklärungsideen, gewonnen durch den sekundären Einfluß des Assoziationssystems, und zwar werden durch sie meist halluzinatorische Begleiterscheinungen der Wahnideen erklärt, so Gehörstäuschungen als Telephonstimmen, halluzinatorische Sensationen der Haut als Einwirkungen eines Elektrisierapparates usw. Ein Grund für das Zustande-

kommen dieser Erklärungsideen ist in dem Umstand zu suchen, daß sich halluzinatorische Phänomene — wie schon erwähnt — doch meist, vielmehr regelmäßig in ihrem Charakter von wirklichen Sinneswahrnehmungen unterscheiden, und daß nun die Psyche, vielmehr der Intellekt, nach Gründen sucht, die ihm diese Eigenart der vermeintlichen Wahrnehmungen erklärlich erscheinen lassen. Milieu und Bildungsgrad spielen hierbei für die besondere Gestaltung des Wahnhalts eine große Rolle, so erklärte ein Kranker, der das Gefühl hatte, als werde ihm der Mastdarm zum After herausgezogen, dies damit, daß es mit Hilfe eines physikalischen Vakuums geschehe; dieser Kranke war Techniker; ein anderer Kranker erklärte dasselbe Gefühl damit, daß man ihm einen unsichtbaren Strick nachts angebunden habe, mit dem man ihm den Darm herausziehe; dieser Kranke war Bauernknecht.

Was die bei den paranoiden Erkrankungen ebenfalls häufig zu beobachtenden hypochondrischen Wahnideen betrifft, so handelt es sich hierbei nach unserer Auffassung um die gleichen Vorgänge wie bei den bei Depressionen auftretenden hypochondrischen Wahnideen, jedenfalls können wir in der Genese des Wahns einen Unterschied nicht finden. Daß sich aber an eine hypochondrische Wahnidee Beziehungsideen anschließen können, ebenso wie an eine depressive Wahnidee oder, wie wir schon gesehen haben, auch manische Größenidee, ist nach dem bisher Gesagten wohl ohne weiteres verständlich, wenn zu der depressiven Wahnidee nur eine Mischkomponente gesteigerter Aufmerksamkeit hinzutritt. Es werden dann eben alle durch diese Komponente gewonnenen, die Aufmerksamkeit erregenden Vorstellungen mit dieser dominierenden Wahnidee in Verbindung gebracht und im Sinne des Krankheitswahns allgemein oder im speziellen gedeckt.

Ebenso kann sich mit dem reinen Angstwahn Beziehungswahn verbinden. Voraussetzung hierfür ist nur immer, daß in dem Krankheitsbilde die Komponente gesteigerter Aufmerksamkeit gegenüber den Dingen der Außenwelt besteht, die die Ablenkung des Kranken von den Betrachtungen der Gedanken und Taten des eigenen Ich und Übertragung auf die Dinge der Außenwelt vermittelt. Daß es gerade dann in diesen Fällen sehr schwierig, unter Umständen unmöglich sein wird, Angstwahn und paranoiden Verfolgungswahn zu trennen, ist wohl ohne weiteres klar.

Die eben besprochenen Verhältnisse zeigen uns wiederum wie vieltalig schließlich ein Krankheitsbild variiert werden kann durch Vermengung und Nebeneinanderbestehen der wenigen hier ermittelten Wahngrundformen.

Zum Schlusse dieser allgemeinen Betrachtungen möchten wir noch ein Wort sagen über den manchen Wahnideen anhaftenden Zwangscharakter. Stransky schreibt in den oben zitierten Auslassungen:

„Es gibt freilich Fälle, wo die Kranken sehr lebhaft darüber klagen, wie sich ihnen die wahnhaften Beziehungen gegen ihren Willen fast zwangsweise aufdrängen.“ In meiner schon mehrfach erwähnten Arbeit über die Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen findet sich dargetan, daß sich auch die Zwangsvorstellungen ebenso wie die meisten Wahnideen aufbauen auf eine eigenartige Kombination depressiver und expansiver Symptome. Praktisch tragen alle Zwangsvorstellungen depressiven Charakter. Um nun eine Zwangsvorstellung zustande kommen zu lassen, müssen die Kranken Krankheitseinsicht, d. h. Einsicht haben, daß diese Vorstellungen krankhaften Mechanismen entspringen, ist diese Einsicht vorhanden und besteht neben der depressiven Charakter tragenden Vorstellung eine manische Lustkomponente, so wird von dieser die als etwas Krankhaftes empfundene depressive Vorstellung unter Zuhilfenahme des Willensaktes aus dem Vorstellungskreis zu verdrängen gesucht. Da aber diese Verdrängung infolge des starken affektiv bedingten Haftens dieser Vorstellung nicht gelingt, so entsteht auf diese Weise das Gefühl bei den Kranken, daß sich diese Vorstellung wider seinen Willen aufdränge, das sogenannte Zwangsgefühl.

Auch für den gewissen paranoiden Wahnideen anhaftenden Zwangscharakter muß man den gleichen Mechanismus annehmen, um so näher liegt dies, als die Grundbedingungen, Mischung depressiver und expansiver Symptome, in den in Frage kommenden Zustandsbildern gegeben sind. Man muß auch hierbei annehmen, daß die vorwiegend depressiv gefärbte Wahnidee von einer daneben bestehenden Lustkomponente als lästig empfunden wird und nun, da sie gleichzeitig als etwas Krankhaftes empfunden wird, versucht wird, sie durch den Willen zu verdrängen. Da dies aber nicht gelingt, vielmehr die Wahnidee trotzdem immer wieder auftaucht, so entsteht analog der eben geschilderten Vorgänge das Gefühl, daß sie sich zwangsmäßig aufdränge.

Wir sehen jedoch nie in diesen Fällen ein wirkliches tiefes Zwangsgefühl, sondern nur eine Art Zwangsgefühl oder wie Stransky sich ausdrückt, ein „Sich-,fast'-zwangsweise-Aufdrängen“. Dieser Unterschied von echten Zwangsvorstellungen wird nach unserer Auffassung dadurch bedingt, daß bei Paranoikern im Gegensatz zu echten Zwangsneurotikern nie volle klassische Krankheitseinsicht besteht, sondern nur ein gewisses Gefühl, daß es doch mit der Wahnvorstellung nicht so ganz seine Richtigkeit habe. Es fällt also dieses Elementarsymptom für das Zustandekommen des Zwangscharakters aus resp. ist nur in Andeutungen vorhanden, und daraus erklärt sich sehr wohl das rudimentäre Symptom psychischen Zwangs, der gewissen Wahnideen anhaftet. Entsprechend der Bedingung, daß für das Zustandekommen des Zwangsgefühls Krankheitseinsicht oder wenigstens ein stärkeres

Krankheitsgefühl vorhanden sein muß, erklärt sich einmal das seltene Vorkommen solcher Zwangscharakter tragenden Wahnideen, dann aber auch der Umstand, daß nur in besonderen Fällen, meist handelt es sich dabei um noch tastende, zögernde, hypothetisierende Paranoiker im Anfangsstadium des Wahns, dieselben zur Beobachtung gelangen.

Um zum Schlusse der allgemeinen Ausführungen über die Genese der Wahnideen das bisher Angeführte noch einmal kurz zu wiederholen, so haben wir als Grundlage für alle Wahnideen gefunden vier Affektarten, nämlich die rein depressive und rein manische Stimmungslage, die einerseits den Boden abgeben für den depressiven Kleinheits- und Versündigungswahn, andererseits für den manischen Größenwahn, ferner die Angst, die neben der rein depressiven Verstimmung beteiligt ist an der Bildung des Krankheits- und Verarmungswahns, vor allem ihrerseits aber imstande ist, eine bestimmte Art von Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn zu bilden, den wir als „Angstwahn“ bezeichnen wollen, und schließlich als letzte wichtigste das Mißtrauen, das die Grundlage bildet für den Beziehungswahn und den aus diesem entspringenden paranoiden Verfolgungswahn. Diese letzteren beiden Affekte stellen typische Mischaffekte dar.

Diese hier gefundenen Wurzeln wahnhafter Gebilde sind für alle Psychosen, die mit Wahnbildungen einhergehen, die gleichen, nur daß diese Wahnbildungen weiterhin sekundären Einflüssen unterliegen, die ihnen eine bestimmte Färbung verleihen, so wird durch die assoziative Tätigkeit eine Ausgestaltung des Wahns bewirkt, die zu Unterschieden nach Intellekt, Bildungsgrad und Milieu, des weiteren Geschlecht und Rasse führen muß. Vor allem aber sind es sekundär auch die Grundsymptome der einzelnen Geisteskrankheiten selbst, die ihren Einfluß bei der sekundären Umgestaltung und Ausgestaltung der Wahnideen geltend machen.

Im folgenden nun werden wir in kurzen Zügen versuchen, die Hauptpunkte hervorzuheben, die bei den einzelnen Geisteskrankheiten die Wahnbildungen sekundär beeinflussen und zu beweisen versuchen, daß dies tatsächlich lediglich sekundäre Einflüsse sind; daß aber zum Zustandekommen wahnhafter Zustandsbilder lediglich gehören depressive oder expansive Zustandsbilder resp. eigenartige Mischformen, die ebenfalls für alle Geisteskrankheiten die gleichen sind wie die eigentlichen affektiven Grundlagen.

Doch müssen wir diesen Besprechungen noch einige wenige Bemerkungen vorausschicken. Daß Wahnideen akut auftreten und akut wieder verschwinden können, wie z. B. bei den akut paranoischen Zuständen und dem akuten halluzinatorischen Wahnsinn der Trinker, ebenso bei den vorübergehenden, an affektbetonte und delirante Situ-

ationen geknüpften Wahngebilden, daß sie aber andererseits auch chronisch sich entwickeln und über längere Zeit hin bestehen und selbst dauernd die Situation beherrschen können, wobei der wahnbildende Prozeß nie mehr zum Stillstand kommt, brauchen wir wohl nicht näher auszuführen. Es ist dies eine allgemein bekannte Tatsache, auf die wir im folgenden noch des öfteren zurückkommen werden.

Auch mit dem sogenannten Residualwahn müssen wir uns noch in kurzen Zügen beschäftigen. Es handelt sich hierbei um Fälle von Wahnbildung, in denen ein Stillstand, ja selbst teilweiser Rückgang der Krankheitserscheinungen eintrat, bei denen aber ein Teil der in der floriden Krankheitsperiode konzipierten Wahngebilde, gleichsam wie ein im Bewußtsein erstarrter, nicht mehr dominierender, aber doch unkorrigierter Rest vorübergehend oder selbst dauernd zurückbleibt, um die Worte Stranskys darüber zu gebrauchen. Bei solchen Residualwahnideen handelt es sich nach unserer Erfahrung immer um solche, denen eine besonders starke affektive Betonung in der akuten Phase anhaftete. Man muß nun in solchen Fällen annehmen, daß zwar die allgemeine affektive Verstimmung, die den Boden der Wahnbildungen bildete, abklang, aber doch nicht ganz, sondern nur soweit, um jetzt einer Korrektur durch die Kritik im allgemeinen nicht mehr hinderlich zu sein, abgesehen von einigen oder nur einer einzigen stark affektiv betont gewesenen Vorstellungen, die auch beim Abklingen noch eine so stark affektive Komponente behalten, daß diese immer noch der Kritik gegenüber stark genug ist, eine Korrektur zu verhindern. Auf der anderen Seite aber ist wiederum anzunehmen, daß die der Residualwahnidee anhaftende Affektnote nicht mehr stark genug ist, um in der Psyche des Kranken eine dominierende Rolle zu spielen. In vielen hierher gerechneten Fällen handelt es sich überdies nach unserer Erfahrung bei den anscheinend korrigierten Fällen gar nicht um eine Korrektur, sondern um eine Abschwächung der affektiven Rolle der Wahnideen, sei es durch Gewöhnung oder, wie wohl meist, durch allgemeine Abstumpfung der gemüthlichen Regsamkeit. Die Kranken geben dann auch gelegentlich das Unsinnige ihrer Wahnideen bei Unterredungen zu, aber nur gleichsam als Zugeständnis lästigen Ausfragern gegenüber, ohne jedoch wirklich korrigiert zu haben. Doch gibt es unzweifelhaft auch klassische Fälle von Residualwahn, die wir besonders häufig im Anschluß an akute und besonders delirante Wahngebilde, besonders wieder Delirium tremens und akuten Alkoholiwahnsinn auftreten sehen. Hier sehen wir häufig alle in der akuten Psychose konzipierten Wahnideen schwinden und in idealer Weise korrigiert werden, während eine oder einige solcher Ideen noch längere Zeit, oft über Wochen hinaus festgehalten werden. Bei solchen Kranken sehen wir dann auch entsprechend den oben gemachten Darlegungen in dieser Zeit des Bestehens des Residualwahns

noch eine leichte Störung des Affektlebens weiterbestehen, meist im Sinne einer ängstlichen Störung, denn es handelt sich hierbei meist um Angstwahnideen, wie wir noch sehen werden.

Bei der Betrachtung der einzelnen Formen der Geisteskrankheiten, insbesondere der Betrachtung der verschiedenen Variationen, die die Wahnideen durch deren Grundstörungen erfahren, wollen wir uns auf die wesentlichsten Punkte beschränken. Man geht am besten hierbei von der Krankheit aus, in der uns die Wahnideen in ihrer reinsten, rein affektiven Form entgegentreten, nämlich von dem sogenannten manisch-depressiven Irresein, das ja außer den Affektstörungen keinerlei psychotische Störungen zeigt.

Wir sehen in den Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins alle Formen von Wahnideen auftreten, so in den Depressionszuständen die klassischen Kleinheits- und Versündigungswahnideen, sowie die daneben eine Angstkomponente verratenden Verarmungs- und hypochondrischen Wahnideen; in den manischen Zuständen klassischen Größenwahn und schließlich in der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins zuzurechnenden Fällen von akuter Paranoia Verfolgungswahnideen, aufgebaut auf den depressiven Beziehungswahn.

Entsprechend der nicht nur erhaltenen, sondern häufig hohen Intelligenz dieser Kranken tragen die Wahnideen alle mehr oder minder den Stempel logischer Schlußfolgerungen. Wenn trotzdem für den außerhalb des Wahns stehenden Beobachter die Wahnideen sofort einen eigenartigen krankhaften Eindruck machen, so liegt dies nicht an den gezogenen Schlußfolgerungen, sondern an den krankhaften Prämissen, die für den objektiven Beobachter meist schon auf den ersten Blick den Eindruck des Gekünstelten, Gesuchten haben, da sie sich ja, wie wir gesehen haben, meist auf nichtige Dinge aufbauen, die dem gesunden Menschen bedeutungslos erscheinen. Die Kleinheitswahnideen, sowie die Größenideen lassen auf den ersten Blick sofort das affektiv Übertriebene in der Prämisse erkennen, ebenso natürlich auch die Verfolgungsideen, bei denen die Bedeutung wertloser, nichtiger Beobachtungen durch den Affekt des Mißtrauens in übertriebener Weise als bedeutungsvoll gewertet wird.

Entsprechend der allgemeinen Hemmung bestehen in den verhältnismäßig reinen Depressionen meist nur einige wenige depressive Ideen, die die ganze Psyche beherrschen, demgegenüber sind die Größenideen in den verhältnismäßig reinen expansiven Zuständen entsprechend der Ideenflucht meist recht flüchtig, lösen sich in buntem Wechsel ab, werden nie lange festgehalten, bekommen auch infolge dieser Flüchtigkeit eigentlich nie rechten Realitätswert, wie etwa die depressiven Wahnideen, werden aus letzterem Grunde wieder von den Kranken häufig selbst nur in scherzhaftem Tone geäußert, oft sind sie überdies über-

haupt nur als scherzhafte Veralberungen des Beobachters durch den Kranken aufzufassen.

Welche Bilder schließlich entstehen können durch Beimengungen von nur wenigen Symptomen der entgegengesetzten Skala haben wir bereits weiter oben angeführt und brauchen wir hier nicht mehr zu wiederholen.

Ebenso liegen die Verhältnisse bei den Angstwahnideen und den sich auf Beziehungsideen aufbauendem Verfolgungswahn der akuten periodischen Paranoiaformen, die der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins zuzurechnen sind. Auch diese lassen in ihren Schlußfolgerungen keinerlei Störungen der kritischen Tätigkeit erkennen. Entsprechend dem akuten Beginn mit einem oft nur wenige Tage dauernden Vorstadium läßt sich an diesen Zuständen die Genese der Wahnbildung nicht so leicht und sicher entwickeln, da sich die zeitlichen Folgen der Symptome drängen. Wo es aber glückt, über das Vorstadium Auskunft zu bekommen, da erhalten wir immer als Resultat unserer Forschungen, daß die Angst und das Mißtrauen auch hier die zeitlich primäre Rolle spielen. Bei den akuten Paranoiaformen kommt es im allgemeinen nicht zu einer so ausgesprochenen Systematisierung des Wahns. Die Gründe hierfür sind einmal zu suchen in den rein zeitlichen Verhältnissen, denn eine ausgesprochene Systematisierung braucht auch Zeit zur Entwicklung, dann aber auch darin, daß in den akuten Formen die Störungen ausgeprägter sind, die quantitativ höhere Affektivität und stärkere Störung der Aufmerksamkeit, vor allem stärkere Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit stehen einer klassischen Systematisierung im Wege, indem sie ein Hindernis bilden für die logischen Verknüpfungen dadurch, daß bevor diese vollständig durchgeführt werden können, bereits wieder eine andere Vorstellung wahnhafter Genese das Vorstellungslieben beherrscht. Zum Ausbau eines echten klassischen paranoischen Wahnsystems ist aber, wie wir gleich sehen werden, einmal nötig eine stete, langsame über einen längeren Zeitabschnitt sich ausdehnende Entwicklung und Fortdauer der Erkrankung, dann aber nicht nur eine bestimmte Mischung depressiver und expansiver Symptome, sondern auch eine gewisse maßvolle Stärke der Affekte und der Tätigkeit der sonstigen psychischen Systeme.

Wir kommen sodann in zweiter Linie zur Besprechung der sogenannten echten chronischen Paranoia, von der wir ja bereits oben in der Besprechung der Genese des paranoiden Verfolgungswahns und Größenwahns ausgegangen sind. Es handelt sich bei den Paranoikern um außer ihrem Wahnsystem als psychisch gesund anzusehende Persönlichkeiten, also nach unsern bisherigen Ausführungen um reine affektive Störungen, gemischt aus der depressiven und expansiven Skala. Sehen wir nun genauer zu, welche Gruppierungen hierbei ein

unbedingtes Erfordernis für das Zustandekommen des klassischen Krankheitsbildes der echten Paranoia bilden. In erster Linie gehört hierzu der Affekt des Mißtrauens — wir gehen bei unserer folgenden Betrachtung von dem chronischen Verfolgungswahn der Paranoiker aus. Diese ursächliche Rolle des Affektes des Mißtrauens für die Entstehung des paranoischen Beziehungswahns klipp und klar betont zu haben, ist das Verdienst Spechts. Zur Bildung des Affektes des Mißtrauens aber ist erforderlich einmal eine depressive Stimmung neben einer manischen Komponente der erhöhten Aufmerksamkeit gegenüber den Dingen der Umwelt, unter krankhaften Bedingungen natürlich eine krankhafte Steigerung dieser beiden Komponenten, die dann den Beziehungswahn bilden. Damit aber aus den Beziehungswahnideen sich ein System von Wahnideen bilden kann, ist weiter erforderlich eine hemmende oder depressive Komponente, nämlich in dem Sinne, daß eine einzige oder nur einige wenige Wahnideen das Denken der Kranken so ausschließlich beherrschen, daß alle Beziehungswahnideen damit in Verbindung gebracht werden. Dieses sind die unbedingt erforderlichen affektiven Komponenten für das Zustandekommen des chronischen Verfolgungswahns der Paranoiker. Des weiteren gehört aber noch dazu, daß die Intelligenz erhalten ist, daß die Urteils- und Schlußfähigkeit nicht oder nur in sehr geringem Grade gestört sind, so daß es zum Ausbau eines logisch begründeten Wahnsystems kommen kann. Damit aber die logischen Schlüsse und Urteile volle Schärfe erlangen können, muß auch ein geordneter Gedankenablauf bestehen, es darf einerseits im allgemeinen keine Denkhemmung vorhanden sein, aber auch nicht eine ideenflüchtige Komponente, obwohl eine gewisse Flüssigkeit der Assoziationen, die wir als leichtesten Grad der Steigerung der Assoziationstätigkeit aufzufassen haben, die logischen Verknüpfungen der Beziehungsideen untereinander erleichtert, auch dadurch, daß sie noch leichter über die intellektuellen Bedenken gegen die Prämissen hinwegkommen hilft. Desgleichen darf auch die Affektivität nicht zu stark ausgesprochen sein, da dadurch ebenfalls der Ausbau des logischen Systems behindert würde insofern, als zu starke Affektivität das logische Denken behindert, während ein leichter Grad affektiver Steigerung im Gegenteil anregend wirkt für die assoziative Tätigkeit. Dadurch, daß das Wahnsystem durch assoziative Tätigkeit entsteht, ist auch verständlich, warum sich im Laufe der Zeit der Wahn immer weiter ausbreitet, gleichsam weitere Kreise zieht. Es hat dies seine Ursache in der Eigenart der Assoziationstätigkeit, daß nämlich eine Vorstellung immer neue andere erweckt und Anknüpfungen an diese sucht, so muß es kommen, daß mit fortschreitender Zeit immer mehr Vorstellungen wahnhaft verknüpft werden, also der Wahn immer weitere Kreise zieht. Mit dieser Eigenart der assoziativen Tätigkeit

hängt auch zusammen, daß sehr bald als Prämissen für die weitere Wahnbildung auch Erinnerungsfälschungen verwendet werden. Es werden nämlich nicht nur Wahrnehmungen und gegenwärtige Vorstellungen, sondern auch alte Erinnerungen bei jedem Vorstellungsablauf geweckt, dadurch daß diese Erinnerungsbilder ebenfalls unter dem Bilde des Mißtrauens gesehen werden, entsteht die wahnhafte Umfälschung der Vergangenheit, die ihrerseits wieder sekundär zu Bausteinen für die Wahnbildung werden, obwohl sie eigentlich durch den Wahn erst geweckt werden. Unterstützt werden diese Erinnerungsfälschungen noch durch die Eigenart des depressiven Affektes, sich mit der Vergangenheit ebenso wie mit der Gegenwart zu beschäftigen, ja man kann sagen, es ist gerade eine Eigenart des depressiven Affektes in der Vergangenheit zu wühlen, wie wir bereits oben erwähnt haben.

Daß durch die Tätigkeit des Intellekts der Wahninhalt bestimmt wird, ist ohne weiteres klar, dieser Wahninhalt ist naturgemäß nach Alter und Geschlecht, Milieu und Rasse, Bildung und normal intellektueller Veranlagung verschieden, wie wir schon oben erwähnt haben.

Ähnliche Grundbedingungen bestehen auch für das Zustandekommen der echten Paranoia mit Größenwahnideen, nur daß hierbei an Stelle einer depressiven Grundstimmung eine expansive manische treten muß.

Alle anderen Symptome, die wir bei Paranoia sonst noch regelmäßig oder häufig zu beobachten Gelegenheit haben, sind sekundärer Art und sind für das Zustandekommen des Krankheitsbildes als solches entbehrlich, so gehört hierher die Kombinierung von Verfolgungswahnideen mit Größenwahnideen und umgekehrt, obwohl wir kaum einmal eine Krankheit dieser Art ohne solche Beimengungen sehen. Es gehen diese Erscheinungen auf vorübergehende oder dauernde Beimengungen konträr affektiver Komponenten zurück. Auch das Verhalten der Paranoiker ihren Wahnideen und der Umwelt gegenüber ist etwas Sekundäres und wird bestimmt von dem jeweiligen Krankheitscharakter. Zu dem eigentlichen Affekt des Mißtrauens gehört normaliter eine gewisse Zurückhaltung und Verslossenheit der Umwelt gegenüber. Diese Zurückhaltung und Verslossenheit sehen wir auch fast regelmäßig in allen Fällen beginnender Paranoia. Auf der Höhe der Erkrankung verhalten sich dann die Paranoiker verschieden, die einen bleiben still und zurückhaltend, verschlossen, machen aber sonst keinen eigentlich auffälligen Eindruck, wieder andere erscheinen leicht deprimiert und resigniert ihren Wahnideen gegenüber, unter denen sie anscheinend sehr leiden, und schließlich wieder andere — wohl die Mehrzahl — zeigen eine ausgesprochene zornige Erregung, die sie sich gegen die vermeintlichen Verfolger energisch wehren läßt mit Wort und Tat, Schimpfereien und Gewalttätigkeiten sind an der Tagesordnung, desgleichen zeichnen sich

solche Paranoiker meist durch eine ausgesprochene Schreibwut aus, verfertigen endlose Schriftstücke gegen ihre Verfolger und Bedränger. Dieses wechselnde Verhalten sehen wir auch bei den an Größenwahn leidenden Paranoikern, nur daß wir hier häufiger an Stelle der deprimierten und zornmütigen eine expansive Stimmungslage antreffen, mit Neigung in dem äußeren Verhalten, selbstgefalliges Gebaren und Putzsucht, diese Stimmung zum Ausdruck zu bringen.

Eine gewisse expansive Stimmungslage findet sich überdies auch sonst bei fast allen an Verfolgungswahn leidenden Paranoikern, und zwar in der Gestalt eines gehobenen Selbstgefühls. Specht erblickt darin sogar ein für die Wahnbildung wichtiges Element. Wir können uns dieser Meinung nicht ganz anschließen; nach unserer Ansicht sprechen dagegen die still resignierten und deprimierten Paranoiker, bei denen man dieses gehobene Selbstgefühl nicht sieht. Doch geben wir zu, daß die Akten über diese Frage noch nicht geschlossen sind; sie bedarf noch weiter der Klärung.

Es wäre nun durchaus falsch anzunehmen, daß dieses Verhalten der Paranoiker allein eine Reaktion auf ihre Wahnideen sei, im Gegenteil die Verhältnisse liegen gerade umgekehrt, indem die Reaktion auf die Wahnideen bestimmt wird durch die oben beschriebenen Krankheitscharaktere. Der still resignierte Paranoiker ist nicht still resigniert, weil er an Verfolgungswahn leidet, sondern er ergibt sich in seinen Verfolgungswahn still resigniert, weil diese stille Resignation ein Zeichen seines Krankheitscharakters ist, der zornmütig erregte Paranoiker greift nicht zur Gewalttat, weil er durch die Verfolgungsideen zornmütig erregt wurde, sondern weil er zornmütig erregt veranlagt ist, reagiert er auf den Verfolgungswahn mit einem Zornesausbruch. Ebenso ist schließlich der an Größenwahnsinn leidende Paranoiker nicht gehobener Stimmung, weil er an Größenwahnsinn leidet, sondern er leidet an Größenwahnsinn, weil er gehobener Stimmung ist.

Es ist dies genau so wie im normalen psychischen Leben, in dem der eine, der empfindlich und reizbar veranlagt ist, auf kleine Anörungen in fidelem Kreise mit Zorn und Wut reagiert, während der andere, der mehr „gemütlich“ veranlagt ist und „wie der Volksmund sagt“ einen Spaß versteht, selbst herzlich mitlacht über die Witze, die man über ihn selbst macht. Der Inhalt der Sticheleien kann dabei für beide Teile der gleiche sein, nur ihr Charakter und deshalb ihre Reaktionsweise ist verschieden.

So finden wir eben auch bei Kranken, insbesondere hier in unserem besonderen Falle bei Paranoikern einen verschiedenen allgemeinen Krankheitscharakter, der das reaktive Verhalten der Kranken gegenüber ihren Wahnideen bestimmt. Daß dieser allgemeine Krankheitscharakter recht wechselnd sein kann, leuchtet ohne weiteres ein, wenn wir bedenken,

daß wir es bei der Paranoia mit einem vielgestaltigen Mischzustand zwischen depressiven und expansiven Symptomen zu tun haben.

Daß die hier oben erwähnten Eigenschaften des allgemeinen Krankheitscharakters bei Paranoia nicht Folge der Wahnideen sein können, beweist auch der Umstand, daß sie stets einen gewissen periodischen Wechsel zeigen, in dem einmal ruhigere Zeiten, in denen die Kranken weniger in ihrem Wahn befangen sind, auch weniger neue Beziehungsideen bilden, mit Zeiten stärkerer Wahnbildung und stärkerer Reaktion abwechseln. Dabei bleibt jedoch das bis dahin entstandene Wahnsystem bestehen, nur der Ausbau geht langsamer vonstatten, da weniger neue Beziehungswahnideen angeknüpft werden. Wollte man annehmen, daß das Allgemeinverhalten der Paranoiker lediglich eine Folge der Wahnideen sei, so wären diese Schwankungen garnicht zu verstehen, da ja doch das bis dahin — nämlich bis zum Einsetzen der Schwankungen — gebildete Wahnsystem keine Einbuße erleidet, also sich auch eine veränderte Reaktion darauf nicht erklären ließe. Vielmehr muß man hier annehmen, daß es sich um endogene Schwankungen handelt, eine Auffassung, die ja auch allgemein verbreitet ist.

Diese endogenen Schwankungen zusammen mit den Mischsymptomen manisch-depressiver Art, die das Krankheitsbild der Paranoia allein beherrschen, haben Specht eben bewogen, die Paranoia und ganz analog den sog. Querulantenwahn der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins zuzurechnen.

Diese Anschauung von Specht hat sicher sehr viel für sich, indem es sich einmal in beiden Zuständen um rein affektive Störungen handelt, dieselben Zustandsbilder, beruhend auf den gleichen Symptomengruppierungen in beiden vorkommen, ebenso wie endogene Schwankungen von mehr oder minder langer Dauer resp. Intensität. Zudem bestehen zwischen den dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnenden Formen der akuten oder periodischen Paranoia bis hinüber zu der echten chronischen Paranoia solch fließende Übergänge, was die Art der endogenen Schwankungen anbelangt, daß sich eine Grenze in keiner Weise ziehen läßt. Hierbei muß man sich doch unwillkürlich auch an das Verhalten der chronischen Manie gegenüber der periodischen Manie, der konstitutionell-depressiven Verstimmung gegenüber den periodischen Depressionen, resp. des Verhaltens der sog. konstitutionellen Zwangszustände gegenüber den mit Zwangsvorstellungen einhergehenden periodischen Depressionszuständen erinnern.

Es ist diesen Störungen allen gemeinsam, daß es sich hierbei lediglich um affektive Störungen handelt im Sinne manischer, depressiver oder gemischt manisch-depressiver Symptome bei sonst intakter psychischer Persönlichkeit. Warum sollte man da nicht berechtigt sein, die echte chronische Paranoia als chronische Mischform besonderen

Typus dieser Erkrankungen anzusehen, wie Specht es tut? Kurz und gut, wir für unsere Person halten es schließlich für eine reine Geschmackssache, ob man alles zusammen in einen Topf werfen oder ob man den Begriff der chronischen Paranoia bestehen lassen will, sofern man sich hierbei nur immer bewußt bleibt, daß qualitative Unterschiede zwischen beiden Erkrankungen nicht bestehen, sondern nur graduelle.

Wir haben oben gesehen, daß ein großer Teil von Paranoikern als affektive Eigenheit des Krankheitscharakters eine gewisse zornmütige Erregung und Aktivität zeigen, die sie ihre Wahnideen und alles, was damit zusammenhängt, energisch verfolgen läßt. Zum Zustandekommen des klassischen Bildes der echten Paranoia ist dieses Symptom nicht unbedingt erforderlich, wie wir gleichfalls oben gesehen haben — es sprechen für diese unsere Ansicht auch die stillen, gedrückten und resignierten Paranoiker — wohl aber gehört es unbedingt zu dem des paranoischen Querulantenwahns. Dort bildet die zornmütige Erregung, verbunden mit Aktivität des Handelns ein charakteristisches Symptom, das für die Bildung der Eigenart des Krankheitsbildes unerläßlich ist. Im Querulantenwahn spielt das Mißtrauen als die eigentliche Ursache der Erkrankung eher noch eine höhere Rolle als bei der eigentlichen Paranoia, nämlich insofern, als hier die führende affektbetonte oder affektiv im Bewußtsein durch Hemmung verankerte Wahnidee selbst dem Affekt des Mißtrauens entspringt und nicht wie oft bei der Paranoia eine rein depressive Wahnidee darstellt. Es ist dies die Wahnidee rechtlicher Benachteiligung, die entspringt aus dem Mißtrauen in das rechtliche Handeln anderer, resp. in den Wahrspruch der Richter. Daß diese Wahnidee rechtlicher Benachteiligung eine affektiv so hohe Rolle im Geistesleben paranoisch veranlagter Persönlichkeiten bekommen, daß sie zur dominierenden Wahnidee werden kann, ist weiter nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, daß viele Menschen mit einem besonders hohen Rechtsgefühl normalerweise ausgestattet sind, dessen wirkliche oder vermeintliche Verletzung schon zu einem starken Anschwellen der Affektivität führt, sie muß ferner noch um so mehr affektiv wirken, je stärker vorher das Bewußtsein des Rechts verankert war. Diese Wahnidee der rechtlichen Benachteiligung wird nun zum Kern des weiter durch Beziehungsideen und Erinnerungsfälschungen ausgebauten Wahnsystems der Querulanten. Zu diesem Krankheitsbilde gehört nun in klassischer Weise ein zornmütiger, erregter, aktiver Charakter, der mit viel Affekt unter Schimpfen und Toben, durch endloses Prozessieren und nie aufhörende Eingaben sein „Recht“ verfolgt. In diesem Verhalten haben wir deutlich eine expansive Komponente vor uns, nämlich eine Steigerung des Drangs nach Betätigung, in den endlosen Eingaben kann man nicht nur diesen Betätigungsdrang auf schriftlichem Gebiete deutlich erkennen, sondern mitunter auch mehr oder minder starke An-

deutungen des manischen Symptoms der Ideenflucht, in Gestalt von Abschweifungen, Betonung von Nebensächlichkeiten usw.

Handelt es sich bei den Paranoikern um an Bildung und Intelligenz sehr hochstehende Individuen, so kann es unter Umständen recht schwierig sein, das Wahnhafte der Gedankengänge nachzuweisen infolge der geradezu verblüffenden Logik der Schlüsse. Diese Gruppe von echten Paranoikern stellt den einen Pol der chronischen paranoiden Erkrankungen dar, den anderen Pol die auf dem Boden der *Dementia praecox* oder Schizophrenie erwachsende paranoide Demenz.

Die Mechanismen, die bei dieser Erkrankung zur Bildung von Wahnideen paranoider Art führen, sind die gleichen wie bei dem manisch-depressiven Irresein und der echten Paranoia, nämlich die uns bekannten eigenartigen Mischungen depressiver und expansiver Symptome. Der Umstand aber, daß sich das Krankheitsbild hier weit von dem der echten Paranoia unterscheidet, hat seinen Grund in dem Einfluß, den das Grundleiden der Schizophrenie auf diese Symptome ausübt. Und tatsächlich lassen sich auch alle Verschiedenheiten im Bilde dadurch erklären, während wir als Grundmechanismen dieselben affektiven Störungen finden.

Die Schizophrenie, die den Grund und Boden abgibt für die paranoide Demenz, stellt eine chronisch fortschreitende Erkrankung des psychischen Substrats dar, die zu einem eigenartigen Zerfall der psychischen Persönlichkeit führt, die das eigentliche Wesen der Erkrankung ausmacht. Auf dem Boden dieser kranken Psyche können nun akut oder chronisch sich psychotische Zustandsbilder aufpfropfen, wie wir sie genau in derselben Weise bei allen anderen uns bekannten Geistesstörungen sehen, nämlich Zustandsbilder, deren Hauptstörung eine Störung der Affektivität darstellt. So können Manien oder Depressionen, resp. Mischzustände beider entstehen. Diese Zustandsbilder sind, wie wir früher bereits für die sog. katatonischen Erkrankungen dargetan haben, selbständige funktionelle Erkrankungen, wie wir sie genau so beim manisch-depressiven Irresein sehen, und für die der fortschreitende chronische schizophrene Zerfall nur den vorbereitenden Grund und Boden abgibt und die Erscheinungen derselben in charakteristischer Weise beeinflußt. Da wir uns hier nicht nochmals ausführlich wiederholen können, verweisen wir zum Verständnis der weiteren Ausführungen auf diese Arbeit¹⁾, woselbst wir diese Verhältnisse genauer dargelegt haben.

Das Wesen der Schizophrenie nun besteht, wie wir dort ausgeführt

¹⁾ Stöcker, Besteht zwischen einem katatonischen Stupor und Erregungszustand einerseits und einer Depression, vielmehr depressiven Stupor und einer Manie andererseits ein grundsätzlicher Unterschied, und worin besteht dieser? Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **32**, H. 1.

haben, in einem fortschreitenden Zerfall der psychischen Persönlichkeit, und zwar sind es zwei Grunderscheinungen, die das ganze Wesen der Erkrankung ausmachen. Diese Störungen sind einmal die Abschwächung aller der gemüthlichen Regungen, welche dauernd die Triebfedern unseres Willens bilden, dann die sog. schizophrene Assoziationsstörung, die intrapsychische Ataxie, mit den aus ihr folgenden Symptomen der Kritikstörung und der Neigung zu sog. Triebhandlungen. Diese der Grundkrankheit angehörigen Symptome sind natürlich von Einfluß auf sich auf diesem Boden etablierende psychotische Zustandsbilder. So erklären sich die sog. katatonen Symptome als durch die Grundstörungen der Schizophrenie eigenartig modifizierte Hemmungs- und Erregungssymptome, je nachdem es sich um einen katatonischen Stupor oder Erregungszustand handelt. Als besondere Eigenart auf dem Boden der Schizophrenie entstehender funktioneller Psychosen haben wir weiter noch hervorzuheben die stärkere Neigung zur Bildung von Mischzuständen, sowie die Neigung zu längerer Dauer. Diese Neigung findet besonders auch ihren Ausdruck in der besonderen Häufigkeit paranoider Zustandsbilder bei der Schizophrenie. Wir sehen Wahnideen regelmäßig in allen akuten Zustandsbildern, sowohl erregten als stuporösen Charakters auftreten, vor allem aber sehen wir eine ausgesprochene Neigung zur Bildung chronischer paranoider Psychosen.

Was unterscheidet nun eine solche chronische paranoide Demenz von der am anderen Pol der chronisch-paranoischen Erkrankungen stehenden echten chronischen Paranoia? Nach unserer Auffassung allein der Einfluß, den die Grundsymptome des schizophrenen Verblöddungsprozesses ausüben. Will man die Verhältnisse richtig würdigen, so muß man auch hier ausgehen von der Anamnese der chronisch sich entwickelnden Erkrankungen. Wir bekommen dann genau dieselben Schilderungen zu hören wie bei der Anamnese der echten Paranoia, nämlich daß die Kranken schon vor der eigentlichen Erkrankung auf fielen durch ihr eigenartig mißtrauisches verschlossenes Wesen, daß sich dann allmählich Beziehungswahnideen entwickelten, die mit der Zeit immer häufiger wurden und schließlich das Bild beherrschten. Wir sehen also genau dieselbe Entwicklung, nämlich den langsam schleichenden Beginn mit Mißtrauen und Beziehungswahn. Der Beginn einer paranoiden Demenz kann dem Beginn einer echten Paranoia gleichen wie ein Ei dem anderen, so zwar, daß, wie Bleuler richtig bemerkt, den üblichen Schilderungen der beginnenden Paranoia in den Büchern mehr die Paranoiden als die Paranoiker Modell gestanden haben. Jedoch sehen wir im Unterschied zur echten Paranoia, daß weiterhin es zu keinem Ausbau eines Wahnsystems kommt, daß vielmehr im Gegensatz zur echten Paranoia die Wahnideen ungeordnet nebeneinander bestehen, oft aber meist einen ganz absurden, unverständlichen Inhalt haben, sich häufig in einem

Atemzüge widersprechen, zu dem ganzen Gehaben des Kranken in keiner Beziehung stehen, so daß die Kranken in einem Moment 100 000 Schlösser besitzen und gleichzeitig den Arzt um eine Wurst bitten können. Im allgemeinen ist bei diesen Kranken auffällig die Affektstumpfheit und Gleichgültigkeit, mit der sie ihre Wahnideen bei fortgeschrittener Krankheit äußern, doch findet man darunter auch Kranke, die erregt sind, zu zornigen Explosionen und Schimpfparoxysmen neigen, obwohl sie meist einen verschlossenen Eindruck machen, viele andere erscheinen allerdings seltener deprimiert, und wieder andere, besonders solche mit Größenideen, tragen ein verschroben selbstbewußtes Wesen zur Schau, benehmen sich geziert hochfahrend, haben eigenartig verschrobene, hochfahrende Manieren und putzen sich auf läppische Weise.

Daß es zu keinem Ausbau von Wahnideen kommt, liegt aber an der Störung der Assoziationstätigkeit, der sog. intrapsychischen Ataxie, die die logischen Verknüpfungen der Wahnideen untereinander verhindert, diese Störung ist des weiteren auch schuld an dem unsinnigen, verschrobenen Inhalt der Ideen, sowie an dem verschroben eigenartigen Wesen der Kranken. Sonst sehen wir bei näherem Zusehen die gleichen Krankheitscharaktere vom verschlossenen, deprimierten oder dem zornig erregten zu dem größtenwahnsinnig hochfahrenden Kranken, nur daß diese Charaktereigenschaften alle mehr rudimentär angedeutet erscheinen infolge der allgemeinen Abschwächung der gemüthlichen Regsamkeit und verschroben in ihren Äußerungen infolge der intrapsychischen Ataxie. Daß das Verhalten der Kranken gegenüber ihren Wahnideen eigenartig, inadäquat erscheint, ist wieder ein Ausfluß der intrapsychischen Ataxie, die uns gesunden Beobachtern erschwert, wenn nicht unmöglich macht, den seelischen Gedankengängen dieser Kranken zu folgen, dann aber auch zum Teil ein Ausfluß des diesen Zuständen eigenen raschen Wechsels von Affekten, wie wir früher nachgewiesen haben, so daß in einem Moment bunt nebeneinander stehen können unsinnige Größenideen, Kleinheitsideen und Verfolgungsideen, d. h. die Größenideen können die Verfolgungsideen und diese die Kleinheitsideen ablösen je nach der jeweiligen Stimmungslage, die von Moment zu Moment wechseln kann. Dieser rasche Wechsel der Stimmungen, die uns überdies zum großen Teil wegen ihrer geringen Stärke verborgen bleiben, ist zum Teil auch daran schuld, daß wir das Benehmen der Kranken inadäquat finden, indem es uns so scheint, als ob der Kranke zu einer eben geäußerten Verfolgungs idee lache, während dieses Lachen vielleicht einer gar nicht ausgesprochenen Größenidee eigentlich angehörte, die der Verfolgungs idee folgte. Im allgemeinen sehen wir jedoch, daß die Kranken verschlossen sind, wenig sprechen, sich bei jeder Annäherung zurückziehen. Dieses Verhalten ist, wie wir früher gesehen haben, mehr ein Ausfluß der Grundkrankheit als ein Ausfluß des Mißtrauens,

So sieht dieses Krankheitsbild auf dem Höhepunkt der Grundkrankheit aus, anders wenn diese noch in der Entwicklung ist. Ist der schizophrene Zerfall noch nicht so weit fortgeschritten, daß alle assoziativen Bande gelöst sind, so kann es sogar zu einer Art Systematisierung kommen. Diese aber wird immer bei näherem Zusehen schon die Zeichen der Schizophrenie mehr oder weniger in ihrer Logik erkennen lassen, je nach dem Grad des fortgeschrittenen schizophrenen Prozesses. In seltenen Fällen, wenn sich die Erkrankung schon entwickelt zu einer Zeit, in der der charakteristische schizophrene Prozeß erst im ersten Beginn ist, können Bilder entstehen, die zunächst von der echten Paranoia gar nicht zu unterscheiden sind, bis sich erst allmählich mit fortschreitender Ausgestaltung der Grundkrankheit das Bild charakteristisch ändert.

Ebenso wie bei dem chronisch gewordenen Prozeß der Dementia paranoides liegen natürlich die Verhältnisse auch in den akuten Zustandsbildern der Schizophrenie, in den Depressions- und Erregungszuständen, resp. in den sog. katatonischen Zuständen, hier machen sich in der gleichen Weise die Grundelemente der Schizophrenie geltend in den depressiven oder manischen Wahnideen, sowie in dem Angstverfolgungswahn. Dieser letztere spielt überdies in den schizophrenen, besonders katatonischen Zustandsbildern eine große Rolle.

Ob es sich bei den anscheinend sich an akute Zustände anschließenden paranoiden Demenzen immer um Verfolgungswahnideen paranoiden Charakters oder um Angstwahn handelt, dürfte nicht immer leicht, unter Umständen überhaupt nicht zu entscheiden sein. Im übrigen ist es durchaus verständlich, daß einmal sich eine chronisch paranoide Erkrankung mit einer akuten Episode beginnend manifestiert. Vielfach handelt es sich aber dabei nur um ein Abklingen der akuten Erregung und ohne diese akuten Erscheinungen Fortbestehen der alten Wahnideen, ohne daß dazu viel neue hinzuproduziert werden auf Grund von Beziehungswahn, also um eine Art Residuärwahn.

Daß in den paranoiden Erkrankungen, wie überhaupt bei der Schizophrenie Halluzinationen, vor allem Stimmenhören neben den Wahnideen eine so große Rolle spielen im Gegensatz zum manisch-depressiven Irresein, dürfte seine Ursache in der Kritikstörung haben, die das Zustandekommen von Erinnerungsfälschungen im Sinne von Halluzinationen nach unserer oben entwickelten Theorie der Halluzinationen mehr begünstigt als das gesunde logische Denken Manisch-Depressiver.

Daß es auch schizophrene Querulanten gibt, braucht wohl nicht erst weiter bewiesen werden. Diese lassen nur entsprechend dem mehr oder minder hohen Grad von intrapsychischer Ataxie in ihren Eingaben, die logischen Schlüsse der echten Querulanten vermissen, auch fehlt ihnen entsprechend der allgemeinen Abstumpfung der gemüthlichen Regsamkeit die hohe Tatkraft der echten Querulanten.

Zwischen diesen beiden Polen der chronisch paranoiden Erkrankungen, der chronischen Paranoia und der Dementia paranoides nun gibt es naturgemäß Übergänge. Solche Übergänge haben wir oben bereits angeführt in Gestalt der leichten Fälle von paranoider Demenz, in denen die Grundstörungen der Schizophrenen noch nicht so stark ausgesprochen sind, um dem Zustandsbild deutlich ihren Stempel aufzudrücken. Diese können sich, wie schon gesagt, recht erheblich dem Bilde der echten Paranoia nähern. Dazu kommt noch, daß es sich nicht bei allen echten Paranoikern um geistig hochstehende und gebildete Persönlichkeiten handelt.

Schon die Unbildung allein kann die sonst zu beobachtende zwingende Logik in den Schlüssen beim Ausbau des Wahnsystems vermissen lassen, noch mehr aber, wenn dazu ein gewisser Grad von Schwachsinn kommt. Dieser kann sich der Systematisierung gegenüber so bemerkbar machen, daß man Bilder bekommt, die ganz ähnlich sein können den leichteren Formen von Dementia paranoides. Dazu kommen noch chronisch paranoide Erkrankungen bei allen möglichen anderen Psychosen, insbesondere solche bei ausgesprochen degenerativen Erkrankungen. Dadurch, besonders durch die letztere Entstehungsart entsteht eine Reihe bunter paranoischer Bilder, die sich in keiner der uns bekannten Gruppen recht einreihen lassen.

Dieser Umstand hat neuerdings Kraepelin veranlaßt, die Gruppe der sog. Paraphrenien abzutrennen, indem er einige Gruppen von annähernd ähnlichem symptomatischem Gepräge aus dem paranoiden Chaos herauszuheben versuchte, ein Versuch, der ganz abgesehen von der darin enthaltenen Schematisierung schon deshalb als unglücklich zu bezeichnen ist, weil er sich vornehmlich auf symptomatologische Grundlagen stützt, die doch, wie sich allmählich in der Psychiatrie durchringen dürfte, für die Gruppierung von Psychosen nicht verwertbar sind; ganz abgesehen noch davon, daß wir es nicht für richtig halten, wegen eines Dutzends etwa gleicher Fälle ein eigenes Krankheitsbild aufzustellen.

Wie schon angedeutet, sind es wohl besonders degenerative Zeichen in erster Linie, die paranoische Bilder so zu modeln verstehen, daß ganz eigenartige Bilder entstehen. So glaube ich, daß z. B. die von Kraepelin als konfabulatorische Paraphrenie abgetrennten Krankheitsbilder hierher gehören dürften, und zwar glaube ich, daß es sich hierbei um konfabulatorisch und pseudologistisch veranlagte Degenerierte handeln dürfte, die paranoisch erkranken.

Daß ein leichter Schwächezustand bei diesen paraphrenen Kranken nach längerer Dauer des Leidens sich geltend macht, will nicht viel besagen. Eine mit der Zeit eintretende Abstumpfung gegenüber den Wahnideen sehen wir auch bei der echten Paranoia nach längerem Bestehen der Erkrankung und zunehmendem Alter eintreten.

Diese auf degenerativer Basis aufgebauten Zustandsbilder wird man wohl bis auf weiteres am besten der echten chronischen Paranoia zu rechnen, bis es vielleicht einmal gelingen dürfte, in das degenerative Chaos mehr Ordnung zu bringen. Die paranoischen Bilder bei leichtem Schwachsinn rechnet man wohl auch am besten der chronischen Paranoia zu. Dagegen trennt man besser die sog. psychogenen paranoiden Bilder von der echten Paranoia ab, denn obwohl es sich hier ebenfalls um reine Affektstörungen handelt, so bilden doch unter den Affektstörungen die psychogenen oder hysterischen Erkrankungen im allgemeinen ein so gut umschriebenes Krankheitsbild, daß man ihm eine Sonderstellung einräumen darf. Wir sehen diese psychogen paranoiden Psychosen immer auftreten im Anschluß an starke affektive Ereignisse, besonders im Anschluß an die Haft als sog. Haftpsychosen. Sie entwickeln sich ebenfalls wie alle anderen paranoischen oder paranoiden Störungen, soweit es sich, wie meist, um Verfolgungsideen handelt, aus dem Beziehungswahn, resp. dem Affekt des Mißtrauens. Es kommt auch bei diesen Psychosen häufig, wenn sie lange genug währen, zu einer Systematisierung des Wahns. Immer aber tragen die Wahnideen und das ganze Gebaren der Kranken psychogen-hysterisches Gepräge. Häufig beobachtet man auf diesem Boden auch querulatorische Bilder. Andere in der Haft auftretende paranoide Psychosen wie z. B. der „präsenile Begnadigungswahnsinn“ von Rüdin dürften anderen Krankheitsbildern angehören und nur infolge des Haftmilieus ein etwas eigenes Gepräge erhalten.

Chronisch paranoide Bilder sollen auch entstehen können als Folge des chronischen Alkoholismus, und zwar wird hierfür als besonders charakteristisch der chronische Eifersuchtswahn der Trinker genannt. Daß der chronische Alkoholismus aus sich heraus imstande sein soll, ein Krankheitsbild wie den chronischen Eifersuchtswahn der Trinker zu erzeugen, muß füglich bezweifelt werden und wird auch von einer Reihe Autoren in Abrede gestellt. Es sprechen dagegen gewichtige Gründe. Einmal ist diese Erkrankung so enorm selten gegenüber der weiten Verbreitung des chronischen Alkoholismus, daß man schon deshalb noch eine besonders dazu kommende Disposition als weitere Ursache annehmen muß, dann aber läßt sich auch für die meisten hierher rechnenden Fälle bei sorgfältiger Anamnesenaufnahme nachweisen, daß die Wurzeln der Paranoia schon vor dem Einsetzen des Alkoholabusus in Gestalt von ausgesprochener mißtrauischer Veranlagung, in einigen Fällen sogar schon von eifersüchtiger Veranlagung vorhanden waren, also schon rein zeitlich der Alkoholismus nicht für die Erkrankung verantwortlich gemacht werden kann. Wir haben auch auf diese Verhältnisse bereits in einer früheren Arbeit hingewiesen¹⁾. Seither haben wir uns weiter sehr für diese Frage interessiert und in einer ganzen Reihe von

¹⁾ Stöcker, Über chronischen Alkoholismus. Fischer, Jena 1910.

Fällen, die auf den ersten Blick als chronischer Wahnsinn der Trinker imponierten, diese Sachlage immer wieder feststellen können. In einzelnen Fällen war bei genauer Anamnese sogar festzustellen, daß der Beginn der eigentlichen schweren Trunksucht erst nach Beginn der Erkrankung fiel, die Angehörigen pflegten dann meist selbst die Trunksucht auf die Erregung der Kranken zu beziehen. Wir haben demnach in dem sog. chronischen Eifersuchtswahn der Trinker eine paranoische Erkrankung zu erblicken, die in ihrem Ursprung nichts mit dem Alkoholismus zu tun hat, sondern anderen Krankheiten, der echten Paranoia oder den paranoiden Psychosen zuzurechnen ist. Wohl aber kann angenommen werden, daß dem Alkohol hierbei eine auslösende oder den Eintritt der Krankheit beschleunigende, wohl sicher aber eine das Krankheitsbild färbende Rolle in dem oben skizzierten Sinne zukommt. Daß man gelegentlich sonst bei Trinkern vorübergehend, wie im pathologischen Rausch usw. Eifersuchtsideen sieht, hat seinen Grund wohl in den gleichen oben näher dargetanen Umständen. Daß es Personen gibt, die im Alkoholrausch, sei es in der einfachen Trunkenheit oder im pathologischen Rausch zur Bildung von Wahnideen neigen, ist eine gar nicht selten zu beobachtende Tatsache. Wir sehen einmal Personen, die im Rausch dazu neigen, ihre ganzen Verhältnisse, ihr ganzes Tun und Lassen im schlechtesten Lichte zu sehen und sich und ihr Elend beweinen (heulendes Elend der Trinker), wieder andere neigen zu einer ausgesprochenen Euphorie im Rausche mit Selbstüberschätzungen ihrer Person, schließlich wieder andere neigen zur Bildung von Beziehungswahnideen, allerdings dann meist im Sinne des ängstlichen Beziehungswahns, besonders im letzteren Falle können ängstliche Halluzinationen hinzutreten. Gerade diese für die einzelnen Personen individuell so verschiedenen Färbungen der akuten psychotischen Zustände infolge Alkoholvergiftung, die wir Rausch nennen, die sich fast mit photographischer Treue bei dem einzelnen Individuum in derselben Weise wiederholen, wie ja meist auch die epileptischen Dämmerzustände, sind für uns ein weiterer zwingender Beweis dafür, daß die charakteristische Färbung des jeweiligen psychotischen Zustandsbildes nicht durch den Zustand selbst, auch nicht durch die letzte Ursache des Zustandes, wie hier die Alkoholvergiftung bedingt wird, sondern durch Momente, die der normalen oder kranken psychischen Veranlagung der erkrankten Persönlichkeit vor der Erkrankung entstammen resp. in deren Neigung, unter krankhaften Bedingungen, depressive, manische oder gemischt manisch-depressive Symptomengruppierungen individuell charakteristischer Art zu bilden. Welchen Einfluß die Psyche der erkrankten Persönlichkeit aus der Zeit vor der Erkrankung noch in die Erkrankung selbst ausüben kann, mit anderen Worten, wie die psychische Eigenart auch

in der Psychose noch mit das Tun und Lassen bestimmt, sieht man auch daraus, daß besonders bei Epileptikern nicht selten in Dämmerzuständen Verbrechen, wie Brandstiftungen zur Ausführung gebracht werden, mit denen sie sich schon längere Zeit vor der Erkrankung trugen.

Auch bei Epilepsie haben wir einige Male chronisch paranoide Psychosen zu beobachten Gelegenheit gehabt. Einmal handelte es sich hierbei um einen Eifersuchtswahn, der sich erst während des Anstaltsaufenthaltes entwickelt hatte. Ob im letzteren Falle die Herabsetzung der Geschlechtsfunktionen durch chronischen Bromgebrauch von Einfluß für die Gestaltung dieser Wahnart war, bleibe dahingestellt, ebenso ob die durch den Anstaltsaufenthalt erzwungene geschlechtliche Abstinenz und die Trennung von der Frau hierbei eine helfende Rolle spielten. Denkbar wäre dies immerhin. Die paranoiden Psychosen bei Epilepsie tragen naturgemäß ebenfalls den Stempel der Grundkrankheit des epileptischen Charakters, Schwach- oder Blödsinns, der sich äußert in einer Neigung, in allen Affekten übertrieben stark und lange zu reagieren, sowie in einer eigenartigen Verlangsamung, sowie Schwerfälligkeit und Umständlichkeit des Denkens bei inhaltlicher Armut, das seinen deutlichen Ausdruck vor allem in der Sprache findet, die umständlich ist, die Breite der Ausdrucksweise liebt und in ihren Begriffen unklar und unbestimmt ist. Auch im Schreiben drückt sich diese geistige Verfassung naturgemäß aus. Daß eine gewisse Reizbarkeit mit Neigung zu brutalen Reaktionen zum epileptischen Charakter gehöre, halten wir nicht für richtig, man sieht nämlich mitunter auch auf der anderen Seite äußerst harmlose, gutmütige Menschen unter diesen Kranken, manche davon erscheinen dauernd etwas gedrückt, wieder andere in einer eigenartigen verzückten Euphorie; für viele wiederum ist ein ausgesprochener Devotismus das hervorstechendste Charakterzeichen. Am krassesten treten diese Charaktermerkmale uns in den sog. epileptischen Dämmerzuständen oder akuten Psychosen entgegen, in denen häufig dieser Grundcharakter eigentlich nur übertrieben erscheint, abgesehen von den Bewußtseinsstörungen. Ein allen Epileptikern gemeinsames Merkmal scheint überdies noch die egozentrische Denkrichtung zu sein, die hier wohl in dem Schwachsinn begründet sein dürfte. Im allgemeinen ist jedoch zu bemerken, daß die Grundkrankheit der Epilepsie noch lange nicht voll erforscht ist, es werden heute sicherlich noch dazu lediglich auf Grund von Anfällen und deren Äquivalenten Zustände gerechnet, die mit dem eigentlichen epileptischen, fortschreitenden Verblödungsprozeß nichts zu tun haben.

Bei den an chronisch-paranoiden Erkrankungen leidenden Epileptikern können wir ebenfalls stets die charakteristische Affektlage des

Mißtrauens konstatieren neben den mehr oder weniger ausgeprägten Zeichen des epileptischen psychischen Habitus.

Bei den meisten länger andauernden Wahnideen jedoch, die man bei Epileptikern sieht, handelt es sich nicht um paranoide, sondern um die Erscheinungen des sog. Residualwahns nach Dämmerzuständen oder epileptischen Psychosen. Oft sieht man dann die Wahnideen wieder schwinden mit dem nächsten Dämmerzustand. Hier handelt es sich dann vorwiegend um Verfolgungswahnideen auf dem Boden des Angstwahns, entsprechend der meist ängstlichen Grundstimmung epileptischer Dämmerzustände.

Eigenartig chronisch-paranoide Bilder, die mit reichlich Halluzinationen einhergehen, scheinen nach neueren Forschungen häufig bei alten Luetikern im späteren Lebensalter aufzutreten. Ob in diesen Fällen tatsächlich der Lues ein ursächliches Moment zukommt oder ob es sich nur um ein zufälliges Zusammentreffen handelt, halten wir nicht für erwiesen, wie überhaupt diese Fälle noch einer recht gründlichen Nachforschung bedürfen. Sollte es sich dabei wirklich um einen ursächlichen Zusammenhang handeln, so müßte man als Grundlage wohl eine eigenartigeluetische Erkrankung des Gehirns annehmen, die sich von der eigentlichen Hirnlues unterscheidet, denn in solchen Fällen sehen wir die sonstigen Zeichen der Hirnlues, besonders denluetischen Schwachsinn fehlen. Wir kennen aus unserer Erfahrung nur einen Fall, der eventuell dieser Gruppe zuzurechnen wäre, aber auch bei diesem, der an ausgesprochenen Verfolgungswahnideen, die leidlich systematisiert sind, leidet, läßt sich die Entstehung des Wahns aus massenhaften Eigenbeziehungen auf dem Boden des Mißtrauensnachweisen.

Wahnbildungen vorübergehender oder nicht dauernder Natur sieht man überdies auch auf dem Boden der eigentlichen Hirnlues auftreten ebenso wie bei Paralyse. Bei letzterer Erkrankung sieht man häufig in den sog. manischen Paralysen ausgesprochene Größenideen, die meist schon auf den ersten Blick uns den Verdacht der Paralyse erwecken infolge des blühenden Unsinns ihres Inhalts. Hier macht sich am krassesten der Einfluß der Grundkrankheit, nämlich des paralytischen Blödsinns geltend, indem der Inhalt der Größenideen eben blühenden Unsinn enthält, als eine Folge der dem paralytischen Prozesse eigenen tiefen Verblödung mit ausgesprochener Störung der kritischen Fähigkeiten. Ebenso verraten in den Depressionszuständen der Paralyse die depressiven Wahnideen inhaltlich die Paralyse, indem sie ebenfalls ausgesprochenen blödsinnigen Inhalt zeigen, sie nehmen hier gern die Form der sog. „nihilistischen Wahnideen“ an. Auch Angstverfolgungswahnideen sehen wir bei Paralyse, besonders wieder in vorwiegenden Depressionszuständen mit entsprechender inhaltlicher Färbung auftreten.

Gelegentlich kommen auch chronisch-paranoide Bilder auf dem Boden des Beziehungswahns bei Paralyse zur Beobachtung. Diese lassen je nach der Stärke des fortschreitenden Verblödungsprozesses meist an dem Blödsinn des Inhaltes und der mangelnden Systematisierung die Grundkrankheit erkennen, natürlich ganz abgesehen von den körperlichen Zeichen der Paralyse. Nur, wenn sich der eigentlich paralytische Prozeß noch ganz im ersten Beginn befindet, die Verblödung noch keine äußerlich merkbaren Formen angenommen hat, kann es zu einem systematisierten Beziehungswahn kommen, der rein psychisch betrachtet mit *Paranoia chronica* verwechselt werden kann, doch werden uns hier immer die körperlichen Symptome, vor allen das Ergebnis der Lumbalpunktion den Weg zeigen.

Ähnlich wie bei Paralyse verhält es sich auch mit den Wahnbildungen bei Hirnlues und in den anderen organischen Verblödungsprozessen, vor allem bei der Arteriosklerose und der senilen Demenz, wobei der Wahn in seinem Inhalt und infolge der mangelnden Systematisierung immer mehr oder minder die Eigenart des zu grunde liegenden Verblödungsprozesses erkennen läßt. Die depressiven Wahnideen kleiden sich hier auch vorwiegend in das Gewand nihilistischer Wahnideen, ebenso zeigen die Größenideen, die man allerdings bei Arteriosklerose und seniler Demenz sehr selten sieht, natürlich blödsinnigen Inhalt. Am häufigsten sind bei diesen Psychosen heftige Angstzustände mit Angstwahn, der natürlich in seinem Inhalt ebenfalls die intellektuelle Störung verrät. Doch kommen auch bei den arteriosklerotischen und senilen Verblödungsprozessen paranoide Bilder auf dem Boden des Beziehungswahns vor. Diese paranoiden Bilder zeigen dann ebenfalls die charakteristische Eigenart der Verblödung. Relativ häufig sieht man hierbei die spezielle Form des Eifersuchtwahns, was seinen Grund in den weiter oben dargelegten Momenten haben dürfte.

Besonders zu besprechen schließlich wären noch einige wenige recht eigenartige paranoide Bilder, nämlich der in der Involutionszeit auftretende sog. „präsenile Beeinträchtigungswahn“ und die „*Paranoia senilis*“.

Die sog. senile *Paranoia* ist im allgemeinen nicht häufig. Es handelt sich hierbei nach der bisherigen Auffassung um eine besondere Form der senilen Demenz. Wir möchten sie aber im Gegensatz hierzu nicht als dieses auffassen, sondern lediglich als eine Steigerung der senilen Affektivität des Mißtrauens. Daß hierbei leichte Demenzzeichen sich finden, liegt in der Natur der physiologischen Intellektveränderungen der Senilen. Wie wir aber schon gesehen haben, zeigt die Senilität neben der Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten physiologisch auch eine eigenartige Charakterveränderung der Affektivität im Sinne des Mißtrauens. Als eine pathologische Steigerung dieser physiologischen

Affektlage der Senilen möchten wir die Paranoia senilis auffassen. Bei der Wahnbildung spielen mißtrauische Beziehungswahnideen die Hauptrolle, weniger Erinnerungsfälschungen, daneben aber beherrschen das Krankheitsbild Halluzinationen und vor allem illusionäre Verkennungen. Diese letzteren Erscheinungen dürften mit der psychologischen Abnahme des Gehörs und des Augenlichts in gewisser Beziehung zusammenhängen und sich ihre Häufigkeit hieraus erklären. Der Mangel an Erinnerungsfälschungen ließe sich aus der Verödung des assoziativen Apparates erklären, ebenso die nur oberflächliche Systematisierung. Infolge des Umstandes, daß diese senilen Kranken infolge ihres körperlichen Zustandes meist an das Haus gebunden sind in ihrer ganzen Lebensführung, spielt sich auch ihr Wahn meist auf diesem engen Raume ab. Sie glauben sich von ihren Nachbarn ausspioniert, schikaniert, namentlich aber von den Mitbewohnern bestohlen; unter den Wahnideen spielen eine große Rolle Eifersuchtsideen und vor allem solche sexueller Verdächtigungen, die beide auf die oben schon erwähnten Umstände zurückzuführen sind. Klassisch ist die Reaktion dieser senilen Paranoiker auf ihren Wahn. Sie reagieren darauf meist mit ausgesprochenen Schimpfparoxysmen. Eine solche senile Schimpferin — es erkrankten an dieser Form der Geistesstörung vor allem Frauen — ist ein typisches Anstaltsbild. Wer dächte hierbei nicht an das „keifende Alter“, ganz abgesehen von der in der Psyche der Frauen schon vorhandenen Schimpfreaktionsneigung. Die Reaktion wird also auch hier sichtlich nicht durch die Wahnidee, sondern durch den Krankheitscharakter determiniert.

Das Krankheitsbild des präsenilen Beeinträchtigungswahns wurde von Kraepelin aufgestellt. Ob es sich aber hierbei um eine Krankheit sui generis handelt, muß nach allen seitdem gemachten Erfahrungen füglich bezweifelt werden. Viele der dazu gerechneten Krankheitsbilder gehören wohl der echten Paranoia an und handelt es sich dabei nur um spät erst manifest gewordene Erkrankungen, ebenso dürften viele als Spätformen der Schizophrenie aufzufassen sein — besonders Bleuler vertritt diese Anschauung —, bei vielen anderen handelt es sich sicher um auf dem Boden arteriosklerotischer Gehirnveränderungen oder auf dem Boden eines vorzeitigen Seniums sich etablierende paranoide Erkrankungen; bei einer Reihe von Fällen läßt sich deshalb eine gewisse Schwäche der intellektuellen Fähigkeiten in der Unstimmigkeit der Wahnideen und der gezogenen Schlußfolgerungen erkennen, obwohl bei anderen wieder sich Korrektheit der Schlußfolgerungen und logische Systematisierung vorfindet. Aus allem dem geht wohl zur Genüge hervor, daß das Krankheitsbild in seiner klinischen Stellung noch weiterer Klärung bedarf. Besonders geeignet für die Nachforschung nach der Grundgenese der paranoiden Wahn-

bildung sind aber gerade diese Erkrankungen, die im allgemeinen nicht so ganz protrahiert beginnen wie die echte Paranoia, aber protahiert genug, um die zeitlichen Beziehungen der Symptomatologie untereinander feststellen zu können. Bei guter Anamnese erfährt man auch hier regelmäßig, daß zuerst in die Erscheinung trat eine zunehmende mißtrauische Charakterveränderung, dann erst allmählich Beziehungsideen mit folgendem assoziativem Ausbau des Wahns.

Schließlich verdienen noch eine kurze Würdigung die bei Schwerhörigen und Taubstummen sich oft entwickelnden chronisch paranoiden Bilder, obwohl schon oben das Wesentliche darüber gesagt wurde. Hier sehen wir die Beziehungsideen, die die Grundlage für die Wahnbildung abgeben, direkt allmählich herauswachsen aus der diesen Persönlichkeiten eigenen normal physiologischen Affektlage des Mißtrauens. Die bei diesen Formen meist massenhaft in die Erscheinung tretenden Gehörstäuschungen dürften, wie ebenfalls schon erwähnt, meist auf dem Boden subjektiver Ohrgeräusche, die wir ja häufig mit Ohrerkrankungen verbunden sehen, entstehen, und zwar in dem oben skizzierten Sinne, daß es sich hierbei um im Sinne des Wahns illusionäre Verkennungen und Umformungen dieser Geräusche handelt. Ihrer klinischen Stellung nach dürften diese Kranken verschiedenen Formen der Geistesstörung angehören, vor allem wohl der Paranoia und paranoiden Demenz, aber auch viele sog. degenerative Formen dürften sich nach unserer Auffassung und Erfahrung darunter finden.

Wie wir schon bisher immer mit angeführt haben, liegen ganz ähnlich wie bei den chronisch-paranoiden Störungen, die Verhältnisse auch bei den akuten Zustandsbildern, die mit Wahnbildung einhergehen. Soweit diese den reinen affektiven Störungen, wie manisch-depressivem Irresein oder Hysterie resp. sonstigen degenerativen Zuständen angehören, zeigen sie nur die Affektstörungen und die darauf beruhenden Wahnideen. Dieses Bild reiner affektiver Störungen tritt uns am reinsten in den manisch-depressiven Zustandsbildern entgegen, wo wir nur die dem akuten Zustandsbilde angehörigen Affektstörungen und Wahnideen auftreten sehen bei sonst normal veranlagtem Grundcharakter. Kompliziert werden die Bilder schon bei Hysterie und den anderen dem allgemeinen degenerativen Irresein zuzurechnenden Bildern, wo die krankhaften Affektstörungen des akuten oder auch chronischen Zustandsbildes noch kompliziert werden durch eigenartige, dem sog. degenerativen Grundcharakter angehörende Affektstörungen, obwohl es sich hier sonst im Grundcharakter als auch im Zustandsbild um durchaus reine affektive Störungen im Sinne depressiver und manischer resp. gemischt manisch-depressiver Symptome handelt.

Bei Schizophrenie werden diese Bilder natürlich ebenfalls kompli-

ziert und gefärbt durch die dieser Krankheit eigenen Symptome des schizophrenen Zerfallsprozesses, ebenso bei Paralyse, Hirnluës, Arteriosklerose und senilem Blödsinn durch den Einfluß dieser Blödsinnformen; ebenso wie der originäre Schwachsinn und die Epilepsie den Zustandsbildern ihr eigenes Gepräge verleihen.

Wir sehen nur in den akut psychotischen Zustandsbildern seltener Wahnideen auf der Grundlage des Beziehungswahns auftreten, hier herrschen vor, entsprechend der Häufigkeit verhältnismäßig reiner depressiver und manischer Zustände, die diesen eigenen depressiven Kleinheits- und Versündigungsideen, sowie die manischen Größenideen. Relativ häufig oder vielmehr sehr häufig sehen wir bei akuten Psychosen den Angstwahn auftreten, besonders ist dies der Fall in den Involutionsmelancholien, arteriosklerotischen und senilen Bildern, bei den katatonischen Erregungszuständen und Stuporen, vor allem aber in den sog. akuten Halluzinosen, wie Alkoholhalluzinosen, sowie in den Dämmerzuständen, Amentiafällen und Delirien, die alle natürlich ebenso dem sekundären Einfluß der gesunden oder kranken Grundpersönlichkeit unterliegen wie alle anderen psychotischen Zustandsbilder.

So erhalten ihr charakteristisches Aussehen die epileptischen und hysterischen Dämmerzustände, die Fieber- und Alkoholdelirien, obwohl auch diese Zustandsbilder (Dämmerzustände, Amentia und Delirien) im Grunde alle gleiche Symptome haben, nämlich Mischungen depressiver und expansiver Art, die nur gegenüber den anderen ebenso zusammengesetzten psychotischen Zustandsbildern wieder eine eigene Quote der psychischen Färbung bekommen durch die allen diesen Störungen eigene mehr oder minder starke Bewußtseinsstörung, die sekundär die Symptomatologie wieder eigens für sich beeinflusst. Näher auf diese Dinge hier einzugehen, ist hier im Rahmen dieser Abhandlung nicht der Platz, wir müssen uns ausführliche Bemerkungen darüber für eine spätere Zeit vorbehalten. Einstweilen müssen wir uns hier auf diese kurzen Andeutungen beschränken.

Wir möchten hier nur kurz noch einiges bemerken über die sog. Alkoholhalluzinose und den epileptischen Dämmerzustand. Die Reaktionsform in diesen beiden Zuständen auf den Angstwahn ist nämlich — und darum soll dies hier noch erwähnt werden — ein charakteristisches Zeichen dafür, daß der affektive Charakter der erkrankten Persönlichkeit die Reaktion auf die Wahnideen bedingt, nicht die Wahnideen als solche die charakteristische Reaktion. Entsprechend der häufig zu beobachtenden Charakteranlage der Feigheit bei Trinkern ist die klassische Reaktionsform des Alkoholhalluzinanten auf seine Wahnideen die Flucht vor seinen Verfolgern, während wir bei den oft reizbaren, zu brutalen Gewalttaten neigenden Epileptikern als

typische Reaktionsform auf ihre Wahnideen in Dämmerzuständen brutale Angriffe auf die Umgebung sehen, die diese Art von Kranken so ungemein gefährlich machen. Ebenso sehen wir häufig bei ängstlich-erregten Katatonikern brutale, brüske, oft ganz unerwartete Angriffe auf die Umgebung, ebenfalls entsprechend der Eigenart dieser Zustände, während wir jedoch sonst bei Schizophrenen mehr ein affektstumpfes Verhalten sehen und dementsprechend auch ein inadäquat, gleichgültig scheinendes Verhalten gegenüber ihren Wahnideen.

Dabei ist zu bemerken, daß wir häufig gerade beim Angstverfolgungswahn starke Reaktionen sehen, jedenfalls stärkere Reaktionen als bei dem Beziehungswahn, dies hat aber nicht seinen Grund in der Art des Wahns, sondern darin, daß in den vielen Zuständen, wo Angst die führende Rolle hat, auch meist eine erhöhte affektiv-motorische Spannung und Entladebereitschaft besteht, im Gegensatz zu den chronischen Zustandsbildern, denen der Beziehungswahn eigen ist. Diese Unterschiede wird man um so begreiflicher finden, wenn man bedenkt, daß zum Zustandekommen des Mischaffekts der Angst diese affektiv-motorische Spannung an und für sich gehört.

Bei der Alkoholhalluzinose, möchten wir schließlich noch bemerken, handelt es sich wohl um durch den Alkoholmißbrauch ausgelöste und charakteristisch gefärbte Angstzustände auf dem Boden eigenartiger degenerativer Veranlagung, um so mehr hat diese Anschauung für sich, als wir auch ohne Alkoholabusus ähnliche kurz dauernde halluzinatorisch gefärbte Zustände bei Degenerierten gelegentlich beobachten; die relative Seltenheit der Alkoholhalluzinose bei der weiten Verbreitung des Alkoholismus spricht ja auch schon an und für sich für eine besondere Disposition.

Wir wären damit am Ende unserer Ausführungen angelangt und möchten nur noch zum Schlusse kurz das Ergebnis derselben zusammenfassen.

Nach unserer Auffassung entstehen Wahnideen in letzter Ursache immer auf affektiver Grundlage, und zwar kommen nur wenige Affektarten für deren Bildung in Betracht, nämlich einmal die reinen Grundaffekte des depressiven und manischen Affektes, dann die Mischaffekte der Angst und des Mißtrauens. Alle Wahnvorstellungen, die wir kennen, lassen sich auf diese vier affektiven Grundlagen zurückführen.

Was die Zustandsbilder anbelangt, in denen Wahnideen zur Beobachtung kommen, so handelt es sich hierbei immer um depressive oder manische Bilder resp. um eigenartige Mischformen beider. Vor allem entspringen alle Verfolgungsideen Mischzuständen entweder solchen, in denen der Mischaffekt der Angst, oder solchen, in denen der Mischaffekt des Mißtrauens vorherrscht.

Auch diese Zustandsbilder sind für alle Psychosen die gleichen, sei es, daß es sich um akute oder chronische Prozesse handelt.

Die eigenartigen Unterschiede in der Färbung der paranoiden Zustandsbilder, die man bei den verschiedensten Psychosen jedoch findet, haben ihre Ursache lediglich in sekundären Einflüssen, die zum weitaus größten Teil der psychischen Eigenart der erkrankten gesunden oder schon psychisch kranken Persönlichkeiten entstammen, der Grundpersönlichkeit, wie wir es nennen wollen. Es handelt sich hierbei teils um Störungen in der assoziativen Tätigkeit der Psyche, teils um chronische Störungen in dem quantitativen Tonus der Affekterregbarkeit wie bei *Dementia praecox* oder Schizophrenie; zu einem anderen Teil entspringen diese Unterschiede dem Milieu, der Rasse, dem Geschlecht und dem Bildungsgrad der Kranken.

Schließlich ist das Verhalten der Kranken gegenüber den Wahnideen nicht eine reine Reaktion auf diese Wahnideen, sondern vielmehr die Art der Reaktion wird bestimmt durch den allgemeinen affektiven Krankheitscharakter der Psychosen selbst oder, was noch häufiger der Fall sein dürfte, den allgemeinen affektiven Charakter der erkrankten Persönlichkeit.

Literatur.

- Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie.
 Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. VII. Auflage.
 Schröder, Über gedankenflüchtige Denkhemmung. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig.* 2. 1910.
 Specht, Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. *Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie* 1908.
 — Chronische Manie und Paranoia. *Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie* 1905.
 — Über den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein. *Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie* 1907.
 — Über den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia.
 — Über den sog. Querulantenwahnsinn und seine forensische Bedeutung. *Zeitschr. f. Rechtspflege in Bayern.* 8. Jahrg., 1912.
 Stransky, Allgemeine und spezielle Psychiatrie. I. Allgem. Teil.
 Stöcker, Über chronischen Alkoholismus. Jena 1910.
 — Besteht zwischen einem katatonischen Stupor und Erregungszustand usw. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 31, Heft 1.
 — Über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig.* 23.