

Über katathyme Wahnbildung und Paranoia.

Von

Hans W. Maier,

Privatdozent der Psychiatrie und Sekundärarzt der Klinik.

(Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.)

(Eingegangen am 8. November 1912.)

Inhalt.

1. Einleitung und Begriff der „Katathymie“ (S. 555).
2. Paranoia (S. 564).
3. Imbezillität mit katathymen Symptomen (S. 579).
4. „Höherer Blödsinn“ (S. 588).
5. Wahnbildung bei manisch-depressiven Formen (S. 593).
6. Wahnbildung bei Schizophrenien (S. 598).
7. Wahnbildung bei Pseudologia phantastica (S. 601).
8. Wahnbildung bei organischen und Intoxikationsstörungen (S. 603).
9. Zusammenfassung (S. 608).

1. Einleitung und Begriff der „Katathymie“.

Die Frage nach dem Bestehen und der Umgrenzung einer Paranoia im Sinne der Kräpelin'schen Definition ist bei dem heutigen Stande unserer klinischen und psychologischen Auffassung immer noch von großem Interesse. Die Darstellung des publizierten kasuistischen Materials läßt nach der psychologischen Seite hin noch recht viele Lücken und auch die differentialdiagnostische Abgrenzung gegen andere Gruppen¹⁾ ist äußerst schwankend. Bei einer konzisen Fassung des Krankheitsbildes sind die Fälle in den Kliniken und Anstalten²⁾ so selten, daß in bezug auf das Bestehen von reinen Paranoiefällen vielerorts gerade unter den jüngern Psychiatern ein erklärlicher Skeptizismus herrscht. Es wird im folgenden der Versuch gemacht, durch eine gemeinsame Betrachtung der paranoiden Symptomenbilder auch außerhalb des engeren Paranoiabegriffes zur Klärung und Abgrenzung dieser Begriffe einen Beitrag zu liefern.

¹⁾ Die Arbeit wurde bereits im Mai 1912 abgeschlossen, so daß auf die neueste Kräpelin'sche Einteilung der paranoiden Erkrankungen (diese Zeitschrift **11**, 617) nicht mehr eingegangen werden konnte.

²⁾ Nach dem Bericht für 1908 und 1909 der Münchner psychiatrischen Klinik wurde dort innerhalb 2 Jahren kein Fall von Paranoia unter 3821 Aufnahmen diagnostiziert.

Eine der fruchtbarsten Arbeiten auf diesem Gebiete hat wohl in den letzten Jahren Birnbaum geleistet, der es versuchte, ein Krankheitsbild der „wahnhaften Einbildung bei Degenerativen“ klinisch abzugrenzen¹⁾. Die Wahnideen bei den 108 beschriebenen, meist aus der Haft stammenden Fällen unterscheiden sich nach diesem Autor von den echt paranoischen im Sinne des Kräpelinschen Krankheitsbildes durch ihren unzulänglichen und wechselnden Realitätswert, die Veränderlichkeit, die Beeinflußbarkeit durch äußere Einwirkungen und ihre Unbeständigkeit (was zusammen als Oberflächlichkeit charakterisiert wird). Ein konsequenter systematischer Aufbau fehlt nach Birnbaum diesen Gebilden. Der Beginn der Erkrankung ist häufig akut mit hysteriformen Bewußtseinsstörungen. Die Dauer ist verschieden, meist nicht sehr lange, und weitgehend von den Einflüssen der Umgebung abhängig. Nach dem Abklingen des Syndroms kommt es meist zur Wiederherstellung des Status quo ante. Birnbaum nimmt an, daß diese oberflächlich haftenden krankhaften Ideen, die häufig durch Hineindenken in phantastisch selbst gebildete Situationen entstanden sind, von dem echt paranoischen Wahn grundsätzlich verschieden sind. Den geringeren Realitätswert und die Veränderlichkeit dieser Erscheinungen glaubte er dadurch charakterisieren zu können, daß er im Gegensatz zur Paranoia von „wahnhaften Einbildungen“ spricht. Alle seine Fälle läßt er sich auf dem Boden der „degenerativen Eigenart“ entwickeln; als hierfür charakteristisch nimmt er den lockeren Zusammenhang der Vorstellungen, die stark ausgesprochene Selbstbeeinflußbarkeit, und die besonders von Bonhöffer hervorgehobene „Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins“ an. Es gelingt Birnbaum nicht, diese Zustände diagnostisch von ähnlichen symptomatischen Erscheinungen bei Hysterien (für die er die körperlichen Stigmata als für die systematische Einordnung ausschlaggebend hält) irgendwie scharf zu trennen; er nimmt deshalb an, daß gewisse Formen der wahnhaften Einbildungen als verlängerte hysterische Zustände angesehen werden können. Das Fehlen einer solchen Grenze scheint ihm auch nicht wesentlich zu sein, da ja für ihn beide Krankheitsformen in seine Klasse der „Degenerationspsychosen“ gehören. Eine ähnliche Stellung nimmt er für den von ihm beschriebenen Begriff gegenüber der Pseudologia phantastica ein. Unter dem Materiale Birnbaums finden sich auch eine größere Anzahl Imbeziller; aber auch sie werden keiner besonderen differentialdiagnostischen Darstellung unterworfen, da ja eben der Schwachsinn eine häufige Begleiterscheinung der großen Gruppe der degenerativen Eigenart sei. Noch mehr vermissen wir aber die wich-

¹⁾ Karl Birnbaum, „Psychosen mit Wahnbildung und wahnhaften Einbildungen bei Degenerativen“ mit einem Vorwort von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. C. Moeli, Halle. Marhold. 1908. — Derselbe: „Über vorübergehende Wahnbildung auf degenerativer Basis“. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.

tigste Abgrenzung, nämlich die gegen die Gruppe der *Dementia praecox*. Wenn der Autor hiervon spricht, berücksichtigt er nur die am allerschwersten verlaufenden Fälle und läßt die vielen leichten Hebephrenien, die Menge der beginnenden paranoiden Erkrankungen und die *Dementia praecox simplex* ganz außer acht. So kommt er dazu, eine Grenze zwischen diesen Leuten mit wahnhaften Einbildungen und den Schizophrenen zu ziehen, die für unsere Auffassung durchaus in der Luft steht. Bleuler ¹⁾ hat auf diesen differential-diagnostischen Mangel der verdienstvollen Birnbaumschen Arbeit schon deutlich hingewiesen. Die Erwiderungen des Autors hierauf ²⁾ erleichtern die Diskussion keineswegs: Man kann allerdings bei dem heutigen Stande der Wissenschaft, wenn man den Begriff der *Dementia praecox* anerkennt, doch durchaus verschiedener Meinung über dessen Abgrenzung sein; eine so enge Auffassung, wie sie Birnbaum anzunehmen scheint, dürfte sich aber doch auch mit der vorsichtigsten Beobachtung dieser Fälle durch längere Zeit hindurch nicht vereinen lassen. Er will als Unterscheidungsmerkmal annehmen, daß „psychisch erregende äußere Einflüsse anstoßgebend auf die Entstehung, formgebend auf den Verlauf, manchmal auch inhaltgebend auf die Symptome“ wirken. Das gleiche aber läßt sich gewiß für viele Fälle von *Dementia praecox* nachweisen, wenn man die akute Phase nicht als selbständige Krankheit, sondern als Schub auf dem Boden der tiefer liegenden Psycho auffaßt.

Die folgenden Ausführungen knüpfen an die Birnbaumsche Arbeit an unter dem speziellen Gesichtspunkte der an der Züricher Klinik gewonnenen psychologischen Anschauungen. Wenn das hier verarbeitete kasuistische Material aus äußeren Gründen weniger umfangreich ist wie das von Birnbaum vorgebrachte, so ist es doch nach anderer Richtung hin weniger einseitig: Während die in der erwähnten Arbeit behandelten Fälle meist in der Haft entstanden sind, die an sich dem Gedankengang eine für alle Fälle ähnliche Richtung aufzwingt und die Unterschiede von Erkrankungen verschiedensten Ursprungs zu verwischen droht, sind unsere Beispiele aus ganz verschiedenartigem Milieu hervorgegangen. —

Die ältere Psychiatrie und von den neueren Arbeiten besonders diejenigen von Wernicke zeigten uns in der Betonung des Zustandsbildes psychische Querschnitte durch die Krankheit. Im Gegensatz hierzu legte Kraepelin mit Recht großes Gewicht auf den Verlauf der Störungen. Damit wurden Gruppen geschaffen, zu deren weiterer Erkenntnis aber nun wieder eine Vertiefung in die Eigenart der einzelnen psychologischen Symptome und individuellen Erscheinungen des Kran-

¹⁾ Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909.

²⁾ Birnbaum, *Dementia praecox* und Wahnpsychose der Degenerativen. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909.

ken unter dem neu gewonnenen systematischen Gesichtspunkte nötig ist. Hier haben die Anschauungen Freuds für die Erforschung der affektiven und unbewußten Zusammenhänge eine meines Erachtens sehr wertvolle Anregung gebracht. Neben den nach dieser Richtung hin orientierten Arbeiten Jungs¹⁾ sei hier noch speziell auf die Ausführungen Bleulers²⁾ über das Wesen der Affektivität hingewiesen, die als bekannt vorausgesetzt werden.

Bleuler hat in seiner kürzlich erschienenen ausführlichen Monographie über die Gruppe der Dementia praecox oder — was mir besser scheint — der Schizophrenien³⁾ den Versuch gemacht, die von Kraepelin umschriebene Krankheitsgruppe psychologisch zu vertiefen. Auf den gleichen Prinzipien aufgebaut soll im folgenden ein einzelnes Symptom bei verschiedenen Erkrankungsarten untersucht werden.

Bleuler trennte bei der Schizophrenie die primären von den accessoriellen Symptomen. Wenn es gelingt, diese Methode auch weiter durchzuführen, sollten wir schließlich zur Erkenntnis kommen, welche Teile der psychischen Erscheinungen für den inneren Krankheitsprozeß der Psychosen typisch sind und was nur der Erscheinungsform des einzelnen Symptoms eignet. Je mehr uns das gelingt, desto eher werden wir bei der Diagnosenstellung von Anamnese, Katamnese oder der Sektion unabhängig werden und uns auf die richtige Einschätzung des psychischen und somatischen Zustandsbildes verlassen können. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet Bleuler die spezifische Assoziationsstörung und Beeinträchtigung der Affektivität (Autismus) als primäre Symptome seiner Schizophrenie. Damit wird gewiß eine recht große Gruppe von Psychosen umschrieben. Je weiter unsere Kenntnis fortschreitet, desto mehr werden wir suchen müssen, einzelne Teile aus diesem Sammelbegriff wieder herauszuschälen. Jedenfalls ist schon heute die Gruppe der Schizophrenien besser definierbar und zu umschreiben, wie die Degenerationspsychosen, an denen trotz ihrer Unklarheit an vielen Orten so zähe festgehalten wird. Dieser Begriff konnte bis jetzt noch nie befriedigend dargestellt werden; hinter dem gut klingenden Namen verbergen sich eine Menge Widersprüche. Wie oben angedeutet, gehen für Birnbaum die angeboren Schwachsinnigen, die Hysterischen und die Fälle von Pseudologia phantastica teilweise darin auf, so daß er keine Abgrenzung zwischen diesen einzelnen Formen aufstellen zu müssen glaubt. In den bedeutend enger gefaßten Ausfüh-

¹⁾ Siehe vor allem Diagnostische Assoziationsstudien I und II. Barth, Leipzig 1906 und 1910. — Über die Psychologie der Dementia praecox. Halle 1907.

²⁾ Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Marhold, Halle 1906.

³⁾ Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig und Wien 1911.

rungen Bonhöffers ¹⁾ wird als eines der wichtigsten Symptome der Gruppe die „Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins“ hervorgehoben; gerade diese Erscheinung sehen wir aber an wenigen Kranken so deutlich, wie im hebephrenen Vorstadium von Fällen, die nachher katatonisch werden und verblöden, also doch wohl sicher zur Schizophrenie gehören. So wird es gut sein, wenn wir in der Systematik ohne diesen verwirrenden Begriff der Degeneration auszukommen suchen. Gewiß werden immer noch genügend Fälle mit angeborenen psychischen Abnormitäten vorhanden sein, die wir in ein klar durchdachtes Schema noch nicht einrechnen können. Aber es wird sicherlich besser sein in jedem einzelnen Fall sich dies einzugestehen und denselben individuell zu untersuchen und zu beschreiben, als einen Diagnosentopf zu benutzen, der nichts sagt und nur verwirrt.

Was die diagnostische Wertung der Symptomenbilder anbelangt, sollten wir uns einmal darüber verständigen können, daß wir sicher zwei Krankheitsgruppen nur negativ beschreiben können. Es handelt sich hier um die Hysterie und das manisch-depressive Irresein, deren sämtliche Symptome wir auch bei anderen Krankheiten finden können. Sie sagen uns nur dann etwas Positives, wenn wir die Zeichen anderer Störungen nicht finden: Eine Paralyse kann uns die schönste Manie vortäuschen und der ausgesprochenste hysterische Dämmerzustand oder Kreisbogenanfall wird gelegentlich auf dem Boden einer Hebephrenie beobachtet. Diese Erwähnung scheint nicht überflüssig, wenn man gerade z. B. sieht, wie Birnbaum diagnostisches Gewicht auf hysterische Stigmata legt, ohne dabei ernstlich die viel größere Wahrscheinlichkeit der Schizophrenie zu diskutieren, bei der hysteriforme Nebenerscheinungen diese rein numerisch wahrscheinlich häufiger vorkommen, wie bei der an vielen Orten nur oberflächlich diagnostizierten hysterischen Psychose.

Es scheint mir in unserer heutigen psychiatrischen Nomenklatur sowohl für die wissenschaftliche Verständigung wie für den akademischen Unterricht ein bedeutender Nachteil zu sein, daß für eine ganze Reihe rein symptomatischer Erscheinungen die gleichen Bezeichnungen bestehen, wie für wirkliche Krankheitsbilder (z. B. hysterisch, manisch, melancholisch, paranoid, Korsakoff). Dadurch entstehen nicht so selten Mißverständnisse, die sonst vermieden worden wären.

Wir müssen hier kurz auf das Wesen der Wahnidee eingehen. Ein Irrtum kann entstehen durch die Fehlerhaftigkeit des assoziativen Aneinanderreihens; die Ursache hiervon ist entweder ein angeborener oder ein erworbener intellektueller Defekt oder ein Mangel von Erfahrungsmaterial auf dem betreffenden Gebiete. Aber auch wenn diese beiden Faktoren in Ordnung sind, kann durch das Überwiegen einer

¹⁾ Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle 1907.

relativ zu starken Affektivität der Assoziationsverlauf in eine falsche Bahn kommen. Zum Kriterium der Wahnidee gehört aber dazu noch die Unkorrigierbarkeit des betreffenden Fehlschlusses. Auch diese wiederum kann ihre Ursache auf affektiven oder intellektuellen Gebieten oder auf beiden haben. Beim Gesunden schon kann die Kraft der Affekte durch eine starke Suggestionswirkung in so hohem Maße vermehrt werden, daß wir von eigentlichen Wahnideen zu sprechen berechtigt sind. Vor allem ist das der Fall bei Massensuggestionen, die schon aus der Zeit des unvollständigen Erfahrungsschatzes, d. h. der Kindheit, auf uns einwirken und die stark in uns angelegte Affektrichtungen treffen. Prädisponiert hierfür sind die Gebiete, wo Hypothesen aufzustellen nahe liegt, deren Gegenteil unbeweisbar ist. Hierher gehört ein großer Teil des religiösen Glaubens. Ebenso wichtig in dieser Beziehung sind Standesvorurteile, in deren von allen Seiten wirkende Suggestion der Mensch von früh auf hineingewachsen ist. — Aber auch ohne derart starke affektive Einflüsse ist Wahnbildung bei einem relativ Gesunden möglich, der zu ungebildet und zu wenig suggestibel ist, um auf bestimmten Gebieten die korrigierenden Einflüsse der logischen Einwirkung seiner Umgebung zu verarbeiten. Gewöhnlich werden diese beiden Faktoren kombiniert vorkommen: Da, wo uns am wenigsten Erfahrungstatsachen zur Verfügung stehen, wo also unsere Logik am schwächsten ist, werden die affektiven Einflüsse am leichtesten in dieser Richtung angreifen können. Das normale Gefühlsleben steht nun weitgehend unter dem Einfluß von Lust- und Unlustgefühl, d. h. Wunsch und Befürchtung werden vorwiegend richtunggebend für den Inhalt der Affekte sein.

Ist aber einzig die Affektivität allgemein in einer bestimmten Richtung gestört (manisch-depressive Zustände), so werden nur noch Assoziationen aneinandergereiht, die in dieser Richtung liegen, aber dafür auch die mannigfaltigsten. Es muß dann infolge Auslassens aller entgegenstehenden logischen Gründe zu Wahnideen kommen, und zwar nach allen Seiten hin ausstrahlend; der intellektuelle Inhalt der betreffenden der Logik widersprechenden Assoziationen ist gleichgültig für die Wahnentstehung mit Ausnahme dessen, daß er der pathologisch gehobenen oder deprimierten Stimmungslage entsprechen muß. — Eine wesentlich von dieser verschiedene Art der Wahnbildung ist diejenige, bei der der Inhalt eines oder mehrerer gefühlsbetonter Vorstellungskomplexe ausschlaggebend für die Unkorrigierbarkeit des Fehlschlusses ist; es kann sich hier z. B. um einen unerfüllbaren Wunsch handeln oder um einen Schrecken, der durch den speziell damit verbundenen Affekt der logischen Bearbeitung entzogen ist. Der mit dem „Komplex“ verbundene Affekt wird nun je nach seiner Stärke auf die betreffende Vorstellungsguppe beschränkt bleiben oder ausstrahlen und dann je nach der Disposition inhaltlich systematisierte weitere Wahnideen

erzeugen. So kommt es zum „System“, das in dieser Art bei der oben erwähnten rein affektiven Art der Wahnbildung unmöglich ist. Das Unterscheidende ist also das Fehlen der allgemeinen Affektstörung; der pathologische Affekt steht hier immer in assoziativem Zusammenhang mit dem Ausgangskomplex (s. u.). Während wir bei der Affektstörung des Manischen oder Melancholischen nicht eine inhaltlich, intellektuell bedingte Wunsch- oder Angstrichtung sehen, ist das im Gegenteil bei der komplexgemäßen Wahnbildung in ausgesprochenem Maße der Fall.

Den Einfluß des Inhalts stark affektbetonter Vorstellungskomplexe können wir nun aber nicht nur bei den Wahnideen, sondern bei den meisten krankhaften psychischen Funktionen finden. Es scheint mir richtig zur klareren Unterscheidung auf dem speziell hier behandelten Gebiete einen für alle diese Arten von Vorgängen geltenden terminus technicus einzuführen. Schon die nicht mehr ungebräuchliche Abkürzung „Komplex“ ist unschön und ihr Gebrauch zu Zusammensetzungen wird fast unmöglich. Auch ist dieser Begriff ein viel weiterer, als das was wir hier ausdrücken wollen, denn es gibt in der Psyche eine Menge „Komplexe“, die diese bedeutungsvolle symptombildende oder -gestaltende Wirkung durchaus nicht ausüben. Ich würde deshalb vorschlagen, für die psychopathologischen Erscheinungen, für deren Anordnung und inhaltliche Ausgestaltung Wunsch- und Angstaffekte oder ambivalente Strebungen im Zusammenhange mit bestimmten Vorstellungskomplexen ausschlaggebend oder mitbestimmend sind, die Bezeichnung „katathym“ zu wählen (*Katá* = gemäß, *θυμός* = Neigung, Wunsch)¹). Vor allem wären dann also alle psychogenen hysterischen Erscheinungen katathym, also auch der hysterische Dämmerzustand. Das Gleiche würde von vielen „Komplex“-Erscheinungen im Grenzgebiet des gesunden und pathologischen seelischen Lebens gelten, soweit sie über die Durchschnittsbreite gehende psychische Gleichgewichtsstörungen verursachen. Im folgenden wäre dann des Näheren zu diskutieren, wie sich die katathyme Wahnbildung der Paranoia von den betreffenden Erscheinungen beim manisch-depressiven Irresein prinzipiell unterscheidet, wenn auch bei letzterem sekundär wieder katathyme Symptome hinzutreten können. Wir könnten aber ebenso gut katathyme Halluzinationen oder Dämmerzustände usw. unterscheiden, was indes nicht zur Aufgabe dieser Arbeit gehört.

Während die Genese des manisch-melancholischen Wahns allein auf

¹) Es soll hiermit keineswegs der Meinung Ausdruck verliehen werden, als führten diese katathym wirkenden Komplexe irgendeine Sonderexistenz; sie sind selbstverständlich auch nach anderen Richtungen hin assoziiert, aber ihr innerer Zusammenhang ist unter bestimmten Gesichtspunkten stark gefühltsbetont, was dann wieder die hier gemeinte spezifische Wirkung auf den übrigen psychischen Inhalt verursacht.

die Affektstörung geht, hat der katathyme Wahn in dem gefühlsbetonten Komplex einen bestimmten Krystallisationspunkt.

Es folgt daraus, daß der katathyme Wahn ein viel speziellerer ist und mehr Neigung zu ideellem Zusammenhang haben muß als der manisch-melancholische, in den jede beliebige Idee eingehen kann, wenn sie nur der herrschenden Stimmung entspricht. Die Einzelideen bei manischen und melancholischen Zuständen brauchen in der Genese durchaus nicht logisch zusammenzuhängen (sie können aber sekundär miteinander verbunden werden, indem der Melancholiker z. B. in seiner vermeintlichen Verarmung die Folge seiner vermeintlichen Sünde sieht).

Schon der dirigierende Affekt ist bei dem katathymen Wahn ein ganz spezieller, indem er einer bestimmten Idee entspricht; der manisch-depressive Affekt ist der ganz allgemeine der Depression oder Euphorie. Die Folge ist eine viel engere Auswahlmöglichkeit katathymen Ideen.

In den katathymen Wahn können ferner nur Ideen eingehen, die der Komplexidee assoziativ verwandt sind, mit ihr intellektuellen Zusammenhang haben. Soweit die logischen Funktionen des Katathymikers erhalten sind, haben also seine Einzelwahneideen eine Neigung, sich gleich primär in ein System zu ordnen. —

Als Beispiel der Andeutung einer katathymen Wahnbildung im Bereich des Gesunden seien die bekannten Beeinträchtigungsideen der Onanisten erwähnt, die unter dem Einfluß ihres Masturbationskomplexes unerschütterlich davon überzeugt sind, daß alle ihre Bekannten von ihrem Fehler wissen, daß man sie durch Türe und Fenster beobachtet, ihre Wäsche untersucht usw. Die Affektivität auf anderen Gebieten wird hier, wenn es nicht zu schwereren neurotischen Erscheinungen kommt, ganz intakt sein; sowie man den betreffenden Komplex berührt, werden sich aber die stärksten Unlustgefühle zeigen.

Als Gegenstück hierzu sei die Beobachtung von Schabelitz ¹⁾ erwähnt, der an sich selbst einen Bromismus erzeugte. Während er bei sehr salzarmer Kost Brom zu sich nahm, kam er in ein manisches Stadium, in dem er alles im rosigsten Lichte sah, und zwar seine ganze Umgebung, seine eigene Zukunft usw. Als er das Brom aussetzte, stellten sich schwere Abstinenzerscheinungen mit melancholischer Verstimmung ein: Die ganze Umgebung war äußerst unlustbetont, er glaubte, daß Verwandte und unbekannte Mitreisende in der Bahn ihm mit Blicken zu verstehen gaben, er sei ein Esel. Sein Chefarzt schien ihm gealtert und übermüdet aussehend; von dessen Frau meinte er, sie könne ihn nicht mehr leiden und sehe es ungern, wenn er ihren Mann besuche; er askultierte sich selbst, fand einen vermeintlichen Herzfehler und dachte an baldigen Tod. Vom Personal währte er, es stöbere hinter seinem

¹⁾ Die betreffende Arbeit wird in den nächsten Monaten publiziert werden.

Rücken in dem Assistentenzimmer herum usw. Hier sehen wir keine katathyme Anordnung der Symptome, weil eben die Wahnbildung eine Folge nicht irgendeines Komplexes, sondern der allgemeinen Affektstörung infolge der Intoxikation (Bromabstinenz) ist.

Auf dem Boden der katathymen Wahnbildung bedarf es nun noch einer bedeutenden Tenazität des mit dem Komplex zusammenhängenden Affektes, damit es nicht nur zur systematischen Anordnung, sondern zur anhaltenden, eventuell das ganze Leben durch dauernden Ausbreitung des betreffenden Systems kommt. Wir dürfen eine derartige Wahnbildung im Prinzip bei allen Psychosen erwarten, wo katathyme Symptome im Vordergrund stehen und wo ein Affekt mit bedeutender Tenazität besteht. Am konsequentesten aufgebaut finden wir sie bei der eigentlichen Paranoia, weniger bei der Schizophrenie wegen der Neigung zum Hervortreten tieferliegender Affekt- und Assoziationsstörungen. Bei der Hysterie treten andere katathyme Symptome gewöhnlich mehr in den Vordergrund, und auf dem Boden der organischen Psychosen treten diese Art von Wahnerscheinungen wohl auf, spielen aber doch nur eine recht sekundäre Rolle. Birnbaum hat in seinen obenerwähnten Fällen das Katathyme klar hervorgehoben, und es dürfte dessen Bedeutung besonders für diejenigen seiner Fälle klar sein, die keine Schizophrenien sind und bei denen sich der wahnhaftige Symptomenkomplex auf dem Boden einer einfachen Psychopathie ausbildete. Für Einzelheiten muß auf das unten in den speziellen Kapiteln Ausgeführte verwiesen werden.

Es braucht wohl nicht besonders betont zu werden, daß der die katathyme Wahnbildung bestimmende „Komplex“ nicht als abgeschlossenes psychisches Gebilde wirkt, sondern daß er mit der Assoziationsrichtung des betreffenden Individuums und besonders mit den wichtigsten Affekteinstellungen zusammenhängt. Auch das Seelenleben jedes Gesunden ordnet sich um eine Reihe solcher affektbetonter Vorstellungskomplexe an. Die Wahnbildung wird zum Teil von der Stärke und Art des betreffenden Komplexes, der wieder mit Erlebnissen in der Psyche selbst oder in der Außenwelt in engstem kausalem Zusammenhang steht, bedingt werden. In den Fällen schwerer Erkrankung wird aber die eigentliche Disposition die Hauptrolle spielen, auf der basierend der katathym wirkende Komplex Inhalt und Richtung der Wahnideen liefert. Diese Anlage kann entweder in einem gelockerten Zusammenhang der Assoziationen oder in einer speziell festhaftenden und lebhaften Art der Affektivität oder in diesen beiden Komponenten gemischt bestehen. Es ist demnach anzunehmen, daß Wahnideen im allgemeinen bei jeder Lockerung des intellektuellen Zusammenhanges, z. B. infolge Demenz oder durch ein relatives oder absolutes Hervortreten der Affektivität, entstehen. Zur Bildung des katathymen Wahns aber bedarf es

noch einer speziellen Disposition, die wir zu umschreiben noch nicht genügend imstande sind.

2. Paranoia.

Nach dem bisher Ausgeführten können wir erwarten, daß die systematisierte Wahnbildung, wie sie Kraepelin für seine Paranoia umschreibt, auf verschiedenem Boden sich entwickeln kann. Einmal sehen wir eine gewisse Art von Psychopathen, deren Affekte lebhaft und anhaltend sind ohne labil zu sein, während ihre „Komplexe“ nach hysteriformer Art einen großen Einfluß auf den Ablauf der psychischen Geschehnisse haben. Bei diesen Individuen besteht meist eine sehr enge und prompte Verbindung der Wahnbildung mit den äußeren Erlebnissen. Hierher gehören wohl einige der Kranken von Birnbaum, die „milden Paranoiaformen“ von Friedmann¹⁾, die weiter unten ausführlicher zitierte Kranke von Bjerre und gewisse Typen von, besonders verbrecherischen, Individuen, deren drei hier kurz geschildert sein sollen:

Fall 1. A. B., männlich, geboren 1870. Vater Potator, durch Spekulation verarmt, Mutter als Trinkerin geschieden. Pat. war von Jugend auf faul, nicht besonders intelligent und recht leicht erregbar. Mit 6 Jahren bekam er eine Stiefmutter, die ihn roh behandelte und starb als er 16 Jahre alt war. Danach nahm der Vater seine Schwester als Haushälterin auf, mit der er wahrscheinlich in inestuösem Verkehr stand; diese Tante, Berta, war eine wegen Diebstahls vorbestrafte Person, die die Kinder so schlecht behandelte, daß der kaum erwachsene A. B. das Vaterhaus bald verließ und jeden Verkehr mit ihm abbrach. Auf der Wanderschaft wurde er im Ausland wegen Diebstahls und Körperverletzung bestraft. Als 1897 der Vater starb, kam der Pat. nach Hause, um sein Erbe zu holen, erfuhr aber von der gehaltenen Tante Berta, daß nichts mehr da sei. A. B. wie seine Geschwister beschuldigten nun die Tante, sie habe das Vermögen des Vaters auf die Seite getan. Wenn auch für einen Erbbetrug keinerlei Beweise vorhanden sind, ist es doch sehr wahrscheinlich, daß diese Berta zu Lebzeiten des Vaters auf dessen Kosten sich selbst bereichert hatte. Sie kaufte auch bald darauf ein eigenes Haus und betreibt seither eine Wirtschaft. Irgendein Mittel, rechtlich gegen sie vorzugehen war nicht vorhanden, und so hätte sich der Gesunde schließlich zufrieden gegeben. A. B. aber war wie sein Bruder ein Psychopath, querulierte weiter und verfolgte die Tante Berta dermaßen mit Schimpfereien, daß ihm schließlich polizeilich das Betreten von deren Haus untersagt werden mußte. 1907 verunglückte A. B. bei einem Tunnelbau, indem er durch eine explodierende Dynamitpatrone schwer verletzt wurde. Während der folgenden Unfallbehandlung benahm er sich so frech, daß er aus zwei Krankenhäusern ausgewiesen werden mußte. Kurz darauf erkrankte er an einer schweren Lungentuberkulose, die ihn arbeitsunfähig machte; er lebte nun von der erhaltenen Unfallentschädigung, die aber langsam aufgebraucht wurde, so daß er sich dem baldigen Elend gegenüber sah. In dieser Zeit nun flackerte mit besonderer Stärke der Haß gegen die Tante Berta auf, die ihm sein gerade jetzt so nötiges Vermögen angeblich unterschlagen hatte. 1910 wurde der Berta durch die Post eine Höllenmaschine zugeschickt, die nicht explodierte; sie kann von niemandem anders als von A. B. herkommen. Mitte 1911 verkleidete sich A. B., schlich sich in die Wirtschaft der Tante ein und warf eine Bombe, die

¹⁾ Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1905.

große Verheerungen anrichtete, aber die Person kaum verletzte, gegen die sie gerichtet war. A. B. leugnete zuerst, gestand aber schließlich; er erklärte, daß die Berta unbedingt sterben müsse. Er sei krank und habe nichts mehr zu verlieren; sein einziger Lebenszweck sei die Rache an dieser Person. Er wurde zur Begutachtung eingewiesen, und es zeigte sich, daß der Komplex der Benachteiligung durch die Berta und der Wunsch nach deren Bestrafung seine ganze Psyche beherrschte. Er zog die auch in der Öffentlichkeit nicht gut beleumdete Person, soviel wie nur möglich, in den Kot und warf ihr auch einen Kindsmord vor, eine Vermutung, die auf von Anderen weitergegebenen Schwätzereien beruht. Er glaubt daran, daß der Berta bei der Unterschlagung seiner väterlichen Erbschaft von höhergestellten Personen geholfen worden ist; in der Tat muß die Berta bei ihrer schlechten Vergangenheit sich einiger Protektion erfreut haben, damit ihr weiterhin das Wirten erlaubt wurde, und außerdem ist es nachgewiesen, daß zum mindesten ein höherer Beamter öfters in ihrer Wirtschaft verkehrte. Alle diese Ideen A. B.s stehen in systematischem Zusammenhang, alle haben einen Teil Berechtigung in den wirklichen Vorkommnissen; sie sind aber nicht, wie beim Paranoiker im engsten Sinn, eine auf die andere aufgebaut auf einer Basis, wo der logische Sprung zu finden ist; bei ihm hat jede Idee für sich eine gewisse Berechtigung in den Tatsachen, wenn auch keine volle. Auch bei Gesunden geben fehlgeschlagene Erbschaftshoffnungen zu Vermutungen Anlaß, die mit der Zeit infolge der starken wunschgemäßen Affektbetonung zur subjektiven Gewißheit werden. Es ist deshalb nicht zu verwundern, wenn beim moralisch defekten Psychopathen der Trieb nach Rache so sehr überwiegt, daß bei einzelnen wahnhaften Beziehungsideen ohne systematische Ausbildung eines Wahns ein Verbrechen zustande kommt; bei A. B., der weiß, daß er wegen seiner schweren Lungenkrankheit nicht mehr lange zu leben hat, ist es um so begreiflicher. Da eine Systematisierung des Wahns nicht nachgewiesen werden konnte, bejahten wir die Frage der Zurechnungsfähigkeit. A. B. ist leider immer noch in unserer Klinik interniert, da wegen der Tuberkulose nicht gegen ihn verhandelt werden kann; das Bild ist in dem Jahre, während dem wir ihn nun kennen, völlig gleich geblieben. Vor einigen Monaten wurde, während A. B. eingesperrt war, nun ein drittes Bombenattentat gegen die Berta ausgeführt, und zwar wahrscheinlich von dem Bruder des A. B., der genau die gleiche psychische Einstellung zeigt wie dieser.

Wir sehen in diesem Falle deutlich den katathymen Inhalt einer rudimentären Wahnbildung ohne Systematisierung auf dem Boden der Psychopathie mit moralischem Defekt.

Ein weiterer Zwischenfall zwischen Paranoia und geistiger Gesundheit, der vor kurzem in unserer Klinik beobachtet wurde, wird eben von Bleuler¹⁾ in anderem Zusammenhange publiziert; ich zitiere hier dessen Schilderung:

F., geboren 1860, war ein von jeher etwas beschränkter Mensch, der immerhin gut durch die Schule kam. Schon als Kind war schwer mit ihm auszukommen. Er arbeitete immer tüchtig, betrieb das Küferhandwerk und mehrte mit seinem Bruder zusammen das Vermögen. Immer aber hatte er Reibereien mit den verschiedensten Leuten, mit seinen Nachbarn, Kunden und Geschäftsfreunden, und nicht selten kam es zu Prozessen, in denen er aber zum Teil Recht bekam. Zweimal wurde er in der letzten Zeit gebüßt, einmal, weil er während der Schonzeit gefischt hatte, und einmal wegen Widersetzlichkeit gegen eine forstamtliche Anordnung.

¹⁾ Geisteskrankheit ohne forensische Konsequenzen und einige andere Grenzfälle. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin 1912.

1897 kaufte er eine Sägerei mit Wasserkraft und richtete ein Elektrizitätswerk ein, mit dem er die Gemeinde mit Licht versorgen wollte. Dieser Aufgabe war er nun nicht mehr gewachsen. Es gab beständig Reklamationen; er fühlte sich aber im Recht und hatte offenbar außerdem das Gefühl, er sei im Besitze eines Monopols, das man ihm nicht rauben könne. Nun gab es eine Menge Prozesse mit den Gemeindebehörden und mit Privaten. Wo es ihm nicht gleich gelang Recht zu bekommen, suchte er sich unter Umständen selber zu helfen, beseitigte Stangen für Stromleitungen, die andere aufgestellt hatten, und, was das Ärgste war, er fing an, seine Gegner auf der Straße und wo er sie traf in arger Weise zu beschimpfen und mit Tätlichkeiten zu bedrohen. Einmal griff er auch an und wurde dann selbst durchgeprügelt. Am schlimmsten wurde es, als sein Vertrag von der Gemeinde gekündigt wurde und die oberste Instanz — durch Stichentscheid des Präsidenten — so urteilte, daß er sein Elektrizitätswerk in Wirklichkeit nicht mehr nutzbar betreiben konnte, ohne eine genügende Kompensation zu erhalten. Er wurde dadurch ein ruinierter Mann und querulierte nun überall. Auch vor der Gemeindeversammlung machte er großen Skandal, wehrte sich gegen das Hinausgeschmissenwerden in raffinierter Weise, indem er sein krankes Bein irgendwo einklemmte, so daß zu befürchten war, man könnte ihn durch Gewaltanwendung schädigen u. dgl. Auch die Gerichte und Experten beschimpfte er; gegen dafür zugesprochene Bußen rekurrierte er meist, bezahlte sie dann aber im letzten Moment noch. In manchem war F. sowohl von den Gerichten wie von den Gemeindegenossen mit merkwürdiger Geduld und Schonung behandelt worden. Für seine vielen Widersetzlichkeiten hätte er viel mehr bestraft werden können, als in Wirklichkeit geschah; es wäre Anlaß zu viel mehr Klagen gegen ihn gewesen, als man eingegeben hatte, und die Gemeinde bezahlte ihm wohl 10 000 Fr. mehr, als sie verpflichtet war. Letzteres betrachtete Expl. aber nur als Abschlagszahlung an eine von ihm viel höher geschätzte Schuld.

Er wurde der Beschimpfung und Bedrohung angeklagt und vom Untersuchungsrichter an uns gewiesen mit der Frage, ob und in welchem Grade er für seine Äußerungen verantwortlich gemacht werden könne oder nicht. In letzterem Falle sei es notwendig zu wissen, was für gerichtliche Maßregeln gegen ihn anzuwenden seien bei geistigem Defekt und speziell auch bei ev. Gemeingefährlichkeit.

Es stellte sich heraus, daß F. durchaus nicht imstande war, das Strafwürdige seiner Handlungen einzusehen. Da die Gerichte ihm nicht halfen, glaubte er sich wirklich berechtigt, sich auf diese Weise selbst zu helfen. Ein eigentliches Wahnsystem konnten wir nicht entdecken; in vielen Beziehungen war er diskussionsfähig und ließ sich da und dort belehren. In der Hauptsache handelt es sich um affektbesetzte Irrtümer, wie sie einzeln auch Gesunden begegnen können, die aber hier nur insofern auffallend und meinetwegen „krankhaft“ sind, als sie sehr lange festgehalten wurden und sich zu sehr häuften. Es blieb also nichts anderes übrig, als Expl. unzurechnungsfähig zu erklären, da er die Strafwürdigkeit seiner Handlungen nicht einsehen konnte.

Nicht so bestimmt war die Frage nach der Gemeingefährlichkeit zu beantworten. Anfangs drohte und schimpfte der Expl. auch in der Anstalt weiter. Nach und nach aber beruhigte er sich und versprach schließlich, wenn man ihn entlasse, Querulieren, Beschimpfungen und Bedrohungen sein zu lassen. Als er dann aber dieses Versprechen schriftlich hatte geben sollen, weigerte er sich unter großem Schimpfen, trotzdem seine Verwandten, sein Anwalt und der Untersuchungsrichter ihm zugesprochen hatten. Erst nach einiger Zeit, als er sah, daß er sonst nicht aus der Anstalt kommen würde, unterzeichnete er das Schriftstück.

Wir selber hatten dafür plädiert, die Entlassung wenn immer möglich zu versuchen, und zwar deshalb, weil wir fürchteten, daß bei einer Einsperrung die Grenze,

die seinen Zustand jetzt noch von der ausgebildeten und unheilbaren querulato-rischen Paranoia trennte, bald überschritten werden könnte. Er ist jetzt einige Monate draußen und scheint sich solange gehalten zu haben. Von einer Bevormundung rieten wir ab, da kein Vermögen mehr zu verlieren war, und diese Maßregel sicher zu endlosem Streit und schließlich wieder zur Internierung des Expl. hätte führen müssen.

In die gleiche Gruppe gehört auch ein Typus des Anarchisten der Tat, wie er in geordneten politischen Verhältnissen als pathologische Erscheinung auftritt:

Wir zitieren nach Forel¹⁾ den Fall des Mörders der österreichischen Kaiserin Elisabeth, Luccheni: Er wurde 1873 unehelich von einem 17jährigen Dienstmädchen geboren; sein Vater war deren Dienstherr, ein Alkoholiker. L. wuchs in Italien in elenden Verhältnissen, von der Gemeinde in Kost gegeben, auf; mit 9 Jahren mußte er für seine Pflegeeltern betteln, um für sie Geld zu verdienen. Er wurde Tagelöhner und kam dann zum Militär, wo er sich absolut von der Massensuggestion hinreißen ließ, und ein begeisterter Verehrer des Königs gewesen sein soll. Nach der Entlassung trat er als Diener bei dem Fürsten von V. ein, fühlte sich aber wegen Verweigerung eines Urlaubs gekränkt und verließ die gute Stelle, ohne eine andere Existenzmöglichkeit vor sich zu sehen, „da er sich nicht dazu gemacht fand, Diener zu sein“. Er führte dann ein unstetes Leben, konnte keine dauernde Stelle mehr finden und erachtete infolge seiner großen Eitelkeit auch alles, was sich ihm wirklich bot, als zu gering. Sein Ehrgeiz bestand zuletzt darin, eine kleine Staatsstelle zu erhalten, um in dem „Beamtentum“ seiner Selbstgefälligkeit Genüge zu leisten. Er hörte, daß man nach freiwilligem Militärdienst in Afrika sichere Aussicht auf eine solche Versorgung habe. So ging er dorthin, diente 8 Monate unter der Fahne und kehrte mit einem guten Zeugnis in die Heimat zurück. Er wandte sich mehrmals um die sicher erwartete Stelle an die Verwaltungsbehörde, erhielt aber nicht einmal eine Antwort. Tief in seiner Eitelkeit gekränkt und neuerdings existenzlos, wendet sich das ganze Wesen des Mannes, der kurz vorher noch Royalist gewesen und die Regierung schwer getadelt hatte, daß sie revolutionäre Reden dulde, gegen alle Behörden. Hier liegt das psychische Trauma, das die Wendung verursachte; natürlich hätte es bei einem Gesunden zu einer solchen Reaktion nicht genügt, aber auf dem psychopathischen Boden wirkte es auslösend für die ganze folgende Entwicklung. In seiner Verbitterung gegen die bestehende soziale Ordnung rastlos herumziehend und immer mehr ins Elend kommend, sucht L. die entsprechende Gesellschaft auf, die ihn noch vollends mit den Anschauungen des Anarchismus der Tat imprägniert. So bildet sich ein System von unkorrigierbaren Fehlschlüssen aus, das unter dem Einfluß der gewaltigen Affekte seines eigenen vernichteten Lebensglückes zustande kommt! Das Resultat ist das sinnlose Attentat, das er 1898 in Genf beging, und dem die unschuldige Kaiserin Elisabeth von Österreich zum Opfer fiel. Irgendwelche Reue bestand nach dem Delikt nie, nur eine labile Stimmung, als ihm sein eigenes Schicksal klar wurde. Seine psychopathische Konstitution zeigt er auch weiterhin klar, indem er im Zuchthaus 1900 ein durchaus aussichtsloses Attentat auf den Direktor beging, weil er sich durch die Hausordnung verletzt fühlte. 1907 wurde er in der Haft so ungeberdig, daß er psychiatrischer Behandlung unterstellt werden mußte.

Wir sehen hier also Grenzfälle der Paranoia, denen das feste Gefüge des Wahnsystems fehlt, ohne daß sie zu schwereren Psychosen wie

¹⁾ Verbrechen und konstitutionelle Seelenabnormitäten. Reinhardt, Mün. Len 1907. S. 21 ff.

z. B. den Schizophrenien, zu zählen sind. — Wenn wir im folgenden Kranke mit eigentlich paranoischem Typus schildern, von denen bisher, so lange wir sie verfolgen konnten, alle ungeheilt blieben und eine Ausdehnung ihres Systems zeigten, so sehen wir diese auf verschiedener Basis entstanden.

Bei Fall 2 und 5 sehen wir eine an der unteren Grenze des Normalen stehende intellektuelle Veranlagung, die zwar genügend wäre, um sich ans Leben anzupassen; die in starkem Maße vorhandene Unscharfheit aller höheren Begriffe paart sich aber mit großem Ehrgeiz und einer Unzufriedenheit in bezug auf das Erreichbare, was zu beständigen Konflikten mit der Außenwelt und dadurch zum Beginn der Wahnbildung führt. Damit setzt dann der paranoische Verlaufstypus ein, der entsprechend der Kraepelinschen Umschreibung unaufhaltsam weiterführt. Bei Fall 3 und 4 dagegen ist die Intelligenz recht gut entwickelt, es besteht dagegen eine eigentümlich lebhaft Affektivität mit großer Tenazität, eine etwas mangelhafte Fähigkeit zur Anpassung an die Außenwelt zusammen mit der Einwirkung schwerer äußerer Schicksalsschläge. Direkt im Zusammenhang mit diesen setzt hier das Wahnsystem ein, das ebenso wie beim erstbeschriebenen Typus weiterführt.

Diese beiden Arten der Paranoiaentstehung scheinen mir in bezug auf die Basis durchaus verschieden. Da die Fälle jeweils nur kürzere Zeit zur gerichtlichen Beobachtung und der damit verbundenen Verteidigungseinstellung der Patienten in unserer Klinik beobachtet werden konnten, war eine Untersuchung unmöglich, ob sich auch bei der feineren Symptomatologie innerhalb des Systems Differenzen nachweisen lassen. Diesen Punkt muß ich deshalb offen lassen. Es scheint mir auch wahrscheinlich, daß die beiden hier demonstrierbaren Dispositionstypen nicht die einzigen Ausgangspunkte der Paranoia bilden. Wir müssen deshalb annehmen, daß die katathyme Wahnbildung der Paranoia auf ganz verschiedener Basis entstehen kann, und daß es sich deshalb bei ihr nicht um ein eng zu umschreibendes Krankheitsbild, sondern nur um einen einheitlichen Verlaufstypus handelt, innerhalb dessen sich verschiedene Arten von Paranoia mit der Zeit werden umschreiben lassen.

Fall 2. Weiblich, geboren 1871. Vater ein willensschwacher geistig unter Mittelmaß veranlagter Mensch, Bruder psychopathisch. Sie war intellektuell schwach veranlagt, zeigte schon als Kind einen störrischen unsozialen Charakter. Im dritten Lebensjahr sollen Ohnmachtsanfälle bestanden haben, die im ganzen dreimal auftraten. Es trat bald ein auffallender Eigensinn in den Vordergrund, der sich mit sehr starker affektiver Erregbarkeit paarte. Als der Vater sie einmal züchtigen wollte, rief sie ihm zu „schlage mich nur tot, dann kommst du ins Zuchthaus“. Sie sollte in einer Fabrik von der dort angestellten älteren Schwester weben lernen, erwies sich aber dabei als so ungebändigte Schülerin, daß der Direktor zwischen den Schwestern Frieden stiften mußte. 1892 wurde sie von ihrer Firma nach Südfrankreich geschickt, um bei der Einrichtung einer dortigen Filiale zu

helfen. Sie fühlte sich dort sehr glücklich, erkrankte aber an einer schweren Gesichtsröse. Aus dem Spital entlassen, fühlte sie sich noch schwach, kehrte zur Erholung in die Heimat zurück und behauptete 5 Monate hindurch, sie könne noch nicht arbeiten. Damals begannen Glieder- und Rückenschmerzen, für die sich nie ein objektiver Befund feststellen ließ. Sie kehrte nicht mehr in die Fabrik zurück, sondern nahm eine Stelle in einer Kaffeestube an, wo sich aber die körperlichen Beschwerden steigerten, so daß sie nach Hause drängte und sich eine Zeitlang ihrer Erholung widmete. Ihre Reizbarkeit steigerte sich, und sie wurde unzufrieden mit ihrer Umgebung, da man an ihre Leiden nicht recht glaubte. Sie war nicht mehr zufrieden, wenn sich nicht die ganze Umgebung beständig um sie kümmerte. Sie machte einen erotischen Eindruck, trat aber doch mit keinem Mann in nähere Berührung, da sie überall die schlimmsten Absichten vermutete. Nur einmal hatte sie sich fast verlobt; sie hatte dem Betreffenden eine Uhrkette geschenkt, wofür sie ein Paar Pantoffeln erhielt, was sie als Beleidigung auffaßte, so daß sie durch die Polizei sofort die Herausgabe der Uhrkette verlangte. Nach dem Tod der Mutter 1900 schloß sie sich immer inniger an den Vater an, den sie ganz in ihre Gewalt bekam, so daß er ihretwegen mit den zwei anderen Kindern völlig brach. Je mehr sie den Vater beherrschte, desto weniger trat sie mit anderen Leuten in Berührung. Es steigerten sich von Jahr zu Jahr psychogene körperliche Beschwerden, derentwegen sie beständig verschiedene Spitäler und Kurorte aufsuchte. Schließlich beurteilte man sie als unheilbare Hysterica; als sie das merkte, wurde sie aggressiv gegen die Ärzte und fing an, diese zu verklagen. Vom Jahre 1906 an fühlte sie sich direkt von den Ärzten, den Verwandten, den Geistlichen usw. verfolgt, besonders nachdem ihre Klagen auf 10 bis 20 000 Franken Schadenersatz abgewiesen wurden. Immer mehr trat das Gefühl der Rechtsbenachteiligung in den Vordergrund. Affektiv zeigte sie eine immer mißtrauischere Einstellung. Mit eiserner Energie verlangte sie die Realisierung ihrer Wünsche. Schließlich kam es zur Ausbildung eines ausgedehnten systematisierten Wahnes, an den mit der Zeit der ganz unter ihrem Einfluß stehende und von der übrigen Welt durch sie abgeschnittene Vater glaubte. Als sie nirgends Recht bekam, veranlaßte sie den Vater, sich Waffen anzuschaffen und sie verschanzten sich zusammen förmlich in ihrem Hause. Schließlich mußte die gewaltsame Internierung in die Anstalt angeordnet werden, wo die Patientin sich jeder Zusprache unzugänglich erwies und ein ausgesprochenes paranoisches System produzierte. Halluzinationen konnten weder jetzt noch in der Anamnese nachgewiesen werden. Im Vordergrund des Bildes steht ein äußerst unscharfer Gedankengang, der auch außerhalb des Systems nachweisbar ist und bei der Intelligenzprüfung große Lücken erkennen läßt. Die Affektivität ist innerhalb ihres jetzigen Interessengebietes sehr lebhaft und von starker Tenazität. Ein ausgesprochener Eigensinn ist auch jetzt nachweisbar, dagegen konnte ein Negativismus nicht gefunden werden. Der Vater der Patientin wurde gleichzeitig mit ihr interniert und es stellte sich bei ihm heraus, daß es sich um rein induzierte Wahnideen handelt, die nach der Trennung von der Tochter jetzt bereits im Schwinden begriffen waren. Er starb vor kurzem an körperlich senilen Erscheinungen.

Es handelt sich hier um eine Frau mit von Jugend auf schwachem Intellekt und besonders unklarem Gedankengang, dagegen sehr lebhafter und nachhaltiger Affektivität bei ausgesprochener Neigung zum Eigensinn. Es gelang ihr nie, sympathische Beziehungen im Leben zu finden, und nun sollten mit dem 25. Jahre einsetzende psychogene Krankheitserscheinungen dazu dienen, um ihr das Interesse der Umgebung zuzuwenden. Da wo es ihr gelang, nämlich beim Vater, übte

sie eine immer steigende Herrschaft aus; wo sie nicht durchdrang, zuerst bei den Ärzten, dann bei den Behörden, kam das Negativ hiervon zum Vorschein, zuerst das Gefühl der Benachteiligung, dann zur Systematisierung neigende Verfolgungsideen. Wir sehen das System auf den Wunsch zentriert, die Aufmerksamkeit auf ihr Leiden zu richten und die Umgebung zu dem liebevollen Entgegenkommen zu zwingen, das sie sonst nicht erreichen konnte. Die erotischen Bedürfnisse werden hierbei sicherlich wesentlich mitgespielt haben, aber sie treten in der ganzen Symptomatologie des Falles nicht sehr hervor und konnten bis jetzt nicht näher verfolgt werden. Bei starker Affektivität und unscharfer Assoziationstätigkeit steht in ihrer Unzufriedenheit mit dem Lebenserfolg der Wunsch nach liebevoller Beachtung an der Wurzel des Wahnsystems und gibt diesem Inhalt und Richtung. Diese Einheitlichkeit des Komplexinhaltes ist es, die ich hier als das „Katathyme“ bezeichnen möchte. Systematisch halte ich den Fall für eine Art der Paranoia; Anhaltspunkte für eine Schizophrenie sind nicht vorhanden. Die Prognose wurde als schlecht angesehen, was auch die bisherige Beobachtung bestätigt hat. Wegen Gemeingefährlichkeit muß die Internierung andauern.

Fall 3. A. G., weiblich, geboren 1848. Von erblicher Belastung nichts bekannt. Patientin war sehr intelligent und genoß eine ausgezeichnete Bildung. Sie wollte gerne wissenschaftlich arbeiten, kam aber nicht dazu, weil ihre Eltern erkrankten, die sie bis zu ihrem Tode pflegte. Sie lebte von 1866 bis 1882 zufrieden im väterlichen Haus. 1884 zog sie zu einem Bruder, dem die Frau gestorben war; es gefiel ihr sehr gut im Haushalt, den sie aber nach zwei Jahren wieder verlassen mußte, da der Bruder nochmals heiratete. Dieses Erlebnis, das Verlassen eines wenn auch nur teilweise eigenen Heimes unter äußerem Zwang muß sehr stark auf sie gewirkt haben. Sie verlobte sich kurz darauf überstürzt, nur um einen eigenen Herd zu haben; schon vor der Hochzeit merkte sie, daß sie nicht zu dem Bräutigam passe, ließ sich aber von der Umgebung bestimmen, die Verlobung nicht zurückgehen zu lassen. Nach kurzer Ehe erwies sich ein Zusammenleben als unmöglich, was einen tiefen, dauernden Schmerz für die Patientin darstellte. Die Gatten trennten sich, und es traten nun bald eine Menge von Beziehungsideen auf, die sich insbesondere auch auf die länger zurückliegende Vergangenheit bezogen. Sie wählte aus alten Korrespondenzen schließen zu müssen, daß früher eine Reihe anderer Heiratsanträge eingelaufen seien, die aber alle hinter ihrem Rücken von den Eltern zurückgewiesen worden seien, weil diese sich verpflichtet hätten, sie in ein Kloster eintreten zu lassen. Ihre spätere Verheiratung wäre ein Werk ihrer Feinde, die wußten, daß sie unglücklich werde, aber sie mit Absicht hineingetrieben hätten. Man habe sie absichtlich mit einem sozial unter ihr stehenden Manne zusammengebracht, damit ihre Familie dadurch an Ansehen verlore, und speziell ihr Bruder gedemütigt werde. 1893 wurde die Ehe wegen Geisteskrankheit der Patientin geschieden; an Professor P., der als gerichtlicher Experte hierbei mitgewirkt hatte, schrieb sie einen beleidigenden Brief; später aber stellte sie in der Erinnerung die Angelegenheit so dar, daß Professor P. ein zweites Gutachten abgegeben habe, in dem er das erste umgestoßen und sie für gesund erklärt, sich aber doch für die Ehescheidung ausgesprochen habe, da sie sonst nervenkrank werden könnte. Gleichzeitig habe vor dem Erzbischof von X. ein Verfahren geschwebt, wodurch ihre

ganze Ehe für nichtig erklärt worden sei. Sie wollte nun unbedingt wieder heiraten; in jener Zeit kam ihr ein sehr frommer Mann aus ihren Kreisen freundlich entgegen, und Drittpersonen machten Anspielungen, so daß sie überzeugt war, der Betreffende halte um ihre Hand an. Dann merkte sie, daß die katholische Kirche hiergegen intriguiere. Sie hatte sich durch ihre Erziehung vom Dogma ziemlich emanzipiert und neigte zum Altkatholizismus; damals habe ihr dann plötzlich ein Geistlicher gesagt, wenn sie nicht das Dogma von der Unfehlbarkeit des Papstes anerkenne, werde man gegen sie arbeiten. Viele Jahre später merkte sie, daß man in jener Zeit anfang Verleumdungen über sie auszustreuen. Als sie einen Besuch machte, sagte man z. B.: „Wir haben nur Wasser im Hause, nicht mal Wein oder Bier“; damit wollte man sie als Säuferin hinstellen. Auch die eigenen Brüder ließen sich dazu bringen, die Patientin zu verleumden; der eine davon habe sich dadurch einen hohen Posten verschafft, daß er die Ehre der Patientin preisgegeben habe; sie merkte das aus späteren Äußerungen von Drittpersonen. 1895 wurde ein Verfahren auf Entmündigung gegen die Patientin eingeleitet, die aus Angst vor Internierung ins Ausland floh. Sie ging dort zu einem angesehenen Psychiater, verlangte ein Gesundheitszeugnis und übergab ihm zur Orientierung Briefe eines Herrn in München; als sie erfuhr, daß der betreffende Psychiater in dieser Stadt Bekannte habe, und daß dessen Sohn Richter war, vermutete sie ein neues Komplott gegen sich und fürchtete ihre Auslieferung an die nun stark von ihr gehaßten Brüder. Schließlich floh sie zu Verwandten nach Rußland, von denen sie aber auch annahm, daß sie kurze Zeit nachher gegen sie aufgehetzt worden seien. In Holland und Belgien merkte sie, daß Unbekannte bereits von ihrer Sache wußten und eigentümliche Anspielungen machten; „ich fühlte das mehr als ich es klar erschaute“. Schließlich ging sie nach Amerika, wo sie eine Stelle als Gouvernante annahm. Kaum hatte sie einige Briefe nach Europa gerichtet, so fingen auch dort die Verfolgungen an; man soll ihr Briefe und Geld unterschlagen haben. Da sie die Erfahrung machte, daß sie wegen Fehlens einer Berufsbildung keine besseren Stellen bekommen konnte, entschloß sie sich ein Hochschulstudium zu beginnen. Diesen Plan setzte sie an verschiedenen Universitäten mit großer Energie und Intelligenz durch, trotzdem sie auch dabei verleumdet und behindert wurde; als sie z. B. einmal einen Fuß verstaucht hatte, habe man herumgesagt, es werde wohl einen sexuellen Grund haben, daß sie liegen müsse. Man frug sie auch indirekt, ob sie syphilitisch sei. Schon in Amerika hatte sie die erste Auflage einer Broschüre gegen die deutschen Gerichte herausgegeben, die sie nun noch ein zweites Mal erscheinen ließ; sie ist voll von ihren Wahnideen. Als sie im Frühling 1908 mit ihrer Hauswirtin wegen einer zerbrochenen Fensterscheibe Streit bekam, wähnte sie in Gefahr zu schweben, deshalb in eine Irrenanstalt gebracht zu werden; sie floh und beendete an einer anderen Universität ihr Studium. Mit einem akademischen Titel versehen fand sie nirgends eine Stelle, weil sie überall Andeutungen zu hören glaubte, sie werde in eine deutsche Irrenanstalt ausgeliefert, wenn sie nicht abreise. Ein deutscher Gesandter im Ausland war ihr zur Ordnung ihrer Papiere behilflich; sofort sprachen die Leute darüber, sie habe es darauf abgesehen, ihn zu heiraten. Schließlich wollte sie sich um jeden Preis mit einem Ausländer verheiraten, um die deutsche Staatsangehörigkeit zu verlieren. Sie ging in schamlos scheinender Weise zu verschiedenen Persönlichkeiten und verlangte, daß man zu diesem Zwecke mit ihr die Ehe eingehe. In Holland trug sie sich so einem hochstehenden verheirateten Herrn an, von dem sie meinte, er könne sich ja scheiden lassen; sie wurde deshalb polizeilich an die Grenze gebracht. In ihre Heimat zurückgekehrt, wurde sie in der Irrenanstalt interniert; nebenan sah sie die Abteilung für geschlechtskranke Dirnen und merkte sofort, daß man ihr zu verstehen gebe, sie gehöre eigentlich dort hinein. Nach 9 Monaten entfloh sie durch ein offen gelassenes Fenster aus der Anstalt. Nach kurzer Zeit wieder

aufgefunden, wurde sie in einer anderen Irrenanstalt interniert, von wo sie nach weiteren 7 Monaten entweichen und ins Ausland fliehen konnte. Hier setzte sie alle Hebel in Bewegung, um die Aufhebung der Entmündigung durchzusetzen und kam dabei neuerdings zur Begutachtung.

Wir sehen hier eine Frau von hoher Intelligenz, der es noch in vorgerücktem Alter gelang, mit gutem Erfolg ein akademisches Studium zu absolvieren. Im Anschluß an unbefriedigende Lebensverhältnisse, die mit ihrem stark affektbetonten Streben nach Vorwärtskommen scharf kontrastierten, entstehen zuerst die Beeinträchtigungs- und dann Verfolgungsideen, die mit der Realität gleichgestellten Wunschphantasien vermennt sind: Nachdem die Patientin bis in die Mitte der 30er Jahre die Eltern gepflegt und dem Bruder den Haushalt geführt, erkrankte sie, als sie plötzlich allein dasteht und aus dem Wunsch nach einem eigenen Herd sich unglücklich verheiratet. Die Ehe wirkte erst recht traumatisch auf sie ein. Es muß ein Komplott gegen sie bestanden haben, denn sonst hätte gerade sie gewiß eine bessere Ehe schließen können. Die gleiche Verfolgung war daran schuld, daß sie nicht zum zweitenmal glücklicher heiraten konnte. Ihre sexuellen Wünsche realisierten sich in Verdächtigungen, das Entmündigungsverfahren regte sie noch mehr auf. Das erfolgreiche Studium nützt ihr nichts, da überall die Verfolger hinter ihr her sind. So muß sie zur Querulantin werden, deren Leben immer mehr durch Prozesse, Angriffe und Verteidigung gegen ihre Feinde ausgefüllt wird. Die Intelligenz ist bei dieser Kranken recht gut entwickelt, aber die Affektivität überwiegt noch an Stärke. Als die Kranke aus dem ruhigen Familienniveau herausgeworfen wird, erhalten die erotischen Vorstellungskomplexe eine überwertige Affektbetonung. Die Wünsche treten teils direkt zutage, teils ins Negative verkehrt als Verfolgungen. Sinnestäuschungen kamen nicht vor, auch keine anderen Zeichen, die für eine schizophrene Erkrankung sprächen. Trotz der sonstigen Intelligenz der Kranken herrscht innerhalb des Systems eine Unschärfe der Vorstellungen und Beziehungsverknüpfungen, wie wir sie gewöhnlich bei der Paranoia antreffen. Der katathyme Inhalt der Symptome — Wunsch und Befürchtung — steht hier ganz besonders deutlich im Vordergrund. Meines Erachtens darf aber nicht daraus geschlossen werden, daß eine engere Verwandtschaft mit der Hysterie besteht, denn das Katathyme kann eben bei den verschiedensten Krankheitsformen in wechselnder Stärke in deutliche Erscheinung treten. Die immer weitere Ausdehnung des Wahnes, die steigende Bizarrität der Lebenshaltung und die völlige Unbeeinflussbarkeit durch die wirklichen Schicksale oder ärztlichen Bemühungen, sprechen für die Zugehörigkeit des Falles in die Gruppe der echten Paranoiefälle. Es scheint mir gerade wichtig zu betonen, daß die Konstruktion des Wahninhalts nach Komplexen differentialdiagnostisch

nichts sagt. Es muß allerdings zugegeben werden, daß eine ganz eingehende psychologische Durchforschung der Mechanismen und speziell auch der Zusammenhänge mit dem Unbewußten bei A. G. aus äußeren Gründen nicht vorgenommen werden konnte, was wahrscheinlich wegen ihrer stets mißtrauischen feindlichen Einstellung auch später nicht möglich gewesen wäre.

Ich muß hier an einen Fall erinnern, den kürzlich Paul Bjerre¹⁾ publizierte:

Die betr. Patientin war intelligent veranlagt, aber eine recht starke Affektivität bewirkte, daß sie „gefühlsmäßig dachte“ und infolgedessen Mühe hatte, Sachen zu Ende zu denken, die sie besonders stark bewegten. Sie war, wie ihr Vater, viele Jahre lang Journalistin gewesen. Nach dem Tode der Eltern hatte sie mit der Schwester zusammengelebt, die ihr besonders nahe stand. Mit 18 Jahren rückte sie „aus Spaß“ eine Heiratsannonce ein und trat mit einem anonymen Bewerber, dessen Namen sie nicht kannte, trotzdem er in der gleichen Stadt wohnte, in einen schwärmerischen Briefwechsel. Diese Korrespondenz dauerte durchaus anonym 20 Jahre hindurch an. Als sie den Mann, den sie für ihr Ideal hielt, mit 38 Jahren zufällig kennen lernte, war sie äußerst enttäuscht, da sie ihn durchaus nicht achten konnte. Kurz darauf fing sie, im Winter 1898—99, ein sexuelles Verhältnis mit einem Herrn an, den sie zufällig in einer etwas verführerischen Situation antraf, der ihr aber innerlich durchaus ferne stand. Nach ihrer Enttäuschung mit dem phantasierten Ideal wollte sie sich in der Wirklichkeit ausleben. Sie folgte dem betreffenden Mann in seine Heimat und nahm eine Stelle in seinem Geschäft an. Nach einem halben Jahr war das Verhältnis zu Ende, und sie kehrte nach Hause zurück. Damals fing man an sie auszuspionieren. Die Leute merkten, daß sie sexuell nicht mehr rein war, machten Anspielungen, merkwürdige Zeichen mit der Zunge usw. Mit der Zeit wurde die Verfolgung immer allgemeiner, es standen Bemerkungen über sie in der Zeitung. Im Jahre 1903 schien eine leichte Besserung einzutreten, 1906 wurde es aber wieder ganz schlimm, selbst ihre besten Freundinnen beteiligten sich an dem Komplott, nur noch zu Hause bei der Mutter fühlte sie sich einigermaßen sicher.

Bjerre nahm die Kranke im Winter 1909—1910 in psychotherapeutische Behandlung, besprach ihre ganze psychische Entwicklung mit ihr und ließ sie die Details aus der Wahnbildung reproduzieren, um für jeden einzelnen Fall die Entstehungsart des Trugschlusses mit ihr durchzusprechen. Es gelang ihm, die Patientin auf diese Art zu einer vollständigen Korrektur der krankhaften Erscheinungen zu bringen, so daß sie seither 2 Jahre völlig gesund und einsichtig in das frühere Leiden geblieben ist. Es muß nun in der Tat zugegeben werden, daß die Symptomatologie des Falles, wie sie Bjerre ausführlich wiedergibt, durchaus dem Bilde der eigentlichen Paranoia entspricht, wenigstens was die Zeit der Wahnbildung von 1899—1909 betrifft. Auffallend dagegen von diesem Gesichtspunkte aus ist die Vorgeschichte mit dem 20 Jahre hindurch festgehaltenen anonymen brieflichen Liebes-

¹⁾ „Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranoia“. Jahrb. f. Psychoanalytische und psychopathologische Forschungen 3, 795. Deuticke, Leipzig und Wien.

verhältnisse und das plötzliche Umschlagen zu einer ebenso bizarren realen Sexualbeziehung. Kennnten wir nur diese Vorgeschichte und die Tatsache des Ausbruches einer psychischen Störung nach dem schweren Trauma, das ein mißglücktes Liebesverhältnis im vorgerückten Alter einer hochstehenden Frau darstellen muß, so würden wir viel eher die Entwicklung einer Psychoneurose erwarten. Bjerre scheint nun der Meinung zu sein, daß man sich bisher, besonders auch bei den in Anstalten internierten Paranoikern nicht die Mühe gegeben habe, psychologisch auf die individuellen Erlebnisse des einzelnen Falles einzugehen, wodurch der Mangel an Behandlungserfolgen verursacht sei. Ich glaube, daß er hierbei nicht recht hat. Er ist allerdings mit psychoanalytischen Voraussetzungen an den Fall herangetreten, hat sich aber dabei durchaus nicht in theoretische Tiefen verloren, sondern sich — mit vollem Recht — auf die therapeutisch wichtigen Punkte beschränkt. Nun haben aber andere Beobachter, die ebenso wie er, mit den Freudschen Anschauungen bekannt und teilweise einverstanden sind, andere Fälle von Paranoia gewiß nicht weniger gründlich untersucht und zu beeinflussen gesucht, ohne nur die Spur eines Erfolges zu sehen. Außerdem zeigt uns die Erfahrung, daß bei allen psychotherapeutisch zu beeinflussenden Leiden wohl bei einem einzelnen Fall eine bestimmte Methode am besten wirkt, daß aber doch bei der Betrachtung einer größeren Zahl von Kranken die verschiedensten Arten der Behandlung Erfolge erzielen. Es ist also wahrscheinlich, daß es nicht an der speziellen Methode liegt — wenn sie auch gewiß ihre bedeutenden Vorzüge haben wird — sondern in der Art des Falles, wenn Bjerre hier Besonderes erreichte. Der Inhalt der Wahnideen ist auch hier ein absolut katathym und konzentrisch auf den Komplex zurückzuführen. Wir werden annehmen können, daß es sich um einen Paranoiafall auf neurotischer Basis handelt, der sich unter dem Einfluß des starken Traumas bei einer spezifischen Disposition größtenteils psychogen entwickelt hat und deshalb auf dem gleichen Wege wieder — was die starken Symptome anbelangt — zu heilen ist. Es scheint mir aber doch, daß diese hysteriform ablaufenden Fälle, die ein Grenzgebiet der echten Paranoia bilden, nicht zahlreich sein dürften. Nach der Schilderung Bjerres scheint kein wesentlicher Verdacht vorzuliegen, daß es sich bei seiner Kranken um eine Schizophrenie handeln könnte. Gerade auf dem Gebiete der Dementia praecox könnten ja sonst Trugschlüsse über angeblich völlige Heilungen wahnhafter Erscheinungen leicht vorkommen, da gelegentlich ein paranoides Syndrom gleichzeitig mit der Behandlung schwindet, und die Grundstörungen noch so leicht sind, daß sie übersehen werden. Im Falle Bjerres ist wohl ein solcher Zweifel nicht angebracht. Dagegen zitiert dieser Autor als angeblich geheilte Paranoia einen 1896 von

van Deventer beschriebenen Fall einer 45jährigen Frau, die 2 Jahre lang an einem Verfolgungswahn litt und dann genas; nach der ausführlichen Schilderung liegt gerade hier der Verdacht auf eine Schizophrenie aber sehr nahe; es wäre interessant zu erfahren, wie sich diese Kranke seither verhalten hat. — In die gleiche hysteriforme Gruppe mit paranoiaartigem Verlaufstypus gehören wohl auch die Fälle von Heilbronner¹⁾ und Kurt Mendel²⁾. —

Fall 4, männlich, geboren 1860. Keine erbliche Belastung. Patient war sehr intelligent, studierte zuerst und wandte sich dann der Journalistik zu. Er war längere Jahre zeichnender Redakteur einer großen Zeitung. Mit 25 Jahren erkrankte er an einem Ohrenleiden, das ihn schwerhörig und mit der Zeit fast ganz taub machte. Er wurde infolgedessen mißtrauisch und verließ mit 40 Jahren wegen Differenzen mit den Kollegen seine Redaktionsstelle, trotzdem er keine andere Arbeit hatte und auf sein Einkommen angewiesen war; Ersparnisse hatte er auch keine gemacht. Während es ihm gut gegangen war, hatte er bei einer verheirateten Schwester gewohnt und stand auch mit den übrigen Verwandten in freundschaftlichem Verhältnis. Zusammen mit seinem Bruder hatte er zweimal schriftlich erklärt, zugunsten der anderen Verwandten auf die väterliche Erbschaft zu verzichten. Er versuchte sich als Zeitungskorrespondent in Rom durchzubringen, hatte dabei aber nur ein sehr kärgliches Einkommen, so daß er von der Familie gelegentlich unterstützt werden mußte. Infolge der Schwerhörigkeit konnte er fast mit niemandem mehr verkehren. Er machte merkwürdige geschäftliche Pläne, um schnell reich zu werden: z. B. meinte er, wenn er durch jeden der 10 000 italienischen Schullehrer eine Firmatafel verkaufen könnte, und an jeder nur einen Franken verdiente, wäre er schon auf längere Zeit hinaus finanziell gesichert. Je kümmerlicher er leben mußte, desto mehr vergrößerte sich in seiner Phantasie das väterliche Erbe, auf das er ja verzichtet hatte. Er kam schließlich zu der Anschauung, daß ihn die Geschwister böswillig zu der Abtretung veranlaßt hätten, um ihn zu betrügen, und war zuletzt überzeugt, daß er gar nicht rechtsgültig verzichtet habe. Der Vater des Kranken, der damals noch lebte, hatte ihm wegen seines Gehörleidens trotz dem Verzicht eine kleinere Summe im Testamente ausgesetzt. Als dieser das hörte, reiste er nach Hause, machte dem wohlmeinenden Vater eine furchtbare Szene und wollte durch rücksichtslose Drohungen seine Besserstellung erzwingen. Um ihn zu beruhigen, versprach ihm sein Schwager aus reiner Gütmütigkeit, das Doppelte der vom Vater ausgesetzten Summe aus seiner Tasche dazu zu legen. Zuerst bedankte sich der Patient herzlichst; bald aber war er der Meinung, daß dieses Geschenk sein absolutes Recht sei, drohte dem Schwager, als die Zahlungen nicht schnell genug erfolgten, und erhob schließlich in sinnloser und unklarer Weise gegen die Verwandten Klage wegen Betrugs. Kurz darauf starb der Vater und nun bemühte er sich, das Testament ungültig erklären zu lassen. Die Verwandten erklärten sich bereit, dem sichtlich Kranken noch eine kleinere Rente auszusetzen, was er aber entrüstet zurückwies. Als sein Anwalt nichts erreicht, bezahlt er ihm die Kosten nicht „da die Arbeit nur Makulaturwert gehabt habe“ und läßt sich von ihm deshalb verklagen. Schließlich mußte der Antrag auf Bevormundung wegen Geisteskrankheit gestellt werden; das gab zu den weit-schweifigsten Queruliereereien Anlaß, da er jedes Gericht für befangen erklärte und

¹⁾ Hysterie und Querulantenwahn. Ein Beitrag zur Paranoiafrage. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907. S. 769.

²⁾ Über Querulantenwahnsinn und Neurasthenia querulatoria bei Unfallverletzten. Neurol. Centralbl. 1909. S. 21.

mehrere Experten ablehnte. Gleichzeitig beantragte er Strafuntersuchung gegen seine Familie wegen Erpressung, Erbbetrugs, Verleumdungen usw. Alle Untersuchungen konnten nichts Strafbares feststellen. Gegen die Sistierungen rekurrierte er an die Regierung und an das Bundesgericht. Er schrieb beschimpfende Zeitungsartikel gegen die Richter und Verwandten, was Preßprozesse zur Folge hatte. Die psychiatrische Begutachtung ergab das Bestehen eines weiten und immer mehr ausgebauten Wahnsystems, das von dem Zeitpunkt seiner Erwerbsunfähigkeit und dem Wunsche nach finanzieller Sicherstellung seinen Ausgang nahm. Innerhalb seines Systems war sein Gedankengang ein sehr unklarer, während er im übrigen ein scharf denkender Mensch ist. Was zu seinen Wunschphantasien paßt, wird ohne tiefere Begründung als selbstverständlich angenommen, was ihnen entgegensteht, wird vom Affekt weitgehend verdrängt.

In diesem Falle von Paranoia wird zum katathymen Zentrum des Systems der durch die Notlage infolge körperlicher Erkrankung durchaus berechtigte Wunsch nach finanzieller Sicherstellung. Wir sehen also auch hier einen direkten Zusammenhang zwischen dem beim Ausbruch der Krankheit wirkenden Trauma und dem Inhalt der späteren Wahnideen. Besonders hervorzuheben wäre hier noch die Schwerhörigkeit: durch den verminderten und komplizierteren psychischen Rapport mit der Außenwelt entsteht gewöhnlich bei diesem Leiden eine Neigung zur mißtrauischen Einstellung. Hierdurch wird das Gleichgewicht zwischen affektiver und intellektueller Funktion stets mehr oder weniger beeinträchtigt; kommt nun noch eine spezielle Disposition und ein traumatisches Moment, das einen dringenden Wunsch in den Vordergrund stellt, hinzu, so ist der Boden für die Entstehung des Wahnsystems bereitet. Es handelte sich hier um einen intelligenten Menschen, der aber von Jugend auf eine starke Affektivität mit großem Beharrungsvermögen besaß. Dazu kamen nun noch zwei traumatische Momente: einmal die drohende Taubheit und dann die Reue, daß er in Zeiten der Zuversicht aus edeln Motiven auf ein Erbe verzichtet hatte, das er später sehr wohl selbst brauchen konnte. Da er zu stolz und eigensinnig war, um die ihn beschämenden Umstände anzuerkennen, und, den Verhältnissen sich anpassend, einen Ausweg zu suchen, wird die Wirklichkeit umgestaltet, was eben der Wahn besorgt.

Fall 5. J. S., männlich, geboren 1853. Über die Jugend des Patienten ist nichts Sicheres bekannt. Bei der späteren psychiatrischen Untersuchung wurde eine Unschärfe aller etwas komplizierteren Begriffe nachgewiesen, und zwar auch derjenigen, die durchaus außerhalb des Wahnsystems stehen; diese Störung muß angeboren sein, und steht an der Grenze des Schwachsinn ohne doch eigentlich dazu gerechnet werden zu können. Damit ist bei diesem Manne von jeher ein Mangel in der Konsequenz der Zielvorstellungen verbunden, der ihm ein folgerichtigtes Handeln durch längere Zeit hindurch verunmöglichte; das war wohl einer der Gründe, warum er nie irgend etwas Abgeschlossenes im Leben erreichte. Daneben und wahrscheinlich teilweise als Folge dieser Defekte besteht eine Lügenhaftigkeit, die als krankhaft anzusehen ist; er sagte auch da, wo es keinen Zweck hatte oder wo es direkt schadete, die Unwahrheit. Auch moralisch stand dieser Mann wohl von Jugend an auf einer nicht gerade hohen Stufe. Rücksichten auf die Umgebung

kennt er nur soweit sie ihm persönlichen Vorteil bringen. Als sicher festgestellt über sein Vorleben kann nur angenommen werden, daß er von 1883—1886 in Kiew lebte. Er war dort Angestellter, wurde aber 1886 wegen irgendwelcher unsauberer Geschichten, die keinerlei politische Beziehungen hatten, aus Rußland ausgewiesen. In dieser polizeilichen Verfügung liegt nun der Knotenpunkt für die Entstehung eines katathymen, sich immer weiter ausbreitenden Wahnsystems. Er behauptet, daß er durch die Ausweisung einen Geschäftsanteil von 33 000 Rubel verloren habe; außerdem hätten seine Feinde, besonders der den Ausweisungsbefehl gebende Gouverneur, die Sachlage benutzt, um ein ihm gehörendes Haus viel zu billig zu verkaufen. Er ließ sich in einer der russischen Grenze benachbarten Stadt nieder und querulierte derart um Aufhebung der Ausweisung, daß ihm auch dort der Aufenthalt verboten wurde. Er reiste nun unter dem Namen seines eigenen Anwalts nach Petersburg und verlangte von der Regierung Entschädigung für seine Verluste. Schließlich gab er sich zu erkennen und wurde nach längerer Haft wieder über die Grenze gebracht. Nun schlug er seinen Wohnsitz in Wien auf und erzwang sich kurz darauf eine Audienz bei der in Österreich weilenden Zarin. Schließlich reiste er wieder nach Rußland zurück, wo er verhaftet und wegen Drohungen gegen den Gouverneur von Kiew und Unterschlagung von 2000 Rubel zum Nachteil seiner früheren Firma zu 18 Monaten Kerker verurteilt wurde. Nach der Haft kam er wieder nach Wien, wo er 10 Jahre lang auf Kosten älterer Frauen lebte, bei denen er jeweilen zuerst ein Zimmer mietete, dann ein Verhältnis mit ihnen anfang und sie finanziell aussaugte. Daneben querulierte er beständig um Entschädigung bei der russischen Regierung: er schrieb in die Zeitungen, gab sich fälschlich als türkischen Staatsangehörigen aus und erlangte dadurch die Unterstützung der türkischen Gesandtschaft. Als er hörte, daß ein Großfürst in Vichy weilte, reiste er hin und belästigte ihn mit Drohungen. 1891 durchbrach er bei einem Besuch des Zaren in Kopenhagen den Militärkordon und überreichte eine Bittschrift. Am gleichen Orte beging er sein erstes Attentat auf einen Diplomaten, von dem er sich verfolgt glaubte. 1894 wandte er sich an den Zarewitsch und verschiedene andere hohe Personen, 1895 an den Großherzog von Hessen und den Kaiser von Deutschland, stets wegen seiner vermeintlichen Ersatzansprüche an die russische Regierung. Dem Gouverneur von Kiew schickte er eine Duellforderung. In Wien gab er sich bald als Ingenieur, bald als früheren Offizier aus, trat stets großartig auf, arbeitete aber nie ernstlich. Er ließ sich zum „Inspektor des Tierschutzvereins“ wählen, bekam aber auch in dieser Gesellschaft bald Streit. Er konnte sich immer weniger den Verhältnissen seiner Umgebung anpassen und hatte in den letzten Wiener Jahren nicht weniger als 30 Prozesse anhängig, wobei er stets intensiv querulierte. Schließlich wurde die Ausbeutung seiner Geliebten so kraß, daß eine von ihnen Klage erhob, was ihm 2 Jahre Kerker und lebenslängliche Landesverweisung eintrug. Nach der Verbüßung kam er 1903 in die Schweiz, wo er sich mit schwindelhaften Wohltätigkeitssammlungen abgab, welche die Polizei in Zürich verbieten mußte. Darauf ließ er sich in Bern nieder und fing an, die dortige russische Gesandtschaft mit Eingaben zu überschütten. Er erhielt einige Hofbescheide, worauf er drohend wurde. Von der Polizei zur Rede gestellt, verpflichtete er sich ehrenwörtlich, in Bern keinerlei Unannehmlichkeiten zu bereiten. Da er ein sehr elegantes und vertrauenerweckendes Auftreten hatte, glaubte man ihm. Bei Ausgängen war er sehr mißtrauisch und schaute sich beständig ängstlich nach angeblichen russischen Spitzeln um. 1904 beging er dann ein Revolverattentat auf den russischen Gesandten in Bern; er war nach der Tat sehr befriedigt und stellte sich selbst im Gefühl, daß er nur sein Recht verteidige, der Polizei; er behauptete, auch die russische Regierung könne ihm nur dankbar sein, daß er sie endlich nachdrücklich auf seinen Fall aufmerksam gemacht habe. In der folgenden Strafuntersuchung

wurde er in zwei verschiedenen Anstalten begutachtet; sein paranoisches System auf der oben erwähnten angeborenen pathologischen Anlage wurde klar nachgewiesen. Er wurde daraufhin als gemeingefährlich geisteskrank nicht weiter strafrechtlich verfolgt, aber interniert. Seine Behandlung in den Anstalten bereitete Schwierigkeiten, da er durch sein sicheres Auftreten das Personal bestach und von seiner Unschuld zu überzeugen wußte. Seine Heimatspapiere erwiesen sich als gefälscht, so daß es jahrelanger Nachforschungen bedurfte, um festzustellen, daß er österreichischer Staatsangehöriger sei. Im Februar 1908 wurde er nach Wien übergeführt, wo sich herausstellte, daß er nie Offizier gewesen war, sondern in den 70er Jahren als Freiwilliger bei der Infanterie gedient und es bis zum Unteroffizier gebracht hatte; er war damals einmal wegen Mißhandlung Untergebener bestraft worden; schon im Militärdienst wurde ihm hochtrabendes Wesen nach unten vorgeworfen. — Er wurde abermals ausführlich von den Wiener Gerichtsärzten als Paranoiker begutachtet. Nach $\frac{3}{4}$ jähriger Internierung in der heimatlichen Anstalt gelang es ihm durch das Fenster eines Isolierzimmers zu entweichen. Nach 2 Monaten wurde er wieder polizeilich abgefaßt und in die Provinzialanstalt K. eingeliefert, wo er vom 8. November bis 9. August 1909 blieb. An diesem Tage entwich er wieder und wandte sich nach Paris. Sein Verfolgungssystem richtete sich nunmehr auf die schweizerischen Behörden, wie früher auf die russische Regierung. Er überschüttete den Bundesrat, die früheren Begutachter, und die schweizerische Gesandtschaft in Paris mit Drohbriefen und Entschädigungsforderungen. Die schweizerischen wie die österreichischen Behörden wiesen bei der französischen Polizei auf die Gefährlichkeit des Mannes hin und verlangten seine Wiederinternierung. Er führte unterdessen ein elegantes Leben, da er verschiedene Gönner und Gönnerinnen gefunden hatte, die ihn, als den unschuldig Verfolgten, großzügig unterstützten. Er hatte sich zwei Zeugnisse über geistige Gesundheit und die Hilfe eines bekannten Pariser Sensationsanwalts verschafft, worauf ihn die Sicherheitsbehörden als harmlos erklärten. Am 17. Juni 1910 wollte er ein Attentat auf den schweizerischen Gesandten vor dessen Hôtel in Paris unternehmen; da dieser nicht selbst erschien, begnügte er sich damit, auf den Legationssekretär zu schießen, den er an der Seite verwundete. Er hatte sich vorher von zwei Pariser Psychiatern auf seinen Geisteszustand untersuchen lassen, die es allerdings unterließen, sich das weitschichtige Material der früheren Begutachtungen zu verschaffen. So nahmen sie viele von seinen wahnhaften Behauptungen und Forderungen als völlig begründet an und erklärten indirekt, daß er eigentlich in rechtmäßiger Verfechtung seiner Ansprüche gehandelt habe. Sie beschrieben aber im übrigen ganz klar die Psychologie eines Paranoikers. Über das nach der Tat am 25. August 1910 von drei bekannten Pariser Psychiatern abgegebene gerichtliche Gutachten schreibt der spätere Wiener Experte, dem dasselbe vorlag: „Aus dem Befunde ergibt sich, daß diese Herren sich ebenfalls mit der Biographie begnügten, welche Inkulpat selbst lieferte, und ihn für einen politischen Märtyrer gehalten zu haben scheinen, ein Gefühlsurteil, das im Lande der großen politischen Freiheit geeignet war, dem Inkulpaten Sympathien zu wecken, die ihrerseits eine richtige Einschätzung seiner Persönlichkeit noch mehr erschwerten. Einige Kürzungen in der Wiedergabe der Ergebnisse aus der Vergangenheit des Inkulpaten erwecken nicht die Überzeugung, daß der Fall mit besonderer Genauigkeit bearbeitet wurde. Entschieden opponieren aber müssen wir der Beurteilung, welche das Attentat gefunden hat. Dieses doch gewiß auffallende, vom Standpunkt des Psychiaters leicht erklärliche, weil im Charakter eines Querulanten gelegene Delikt versuchen die Pariser Gerichtsärzte zu rechtfertigen. Man darf nach Ansicht dieser Herren, wenn man in Rußland einmal Unrecht erlitten — was auch erst zu erweisen gewesen — einen Vertreter Rußlands erschießen. Wird man in der Schweiz deshalb interniert, so ist es nur in der Ordnung, daß man

seinen Revolver jetzt auch gegen jeden beliebigen Schweizerbürger richtet. Mit gleicher Logik muß man natürlich fortan auch alle Österreicher dem Inkulpaten gegenüber für vogelfrei erklären, denn in Österreich wurde Inkulpat ebenfalls interniert, während er sich doch für gesund hält. Was Österreich, die Schweiz und Rußland eigentlich tun sollen, darüber haben sich die Pariser Gerichtsärzte trotz ihrer psychologischen Auffassung des Falles ausgesprochen. Inkulpat will zunächst zum Haager Schiedsgericht“. Der Kranke wurde demnach in Paris als gesund erklärt; nach den uns vorliegenden Akten scheint das Gericht angenommen zu haben, daß es sich nicht um ein ernsthaftes Attentat, sondern nur um einen Schreckschuß handelte, der keine Bestrafung nötig mache. Dagegen wurde er wegen unberechtigten Waffentragens verurteilt und aus Frankreich ausgewiesen. Er ging nach Italien, von wo er am 17. Januar 1911 neuerdings einen Drohbrief an den schweizerischen Bundesrat richtete, und bis zum 1. Februar einige Millionen Entschädigung verlangte, widrigenfalls er an jedem Schweizer, dem er begegne, Rache nehmen werde. Darauf kehrte er unter falschem Namen nach Österreich zurück, wo er sich selbst der Behörde stellte, damit seine geistige Gesundheit nachgewiesen werde. Er wurde neuerdings als Paranoiker interniert und in die zuständige Provinzialanstalt transferiert; dort wußte er sich im April 1912 auf uns unbekannte Weise einen Revolver zu verschaffen und verübte ein Attentat gegen den Arzt, den er mit mehreren Schüssen verwundete.

J. S. ist ein Mensch, der von Jugend auf moralisch defekt war und an einer starken Unklarheit aller höheren Begriffe litt. Wahrscheinlich unter dem Einfluß schwerer, wenn auch selbst verschuldeter Erlebnisse bildete sich ein typisches paranoisches System; so paarten sich Größen- und Verfolgungsideen mit einer ausgesprochenen Schwindlernatur zu einem äußerst gefährlichen Individuum; auch hier ist der katathyme, sich die neuen Lebensverhältnisse anpassende Inhalt der Wahnideen durchsichtig. Nach anderer Seite hin ist der Fall interessant, indem er zeigt, wie wenig die Öffentlichkeit vor solchen Kriminellen geschützt ist, besonders wenn es sich um Leute handelt, die von einem Land ins andere ziehen. Ein international arbeitender Sicherheitsdienst gegen diese gemeingefährlichen Geisteskranken wird sicherlich mit der Zeit eine Notwendigkeit werden.

Wir sehen hier das Wahnsystem auf einer angeboren moralischen und teilweisen intellektuellen Debität aufgebaut. Seine systematische Weiterentwicklung und richtunggebende Beeinflussung des ganzen Lebensganges gibt uns die Berechtigung trotzdem den Fall als eine eigentliche Paranoia aufzufassen, die sich auf dem beschriebenen angeboren pathologischen Boden entwickelte.

3. Imbezillität mit katathymen Symptomen.

Bleuler hat in seinen Vorlesungen früher nach seinen Erfahrungen in der Pflgeanstalt eine besondere „Paranoia der Imbezillen“ abgegrenzt. Sie unterschied sich von der eigentlichen Paranoia durch die Ärmlichkeit der Wahnideen und durch die mangelnde Expansion des Wahnsystems; der Unterschied von der Schizophrenie lag in der

Spärlichkeit der Halluzinationen, dem Mangel von deutlich katatonen Erscheinungen und dem relativen Intaktbleiben der übrigen Funktionen, vor allem dem Erhaltensein eines affektiven Rapportes mit der Umgebung; die Arbeitsfähigkeit dieser Patienten war innerhalb der Anstalt mehr durch die angeborene Intelligenzschwäche als durch die erworbene Krankheit beschränkt. Da Bleuler in der Heilanstalt nicht mehr Gelegenheit hatte, die Krankheit zu beobachten und ihre Stellung zu dem modernen Begriff der Schizophrenie klarzulegen, konnte er die Idee nicht weiter verfolgen. Aus dem uns zugänglichen Material seien im folgenden einige Kranke beschrieben, deren Schilderung zur Klärung dieser Frage beitragen könnte, und die speziell die Auffassung der katathymen Erscheinungen illustrieren. Immerhin sei bemerkt, daß nach der Beobachtung Bleulers die Kranken in der Pflegeanstalt schwerer durch das Wahnsystem beeinflusst waren, als die im folgenden wiedergegebenen Fälle.

Fall 6. E. G.¹⁾, weiblich, geboren 1892. Der Großvater väterlicherseits und ein Onkel mütterlicherseits waren Trinker. Der Vater ist ein Psychopath mit überstarken sexuellen Bedürfnissen, die Mutter leicht schwachsinnig. Patientin ist die Älteste von 14 Geschwistern, die, soweit sich bis jetzt beurteilen läßt, alle körperlich und geistig minderwertig sind. Von jeher konnten bei ihr die Zeichen des intellektuellen und auch moralischen Schwachsinnns beobachtet werden. Die Schulleistungen waren sehr schlecht. Mit 10 Jahren ließ sich das Mädchen von einem benachbarten reichen Bauern Süßigkeiten zustecken, mit denen es die anderen Kinder beschenkte; es kam zu sexuellen Beziehungen des Mannes mit dem Kinde, worauf schließlich der Vater aufmerksam wurde, der die beiden überraschte und von dem Nachbar ein größeres Schweigegegeld verlangte; dieser sagte kein Wort, ging fort, und am nächsten Tag fand man ihn erhängt im Wald. Man brachte das Kind darauf in eine andere Gegend zu Verwandten, wo es sich durch Lügen und Stehlen auszeichnete, so daß man es nach einem Jahr den Eltern wieder zuschickte. In dieser Zeit — das Mädchen war damals 11 bis 12 Jahre alt — begann ein geschlechtlicher Verkehr zwischen Vater und Tochter, der mit der Zeit fast täglich stattfand. Die Patientin tat selbst alles um den Inzest vor der Mutter und den Geschwistern geheim zu halten. Nach der Pubertät wurde sie 1907 gravid; Vater und Tochter verabredeten, einen in Wirklichkeit ganz unschuldigen Kutscher, der gelegentlich mit dem Mädchen etwas gespaßt hatte, als Schwängerer anzugeben. Gegen diesen wurde eine gerichtliche Untersuchung auf dem Straf- und Zivilweg eingeleitet. Die Patientin hatte sich eine Verführungsgeschichte ausgedacht, die sie stets in der gleichen Weise vorbrachte; trotzdem sie während der Untersuchung einen Diebstahl beging und ihr Lohnbuch in der Fabrik fälschte, zweifelte das Gericht nicht an der Glaubwürdigkeit ihrer Aussagen und ordnete hierüber auch keine Expertise an. Der fälschlich beschuldigte alte Mann wurde zu einer längeren Gefängnisstrafe und zur Übernahme der Vaterschaft, die seine ganzen Ersparnisse kostete, verurteilt. Nach der Geburt des Kindes versuchte der Vater die Wiederaufnahme des sexuellen Verkehrs mit dem Mädchen; dieses

¹⁾ Der Fall wurde von mir wegen seines forensischen Interesses an anderem Orte ausführlicher publiziert (Kasuistische Beiträge zur Psychologie der Aussage vor Gericht). Monatsschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform 8. Jahrg., S. 480.

weigerte sich, weil es Angst vor neuerlicher Schwängerung hatte. Die Mutter behandelte die Tochter als Dirne; so gab es immer mehr häuslichen Streit. Schließlich denunzierte die Patientin 1910 den Vater und sich selbst des Inzests und der falschen Anschuldigung. Der Vater kam ins Zuchthaus, Patientin wurde wegen Imbezillität außer Strafverfolgung gesetzt, aber einstweilen interniert. Bei der angeordneten psychiatrischen Untersuchung war ein ausgesprochener Schwachsinn deutlich nachweisbar, Reuegefühle waren nicht auszulösen. In der Klinik benahm sie sich äußerst widerspenstig und konnte nicht einsehen, daß man ein Recht zu ihrer Internierung habe. Sie wurde wütend und schimpfte gelegentlich so, daß man sie auf eine Abteilung für Unruhige versetzen mußte. Mit den Nebenpatientinnen hatte sie einen recht guten affektiven Rapport; ihre Mimik war lebhaft, soweit ihr Verständnis reichte. Sie zeigte Heimweh nach ihrem Kinde, von dem sie wohl nicht ohne Recht annahm, daß es zu Hause nicht gut gepflegt werde. Auf Wunsch der Heimatgemeinde wurde Patientin gegen unseren Rat in eine offene Besserungsanstalt gebracht. Schon nach wenigen Tagen konnte sie hier nicht mehr gehalten werden: sie fühlte sich von ihren Genossinnen verfolgt und verachtet, da sie glaubte, daß alle von ihrem Vorleben Kenntnis hätten. Eines Morgens kam sie hierdurch in große Wut, warf alles im Zimmer herum und stürzte sich schließlich auf ihre Nachbarin, die sie ziemlich stark würgte. Dann legte sie sich aufs Bett und blieb in einem stuporösen Zustand mehrere Stunden liegen ohne auf Anreden zu reagieren. Sie kam deshalb wieder in eine geschlossene Irrenanstalt, wo sie sich ganz wie eine störrische Imbezille benahm. Auch hier war sie von Anfang an der Meinung, die ganze Umgebung wisse von ihrem Vorleben. Nach längerem Aufenthalt schloß sie aber doch mit einigen Nebenpatientinnen Freundschaft. Jede paar Wochen traten affektive Explosionen ein, in denen die Patientin maßlos auf ihre Internierung schimpfte. Eines Morgens blieb sie 1 Stunde steif auf dem Bett mit Andeutungen von Katalepsie liegen, sprang dann plötzlich ängstlich auf, wollte fort und rief: „Wo bin ich, sie kommen und erschießen mich, dort steht ein Mann mit einem Gewehr“. Nach bald eintretender Beruhigung wollte sie keine Erinnerung mehr an diesen hysteriformen Erregungszustand haben. In den folgenden Wochen hatte sie häufig nachts „Erscheinungen“: sie sah den Vater, der sie sexuell verfolgte, oder die Mutter, die ihr Schimpfnamen zurief. Es scheint, daß diese Gesichtshalluzinationen nicht eigentlich mit Gehörstäuschungen verbunden waren; sie sah an der Mimik, was die betreffenden Personen sagen wollten, hörte es aber nicht. In der Krankengeschichte ist notiert, daß sie dabei rief: „Nein, Vater, du darfst mir nichts zuleid tun, du warst mir nie ein rechter Vater, du warst mir nie ein Schutz, nein, du darfst nicht so schreien, wenn du fort bist, bin ich ruhig.“ In einer folgenden Nacht sah sie, wie die Mutter einen Bruder und eine Schwester von ihr ermordete; als sie schreien wollte, drohte man ihr auch mit dem Tod; dann sei der Vater dazu gekommen, habe sie in Schutz genommen, schimpfte die Mutter und sagte, er wolle nichts mehr mit ihr zu tun haben. Später einmal wurde sie wieder nachts von der Mutter geplagt; dann sah sie Knochen herumliegen, und sie wußte, daß es die der Mutter seien, die sich das Leben genommen habe. Einmal rief sie pathetisch in den Saal hinauf: „Vater, du bist verdammt, du Teufel geh hinweg, ich will nicht zu dir, jeden Schritt, den ich gehe, gehst du mir nach, ich habe keine Liebe mehr für dich, du hast mir mein Leben verdorben! Laß mich in Ruh, ich will nichts, ich mache alles was du willst, aber das nicht. Vater laß mich gehen, nein das geht nicht!“

Diese Symptome scheinen zum größten Teil in hypnagogem Zustande aufgetreten zu sein; zeitweise befand sich die Kranke aber auch am Tag in einem Zustand, indem sie sich weiter mit den nächtlichen Erscheinungen befaßte. Monatelang glaubte sie fest daran, daß sie wirklich von Vater und Mutter auch in der An-

stalt verfolgt werde. Die betreffenden Ärzte neigten deshalb zur Ansicht, daß es sich um eine Schizophrenie handle; irgendein beweisendes Symptom für diese Krankheit wurde aber nicht gefunden. Bei meiner Nachuntersuchung im Januar 1912 fand ich die Patientin ziemlich ruhig, die Erregungszustände waren in den letzten Monaten zurückgetreten, die Halluzinationen hatte sie nicht korrigiert und sie litt noch unter vagen Verfolgungsideen auf die Mutter, die ihr mit Hilfe von Drittpersonen nachstelle. Wenn sie entlassen werde, wollte sie deshalb möglichst weit vom Elternhaus fort. Sie bestritt „Stimmen“ gehört zu haben, wie sie sie von ihren Nebenpatientinnen her kennt, auch von physikalischem Beeinträchtigungswahn oder Sperrungen konnte nichts gefunden werden. Wenn die „Erscheinungen“ sprachen, habe sie nie verstanden, was sie sagten, sondern den Inhalt nur aus ihrem sonstigen Benehmen geschlossen. Die affektive Reaktion der Kranken erwies sich als absolut gut erhalten; der gemüthliche Rapport mit dem Arzt war ausgezeichnet. Kurz nach meinen Besuche wurde sie versuchsweise entlassen; sie schrieb mir nachher einen geordneten, deutlich schwachsinnigen Brief, in dem sie sich mit der Freiheit freute, für das Interesse des Arztes dankte und versprach, daß sie sich gut führen wolle.

Es handelt sich hier also um eine Schwachsinnige, die vom 10. bis 15. Jahre sexuellen Verkehr hatte; sie mußte dadurch um so mehr erregt werden, weil es sich dabei um den eigenen Vater handelte. Das schwerste psychische Trauma aber bildete die Gravidität, in der sie auf Anstiftung des Vaters einen Unschuldigen ins Unglück bringen mußte. Es folgt dann die Denunziation des Vaters, den sie dadurch ins Zuchthaus und die ärmliche Familie ins Elend bringt. In der geschlossenen Anstalt interniert, steht sie fortwährend unter dem starken Einfluß dieser Erlebnisse; sie muß beständig an den Vater denken, den sie als Tochter haßt und als Mädchen liebt, und an die Mutter, gegen die sie Rache und Eifersucht hat, und die sie doch wieder bedauert. Zugleich fühlt sie sich von ihrer Umgebung für verachtet und ausgestoßen. Diese affektiven Konflikte sind für ihre schwachen intellektuellen Kräfte überwältigend. Sie kommt dadurch aus dem psychischen Gleichgewicht, und es ist der Boden für die Entstehung von katathymen Wahnideen und Halluzinationen gegeben. Es ist wichtig, daß diese Erscheinungen zuerst in hypnagogem Zustande auftraten, also gerade dann, wenn sonst schon ein Maximum der Dissoziation vorhanden ist. Teilweise haben diese Störungen den Charakter von vorübergehenden Delirien und Wachträumen. Sie unterscheiden sich aber von diesen dadurch, daß auch in den Zeiten vollständiger Ruhe und guter Orientierung keine Korrektur eintritt, und daß sogar auch dann durch Monate hindurch die Wahnideen noch weiter gesponnen werden. Irgendwelche andere psychogene Erscheinungen, die für die Diagnose einer komplizierenden Hysterie bezeichnend wären, konnten, auch in dem Assoziationsablauf, nicht gefunden werden. Für Schizophrenie liegen keinerlei Beweise vor; die absolut gut erhaltene Affektivität spricht direkt dagegen. Die Gehörshalluzinationen sind unscharf und unverständlich, wie wir sie bei der Schizophrenie gewöhnlich nur selten

und dann meist bei spät ausbrechenden paranoiden Formen sehen. Dem Inhalt der Wahnideen gegenüber besteht keinerlei Gleichgültigkeit, sondern ganz adäquater Affekt. Die Wahnideen sind zentriert auf die eigene Person und das traumatische Erlebnis, was wir allerdings bei der Schizophrenie oft auch finden. Das Bild entspricht manchen Fällen von Birnbaum, aber ich weiß nicht, warum man daraus eine eigene Gruppe bilden sollte; (einen klaren Unterschied zwischen Wahnidee und den „wahnhaften Einbildungen“ Birnbaums kann ich durchaus nicht finden). Lange Zeit hindurch wurde mit absoluter Festigkeit die Realität der Wahnsymptome behauptet. Das ganze Syndrom mit seinem psychologisch zentrierten Inhalt entspricht dem, was ich oben rein symptomatologisch als „katathyme“ Erscheinung umschrieb. Ich würde demnach die akute Psychose der E. G. als eine katathyme Phase bei einer Imbezillen bezeichnen, die unter sehr stark traumatisch wirkenden Erlebnissen entstand und vielleicht gerade deshalb schon nach einem Jahre wieder abgeklungen ist. Eine systematisch sich ausgestaltende Erkrankung im Sinne der echten Paranoia glaube ich wegen der Art der Wahnideen und der Neigung zu Remission des bis jetzt nicht um sich greifenden Syndroms ausschließen zu können. Mit der Auffassung des Katathymen als symptomatische Erscheinung glaube ich auch von der Annahme der Kombination zweier psychotischer Zustände absehen zu können. Wie wir Typhuskranken kennen, die zu Darmblutungen neigen, während das bei andern nicht der Fall ist, so gibt es Imbezille, bei denen katathyme Syndrome auftreten, die wir bei andern nicht finden. Die deliriösen Erscheinungen und die Sinnestäuschungen sehe ich in diesem Falle ebenso für katathym an wie die Wahnideen. Der psychogene Faktor spielt hier ersichtlicherweise eine sehr große Rolle; es scheint mir aber richtiger, die Möglichkeit der Spaltung der psychischen Phänomene im Sinne des Katathymen als eine diesen Fällen von Imbezillität eignende Funktion anzusehen, als eine Kombination mit einer hysterischen Psychose anzunehmen. Je enger wir den Begriff der Hysterie als Krankheitsbild fassen, desto klarere Ableitungen werden wir mit der Zeit erhalten können.

Fall 7. E. H., männlich, geboren 1881. Der Vater war ein eigener Mensch, jähzornig, alkoholintolerant, aber kein Potator, die Mutter ist leicht schwachsinnig, ein Bruder wegen Imbezillität interniert. Patient war von Jugend auf schwachsinnig, aber immer sehr strebsam und moralisch durchaus gut entwickelt. Nach der Schulzeit trat er als Putzer in eine Weberei ein; mit seiner Arbeit war man trotz seiner Schwächlichkeit zufrieden; er sparte, um für seine alten Eltern sorgen zu können. In einem Turnverein gab er sich große Mühe Gutes zu leisten, verstand aber die Befehle falsch und erwies sich als sehr ungeschickt; dabei war er äußerst schreckhaft, leicht erregbar und vorschnell. Viele Sonderbarkeiten machten ihn zum Gespött seiner Mitarbeiter: um sich zu stärken, trank er große Mengen Wasser und auch Essig, den die anderen stehen ließen. Wenn er sich ärgerte, konnte er in der Erregung Sachen zerschlagen. 1902, 21 Jahre alt, stürzte er mit einer Leiter, als er die

Decke des Fabriksaals putzte um und schlug mit Kopf und Schultern auf. Er blieb kurze Zeit bewußtlos, erholte sich aber bald und arbeitete den ganzen Tag weiter. Am nächsten Morgen hatte er Kopfweg, aber keine weiteren Hirnerscheinungen. In der Folge litt er an ängstlichen Träumen, der Arzt ordnete eine Erholungszeit an. Nach 3 Wochen nahm er die Arbeit wieder auf, fühlte sich aber im alten Milieu nicht mehr recht wohl und verließ die Heimat. In einer ausländischen Weberei traten 4 Monate nach dem erwähnten Trauma an einem Tage zwei leichte tonisch-klonische Anfälle auf; einer davon war mit kurzem Bewußtseinsverlust verbunden. In den folgenden Monaten schlief er sehr unruhig und machte sich durch Handlungen und Redensarten auffällig, die über seine früheren Sonderbarkeiten weit hinausgingen, für die aber nachher keine Amnesie bestand: Er trank Tinte und gebrauchtes Waschwasser aus, sagte, er werde seinen Bruder erschießen und Selbstmord begehen. Man brachte ihn deshalb in die Heimat zurück, wo er zeitweise gar nichts sprach, dann wieder unmotiviert lachte oder sich sonst eigentümlich aufführte: als er eine Katze sich putzen sah, spuckte er in die Hände und putzte sich ebenfalls, bestrich sich mit Petroleum, bedrohte die sonst zärtlich geliebte Mutter und Schwester. Er kam deshalb zur Begutachtung in die Klinik, wo die Imbezillität sicher nachgewiesen werden konnte. Am Assoziationsexperiment zeigte sich am Anfang der Beobachtungszeit eine Neigung zur Perseveration, die aber später verschwand. Gedächtnis und Merkfähigkeit waren am Anfang leicht beeinträchtigt, besserten sich aber bald bis zur Norm; der Zustand wurde als Folge des leichten Hirntraumas auf der Basis angeborenen Schwachsinnns begutachtet. E. H. erhielt 4000 Fr. Unfallentschädigung, zu deren Verwaltung ein Vormund eingesetzt wurde. Der Zustand besserte sich dann bald, es bestand nur noch manchmal Kopfweg, das sich aber leicht suggestiv vertreiben ließ. 1904 konnte er aus der Klinik entlassen werden, wurde aber schon 1905 für einige Monate wieder interniert, da er sehr reizbar geworden war, beim Bücken Schwindel hatte, an keiner Stelle aushielt und mit Selbstmord drohte. Sein Zustand besserte sich bald wieder, und man konnte ihn nochmals freilassen. Nun begann die Bildung eines wahnhaften Systems: er glaubte sich von Mördern verfolgt, die im Auftrag der Regierung handelten, damit man seine 4000 Fr. Unfallentschädigung einstecken könnte; im Hause der Mutter hörte er, wie die Räuber nachts einstiegen, vernahm undeutliches Flüstern und Klappern im Geschirr. Er alarmierte deshalb mehrmals nachts die ganze Nachbarschaft und kaufte sich Waffen, weswegen man ihn neuerdings internieren mußte (1907). Seither ist das erwähnte System ziemlich stationär geblieben: die Regierung verfolgt ihn wegen seines Geldes; wenn es dunkel wird, schleichen Verbrecher herum, um ihn zu fangen; auch am Tag ist er mißtrauisch gegen Unbekannte und flieht oft in größter Erregung; er behauptet, die Ärzte müßten die Richtigkeit seiner Befürchtungen bestreiten, weil sie Staatsangestellte seien. Mit diesen Verfolgungsideen paart sich ein Größensystem; er schreibt und nennt sich nur „Majestät“, damit die Leute mehr Respekt vor ihm hätten und damit die Räuber ihn nicht so leicht erkannten. Er liebt es, seine Bildung herauszustreichen und mit sozial Höhergestellten kameradschaftlich zu verkehren; dabei ist der affektive Rapport mit der Umgebung stets ein ausgezeichneter; der Kranke besorgt täglich eine Menge Ausgänge in die Stadt und erledigt sie infolge der großen Mühe, die der sich dabei gibt, meist besser als die Angestellten. Er ist so eifrig bei der Arbeit, daß er das Essen vergißt, wenn man ihn nicht daran mahnt. Das Geld, das er damit verdient, verwendet er ausnahmslos für seine alte Mutter, an der er mit rührender Liebe hängt. Mit den Ärzten, die von der Klinik abgegangen sind, sucht er in Korrespondenz zu bleiben. Es bestehen täglich Gehörshalluzinationen, die aber ungewöhnlicher Art und ebenso unbestimmt sind wie im vorhergehenden Falle. Wenn man mit dem Kranken mehrere Kilometer weit von der Klinik entfernt ist, bleibt er plötzlich stehen und erklärt,

er wisse, daß jetzt die Schurken droben in der Klinik wieder über ihn reden; ist er allein, so kommt es vor, daß er bei seinen Ausgängen den Portier der Klinik telephonisch anfragt, was gerade jetzt da oben über ihn gesprochen werde; er versteht nie den Inhalt der verfolgenden Halluzinationen, er kann keine Worte unterscheiden, weiß nur, daß es die Mörder sind, die sich mit ihm beschäftigen. Dabei macht er in seinem Wesen durchaus nicht den Eindruck des Halluzinanten; die Sinnestäuschungen beeinträchtigen meist seine recht angestrengte Tätigkeit in keiner Weise, im Gegenteil, sie befördern sie eher noch, indem er teils aus Angst, teils aus Eifer die Besorgungen oft im Laufschrift macht. Auf optischem Gebiete konnten wir nur Illusionen, besonders in der Dämmerung konstatieren: er hält Unbeteiligte oder Bäume für Wachposten, die man gegen ihn aufgestellt habe. Wichtig für die Auffassung des Falles ist noch, daß sich mehrmals, aller Beobachtung nach durch zu große Anstrengung infolge übervieler Aufträge, Erregungszustände einstellten, in denen der Kranke dermaßen von den Verfolgungsideen, den Gehörshalluzinationen und Gesichtsillusionen geplagt wurde, daß er sich ängstlich in sein Bett verkroch und wegen Selbstgefährlichkeit in einen Wachsaal versetzt werden mußte. Während er sich sonst am Tag in der Klinik sicher fühlt, behauptet er dann, daß irgendwo Leute versteckt seien, die ihn nächstens erschießen würden. Nach einigen Tagen Ruhe und teilweiser Schonung in den nächsten Wochen erholte er sich stets wieder sehr bald; eine dauernde Verschlechterung des Befindens nach diesen Schüben, die wahrscheinlich exogen ausgelöst sind, konnte nie beobachtet werden. Die Wahnideen und Sinnestäuschungen sind durchaus unkorrigierbar, dehnen sich aber nicht weiter aus, als sie bereits vor 5 Jahren waren. Die Ärzte, die meisten Wärter und die Nebenpatienten betrachtet er nach wie vor als seine Beschützer und Freunde. Es sind nur die 6 oder 8 Räuber und die Regierungsräte, die sie anstiften, gegen die sich sein Zorn richtet. Irgendwelche Expansion konnte nicht beobachtet werden. Jeden Abend verbarrikadiert er sich in seinem Zimmer, um gegen Überraschungen sicher zu sein. Ein Versuch der Entlassung nach Hause schlug fehl, da er schon nach wenigen Nächten den Lärm seiner Verfolger um das Haus herum hörte und sich zu bewaffnen versuchte. Den Wahnideen steht er mit sehr starker Gefühlsbetonung gegenüber. Schizophrene Assoziationsstörungen fehlen gänzlich, ebenso konnte nie eine autistische Einstellung der Affektivität beobachtet werden.

Wir sehen hier einen Imbezillen leichteren Grades, der von Jugend auf recht reizbar war. Er erlitt ein Hirntrauma, das wahrscheinlich zuerst organisch bedingte Symptome auslöste, die aber bald zurücktraten. In den letzten 5 Jahren konnte nichts gefunden werden, was als Symptom einer Hirnverletzung oder traumatischen Epilepsie aufgefaßt werden könnte; bei den beobachteten organischen Erscheinungen handelte es sich wohl um Reaktionen auf das Hirntrauma, die als vorübergehend zu betrachten sind. Dagegen bildete die ganze mit dem Unfall zusammenhängende Erregung den Ausgangspunkt für ein um die eigene Person zentriertes Wahnsystem, das zum größten Teil in Verfolgungen mit dem Zweck der Beraubung um die erhaltene Unfallentschädigung, und nur aus wenigen Größenideen besteht. Gegen die Annahme einer eigentlichen Paranoia spricht das seit vielen Jahren Stationäre des ganzen Zustandes, gegen eine traumatische Epilepsie das frühe Verschwinden aller organischen und epileptischen Symptome, gegen die Schizophrenie die intakte Affektivität, besonders das Fehlen

jeder Andeutung autistischer Störungen; auch die andern Symptome, die als typisch für die *Dementia praecox* angesehen werden können, fehlen. Es bleibt demnach nichts übrig, als das Wahnsystem für auf dem Boden der Imbezillität nach katathymen Prinzipien entstanden zu betrachten; es käme ihm dadurch wohl eine wichtige symptomatologische Bedeutung zu, aber der Fall E. H. würde in seiner diagnostischen Stellung dadurch nicht verändert. Der Inhalt der Wahnidee ist deutlich aus den affektiven Einflüssen zur Zeit des Traumas (Angst und Wunsch, die sich an den Unfall anschließen) bestimmt. Es fällt wieder die eigentümliche Art der Gehörshalluzinationen auf: Patient hört nur Geräusche und Murmeln ohne zu verstehen was gesagt wird; dieses Unbestimmte scheint sich wieder von den bei der Schizophrenie gewohnten „Stimmen“ abzuheben; dagegen finden wir manchmal bei der echten Paranoia eine ganz ähnliche Beschreibung falscher Sinnesindrücke, wenn sie auch dort meist viel mehr im Hintergrund stehen, wie bei E. H.

Fall 8. E. G., männlich, geboren 1887. Mutter Trinkerin, Vater „wegen Sorgen“ Selbstmord, ein Bruder schwachsinnig. Patient selbst ist in mittlerem Grade imbezill. In seinem 4. Lebensjahr wurden die Eltern geschieden; Patient kam zu einer Stiefmutter, die ihn gut behandelte, aber in seinem 15. Jahre starb; gleichzeitig kam der Vater in Konkurs. Der Knabe mußte zu fremden Leuten, wo er viel unter Heimweh litt. Als er 16 Jahre alt war, nahm sich der Vater das Leben; man ließ ihn zur Beerdigung kommen, er sah aber die Leiche des Vaters nicht; schon damals konnte er nicht recht glauben, daß der Vater, den er so sehr liebte, sich wirklich das Leben genommen habe. Er lernte den Beruf als Metalldreher in einer großen Fabrik, wo er nachher noch einige Jahre als Arbeiter blieb. Mit 24 Jahren traten zuerst undeutliche Verfolgungsideen auf; er merkte, daß man ihn scheel ansah, daß ihm die Polizei auf den Fersen war, weil man vermutete, daß er mit einem Verbrechen beim Tod seines Vaters in Verbindung stehen könne; er merkte die Gedanken der Leute, die glaubten, er habe den Vater vielleicht getötet; andere wieder meinten, er sei gar nicht tot, man habe einen leeren Sarg begraben in der Absicht, den Sohn damit auch zum Selbstmord zu veranlassen, denn wenn der Vater das getan haben sollte, werde es der Sohn wohl auch tun. Er erklärte aber, daß er sich mit allen Kräften gegen den Trieb zum Selbstmord sträube, da er noch Freude am Leben habe. Als er in der Zeitung las, daß der Besitzer der Fabrik, in der er früher gearbeitet, bei einer Streikbewegung äußerte: „Dazu wird die Parole von Berlin aus gegeben“, hatte er sofort das Gefühl, er werde gerade so verfolgt wie jener, also müsse seine Person doch wichtig sein, wenn er gleich behandelt werde, wie dieser reiche Herr. Er fühlte sich in der Fabrik von oben ausgezeichnet, weil er besser arbeitete als alle anderen; er merkte, daß die Nebendarbeiter deshalb auf ihn eifersüchtig würden. Wegen der Verfolgungen hielt er sich von den Arbeitervereinen zurück; als in einer Versammlung ein Agitator sagte: „Das muß doch auch der Dummste der Dummen merken“, bezog er das auf sich. In der Nähe seines Wohnortes wurde in Wirklichkeit eine Frau ermordet. Einige Tage nachher mußte er am Tatort auf dem Rad vorbeifahren; seither merkte er Anspielungen, daß man ihm jenen unaufgeklärten Mord in die Schuhe schieben wollte. Er merkte wie die anderen dachten „so einer, der am Tod des eigenen Vaters schuld sei, der könne auch so etwas tun“. Um den Verfolgern zu entgehen, ging er auf die Wanderschaft und zog durch ganz Mitteleuropa, fand gute Stellen, blieb aber nirgends länger als ein paar Wochen, weil er

fühlte, daß man hinter ihm her sei. In Saarbrücken hörte er in einer Gerichtsverhandlung zu; er fühlte, daß die Richter ihn so merkwürdig anschauten, und seitdem fühlte er sich noch mehr verfolgt, da er nun zu wissen glaubte, daß eine „juristische Person“ im Auftrag seiner heimatlichen Behörden hinter ihm her sei. Gelegentlich trank er Schnaps im Übermaß um sich zu betäuben; ein eigentlicher Alkoholiker ist er aber nicht. Schließlich wurde er als ganz heruntergekommener Vagant von der Polizei aufgegriffen, und da er seine Wahnideen äußerte, interniert. Auch in der Anstalt traut er seiner Umgebung nicht recht und sagt mit Tränen in den Augen, daß er lieber auf den Verkehr verzichte, um nicht zu neuen Verfolgungen Anlaß zu geben; es sei früher aber so schön gewesen, als er mit ihm lieben Menschen ungestört hätte verkehren können. Einmal hatten wir die Absicht, ihm probeweise außerhalb der Anstalt eine Stelle zu verschaffen; er witterte irgendeine versteckte Bosheit in diesem Plan und brannte wenige Tage vor dem zur Entlassung festgesetzten Datum in schwachsinniger Weise aus der Anstalt durch, wurde aber gleich aufgefangen und zurückgebracht. Jetzt hat er eher die Tendenz zu dissimulieren; die alten Wahnideen sind sämtlich noch vorhanden und auch noch gefühlsbetont; in dem ruhigen Leben der Anstalt kann er sie aber besser zurückdrängen. Eine wirkliche Ausdehnung des Systems hat nicht stattgefunden; von seiner jetzigen Umgebung fühlt er sich nicht verfolgt, wenn er sich auch im Verkehr ängstlich zurückhält. Die Gehörshalluzinationen treten unter den krankhaften Erscheinungen bei E. G. im Vergleich mit den Wahnideen an Bedeutung völlig zurück. Das, was wir darüber konstatieren konnten, zeigt wieder die gleiche Unbestimmtheit des Inhalts der Sinnestäuschung, wie in den beiden zuletzt erwähnten Fällen. Sperungen konnten nie festgestellt werden. In seinen Verteidigungsmaßnahmen gegen die Verfolger hat er sich einige eigentümliche Formeln zurecht gelegt, die er aber alle sinnvoll sofort erklären kann, z. B.: „Ich schwöre im Namen der Schweiz, Österreichs, Deutschlands, Italiens und Frankreichs, daß ich kein Verbrecher bin“; er glaubt nämlich, daß ein solch komplizierter Schwur mehr Beweiskraft habe als ein gewöhnlicher, weil er in allen diesen Ländern schon herumgereist und bekannt sei. Es sind also keine sprunghaften Assoziationen, die zu diesen Bildungen führen, sondern falsche Auffassungen, wie sie bei einem Schwachsinnigen unter dem Einfluß starker Affekte zu erwarten sind. Das Gemütsleben ist bei E. G. durchaus gut erhalten. Patient ist stets von einer etwas ängstlich gespannten Stimmung, die wir ihm sehr gut nachempfinden können. Das Aggressive des paranoiden Schizophrenen zeigte sich nie beim ihm.

Wir sehen hier einen Schwachsinnigen, der ebenso wie die vorhergehenden Fälle ein psychisches Trauma durchgemacht hat (durch Unglück verursachter Selbstmord des Vaters); nach den eigenen Angaben des Kranken sollen die ersten Verfolgungsideen erst fast 10 Jahre später aufgetreten sein; diese Zeitangabe konnte nicht kontrolliert werden, da wir keine objektive Anamnese über den Kranken erhalten konnten; es wäre also wohl möglich, daß die wahnhaften Erscheinungen schon früher bestanden. Der Inhalt der Wahnideen geht wieder zurück auf das Trauma oder sich an dieses anschließende andere Erlebnisse (Ermordung einer Frau). Diagnostisch wäre das gleiche zu sagen, wie in den vorhergehenden zwei Fällen. Immerhin neigt E. G. etwas dazu, sich affektiv einzuspinnen, wenn er auch für seine Auffassung gute Gründe hierfür angeben kann; wenn einer der drei beschriebenen Fälle von Imbezillität später doch noch deutlich schizophrene Züge aufweist, so dürfte es am ehesten dieser dritte sein. Nach dem vorliegenden Material haben wir aber auch bis jetzt hier keinerlei Grund, eine andere Diagnose zu stellen als die der Imbezillität mit katathymen Disposition.

Der Fall wäre nach anderer Richtung hin verführerisch, um nach unbewußten Zusammenhängen von gefühlsbetonten Erinnerungen aus der Kindheit mit Art

und Inhalt der späteren Wahnbildung im Freudschen Sinne zu suchen. Der Patient selbst ging aber trotz häufiger Bemühungen bisher nicht auf die Nachforschungen in dieser Richtung ein, und so ist das Material viel zu spärlich, um irgendeinen Zusammenhang sicher annehmen oder ablehnen zu können. Gerade bei der Untersuchung psychotischer Zustände dürfte es wohl noch wichtiger sein als bei Psychoneurosen, nur mit vollwertigem Materiale Untersuchungen im Freudschen Sinne anzustellen; der Neurotiker kann bei einer Analyse noch mehr oder weniger imstande sein, selbst zu korrigieren, wenn falsche Fährten eingeschlagen werden; der Geisteskranke gibt sich uns aber, wenn wir überhaupt eindringen können, viel mehr als passives psychisches Objekt. Von diesem Standpunkte aus gibt uns auch z. B. neben vielen interessanten Gedanken die Freudsche Analyse von Schreber¹⁾ kein sichergestelltes Material, auf dem wir weiterbauen können. Ob eine solche willkürliche Zusammenstellung der Äußerungen eines Schizophrenen nach bestimmten Arbeitshypothesen bei der heute bestehenden Neigung zu Mißverständnissen auf diesen Gebieten nicht mehr schadet als nützt? — Die vorliegende Arbeit ging rein von symptomatisch-diagnostischen Gesichtspunkten aus und mußte deshalb auf die Zusammenhänge mit den Erscheinungen des Unbewußten verzichten. Es ist dies eine Lücke, die bei dem heutigen Stand unserer Kenntnisse für den hier speziell verfolgten Zweck nicht wesentlich in Betracht kommt.

4. „Höherer Blödsinn.“

Fall 9. J. H., männlich, geboren 1849. Mutter Psychopathin, Onkel mütterlicherseits Potator, ein Bruder geisteskrank. In der Schule zeigte Patient nie Lust zum Lernen, kam schlecht vorwärts, wollte entgegen dem Wunsch seiner Familie keine höheren Bildungsanstalten besuchen. Mit 20 Jahren trat er zu einem Naturarzt in die Lehre und begann kurz darauf eine unaufhörliche Betriebsamkeit zu entfalten. Vom Jahr 1870 bis 1905 gab er viele Dutzende Broschüren und Bücher heraus, die sich besonders mit der natürlichen Lebens- und Heilweise, sexuellen und philosophischen Fragen befaßten; er griff insbesondere immer selbstbewußter die Ärzte und die diesen Vorschub leistende Regierung an; es seien hier aus einer großen Liste nur einige wenige Titel genannt.

Die Wissenschaft vom körperlichen, geistigen und sozialen Leben.

Venus und Adonis.

Einleitung in die Grundlehre der Naturheilwissenschaft.

Menschensystem.

Einleitung in die Grundlehre der Fieberbehandlung.

Die Wissenschaft vom Menschenleben.

Die totale Nichtigkeit der medizinischen Heilmethode.

Über die Ursache des geistigen Niedergangs in Presse und Literatur.

Das mechanische Prinzip des Organismus.

Die organische Kraftbildung.

Der Erlösungsgedanken, dargelegt an dem Leitfaden der gegensätzlichen Wechselbeziehungen.

Neues Programm des Geistesbundes vereinigter Wahrheitsforscher.

Die Einheit der Grundgesetze.

Lebensmagnetismus und Lebensreiz.

Nationaler Geistesbund.

¹⁾ Freud, Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). Jahrb. f. psychoanalytische und psychopathologische Forschungen 3, 9.

Der Erlösungsgedanke der Gottheit in dem Einheitsprinzip der Natur und Geisteswelt.

Über die geheimnisvollen Trieb- und Heilkräfte der Phantasie.

Die Erziehung durch die Kunst und den nationalen Gedanken.

1883 wurden seine Schriften einmal in Deutschland mit Beschlag belegt, wahrscheinlich wegen Majestätsbeleidigung; er erhielt einige Wochen Haft. 1885 verklagten ihn einige unzufriedene Kunden wegen Betrugs. Ein zugezogener Sachverständiger erklärte ihn für geisteskrank, worauf sich der Patient den weiteren Verhandlungen durch die Flucht nach der Schweiz entzog. Durch die Unmenge von Publikationen wurde der Mann bekannt und sammelte eine Art Gemeinde um sich, die unter dem Namen „Verein der Anhänger J. H.s“ über ganz Deutschland verbreitet war und fest an die große Bedeutung des Kranken glaubte. Durch seine ärztliche „Praxis“, die meist schriftlich betrieben wurde, hatte er zeitweise Einnahmen von 4000—6000 Mk. im Monat. Er lebte dabei komfortabel, brauchte aber nicht übermäßig für sich, sondern gab alles wieder für den Druck seiner neuen Werke und Reklame aus. In seinen Schriften erklärte er beständig von sich selbst, daß er zu den größten Geistern aller Zeiten gehöre; er las viel, und so bestand der Inhalt seiner Publikationen hauptsächlich aus Zitaten, die er mit vielen Fremdwörtern und einer Reihe unverständlicher Phrasen aneinander reihte. Das „Prinzip“, das ihn früher beherrschte und das immer wiederkehrte, war das der „Gegensätzlichkeit“. Aus ihr sollte alles Gute entstehen, alle Gesundheit und aller Fortschritt. Er gründete mit seinen nächsten Anhängern den „Lebensbund“; auch gegen diesen mußte ein Gegensatz da sein und, da er gerade damals mit seiner Frau im Streit lag, erklärte er, daß diese einen Teufelsbund gegen ihn gegründet habe. Die Hohlheit und Unklarheit der Ausführung des Patienten ist z. B. aus folgendem Inserat ersichtlich: „Körperliches, geistiges und soziales Elend haben Grundursachen, welche in ihrem innersten Wesen noch nicht richtig erkannt wurden. Leben ist Bewegung und diese ein Produkt von Druck („Reiz“) und Gegendruck. Demgemäß kann nur aus der Aufeinanderwirkung von Gegensätzen Leben und Kraft hervorgehen. Da nun alles Lust-, Lebens- und Gesundheitsgefühl ein Produkt erzeugter Kraft ist, so kann man alle körperlichen, geistigen und sozialen Krankheiten auf gestörte Gegensätzlichkeit und die dadurch bedingte Schwäche zurückführen.“ Wollte J. H. mündlich vor einem größeren Publikum referieren, so ging es gelegentlich schlecht: In Berlin mietete er einmal einen der vornehmsten Säle und machte große Reklame für einen Vortragsabend über den „durchsichtigen Menschen“; das Publikum merkte bald gar zu deutlich, daß er selbst nicht wußte, was er sagen wollte, und stürmte die Kasse, wobei er mehrere tausend Mark Schaden hatte. Den Satz seiner Broschüren ließ er jahrelang beim Drucker stehen, damit man sofort neue Auflagen drucken könne, trotzdem gar kein Bedürfnis dafür vorhanden war; dabei wußte er nicht einmal, daß er für die Miete des Satzes hohe Preise bezahlen mußte. Er baute sich eine teure Villa, richtete durchaus unnötigerweise verschiedene Geschäftsfilialen ein und kaufte sich zur Zeit, als er schon von anderen Geld entleihen mußte, ein Eisenbahnabonnement I. Klasse für die ganze Schweiz. Schließlich wurden die geschäftlichen Verhältnisse 1903 dermaßen zerrüttet, daß von allen Seiten Klagen einliefen. Die Familie stellte einen beschäftigungslosen Arzt an, um einigermaßen Ordnung in die Angelegenheiten zu bringen; diesem fiel die maßlose Selbstüberhebung und eine ausgesprochene Ideenflucht J. H.s auf. Er wurde schließlich zur Beobachtung in unserer Klinik interniert, wo man einen deutlichen angeborenen Schwachsinn, speziell für alle irgendwie höheren Begriffe, feststellen konnte. Diese Imbezillität ließ sich für alle komplizierteren Assoziationsverbindungen auf den untersuchten Gebieten nachweisen, es wurde deshalb seine Bevormundung beantragt und durchgeführt. Auf Betreiben seiner treu gebliebenen

„Anhänger“ wurde er noch einmal freigelassen, machte aber bald wieder so viel Dummheiten, daß er neuerdings in einer Anstalt untergebracht wurde, wo er nun seit 7 Jahren genau beobachtet werden konnte. Eine persönliche Nachuntersuchung im Januar 1912 ergab den gleichen Stand geistiger Schwäche wie vor 8 Jahren. Die Stimmungslage ist stets euphorisch mit leichter Reizbarkeit und Ablenkbarkeit und recht deutlich hervortretender Ideenflucht, immerhin hat seine Arbeitskraft in den letzten Jahren, wohl infolge des Alters, etwas nachgelassen; dieser Abnahme der Energie ist es wohl auch zuzuschreiben, daß der Expl. lange nicht mehr so fest in seinen Assoziationsbahnen drin steckt, wie vor 8 Jahren. Er gibt nach kurzer Diskussion zu, daß er sich ja täuschen könne, daß ihm ja die nötige Bildung fehle und daß es ihm wertvoll sei, von ihm geistig Gleichstehenden belehrt zu werden. Das „Prinzip der Gegensätzlichkeit“ hält er immer noch für wertvoll, hat es aber durch die „Regel der Gleichförmigkeit“ ergänzt; gerade wegen des Gegensatzes der beiden Prinzipien sei ja wieder die Forderung seines früheren Grundsatzes erfüllt. Schließlich erklärt er, daß er an diesen Einzelheiten nicht absolut festhalte; die Hauptsache sei für ihn, daß er dem ihm seit frühester Jugend innewohnenden Drang, irgendwie der Menschheit nützen zu können, nachleben dürfe; auf welche Art das geschehe, sei ihm nebensächlich. Aus diesem altruistischen Tätigkeitstrieb heraus lasse sich sein ganzes Leben erklären. Er sehe selbst ein, daß er viel betrogen worden sei, und daß er seine Ziele zu hoch gesteckt habe.

Wir sehen in diesem Kranken einen jener schriftstellernden Schwachsinnigen, die so leicht eine unkritische Menge zu ihrer Gefolgschaft bekommen. Diese Zustände wurden schon früher, wie ich durch mündliche Überlieferung erfahren habe (das Zitat kann ich nicht finden) von Bernhard Gudden, als „höherer Blödsinn“ bezeichnet; ich glaube, daß dieser Name durchaus gut ist und beibehalten werden sollte. Der intellektuelle Defekt ist derart, daß er bei einfacheren Assoziationen nur wenig oder gar nicht, hauptsächlich aber bei komplizierteren Gedankenverbindungen zutage tritt. Der Unterschied gegen die gewöhnlichen Formen von Schwachsinn liegt einesteils in diesem geringeren Defekt, andererseits in dem Trieb dieser Menschen, sich gerade auf dem Gebiet jener abnormen komplizierteren Assoziationsverbindung beständig zu bestätigen. Würden sie sich mit der Erfüllung der praktischen Anforderungen des Lebens begnügen, so träte ihr Defekt ebenso wenig in die Erscheinung wie der vieler Schwachbegabten, die in einer ihrer Anlage entsprechender Lebensstellung anstandslos fortkommen. Dazu kommt noch, daß diese höheren Blödsinnigen häufig moralisch mehr oder weniger defekt sind und so gleichzeitig, bewußt oder unbewußt, ihren Drang nach höheren, inhaltsreich scheinenden Assoziationsverbindungen zu Schwindeleien benutzen. Haben sie erst auf diesem Gebiete Erfolg, so wird naturgemäß ihr Glauben an sich selbst immer weiter gesteigert; hierher gehören wohl ein Teil der Erfindungsschwindler. Wir hatten in letzter Zeit Gelegenheit in unserer Klinik mehrere derartige Fälle zu beobachten, die ganz ähnlich wie J. H., aber nicht so beweisend sind, da sie nur durch kürzere Zeit hindurch verfolgt werden konnten. Da sie nur indirekt zu dem behandelten

Thema Beziehung haben, wird hier auf sie nicht näher eingegangen; sie sollen deshalb von anderer Seite aus unserer Klinik in nächster Zeit eingehender veröffentlicht werden. — Der Betätigungsdrang im Leben dieser höheren Schwachsinnigen entsprang in den Fällen, die ich selbst sah, einer ausgesprochenen chronisch-submanischen Verstimmung; bei J. H. war das besonders deutlich; die Kollegen, die ihn nun seit vielen Jahren täglich sehen, bestätigen mir, daß er sich beständig in krankhaft euphorischer Stimmungslage befinde; seine Reizbarkeit und besonders die Ideenflucht sind zu deutlich, um übersehen werden zu können. — Demnach würde ich hier den höheren Blödsinn als durch die Kombination zweier Störungen zustande kommend ansehen: einesteils die leichte Imbezillität¹⁾, die sich insbesondere im Gebiet der höheren intellektuellen Verbindungen zeigt, andernteils die manische Verstimmung, die den Trieb zu dem unaufhörlichen Schaffen mit dem defekten Material abgibt. — Wie unten näher ausgeführt wird, kann auch eine einfache manische Verstimmung Wahnideen verursachen, indem das Übergewicht des affektiven Antriebes so stark wird, daß der logische Zusammenhang ihm nicht widerstehen kann. Im Falle des J. H. ist diese Möglichkeit noch vergrößert, da eben auch die Logik ab ovo defekt ist; so sehen wir in der Tat die ganzen schriftstellerischen Werke des Patienten von falschen Ideen erfüllt. Ihre Unkorrigierbarkeit wird nach der jeweiligen Stärke des manischen Antriebs geschwankt haben; 1903 hielt er sehr fest an seinen Ideen; in den letzten Jahren gab er leicht nach.

Es wird also hier wohl zu einzelnen Wahnideen kommen, aber nicht zur Ausbildung eines katathymen Systems; denn, wie oben auseinander gesetzt, bedarf es hierzu der Einordnung des Wahninhalts unter Richtungslinien, die von einem mehr oder weniger einheitlichen Komplex affektbetonter Vorstellungen ausgehen. Ein solcher Komplex fehlt hier und ist auch nirgends im Inhalt der Wahnideen selbst ersichtlich. Die allgemeine Selbstüberschätzung darf nicht hierzu gerechnet werden, denn sie ist ein Produkt der manischen Stimmungslage und wird verstärkt durch den Erfolg. Es dürfte nicht zufällig sein, daß in den drei vorher beschriebenen Fällen von Imbezillität mit ausgesprochenen katathymen Symptomen der Komplex jeweils mit einem schweren psychischen Trauma verbunden war, während wir bei J. H., und auch bei den ihm ähnlichen Fällen, die mir bekannt sind, ein solches vermissen. Natürlich dürfte gelegentlich auch ein höherer Blödsinniger ein schwereres psychisches Trauma erleiden; es wäre dann

¹⁾ Ich muß es offen lassen, ob die Art dieses intellektuellen Schwachsinnes außer seiner Beziehung besonders zu höheren Assoziationsverbindungen noch andere besondere Züge hat; es wäre ja möglich, daß nur die mit Manie kombinierten Fälle interniert werden müssen, während die anderen sich sozial halten.

aber sehr gründlich zu untersuchen, ob ein wirklicher Kausalzusammenhang zwischen diesem und der Erscheinungsweise der Symptome festgestellt werden kann. Zu dem mir vorliegenden Materiale scheint dieses Vorkommen zweifelhaft.

Demnach wäre die Wahnbildung bei dem hier beschriebenen Falle höheren Blödsinns nicht zentriert auf einen bestimmten affektiven Vorstellungskomplex, also nicht katathym; sie entspräche dadurch der Art der Wahnbildung bei den Affektpsychosen (siehe unten); es wäre also für diesen Gesichtspunkt die manische Komponente ausschlaggebend, die mit einer speziellen Art intellektueller Minderwertigkeit zusammen den höheren Blödsinn bildet. Ob man nun diesen Krankheitsbegriff als eine Kombination von chronischer Submanie mit Imbezillität auffassen will, oder ob man die manische Verstimmung als eine spezielle Disposition bei der Imbezillität (wie oben die katathyme Veranlagung) betrachten will, scheint mir unwichtig, so lange kein größeres Material wie bisher zur Entscheidung dieser Frage vorliegt. Es wird hierbei noch der allgemeine Standpunkt maßgebend sein, inwieweit man auch im übrigen die mit anderen Störungen kombinierten leichteren Erscheinungen von Affektverstimmungen als selbständige Bilder des manisch-depressiven Irreseins betrachten will oder nicht. — Auf jeden Fall scheint mir durch das völlige Fehlen des katathymen Typus beim höheren Blödsinn eine scharfe Grenze gegen die oben beschriebenen Fälle von Wahnbildungen bei Imbezillität psychologisch gegeben zu sein. Auch für die Unterscheidung der Kranken wie J. H. von Schizophrenen dürfte dieser Gesichtspunkt wesentlich sein. Die Assoziationsart des höheren Imbezillen ist im übrigen durchaus nicht leicht von den unscharfen, sprunghaften Gedankengängen gewisser Hebephrener zu unterscheiden. Abgesehen vom Verlauf und allen sonst etwa in Betracht kommenden Symptomen dürfte für diese Unterscheidung wichtig sein, daß gerade bei der Schizophrenie das Katathyme bei längerer Beobachtung gewöhnlich sehr in den Vordergrund tritt: diese Kranken werden gerade dann in ihren Ideen unklar, oder es stellen sich Sprünge oder Sperrungen ein, wenn der betreffende für die Art des Krankheitsablaufs wichtige Komplex berührt wird; beim höheren Imbecillen dagegen suchen wir nach diesem Komplex vergeblich. Die Assoziationsstörungen kommen durch die Affektlage und besonders die mehr oder weniger fehlende Logik zustande. Das Fehlen des Katathymen dürfte bei weiteren differentialdiagnostischen Studien in dieser Richtung wichtig werden.

5. Wahnbildung bei manisch-depressiven Formen.

Gustav Specht¹⁾ hat neuerdings energisch versucht, die Paranoia für die Gruppe der manisch-depressiven Formen anzusprechen. Zu bedauern ist, daß er uns bisher die den betreffenden Anschauungen zugrunde liegende Kasuistik vorenthalten hat. Bleuler hat sich schon ausführlich mit der theoretischen Ansicht Spechts auseinandergesetzt, daß gerade eine Mischung der manischen und depressiven Affektlage das beste psychische Agens zum Zustandekommen von Wahnsystemen im Sinne der Paranoia sei²⁾; auch die seitherigen Ausführungen dieses Autors konnten nicht überzeugender wirken, wie seine ersten Äußerungen. Was für die Erkrankung im Sinne der Paranoia typisch ist, ist nicht das Vorkommen der Wahnbildung im allgemeinen, sondern speziell die Systematisierung der Wahngebilde und zwar nach einem psychologischen Zentrum inhaltlich geordnet, also katathym. Der schwer Melancholische kann überhaupt nur noch denken, was negativ gefühlsbetont ist, und kommt deshalb zu seinen Kleinheitsideen; der manische Paralytiker ignoriert umgekehrt alle Passiven in seiner Bilanz und kommt so zum Größenwahn. Der Paranoiker oder in unserem weiteren Sinne der Katathyme, hat keine allgemeine Gefühlsverstimmung, sondern einen bestimmten Ideenkomplex, z. B. einen unerfüllbaren Wunsch, einen Schrecken, der durch den speziell hiermit verbundenen Affekt der logischen Bearbeitung entzogen ist. Eine allgemeine Verstimmung der Affektivität (im Sinne der Gehobenheit oder der Depression) kann also wohl zu einer Wahnbildung führen, aber nicht zur zentriert katathymen des Paranoikers; hierzu wird es nur dann kommen, wenn ein bestimmter (oder eventuell auch mehrere) Vorstellungskomplex im Gegensatz zu den übrigen psychischen Vorgängen besonders stark von einem Affekt betont und damit der logischen Beeinflussung ungenügend oder gar nicht zugänglich wird. — Die Depression und die Exaltation geben dem ganzen Denken eine bestimmte Richtung; die katathyme Störung dagegen bezieht sich nur auf einen bestimmten Komplex (eventuell auf eine Mehrzahl von Komplexen), das übrige Denken läßt sie an und für sich zunächst intakt; andere Symptome, z. B. bei der Schizophrenie, können dann selbstverständlich auf weiteren psychischen Gebieten Störungen verursachen und andererseits kann der katathyme Prozeß derart um sich greifen, daß dem Komplex ursprünglich fremdes Material, welches aber assoziative Beziehungen zu demselben hat, in denselben einbezogen wird und damit auch der katathymen Bearbeitung unterliegt. — Der Affektpsychotiker kann dem falschen Ablauf der logischen Funktionen über-

¹⁾ Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908, S. 817.

²⁾ Siehe Bleuler, Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. I. c.

haupt nicht mehr entgehen, wenn die Affektstörung einen gewissen Grad erreicht hat; der Katathyme dagegen bedarf, stets natürlich unter Annahme des Vorhandenseins der verursachenden Grundkrankheit, eines bestimmten Anlasses zur Entwicklung einer Wahnidee. Dabei ist es selbstverständlich, daß einerseits auch der Manische resp. Depressive seinen Wahn an bestimmte Erlebnisse knüpft, und andererseits auch der Katathyme bei starker Disposition relativ unbedeutende Erlebnisse zu seinen Wahnideen verarbeiten kann. Es entspricht dies theoretisch unserer praktischen Erfahrung, daß bei entsprechender Stärke der Disposition eine schizophrene oder paranoische Veranlagung sehr lange, vielleicht sogar ein ganzes Leben hindurch latent bleiben kann, wenn nicht ein bestimmtes Ereignis katathyme Symptome hervorruft. Es scheint mir wichtig, die Bedeutung dieses mehr oder weniger exogenen Traumas für manche Fälle hervorzuheben, ohne daß ich mich deshalb der so häufigen Mißdeutung aussetzen möchte, als suchte ich darin die eigentliche Ursache der Krankheit. Man wird wohl nicht dem Chirurgen vorwerfen, der den Ausbruch einer Knochentuberkulose nach einem Schlag auf das Bein konstatiert, er leugne damit die Bedeutung der Bacillen für die Entstehung dieser Krankheit. Ebenso gut sollte es gestattet sein, in der Psychiatrie nach eventuell sehr wichtigen auslösenden Momenten zu suchen, ohne sich dadurch dem beständigen Mißverständnis auszusetzen, man bestreite oder vernachlässige deswegen den innern Krankheitsprozeß.

Die Unterscheidung zwischen dem katathymen und dem auf der reinen Affektstörung entstandenen Wahn schließt nicht aus, daß nicht auch bei allgemeinen Affektstörungen sekundär wieder katathyme Prozesse vorkommen: der Größenwahn des Manischen ist für uns eine direkte Folge seiner Affektschwankung; besteht nun eine entsprechende Disposition des Individuums oder ein begünstigendes Verhalten der Umgebung, oder gar beides, so können die Wahnideen sich nachträglich auf dem Boden der Überempfindlichkeit gegenüber vorgekommenen Beeinträchtigungen der manischen Wünsche und Strebungen nach diesem bestimmten Komplex hin ordnen und so ein katathymes Syndrom bilden, nämlich den manischen Querulantenwahn. Es ist dies aber eine durchaus sekundäre Erscheinung auf dem Boden der Manie; es wäre ebenso unrichtig, hierauf basierend alle Fälle von Querulantenwahn für manisch zu erklären, wie wenn man wegen des gelegentlichen Vorkommens einer ausgesprochenen (sekundären) Manie bei einer Paralyse nun alle Manische für Paralytiker halten wollte.

Dieser Auffassung des prinzipiellen Unterschieds zwischen Affektpsychosen und Paranoia entspricht es, wenn Willmanns¹⁾ sagt, daß

¹⁾ Zur klinischen Stellung der Paranoia. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910, S. 204.

das für die Psychose wichtige Affektgebiet des Paranoikers im Gegensatz zum paranoiden Manisch-depressiven eng begrenzt sei und sich im wesentlichen auf den paranoischen Vorstellungskomplex beschränke. Ähnlich äußert sich Löwy¹⁾ in der Wernikeschen Ausdrucksweise dahin, das Ausschlaggebende sei der die überwertige Idee betonende „unerledigte Affekt“.

Es scheint mir wichtig, hier den Fall eines Manisch-depressiven mit querulanten Zügen ausführlicher wiederzugeben.

Fall 10. C. S., männlich, geboren 1836. Der Vater beging in einem melancholischen Schub Selbstmord, eine Schwester trank periodisch und starb an seniler Melancholie. Mit 11—12 Jahren machte Patient einen ersten Anfall von leichter Melancholie durch, in dem er eine Menge religiöser Skrupel hatte und mit einer „inneren Stimme“ kämpfen mußte. Mit 19 Jahren begann eine leichte Manie: Er wollte sein Handwerk aufgeben, in fremde Weltteile gehen, um als Missionar die Stimme Gottes zu predigen. Man konnte ihn überreden von der Reise abzustehen, worauf er mit großer Energie ohne jede Vergütung zwei Jahre lang seiner früheren Meistersfrau, die verwitwet und verarmt war, ihr Geschäft führte. In dieser Zeit sollte er zum Militär einrücken, weigerte sich aber absolut, da er Wichtigeres zu tun habe; es sei Gott wohlgefälliger, wenn er für eine arme Witwe arbeite, als wenn er zwecklos unter die Waffen gehe. Er lag deshalb jahrelang mit der Behörde in Streit und verstand es einen Teil der Bevölkerung seines Heimatstädtchens so aufzuhetzen, daß sich eine ganze Partei für ihn bildete und es fast zu Unruhen gekommen wäre. Nach 5 Jahren hatte er in diesem Streit alle Instanzen erschöpft und mußte schließlich einige Monate Gefängnis absitzen. Darauf trat eine ruhigere Periode ein, in der der Patient ein großes Geschäft gründete, das recht gut rentierte. Im Jahre 1869 trat er wieder kurze Zeit hindurch querulatorisch hervor und veröffentlichte ein deutlich ideenflüchtiges Pamphlet gegen die Behörden: „Ein Majestätsverbrechen oder die bezirksgerichtliche Versteigerung des Hauses R. (ein Musterbild unserer Rechtszustände), oder auch der Mächtigen soll nicht immer Recht haben.“ Den Grund zu dieser Schmähschrift gab sein gescheiterter Versuch, ein Haus zu ersteigern; er behauptete, daß man dabei unrechtmäßig gegen ihn vorgegangen sei und rief das Volk gegen die Beamten zu Hilfe. Anfangs der 70er Jahre muß dann eine mehr melancholische Periode eingetreten sein, in der er sich in die religiösen Schriften Böhmens vertiefte und eine große Bibelkenntnis erwarb. 1877 wurde er wieder manisch: er machte eine auf wenige Tage berechnete Geschäftsreise nach Stuttgart, wo ihm plötzlich einfiel, daß er einen Bruder im Westen der Vereinigten Staaten von Amerika besuchen könne; ohne sich von irgendjemand zu verabschieden oder sonstige Vorbereitungen zu treffen, reiste er direkt nach Hamburg und schiffte sich ein; nach 2 Monaten war er wieder zu Hause und ließ eine unzweifelhaft submanische Reisebeschreibung drucken. Nach seiner Rückkehr stürzte er sich in die Politik und gründete eine eigene Tageszeitung, an der es aber kein Redakteur aushielt, weil es unmöglich war mit dem Kranken zusammen zu arbeiten. Die Zeitung ging bald wieder ein, nachdem Patient ziemlich viel Geld daran verloren hatte. Ende der 80er Jahre nahm sein Zustand einen deutlichen zirkulären Verlauf an: Im Winter war er meist deprimiert und mit religiösen Skrupeln beschäftigt, im Sommer exaltiert und der typische submanische Querulant. Er spielte sich dabei als der Anwalt des Volkes gegen die Tyrannei der Behörden auf. Jede Verfügung der Obrigkeit, auch wenn sie sich mit ihm ganz fern-

¹⁾ Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910, S. 81.

liegenden Dingen befaßte, empfand er in diesem submanischen Stadium als gegen ihn persönlich gerichtete Verfolgung. Als die Regierung z. B. ihm in Nachachtung des Gesetzes ein neues Wirtschaftspatent verweigerte, veranstaltete er aus Rache eine Initiative zur Herabsetzung der Beamtengehälter. Mußte man in der Nähe seines Hauses elektrische Leitungen errichten, so ging er nachts hin und hieb die Stangen um. Im Frühjahr 1891 unternahm er dann ganz unvermittelt wieder eine größere Reise, die er unter dem Titel publizierte: „Innerhalb 30 Tagen von R. über Luzern, Luino, Genua, Neapel, Brindisi, nach Ägypten und Palästina und retour.“ In Palästina kaufte er große Mengen Weins, ohne daran zu denken, daß er durch den Transport verderbe; hierbei verlor er viel Geld. Nach Hause zurückgekehrt gründete er neben seiner Weinwirtschaft ein alkoholfreies Restaurant, eine Volksküche und eine Aussichtswirtschaft mit zoologischem Garten. 1894 kam er wieder in ein politisches Stadium, er reiste herum und wiegelte das Volk mit Angaben über seine eigenen großen Pläne und die Schlechtigkeit, mit der man ihn beständig verfolge, auf. Geldstrafen wegen Beamtenbeleidigung reizten ihn nur noch mehr. Er gründete wieder eine politische Zeitung, mit der er es erreichte, daß das Volk seines kleinen Heimatkantons eine Verfassungsrevision in seinem Sinne beschloß. Als der Verfassungsrat zusammengetreten war, wußte weder C. S. noch die anderen, was eigentlich zu verbessern sei. Seine Mitbürger wählten ihn zum Mitglied der Regierung; da er darin nichts leisten konnte, trat er selbst schon nach wenigen Monaten von dieser Stelle wieder zurück. Zwei Jahre lang war er dann ruhiger, bis er plötzlich wieder grundlos eine überseeische Reise antrat und ein halbes Jahr fortblieb. Im Sommer 1899 hatte er die unsinnige Idee, ein Pensionat mit 30 Betten in seinem Garten zu bauen. Als seine Familie hiergegen protestierte, wurde er sehr gereizt gegen sie und zog sich von allem zurück. Seine Frau wollte ihn an ihr Sterbebett rufen lassen, aber er kam in seinem Zorn nicht und ging auch nicht ans Begräbnis. Nun beantragte man seine Bevormundung; er protestierte, ging aber freiwillig zur Untersuchung in eine Irrenanstalt, da er seiner Gesundheit absolut sicher war. In dem damals von psychiatrischer Seite abgegebenen Zeugnis heißt es: „Patient hat einen Querulantenzug; durch diesen wird er in der manischen Erregung, wo er nur kann, die Behörden beschimpfen. Es handelt sich bei C. S. um ein zirkuläres Irresein. Zu einem Zweifel könnten nur die religiösen Wahnideen Anlaß geben, an denen Patient leidet, und an die sich direkt eine Art Sinnestäuschung anschließt. Es ist aber bei dem außerordentlich vielgestalteten Bild des zirkulären Irreseins keine Seltenheit, daß bei ihm Sinnestäuschungen und Wahnideen vorkommen, ja daß letztere sich in einer Weise für eine Zeitlang systematisieren und fixieren können, wie dies bei dem bekannten Bilde der Paranoia vorkommt, aber sich eben von dieser dadurch unterscheidet, daß es niemals zu einer dauernden Verschiebung der Persönlichkeit kommt; so ändern sich auch die Wahnideen beim Patient, je nachdem er sich im melancholischen oder manischen Zustand befindet.“ Der Kranke entwich nach kurzer Zeit aus der Irrenanstalt und widmete sich mit solcher Energie seinen unsinnigen Unternehmungen, daß die Behörden die zwangsweise Wiederinternierung anordnen mußten; als er die Wärter, die ihn abholen sollten, zu seinem Haus hereinkommen sah, tötete er sich durch einen Stich ins Herz.

Es handelt sich hier zweifellos um einen Manisch-depressiven, der in den expansiven Perioden querulatorische Tendenzen mit Größen- und Verfolgungsideen aufweist, dagegen besteht keine systematische Ausbildung und Gruppierung der Wahnideen, ihr Inhalt wechselt je nach den äußern Umständen; gleich bleibt nur die manische Betriebsamkeit. Die Publikationen des Kranken zeigen falsche und auch

in der öffentlichen Diskussion unkorrigierbare Ideen, die meist zerfahren sind und nur gelegentlich in einem äußern Anlaß eine gemeinsame Basis haben, so z. B. nach der mißglückten Haussteigerung. Aber diese teilweise Systematisierung, die hier in einzelnen Fällen nachweislich erst längere Zeit nach Beginn des manischen Schubs auftrat, tritt bald wieder zurück und wird durch andere, oft gar nicht verwandte wahnhaftige Ideen abgelöst. Eine systematische Ausbreitung und ein innerer Zusammenhang im Verlaufsbede der Krankheit oder des einzelnen Schubs fehlt durchwegs. Es handelt sich bei C. S. um einen Zirkulären, der von Jugend auf einen rechthaberischen Charakterzug hat, was bekanntlich durchaus nicht stets bei echten Paranoikern der Fall ist. Wird er manisch, so kommt er mit seiner Umgebung in Konflikt und ein einzelnes Erlebnis dabei kann die Ursache dafür sein, daß sich für kürzere Zeit einmal ein Teil seiner durch die Manie entstandenen Wahnideen systematisiert und dann einen inhaltlichen Zusammenhang hat. Diese querulatorischen Zeiten und Publikationen zeigen einige katathyme Züge in der Art der Verfälschung seines Gedankengangs; aber diese sind durchaus vorübergehend und sekundär auf dem Boden der manischen Wahnbildung entstanden. — Die Sinnes-täuschungen, von denen in dem zitierten Zeugnis die Rede ist, beziehen sich auf religiöse Erleuchtungen und Mitteilungen der „inneren Stimme“, die keinesfalls als Beweis für das Vorhandensein schizophrener Störungen gelten können; in dieser Richtung konnte auch sonst bei dem Falle nichts gefunden werden.

Es ist nicht einzusehen, warum wir einen Kranken wie C. S. irgend ernstlich mit einem echten Paranoiker vergleichen können. Die Unterschiede der Entstehung und Entwicklung der Wahnsymptome sind so groß, daß sie nach dem oben Gesagten wohl nicht mehr diskutiert werden müssen. — Es dürfte allerdings wohl Fälle geben, wo die Unterscheidung schwieriger oder gar unmöglich wäre, denn warum sollte es nicht vorkommen, daß eine echte paranoische Wahnbildung einmal bei einer manisch-depressiven Disposition vorkommt? Das dürfte aber doch keinerlei Grund dafür bilden, die Grenzen im Sinne Spechts ganz zu verwischen. Wenn die Ansicht dieses Autors stimmen würde, daß gerade die manisch-depressive Affektlage und besonders die Mischaffekte das Auftreten der echt paranoischen Symptome verursachen würden, so wäre hierfür gerade im Falle C. S. ein guter Boden vorhanden: Bei ihm tritt in dem politischen Milieu, dem er angehörte, ein häufiger Wechsel der affektiven Perioden auch mit gemischten Zeiten ein. Trotzdem kommt es zu keinerlei tieferer oder andauernderer Systematisierung, sondern es besteht eine Art der Wahnideen mit auffallender Zerfahrenheit und Unbeständigkeit, wie sie für den echten Paranoiker durchaus undenkbar ist.

6. Wahnbildung bei Schizophrenien.

Bei diesen Krankheitsformen ist das Auftreten katathymer Wahnsymptome sicherlich am häufigsten. Mit Bleuler können wir sagen, daß es sich dabei aber stets um sekundäre Krankheitserscheinungen handelt, und daß diagnostisch die Bedeutung des Wahngebildes als solches nicht überschätzt werden darf; fehlen die typisch schizophrenen Assoziationsstörungen, die Beeinträchtigung der Affektivität im Sinne des Autismus und andere nur bei Schizophrenie vorkommende Symptome, so haben wir trotz einem täuschend paranoisch aussehenden Wahnsystem nicht das Recht, die Diagnose mit Sicherheit auf Dementia praecox zu stellen. Durch die primären Symptome der Assoziations- und Affektstörung wird aber die Einsicht in den psychologischen Inhalt der Wahnsysteme häufig erschwert. Auf der einen Seite verlieren die Kranken durch den wachsenden Autismus das Interesse, ihre seelischen Erlebnisse zu äußern oder darin von der Umgebung verstanden zu werden. Andernteils beeinträchtigen die tieferliegenden Assoziationsstörungen und die Neigung zum Gebrauch symbolischer Ausdrucksmittel die Durchsichtigkeit der Wahnbilder.

Die Schizophrenie ist sowohl in bezug auf Häufigkeit wie auf Mannigfaltigkeit das Eldorado der katathymen Symptome. Sowohl die wahnhaften Erscheinungen wie besonders auch die Sinnestäuschungen, gewisse Arten von Benommenheitszuständen und andere sekundäre Erscheinungen stehen inhaltlich weitgehend unter dem Einfluß der affektbetonten Vorstellungskomplexe. Es ist nicht der Zweck dieser Arbeit, auf diese Punkte näher einzugehen, die in einer größeren Zahl früherer Arbeiten aus der Züricher Klinik dargestellt wurden, deren Auffassung man aber an vielen Orten mißverstand. Ich muß hier speziell auf die theoretischen Ausführungen Bleulers in seiner Monographie über die Schizophrenien (10. Abschnitt), und auf die Arbeiten Jungs verweisen. Speziell bei den dieses Gebiet betreffenden Publikationen des letztgenannten Autors¹⁾ beging man vielerorts das Unrecht, auch bei uns durchaus nicht allseitig geteilte Arbeitshypothesen als das Wichtigste der neuen Auffassungen anzusehen und darüber das Wertvolle zu ignorieren.

Ich will hier nur ein einziges Beispiel anführen, an dem ersichtlich ist, wie durch eine Verschiebung des Inhaltsgebiets der Wahnfabel bei einem Paranoiden das Katathyme durchaus verschleiert werden kann; wenn es dann nicht gelingt diesen Zusammenhang aufzudecken, so scheint in solchen Fällen ein den Inhalt der Symptome bestimmender,

¹⁾ Jung, Über die Psychologie der Dementia praecox. Marhold, Halle 1907.— Eine zuverlässige Untersuchung des Systems einiger Paranoiden publizierte A. Mäder, Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken. Jahrb. f. psychoanalytische und psychopathologische Forschungen. 2. Band S. 185.

aus dem persönlichen Leben genommener, stark affektbetonter Vorstellungskomplex zu fehlen, während er in Wirklichkeit doch von Anfang an eine ausschlaggebende Rolle bei der inhaltlichen Determinierung der Symptome gespielt hat.

Fall 11.¹⁾ R. B., männlich, geboren 1889, Bauer. Der Vater und der einzige Bruder starben an Lungentuberkulose. Der Patient war von Jugend auf hypochondrisch angelegt, sehr intelligent und strebsam. Mit 20 Jahren wurde er, als sein Bruder in ein Lungsanatorium gebracht werden mußte, immer zurückgezogener, hatte Angst, auch schwindsüchtig zu werden, weigerte sich den Bruder zu besuchen und an dessen Beerdigung teilzunehmen. Bald darauf brach er den Verkehr mit allen Menschen, ausgenommen seiner Mutter, ab und vernachlässigte die Bearbeitung seines ererbten Gutes. Ein Jahr später, im Frühjahr 1910, traten zuerst religiöse Erscheinungen auf: Er sah Engel, die ihm verkündeten, daß der Heiland sei, daß er bestimmt sei die Welt zu retten und ihr speziell ein sicheres Heilmittel gegen die Tuberkulose zu bringen. Im Sommer 1910 ging er sehr häufig zum Pfarrer und wollte diesen von seiner Messiasmission überzeugen, schließlich verlangte er von dem Pfarrer, daß er ihn als Sohn adoptiere. Als der Geistliche dies ablehnte, wurde er sehr erregt, behauptete, daß man ihn hintergehe, und daß der Pfarrer seinen eigenen Sohn an seiner Stelle zum Messias machen wolle. Schließlich überfiel er einmal den alten Herrn vor dem Pfarrhaus und konnte nur mit Mühe von Dazukommenden verhindert werden, ihn zu töten. Daraufhin interniert, äußerte er ganz spontan einige Wochen später ohne jede besonders eindringliche Befragung oder gar Suggestion: „Er hätte immer den Trieb in sich gespürt, höher hinaufzukommen, mehr als ein Bauer zu werden und eine recht gescheite Frau zu bekommen; den Gipfel der Bildung und der Schönheit stellten für ihn seit seiner Knabenzeit die verschiedenen Töchter des Pfarrers dar; die Engel, die ihm seit dem Frühjahr 1910 erschienen, seien in Wirklichkeit die Töchter des Pfarrers gewesen; sie hätten ihm versprochen, daß er sie lieben dürfe, und oft seien sie auch nachts bei ihm geblieben, und er habe in geschlechtlichem Verkehr mit ihnen eine merkwürdige Kraft in sich wachsen gespürt; er wisse wohl, daß sie nach der Meinung der anderen, in Wirklichkeit wohl nicht bei ihm gewesen seien, aber für ihn sei das ganz gleichgültig, denn er habe alles gerade so erlebt, wie wenn es wahr wäre. Darauf hätte ihm eine Stimme gesagt, er müsse zum Pfarrer gehen und mit diesem wegen einer dauernden Verbindung mit einer oder mehreren seiner Töchter verhandeln, der Geistliche habe ihn aber nie recht verstanden. Mit dem Verlangen der Adoption habe er gemeint, er könne dann eben dauernd bei den Töchtern bleiben; als der Pfarrer dies ablehnte, habe er ihn töten müssen, um doch zu seinem, ihm vom Himmel zugesagten Rechte zu kommen. Es spielten dann noch Eifersuchtsideen gegen den Pfarrer mit, den er in seinen Phantasien in zweifelhaften Situationen mit den eigenen Töchtern zu sehen glaubte, während er zu merken wähnte, daß man ihm selbst die alte Frau Pfarrer zur Geliebten geben wolle. Nachdem R. B. diese Angaben gemacht, spielten die Pfarrerstöchter eine Zeitlang auch in seinen Halluzinationen während der Anstaltsbehandlung eine größere Rolle: So merkte er, wie ihm der Samen herausgezogen wurde, der dann in die halluzinierte Pfarrerstochter hineinfuhr. Mehrmals sah er auch die betreffenden Mädchen mit dicken Bäuchen herumlaufen. Für die Verdeckung des katathymen Inhalts der Sinnestäuschung durch die Symbolisierung sind folgende Äußerungen dieses Kranken interessant: eines morgens erzählte er, daß er nachts in seinem Schlafzimmer plötzlich eine Röte an der Decke gesehen habe, auf deren Mitte eine weiße Wolke lag; dann kam von rechts her der Heiland, und es war, wie wenn es herabregnen würde. Hinter

1) Der Fall wird an anderer Stelle noch ausführlicher publiziert werden.

dem Heiland war ein Völkerheer. Gefragt, was er dabei denke, äußerte er zuerst, das sei wie in der Bibel, der Messias, der auf einer weißen Wolke zum jüngsten Gericht komme, es sei ihm aber gleich dabei aufgefallen, daß es auch eine Jungfrau im weißen Kleid auf einem roten Sofa darstellte; das Sofa habe die gleiche Farbe wie das beim Pfarrer, dessen Tochter oft weiß angezogen gewesen sei, und er sei dann wohl der draufsitzende Messias, von dem es regne. Wer den Kranken bei dieser Erzählung beobachten konnte, für den ist er sicher, daß es sich hierbei um ein bedeutungsvolles inneres Erlebnis eines ganz für sich abgeschlossen lebenden Menschen und nicht etwa um eine nachträgliche Phantasieauslegung handelt. Die Häufigkeit dieser Art der Beobachtungen bei Schizophrenen ist der Anhaltspunkt dafür, daß es sich nicht um einen Zufall, sondern um eine Gesetzmäßigkeit handelt, bei der der Komplex — hier also die Liebe zu den Pfarrerstöchern — inhaltgebend für die Symptome der Krankheit ist. Die Krankheit hat bei R. B. seither bedeutende Fortschritte gemacht, es traten katatone Symptome, Nahrungsverweigerung, Stupor, Mutacismus usw. auf, so daß der Patient jetzt völlig unzugänglich geworden ist. Wichtig ist noch, daß der Pfarrer während der Latenzperiode und dem Beginn der Krankheit nie etwas von der Liebe des Kranken zu seinen Töchtern, sondern nur von dessen religiösen und medizinischen Ideen wußte; nachdem wir ihn über die Zusammenhänge aufgeklärt hatten, fielen allerdings ihm sowohl wie seiner Familie manche Eigentümlichkeiten des Patienten in dieser Richtung von früher her ein. Es ist nicht anzunehmen, daß etwa der Komplex auf die Pfarrerstöchter erst später entstanden und nur zur Erklärung der religiösen Ideen benutzt wurde. Der Kranke schildert die ganze Art der Erscheinungen so glaubwürdig, und ohne Widerspruch, nur mit Ergänzung dessen, was er früher sagte, daß hier eine Symbolisierung des Katathymen angenommen werden kann. Warum sollte der Affekt auf die Pfarrerstöchter plötzlich bei der Internierung in die Anstalt entstanden sein, wenn er früher nicht vorhanden gewesen wäre? Daß Schizophrene eine große Tendenz zur völligen Abschließung ihrer intimeren Gefühle vor der Außenwelt haben, ist auch sonst wohlbekannt. Es ist interessant, daß der Wunsch nach Unterdrückung der gefürchteten Krankheit (Schwindsucht) direkt, durch eine Gabe vom Himmel, realisiert wird, während die sexuellen Aspirationen in das religiöse Gebiet transponiert werden.

Ich führe den Fall hier speziell als Beispiel dafür an, wie leicht gerade bei der Schizophrenie intellektuelle Verschiebungen der katathym determinierten Symptome vorkommen, die den ganzen Inhalt entstellen oder unkenntlich machen können. Je häufiger es uns gelingt, derartige Fälle ganz objektiv — ohne jede Suggestion — auf die Genese des Symptominhalts hin zu prüfen, einen desto besseren Einblick werden wir in die psychischen Zusammenhänge der Schizophrenen bekommen, und desto klarer wird uns die Bedeutung der affektbetonten Vorstellungskomplexe für die katathymen Erscheinungen auch hier werden.

Was von dem Standpunkte des speziell hier behandelten Symptoms aus die Differentialdiagnose betrifft, so ist darüber folgendes zu sagen: Wir dürfen nicht erwarten, daß die Abgrenzung der paranoiden Fälle von Schizophrenien gegen die Paranoia hin durch die bessere Kenntnis des katathymen Inhalts der Wahnideen wesentlich gefördert werde, denn die Komplexmechanismen sind bei beiden Krankheiten die gleichen. Die weitgehend einheitliche Durchbildung und Ausbreitung des

Wahnes ist bei den paranoiden Formen nicht sehr häufig, aber sie kann doch auch vorkommen. Die Unterscheidungsmerkmale müssen auf andern Gebieten liegen, speziell in dem Vorkommen positiv für Dementia praecox sprechender Symptome. Wir nehmen auch an, daß es hier Grenzfälle gibt, die man nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse weder sicher der einen noch der anderen Gruppe wird zuteilen können. Auch der Verlauf wird hier nicht ausschlaggebend sein, da erst spät beginnende Formen des Paranoids eine ganz ähnliche Entwicklung wie die Paranoia zeigen können. Von den vier Fällen, die Bleuler 1906 als Beispiele von Paranoia publizierte, ist bei dreien auch heute noch diese Diagnose durchaus aufrecht zu halten; bei einem sprach er schon damals den Verdacht aus, daß es sich hier möglicherweise doch um eine verkappte Dementia praecox handeln könne; gerade dieser hat sich seither im Sinne einer Schizophrenie entwickelt, ist aber heute, trotz vielfacher Halluzinationen und Stereotypien, noch so gut affektiv erhalten, daß er sich von allen anderen Katatonien ähnlicher Art wesentlich unterscheidet. Es scheint mir durchaus wahrscheinlich, daß sich gerade in diesem Zwischengebiet zwischen Paranoia und Schizophrenie mit der Zeit eine Gruppe von Fällen wird aussondern lassen, bei denen die sonst in langen Schüben der Dementia praecox doch nie fehlende affektive Verblödung ausbleibt; jedenfalls müßte aber dann der Unterschied auf anderen Gebieten wie in der katathymen Determinierung der Symptome liegen, da hierin sich diese Gruppen gleich verhalten.

Die folgende Kranke gibt Anlaß zur Diskussion einer anderen Seite der Differentialdiagnose nach unserem symptomatologischen Gesichtspunkte hin.

7. Wahnbildung bei Pseudologia phantastica.

Fall 12. E. G., weiblich, geboren 1869. Der Vater arbeitete jahrzehntelang an einem Perpetuum mobile und hoffte dabei stets auf ein ganz fiktives Millionenerbe einer ausgewanderten Verwandten; er kam immer mehr herunter und litt wahrscheinlich an einer leichten paranoiden Schizophrenie. Die Mutter war eine Schwindlerin, die nach dem frühen Tod des Vaters mit der Patientin ein unstetes Leben führte. Die Kranke prostituierte sich früh, und schwindelte 20jährig einer debilen Verwandten ihr Vermögen ab, indem sie erklärte, sie als Fronfastenkind könne ihr übergebenes Geld in eine Armenseelenkasse bei Jerusalem legen; dadurch bekämen verstorbene Verwandte bessere Posten im Himmel. E. G. wurde dafür mit 9 Monaten Arbeitshaus bestraft, versuchte aber selbst in der Haft zu stehlen und Schwindelbriefe zu schreiben. Vom 20. bis 35. Jahre lebte die Patientin ausschließlich von Schwindel, den sie zuerst mit der Mutter, dann mit einem Trunkenbold, den sie geheiratet hatte, zusammen betrieb. Sie fing es recht schlau an, so daß sie selten erwischt wurde; mehrmals konnte sie sich in der Untersuchung herauslügen; 1900 erhielt sie aber doch eine Strafe von 3 Jahren Zuchthaus, nachdem sie viele Leute unter der Angabe des baldigen Eintreffens des schon von ihrem Vater erwarteten Millionenerbes um ihr Geld gebracht hatte. Im Zuchthause suchte sie

wieder die Aufseherinnen von der Wirklichkeit ihrer Erbaussichten zu überzeugen; daneben simulierte sie auf raffinierte Weise körperliche Krankheit. Aus der Haft entlassen, trieb sie ihre Schwindeleien ganz gleich weiter, sie glaubte wahrscheinlich teilweise selbst an die Erbschaft und schrieb auch Briefe in der Sseache an diplomatische Behörden. Mit der Zeit tauchten Ideen auf, daß ihr in der Erbschaft auch große Diamant- und Goldfelder in Südafrika zugefallen seien. 1906 benutzte die Kranke eine senile Frau, die fest an ihre Erzählungen glaubte, um bei Drittpersonen Geld für ihre Schwindeleien aufzunehmen; dabei wurde sie verhaftet und zur Begutachtung eingeliefert. Sie erwies sich als ein typischer Fall von *Pseudologia phantastica* mit vielen hysterischen Zügen. An ihren Schwindeleien hielt sie absolut fest, wobei sie uns wohl zum Teil anlog, zum Teil selbst daran glaubte. Während der Begutachtung schwindelte sie weiter, wo es nur Gelegenheit gab, auch dann, wenn sie sich damit schadete. Die Pseudologie war auch aus ihren Handarbeiten, ihrer Kleidung, Schrift usw. deutlich ersichtlich, von affektiver oder intellektueller Demenz oder irgendwelchen Sinnestäuschungen ließ sich nichts nachweisen. Auffallend war einzig eine zwar deutliche aber äußerst steife psychische Erotik, mit der man keinerlei affektives Mitgefühl haben konnte, während Fälle von reiner Pseudologie auf psychosexuellem Gebiet sonst doch eher allzu lebhaft und anschniegender im Sinne entsprechender Fälle von Hysterie veranlagt sind. Wir wagten aber nicht aus diesen vereinzelt Andeutungen von Autismus speziell im Gebiete der Sexualität weitere diagnostische Schlüsse zu ziehen. E. G. wurde wegen *Pseudologia phantastica* nicht weiter strafrechtlich verfolgt, aber wegen Gemeingefährlichkeit interniert. In der heimatlichen Anstalt hat sich nun, schon bald nach unserer Beobachtung beginnend, eine ausgesprochene Schizophrenie bei der Patientin eingestellt. Die pseudologischen Phantasien haben sich zu immer sinnloser werdenden Größen- und Verfolgungswahnsystemen ausgebildet: sie behauptet, 600 Zeugen dafür zu haben, daß das ihr vom Vater angeblich übergebene Perpetuum mobile in Gang gekommen sei; sie besitze auch ein neues Patent zur Herstellung künstlichen Gummis, mit dem sie jederzeit Millionen verdienen könne. Einzelne Regierungen würden sie beschützen, andere sie verfolgen; nächstens werde eine Armee anrücken, um die Irrenanstalt, in der sie interniert ist, zu erobern. Sie steht unter dem Einfluß beständiger Gehörshalluzinationen; sie muß Zeuge sein, wie man nächtlich ihre Kinder martert. Ihre phantastischen Zeichnungen sind nicht mehr verständlich; der Gedankengang ist abgerissen; sie beschreibt beständig Zettel mit unverständlichen Sätzen. Stundenlang schimpft sie ohne jeden Rapport mit der Umgebung zum Fenster hinaus; so kann sie nur noch auf der unruhigsten Abteilung der betreffenden Anstalt gehalten werden.

Wir sehen in der Kranken einen Fall, der sich klinisch in keinem wesentlichen Punkte von der Delbrückschen *Pseudologia phantastica* unterschied und sich später doch zur ausgesprochenen Paranoiden entwickelte. Man muß hier wohl die Pseudologie als erste symptomatische Erscheinung der beginnenden Schizophrenie auffassen. Es dürfte wohl noch kaum genügend möglich sein in dieser Gruppe der krankhaften Lügenhaftigkeit scharf die Fälle, wo diese Erscheinung nur Symptom einer andern Störung ist, abzugrenzen von jenen, wo sie eine selbständige Krankheitsform darstellt. Ich verweise in dieser Beziehung auf den unten angeführten Fall 14. Häufig sind ja gerade die Formen, die sich mit schweren hysterischen Störungen kombinieren; ähnliche Bilder können chronische Manien aufweisen. Dieser verschiedenen

Entstehungsart nach dürfte auch die psychologische Genese und Entwicklung der auftretenden wahnhaften Ideen nicht einheitlich zusammenzufassen sein. Im Falle E. G. konnte die Systematisierung nach katathymen Prinzipien seinerzeit nur sehr unvollständig nachgewiesen werden; es mag das aber daran liegen, daß die Kranke nur während der Zeit der gerichtlichen Begutachtung von uns untersucht werden konnte, was ja bei solchen Individuen für ein tieferes psychologisches Eindringen die ungünstigste Periode ist. Die Beschreibung der späteren Entwicklung der Krankheit läßt uns vermuten, daß Komplexe jetzt eine recht deutliche Rolle spielen; genaueres darüber konnten wir aber nicht feststellen. Jedenfalls zeigt der Fall, wie die pseudologische Wahnbildung ganz verschiedenartig determiniert sein kann, und daß aus ihrem Vorkommen nur negativ eine Diagnose gestellt werden kann, nämlich nur dann, wenn auch im späteren Verlaufe keine andere Störung auftritt. Also auch hier hat der Prozeß der Wahnbildung eine symptomatologische, aber keine direkt diagnostische Bedeutung. — Es soll hiermit natürlich durchaus nicht bezweifelt werden, daß es auch reine Fälle von *Pseudologia phantastica* im Sinne Delbrücks gibt; je vorsichtiger wir das Vorkommen dieser Syndrome auch bei anderen Störungen kennen lernen, desto klarer werden wir die typischen Fälle unterscheiden können.

8. Wahnbildung bei organischen und Intoxikationsstörungen.

Da hier die Intelligenz leidet, während die Affektivität gewöhnlich gut erhalten bleibt, wird es sehr häufig zur Bildung wahnhafter Ideen kommen. Unserer Auffassung nach dürfen wir dann meist den Typus der Wahnbildung, wie er von den Affektpsychosen her bekannt ist, erwarten. Wegen der herabgesetzten intellektuellen Erregbarkeit und der größeren Stumpfheit der Gefühle werden die Wahnvorstellungen häufig weniger gut ausgebaut aber dafür länger festgehalten, wie z. B. bei der Manie. Je geringer die Verblödung, desto weniger werden die Differenzen bemerkbar sein.

Fall 13. C. M., männlich, geboren 1857. Vater an Apoplexie gestorben. Patient wuchs in Deutschland auf, machte dort Militärdienst, kam dann als intelligenter Kaufmann nach der Schweiz, wo er sich naturalisieren ließ. Leichter Potator. Verdiente als Häusersensal ein kleines Vermögen, das er aber verlor, als ihn gleichzeitig mit einer Baukrise 1902 eine schleichend beginnende und damals verkannte Paralyse intellektuell schwächte. In den folgenden Jahren traten gelegentlich paralytische Anfälle auf. 1908 wurde er blöder und aggressiv; dabei machte er in leichten Größenideen sinnlose Einkäufe, weswegen er interniert wurde. Zuerst bestand dann eine Periode, in der er recht stumpf war. 1909—1910 bildete er nach und nach in der Anstalt ein Wahnsystem aus: er erklärte gar nicht in der Schweiz naturalisiert worden zu sein; er sei ein besonderer Liebling des Deutschen Kaisers, weswegen er, ohne daß er es früher gewußt habe, zum General avanciert sei; gegenwärtig sei er Kommandeur eines sächsischen Armeekorps; in seinen Briefen ver-

langt er häufig die Entlassung, damit er das Kommando antreten könne, da er unbedingt an den nächsten Manövern werde teilnehmen müssen. Gleichzeitig beschwert er sich darüber, daß ihm bestimmte Wärter in gemeinster Weise seine verschiedenen Automobile und Pferde gestohlen hätten; wenn nicht bald Ordnung werde, werde eine deutsche Armee anrücken, um ihm zu helfen. Diese Eingaben unterschreibt er mit seinem vollen Titel „General von M. usw.“. Briefe an seine Verwandten zeichnet er aber mit seinem gewöhnlichen Namen, „da die Leute ja doch zu beschränkt seien, um von dieser Angelegenheit etwas zu verstehen.“ Ebenso erwähnt er den Ärzten gegenüber spontan wenig von seinen Wahnideen und begrüßt sie freundlich, wenn er kurz vorher die beschimpfendsten Briefe wegen der schlechten Behandlung an sie gerichtet hatte. Dieser Zustand besteht jetzt stationär bereits seit 3 Jahren.

Dieses Nebeneinander des Wahnsystems und einer gewissen Anpassung an die Wirklichkeit ist ein Resultat des infolge der Demenz gelockerten Zusammenhangs der Assoziationen und der affektiven Labilität. Das System ist auf dem Boden der Demenz unter dem Einfluß euphorischer Phantasien und, wahrscheinlich infolge der retrograden Gedächtnisstörung lebhafteren, Erinnerungen aus der Militärzeit entstanden. Der Beobachtung nach entspricht es aber nicht dem richtunggebenden Einfluß eines von früher her in dem Kranken wirkenden Komplexes affektbetonter Vorstellungen. Der Patient selbst gibt an, daß ihn in früheren Jahren nie der Wunsch nach einer militärischen Betätigung beschäftigt habe; auch seine Verwandten haben nie etwas hiervon bemerkt. Ich möchte deshalb dieses Wahnsystem nicht als katathymes bezeichnen, weil eben der Einfluß einer als stark affektbetont anzusehenden Vorstellungsgruppe fehlt.

Als Gegenstück hierzu möchte ich folgenden kürzlich von Ernst Bloch¹⁾ publizierten Fall anführen: Ein junger Mann wird wegen beginnender multipler Sklerose aus dem Militärdienst entlassen, seither fühlt er sich in stets stärkerem Maße ohne sein Zutun von den Ärzten einer seinem Wohnort benachbarten Irrenanstalt beobachtet; er ist der Meinung, daß dies im Auftrag seines Vaters geschehe und ist dankbar für dessen Vorsorge. — Eine Demenz war in diesem Blochschen Falle noch nicht vorhanden. Es trat bei ihm durch die beginnende organische Störung und die ihn schwer bedrückende Entlassung aus dem Militärdienst eine Störung des Zusammenarbeitens der psychischen Funktionen ein, welches das Wahnsystem zur Erscheinung brachte; nach der Anordnung des Wahninhalts scheinen dabei gefühlsbetonte Komplexe eine wesentlich richtunggebende Bedeutung gehabt zu haben, wenn ja auch nach der kurzen Schilderung des Falles in der Publikation keine sicher fundierte Meinung hierüber ausgesprochen werden kann. Im Gegensatz zu dem zuletzt geschilderten Paralytiker scheint hier eine viel eher katathyme Wahnbildung vorzuliegen. Bekannt sind ja

¹⁾ Über psychische Symptome bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. 2, 683.

die seltenen Fälle konsequent paranoid systematisierter Formen von Paralyse und Dementia senilis, die sich direkt an ein schweres psychisches Trauma, z. B. einen Todesfall in der Familie, anschließen, und wo der Wahninhalt dann katathym ausgebaut ist. — Wir werden demnach annehmen dürfen, daß die direkt durch die organische Störung entstandene Wahnbildung wohl in den häufigeren Fällen, ohne Einfluß bestimmter Komplexe, durch die Einengung der Assoziationen und das Überwiegen der Affekte entsteht; es wäre also der gleiche Typus, wie bei den Affektpsychosen. Es kann aber durch eine vor der organischen Erkrankung vorhandene stärkere Disposition zur komplexmäßigen Wahnbildung, beim Ausbruch der Psychose eine katathyme Systematisierung der durch die beginnende Demenz direkt verursachten Wahnideen entstehen. Oder es kann bei einer schwächeren solchen Disposition ein bei Beginn oder im Verlauf der organischen Psychose einwirkendes starkes psychisches Trauma die gleiche Wirkung ausüben. Demnach könnten bei dieser Art der Geisteskrankheiten sowohl die rein affektive als auch die katathyme Art der Wahnbildung vorkommen, und ihrer Unterscheidung dürfte kein differentialdiagnostischer Wert beigelegt werden.

Wie wichtig auch für die organische Symptomatologie in dieser Richtung die psychische Disposition ist, auf der sie sich aufbaut, dürfte folgender Fall illustrieren:

Fall 15. J. J., männlich, geboren 1859. Patient war schwach intellektuell veranlagt und zeigte von Jugend auf einen Tiefstand seiner moralischen Gefühle und Neigung zu phantasievollen Schwindeleien, mit denen er sich in unrechtmäßiger Weise auf Kosten seiner Mitmenschen durchs Leben brachte. Deshalb wurde er von 1881 bis 1899 15 mal gerichtlich bestraft. Zuletzt machte sein Lügen auf den Richter einen derart krankhaften Eindruck, daß er J. J. psychiatrisch begutachten ließ. Dieser bot damals (1899) das Bild einer ganz ausgesprochenen *Pseudologia phantastica*; einige wenig angedeutete organische Symptome (Pupillenungleichheit, etwas unsichere Sprache) ließen keinen irgendwie sicheren Schluß auf eine erworbene organische Störung zu. Nach längerem Aufenthalt in der Irrenanstalt bot der Kranke in sich noch vermehrender Stärke das Bild des phantastischen Schwindlers, gleichzeitig aber traten deutliche paralytische Symptome auf; er starb dann nach 1½ Jahren, und der Sektionsbefund ergab in der Tat eine deutliche Paralyse.

Hier wuchsen sich die bewußten Schwindeleien eines moralisch und intellektuell defekten Menschen unter dem Einfluß der paralytischen Störung zu Wahnideen im Sinne der pathologischen Pseudologie aus. Man sieht wie für die organische Störung das vorher vorhandene psychische Material in gleicher Richtung zu der Symptombildung benutzt wird. Eine katathyme Formung eines Systems konnte aber nicht beobachtet werden. Auf die Bedeutung solcher Fälle für das Vorkommen des Delbrückschen Krankheitsbildes als symptomatische Erscheinung wurde bereits oben hingewiesen.

Auf die hierher gehörenden Erscheinungen des epileptischen Delirs kann ich einstweilen mangels genügenden Materials nicht eingehen. — Über die Wahnbildung auf dem Boden der epileptischen Verblödung sagt uns die Literatur nur wenig. Die älteren Arbeiten hierüber von Gnauck¹⁾ und Magnan²⁾ sind auf einem diagnostischen Standpunkt aufgebaut, der von dem unsrigen so verschieden ist, daß eine Auseinandersetzung mit diesem Materiale zu unserm Zweck fruchtlos wäre. Auch Buchholz³⁾ läßt uns hier im Stich: Einige der von ihm beschriebenen Fälle von „chronischer Paranoia bei Epilepsie“ sind doch wahrscheinlich Kombinationen von Schizophrenien, mit epileptischen Symptomen. Ein solches Zusammenvorkommen von Dementia praecox und ausgesprochener Epilepsie ist gewiß nicht so selten, trotzdem es noch kaum beschrieben ist. — Eine einwandfreie Epileptica scheint mir der Fall 4 von Buchholz zu sein: Eine 21jährige verblödete Kranke hielt während mehrerer Monate die Wahnidee fest, ein sie früher behandelnder Arzt sei Professor geworden und habe sich mit ihr verheiratet; leider sei er bereits gestorben, aber sie sei nun schon durch die Trauung im Ansehen bedeutend gestiegen. Sie weigerte sich deshalb auch, mit den andern Kranken am Tag zusammen zu sein und blieb lieber still vor sich hinlächelnd im Bett liegen, als mit so unwürdiger Gesellschaft zu verkehren.

Unter dem Material der Schweizerischen Anstalt für Epileptische in Zürich konnte ich durch Entgegenkommen von Dr. A. Ulrich folgende Kranke kurz untersuchen.

Fall 15. H. B., männlich, geboren 1867. Mittelmäßiger Schüler, im 18. Jahr nach Alkoholexzeß erster epileptischer Anfall. Die unter häufigen typischen Insulten fortschreitende Verblödung brachte den Kranken 1902 in die Anstalt. Im Juli 1911 starker Lumbago, bei dem er ein besonderes Behandlungsmittel verlangt, das ihm auch verschafft wird. Darauf fängt er an zu querulieren, man habe die Krankheit absichtlich verschuldet, weil man ihm nicht schon am ersten Tag dieses Mittel gegeben habe. Die Ärzte hätten ihn töten wollen. Seither verlangt er Schadenersatz und unentgeltliche Versetzung in die erste Verpflegungsklasse; er glaubt das Gift, das man ihm gegeben habe, noch deutlich in sich zu spüren. Als er sich an zu heißem Tee die Finger verbrennt, erklärt er, das komme nicht von der Hitze, sondern von einem neuen Gift, mit dem man ihn behandle. Trotz der Mordtendenzen, deren er die Ärzte beschuldigt, verkehrt er mit diesen gleich wie früher in typisch gefühlvoller Weise.

Es handelt sich hier um ein Wahnsystem von beschränkter Ausdehnung; es bildete sich auf dem Boden der Demenz durch den Anfall von Hüftschmerzen, die für den hypochondrisch empfindlichen Epi-

¹⁾ Archiv f. Psych. 12.

²⁾ De la coexistence de plusieurs délires de natures différentes chez le même aliéné. Archives de Neurologie Tome 1, 1880—1881.

³⁾ Über die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen. Habilitationsschrift von Marburg. Pries, Leipzig 1895.

leptiker ein bedeutendes psychisches Trauma darstellten. Angst und Wunsch zentriert auf den in der Krankheit erworbenen Komplex bilden den katathymen Inhalt dieser Symptomengruppe.

Fall 16. L. S., weiblich, geboren 1877. Seit dem 17. Jahr viele epileptische Anfälle und starke Verblödung. Seit einigen Jahren fühlt sich die Kranke nachts mit einer Maschine elektrisiert, die im oberen Stockwerk von unbekannten Leuten angetrieben wird; sie spricht davon stets mit erotischem Gesichtsausdruck. Will sie beten, so werden ihr unanständige Bilder vorgehalten. Im Oktober 1911 fühlte sie plötzlich, daß der Assistenzarzt sie heiraten werde, und weigerte sich weiterhin zur Arbeit zu gehen, da das nicht mehr für sie passe. Die Entgegnung des betreffenden Arztes faßt sie lächelnd als Spaß auf und bleibt der bald stattfindenden Hochzeit gewiß.

Fall 17. G. E., weiblich, geboren 1877. Seit dem 15. Jahr Anfälle, seit 1899 dauernd in der Anstalt. Litt stets an starkem Kopfweh. Im Dezember 1908 wurde erfolglos eine Probepunktion der Hirnventrikel gemacht. Im Sommer 1911 traten Gehörsillusionen auf. Sie wähnte, daß die anderen Patientinnen hinter ihrem Rücken von Theaterbesuch und Tanz sprächen, sie glaubte ihre Geschwister in der Anstalt reden zu hören. Als man versuchte, ihr diese Täuschungen auszureden, wurde sie gereizt und blieb zu Bett. Später meinte sie, ihre Verwandten bezichtigten sie des Diebstahls, und der Bruder wolle sie schlagen und hypnotisieren. Im September 1911 gab sie an, man wolle sie ohne ihr Wissen noch einmal operieren; schließlich spürte sie, daß man sie nachts schmerzlos an den Genitalien geschnitten habe. Nach einiger Zeit trat die Idee auf, sie sei zum Tod verurteilt und müsse nach Persien reisen, da man sie nur dort köpfen könne. Die Sinnestäuschungen dabei traten in der Form unklarer Illusionen auf. Der Affekt war, wenn auch epileptisch schwerfällig, so doch stets adäquat dem Inhalt der Wahnideen.

Zu den drei angeführten Fällen von epileptischer Verblödung mit katathymen Wahnideen ist zu bemerken, daß die Kranken während der geschilderten Phasen nicht an Dämmerzuständen litten. Bei Fall 15 und 17 steht der katathyme Symptomenkomplex mit vorausgegangenen affektiv stark einwirkenden Situationen (Lumbago, Hirnpunktion) in einem losen inhaltlichen Zusammenhang. Die Sinnestäuschungen sind unscharf und ähnlich jenen, wie wir sie bei den beschriebenen Imbezillen mit katathymen Symptomen sahen. Wir haben in allen drei Fällen keinerlei Grund zur Annahme einer anderen Psychose neben der epileptischen Demenz. Unserer ganzen psychologischen Auffassung der Genese der Wahnsymptome nach können wir annehmen, daß es hier auf dem Boden der erworbenen intellektuellen Schwäche bei starker, sehr nachhaltiger Affektivität unter Mitwirkung affektbetonter Vorstellungskomplexe zu in der Ausdehnung beschränkteren Wahnsystemen kommt, die rein symptomatisch aufzufassen sind und innerhalb des Rahmens der epileptischen Erkrankung liegen. Bei genauerer Nachforschung wären wahrscheinlich solche kleinere Systeme bei dementen Kranken nicht selten, speziell nach Einwirkung irgendwelcher psychisch-traumatischer Erlebnisse zu finden.

Werfen wir noch einen Blick auf die alkoholischen Psychosen, so scheint mir hier die katathyme Wahnbildung, wie bei den andern orga-

nischen Formen, nur eine mehr sekundäre Rolle zu spielen. Bei dem alkoholischen Korsakoffschen Symptomenkomplex sind die Wahnideen in der Regel durchaus nicht nach katathymen Prinzipien systematisiert, sondern entsprechen der Stimmungslage wie bei den Affektpsychosen. Das gleiche ist beim Delirium tremens der Fall; es gibt bei ihm einzelne Fälle, bei denen wir eine katathyme Anordnung der Wahnideen und Halluzinationen beobachten konnten; bei diesen konnten wir fast immer nach dem Ablauf des Delirs die Kombination mit einer zugrunde liegenden Schizophrenie konstatieren. Wir sind der Ansicht, daß dann die inhaltlich psychologische Anordnung auf Rechnung dieser Grundkrankheit zu setzen ist. Solche Kranke, bei denen uns der Nachweis dieser Kombination nicht gelang, waren zu kurz in unserer Beobachtung, um eine negative Beweiskraft zu haben. Bei einigen davon war erst bei der zweiten oder dritten Aufnahme die Diagnose der Dementia praecox zu erhärten. Es ist allerdings zuzugeben, daß wir in Zürich in dieser Richtung bei der Wichtigkeit, die wir für diese Diagnose den feineren Störungen der Affektivität im Sinne des Autismus beilegen, weiter gehen, wie an den meisten andern Kliniken. Die Entwicklung der Störung gibt uns aber bei diesen Kranken gewöhnlich recht; wenigstens mußten wir sehr oft nachträglich doch noch eine sichere Schizophrenie feststellen, wo wir es vorher nicht getan hatten; der umgekehrte Fall dagegen war äußerst selten. — Auf die komplizierten Verhältnisse beim Alkoholwahnsinn kann ich hier mangels geeigneten Materials nicht näher eingehen; die Großzahl der Fälle, die vielleicht an andern Orten so diagnostiziert worden wären, erwies sich für uns auch als Kombinationen von schizophrenen Aufregungszuständen mit alkoholischen Zügen. Unsere wenigen Patienten, die eventuell noch hierher gerechnet werden könnten, konnten nicht genügend auf die Art der Wahnbildung hin untersucht werden.

Das gleiche muß ich leider auch von den Fieber- und Infektionsdelirien sagen, die fast nie bei uns beobachtet werden können. Bei einem schweren Fieberdelir anläßlich einer Pneumonie, bildete sich ein tagelang andauerndes und systematisch ausgebautes Verfolgungssystem mit ausgesprochenem Vergiftungswahn. Nach Ablauf des Syndroms konnte in längerer Beobachtung das Bestehen einer leichten Schizophrenie festgestellt werden, die schon 20 Jahre vorher ohne irgendwelche äußere Ursache zu einem kurzdauernden psychotischen Schub geführt hatte.

9. Zusammenfassung:

Unter der Katathymie von Symptomen verstehen wir die Wirkungen affektbetonter Vorstellungskomplexe auf die krankhaften psychischen Erscheinungen; der Inhalt eines solchen Komplexes ist meistens ein Wunsch, eine Befürch-

tung oder eine ambivalente Strebung. Die Katathymie ist mit der Wirkung der affektbetonten „Komplexe“ nicht identisch, da sie sich nur auf eine Auswahl der relativ wenigen „Komplexe“ bezieht, die symptombildend auftreten.

Der eine Teil der pathologischen Wirkung gefühlsbetonter Komplexe ist nichts prinzipiell Besonderes, sondern nur eine Übertreibung der normalen Affektwirkung, die gleichsinnige Assoziationen bahnt, entgegengesetzte hemmt. Dieser Teil ist also im Prinzip auch identisch mit den Wirkungen der pathologischen Dauerstimmungen in manischen und melancholischen Zuständen. Im Gegensatz hierzu ist aber bei den katathymen Erscheinungen die pathologische Affektwirkung keine allgemeine, sondern gebunden an irgendwelche assoziative Verbindungen mit dem betreffenden gefühlsbetonten Ideenkomplex. Die Art dieser assoziativen Verbindung ist je nach der zugrunde liegenden Krankheit verschieden (z. B. Hysterie und Schizophrenie).

Weil die katathymen Erscheinungen nicht mit einer allgemeinen affektiven Verstimmung zusammenhängen, und nur eine mit dem (oder den) gefühlsbetonten Komplex(en) in inhaltlichem Zusammenhang stehende Auswahl von Ideen und psychischen Funktionen überhaupt betreffen, die übrige Psyche aber intakt lassen können, führen sie zu Syndromen, die sich in vielen Beziehungen wesentlich von denen der allgemeinen Verstimmungen unterscheiden.

Katathyme Syndrome entstehen dann, wenn ein Ideenkomplex so stark gefühlsbetont ist, daß durch den Affekt die Logik an Punkten, die in assoziativem Zusammenhang mit dem Komplex stehen, überwunden wird.

Bei Normalen kann das Gleichgewicht zwischen Logik und Affektivität gestört werden, indem der Affekt, der ein einzelnes Erlebnis oder eine Gruppe von solchen betont, momentan so gewaltig wird, daß er eine gesunde Logik überrumpeln kann. Unter diesen Umständen ist aber die Wirkung selten von Dauer: Der Normale korrigiert den Fehler gewöhnlich, sobald der Affekt etwas an Frische eingebüßt hat.

Eine allgemeine Disposition zu katathymen Symptomen besteht in jedem Falle, wo das Gleichgewicht zwischen Affektivität und Logik zugunsten der ersteren verschoben ist. Also einerseits bei Schwäche der Intelligenz (Typus a: angeborene Intelligenzschwäche, gewisse Arten von Paranoia, Schizophrenie) und andererseits bei besonderer Stärke der Affekte (Typus b: Hysterie, andere Arten von Paranoia).

Wo die mit den Symptomen in Verbindung stehenden Affekte leichter abklingen, sind auch die katathymen Syndrome unbeständiger (Hysterie); bei großer Tenazität der Affekte wirkt der nämliche Komplex in gleicher Konstellation für die Symptome andauernd weiter, wodurch die Syndrome nicht nur Dauer, sondern eine Tendenz zur Weiterentwicklung und Ausbreitung bekommen müssen.

Außer vielen Wahnbildungen haben natürlich auch die Inhalte von Halluzinationen und Erinnerungstäuschungen, die hysterischen und wohl ein Teil der katatonischen Symptome eine katathyme Genese, — selbstverständlich stets unter Voraussetzung der betreffenden Grundkrankheit. Diese Seiten der Katathymie sind aber, als bekannt, hier nicht weiter verfolgt worden.

Die zur Systematisierung neigende katathyme Wahnbildung ist prinzipiell verschieden von durch reine allgemeine Affektstörung zustande kommenden Wahnideen in manisch-depressiven Zuständen; auf der Basis der letzteren können aber bei entsprechender Disposition durch Wirkung stark affektbetonter Vorstellungskomplexes sekundär katathyme Erscheinungen auftreten (z. B. Querulantenwahn des Manischen).

Die Psychose *par excellence*, bei der katathyme Wahnbildung ohne Beimischungen anderer Krankheitserscheinungen auftritt, ist die Paranoia Kraepelins. Sie ist keine einheitliche Krankheit, sondern ein symptomatologischer und Verlaufs-Typus. — Nach dem Obigen ist es selbstverständlich, daß es ganz verschiedene Dispositionen gibt (siehe oben Typus a und Typus b), auf denen sich die Krankheit entwickelt; auch die Auslösung kann eine verschiedene sein. Die Ursache der Symptome hat das Gemeinsame, daß die Affektivität die Logik überwinden kann, und daß die Affektivität eine große Tenazität hat; dabei werden die katathymen Symptome mit absoluter Überzeugtheit in die Außenwelt projiziert.

Es gibt Grenzfälle der Paranoia, bei denen die Systematisierung der katathymen Wahnbildung eine unvollständige bleibt, oder eine Korrektur möglich ist (abortive Wahnsysteme auf dem Boden der Psychopathie, Fälle mit hysterischem Verlaufstypus).

Es gibt Fälle von katathymer Wahnbildung bei Debilen und Imbezillen (in den beschriebenen Fällen entstanden im Anschluß an ein schweres psychisches Trauma): Imbezillität mit katathymen Symptomen; — zum Unterschied zur Paranoia bleibt die Wahnbildung nach einiger Zeit stationär; es kann auch eine Korrektur eintreten, ausgesprochene hysterische Erscheinungen fehlen dabei, Gehörhalluzinationen sind häufig, aber unschärfer und inhaltlich unbestimmter, wie meist bei der Schizophrenie. Die Genese dieser Zustände ist also prinzipiell nicht von der Paranoia verschieden; es besteht aber entsprechend dem Boden, auf dem das Syndrom sich entwickelt, eine andere Entwicklung des Symptomenbildes; insbesondere fehlt den Affekten die zur Entstehung der Paranoia nötige Tenazität.