

Über Paranoia hallucinatoria.

Von

Dr. Hermann Krueger.

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Königslutter bei Braunschweig [Direktor:
Med.-Rat Dr. Gerlach].)

(Eingegangen am 22. Juli 1912.)

Während der Begriff der einfachen chronischen Verrücktheit (Paranoia chronica simplex Ziehen; Paranoia Kraepelin) in seiner heutigen Umgrenzung fast allgemein anerkannt ist, herrscht über die Zuordnung der chronischen Wahnbildungsprozesse auf Grund und unter dauerndem Einfluß von Sinnestäuschungen noch keine Einigkeit.

Diese Meinungsverschiedenheit über eine halluzinatorische Form der Paranoia erstreckt sich bis in die Anfänge der Diskussion über die Paranoiafrage überhaupt.

Westphal glaubte (1878) eine chronische halluzinatorische Form annehmen zu müssen, obgleich ihm diese Entstehungsart nach seiner damaligen Anschauung sehr auffallend war.

Schüle kannte ebenfalls eine halluzinatorische Paranoia, bei der sich mit dem typischen Beachtungswahn gleich anfangs oder sehr bald lebhaftere Sinnestäuschungen verbinden und sich hieraus Angst- und Wahnvorstellungen der Verfolgung oder der Größe, die sich fixieren, entwickeln.

Werner unterschied in seiner Monographie keine gesonderte halluzinatorische Form der chronischen Paranoia; ebenso erkennt Wernicke den Halluzinationen, wenigstens den fast immer dominierenden Phonemen, eine selbständige Bedeutung im Bilde der chronischen Verrücktheit nicht zu.

Nach Jastrowitz gibt es auch, abgesehen von den einleitenden körperlichen Sensationen bei der hypochondrischen Varietät in seltenen Fällen eine Entstehung der chronischen Paranoia aus Sinnestäuschungen. Derartige Kranke ständen ihren Gehörstäuschungen lange Zeit ziemlich objektiv gegenüber, bis sie endlich ihre Objektivität verlören, die Sinnestäuschungen für Wirklichkeit hielten und sich nun der fixe Wahn der Verfolgung entspanne. Endlich stellten sich Erregungszustände und Schübe ein, die den psychischen Zustand verschlimmerten, und dadurch könne eine Paranoia acuta vorgetäuscht werden.

Mendel unterschied eine Paranoia simplex, welche ohne Halluzinationen entsteht und auch im weiteren Verlauf dieselben nur ganz vorübergehend und vereinzelt erkennen läßt, von der Paranoia hallucinatoria, welche von vornherein mit Halluzinationen beginnt, während ihres ganzen Verlaufes von denselben begleitet ist und in ihrem Krankheitsbild wesentlich von denselben beeinflußt wird.

In jüngster Zeit stehen sich vor allem die Ansichten Ziehens und Kraepelins gegenüber.

Ziehen lehrt, daß es eine Paranoia hallucinatoria chronica gibt, „eine chronische funktionelle Psychose, deren Hauptsymptome Halluzinationen und sekundär aus diesen hervorgegangene Wahnvorstellungen sind“. Er gibt an, daß besonders häufig Gehörstäuschungen und physikalische Halluzinationen seien, daneben oft Gedankenlautwerden bestände. Der formale Ablauf der Ideenassoziationen sei meist normal; nur in interkurrenten Exacerbationen komme es infolge der Häufung der Sinnestäuschungen zu sekundärer Ideenflucht, Hemmung oder Inkohärenz. Inhaltlich käme es zu zahlreichen Wahnvorstellungen, unter denen die Verfolgungsvorstellungen überwiegen. Die Affektschwankungen seien von dem Inhalt der Sinnestäuschungen abhängig, ebenso die Handlungen. Der Beginn des Leidens sei teils ein akuter, teils von Anfang an chronischer, die Wahnvorstellungen wechselten oft mit den Halluzinationen, nur zuweilen komme es zur Bildung eines Wahnsystems. Die Systematisierung scheitere meist an der durch die jahrzehntelangen Sinnestäuschungen erschlafte[n] geistigen Energie. Eine Einengung der Interessenssphäre charakterisiere das Schlußstadium.

Kraepelin erkennt an, daß es bei der Paranoia in vereinzelt Fällen zu zahlreicheren Sinnestäuschungen, besonders des Gehörs oder Geruchs, kommen könnte. Es pflegt sich nach ihm dabei aber stets nur um vereinzelt Erlebnisse zu handeln, „die auch von den Kranken regelmäßig als ganz besondere, aus dem Rahmen der gewöhnlichen Erfahrung herausfallende Vorkommnisse aufgefaßt werden“. Die große Masse der hier in Frage stehenden Erkrankungen jedoch glaubt er den paranoiden Formen der Dementia praecox zuweisen zu müssen. Er kennzeichnet sie als „abenteuerliche Wahnvorstellungen, meist von zahlreichen Sinnestäuschungen begleitet“, die „sich in mehr zusammenhängender Weise entwickeln und eine Reihe von Jahren festgehalten werden, um dann entweder zu verschwinden oder völlig verworren zu werden“. Die Sinnestäuschungen lägen meist auf dem Gebiete des Gehörs, sehr häufig sei der „physikalische Verfolgungswahn“. In dem Wahnsinn sei immer „Methode“. Die Kranken liebten lange Zeit besonnen, orientiert und geordnet. Den Ausgang des Leidens bilde immer die psychische Schwäche, am häufigsten wahnhaft[e] Verworrenheit; die krankhaften Vorstellungen würden immer zusammenhang-

loser und zerfahrener. Für diese Formen (die ja nur eine Gruppe der Dementia paranoides nach Kraepelin bilden) würde der Name der „halluzinatorischen Verrücktheit“ am besten zutreffen.

Das Kriterium für eine echte Paranoia ist nach der heutigen Ansicht derer, die überhaupt den Begriff der Paranoia anerkennen, das jahrelange Bestehen systematisierter Wahnvorstellungen ohne wesentliche psychische Schwäche. Würde eine derartige Erkrankung durch Sinnestäuschungen eingeleitet, beherrschten neben den Wahnideen dauernd Sinnestäuschungen das Krankheitsbild, so müßte man notgedrungen von einer halluzinatorischen Paranoia sprechen, um nicht einer allgemeinen Verschwommenheit der Symptomatologie, wie sie schon Wernicke fürchtete, anheim zu fallen. Daß die Eigenart der die Wahnbildung unterhaltenden und beherrschenden Störungen auf dem Gebiete der Empfindungen dem Krankheitsbilde ein eigenartiges, von der einfachen Paranoia in mannigfacher Beziehung abweichendes Gepräge geben muß, ist dabei von vornherein anzunehmen. Zu der Frage seien zwei Krankengeschichten mitgeteilt.

Fall I.

O. W., Steueraufseher, geb. 15. Jan. 1853.

Keine hereditäre Belastung nachweisbar. Als Kind Gehirnerschütterung, an die sich eine „Gehirnentzündung“ angeschlossen haben soll. Er soll „von jeher einen etwas absonderlichen Charakter“ gezeigt haben, auch hat er zugegeben, daß „er Trinker gewesen sei“.

Im Jahre 1896 glaubte W. zu hören, „daß Leute nachts an die Wände seines Schlafzimmers klopfen, um ihm den Schlaf zu rauben“. Nach einigen Tagen schwand die Sinnestäuschungen wieder. Auch in den nächsten zwei Jahren ist der Geisteszustand W.s anscheinend nicht dauernd normal gewesen, so hat er „zeitweise an Ohrenklingen gelitten“. In der ersten Hälfte des Jahres 1898 gelangte die Krankheit zur vollen Entwicklung. Er hörte Schimpfreden, entwickelte Verfolgungsideen, geriet in große Unruhe, schlief schlecht, zerschlug schließlich Fensterscheiben, so daß seine Überführung in die Heil- und Pflegeanstalt Königslutter am 6. Juni 1898 erfolgte.

Während seines nunmehr vierzehnjährigen Aufenthaltes hier leidet W. un- ausgesetzt unter Sinnestäuschungen. Im Anfang waren es ausschließlich solche des Gehörs. Meist unbekannte Stimmen riefen ihm „Schimpfworte und Schweine- reien über seine Frau“ zu. Hörte er eine erregte weibliche Kranke schreien, so hörte er die Hilferufe seiner eigenen Frau heraus, die gemartert und entehrt wurde. Er erhielt auch wiederholt den Befehl, sich das Leben zu nehmen, um aller Qual ein Ende zu machen. Die Gehörstauschungen wurden ihm aber bald durch Telephon übermittelt. Der Inhalt ist auch heute teilweise beleidigend und beängstigend. Er legt sich oft auf den Fußboden, um sich telephonisch mit seinen Angehörigen über die vermeintlichen Drohungen zu beraten. Daneben werden ihm alle möglichen Gespräche, fast nur solche, die ihn betreffen, von Personen, die er aus seinem früheren Leben kennt, übermittelt. Auch kann er andere Leute telephonisch ansprechen, doch gelingt es ihm nicht bei allen, z. B. nicht bei dem Leiter der An- stalt. Neben diesen Gehörstauschungen bestehen seit Jahren mäßig zahlreiche haptische Täuschungen. Er fühlt sich elektrisiert und empfindet dabei quälende Schmerzen. Gesichtstäuschungen sind nie aufgetreten.

Unter derartigen Sinnestäuschungen entwickelte sich bei W. die Wahnidee, sein und seiner Familie Leben und Gesundheit seien von dauernden Nachstellungen bedroht. Seine Frau sei in die Anstalt verschleppt und werde hier entehrt. Die ganze Anstalt sei mit elektrischen Drähten durchzogen, um ihn anzusprechen und zu quälen. Eine Gesellschaft von „Elektrikern“ bedrohe ihn, er werde durch sie in einen Zustand der „Somnambule“ versetzt und sei dann bis zu einem gewissen Grade willenlos. In der Anstalt bestehe eine „Blutloge“, in die ein Kranker nach dem anderen geschleppt und ermordet würde. Auch ihm und seinen Angehörigen drohe dieses Ende. Eine Augenentzündung führte er auf das Überspringen eines elektrischen Funkens zurück, Furunkel waren ihm durch seine Verfolger mittels Brennspiegels hervorgerufen. Die Wahnideen haben sich im Laufe der Jahre wohl in ihren Einzelheiten modifiziert. Der Kern ist aber durchaus stabil geblieben.

Während W. vor Jahren gelegentlich mit leichten Selbstüberschätzungs-ideen hervortrat („er stamme von Walter v. d. Vogelweide ab“, „er sei Sproß eines alten Augsburger Geschlechtes“, „er werde wegen seines großen Vermögens hier festgehalten“), die aber nie zu eigentlichem Größenwahn führten, stellten sich später Erklärungsversuche für seine Internierung derart ein, daß er meint, er werde nur deshalb festgehalten, damit er die ihm hier widerfahrenen Quälereien nicht zur öffentlichen Kenntnis bringen und so die Anstalt bloßstellen könne. Sein Streben geht jetzt dahin, sich aus der Anstalt zu befreien. Seine Internierung beruht seiner Meinung nach auf dem Streich eines gewissen R., der zu den „Elektrikern“ gehöre und mit seiner Frau ein Liebesverhältnis habe, der gelegentlich eines Gerichtsbeschlusses, wonach er sofort aus der Anstalt zu entlassen war, unter seinem Namen auf diese Entlassung verzichtet habe.

Auf affektivem Gebiet bestand während der Krankheitsdauer häufig starke Gereiztheit, zuweilen auch Angst mäßigen Grades, ohne daß diese Symptome irgendwelche Selbständigkeit erlangten. Die Affekte entsprachen immer den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. In letzter Zeit herrscht ein querulierender Affekt entsprechend seinem Trachten, aus der Anstalt zu kommen, vor.

Trotz der langen Krankheitsdauer hat die Intelligenz keinerlei Einbuße erlitten. Das Gedächtnis ist für längst und jüngst Vergangenes anscheinend völlig unversehrt. Er weiß Dinge, die sich bei seiner Aufnahme vor 14 Jahren zuge tragen haben, mit allen Einzelheiten chronologisch geordnet, nach Wochentagen und Monatsdaten richtig anzugeben. Die Urteilsfähigkeit wird durch die Wahnvorstellungen wohl in pathologische Bahnen geleitet, der formale Ablauf der Urteilsassoziationen ist aber ungestört, seine Ausführungen sind unter Berücksichtigung der pathologischen Empfindungen logisch und formgerecht; sein Gedankengang zeigt Weitschweifigkeit, aber nicht die geringste Verworrenheit; Zielvorstellungen beherrschen seine Auseinandersetzungen. Die ethischen Vorstellungen haben keine Abstumpfung erlitten.

Irgendwelche Störungen organischer Art bestehen nicht.

Fall II.

Fräulein E. B., geb. 25. August 1844.

Keine hereditäre Belastung. Erste Entwicklung normal; Pat. war geistig sehr gut beanlagt. In ihrem Heimatsort galt sie schon seit langen Jahren als „Einsiedlerin mit eigentümlichen Manieren und verschrobenen Ansichten“ und diente Spötteleien über ihr Aussehen und ihr Wesen als Zielscheibe.

Mit etwa 43 Jahren hat sie eine ein Jahr dauernde Psychose mit „aufgeregtem Wesen und eigentümlichen wunderbaren Ideen“ durchgemacht. Näheres

ist darüber nicht zu erfahren. Seit dieser Zeit war sie äußerst leicht reizbar und geriet oft aus geringem Anlaß in die größte Aufregung.

Im Anschluß an Ärger und Gemütsregungen, die ihr der Tod zweier Geschwister und die darauf folgenden Erbschaftsstreitigkeiten brachten, entwickelte sich April 1907 eine fortwährende Unruhe, die sich zuerst darin zeigte, daß sie in einem Jahre dreimal die Wohnung wechselte. In der ersten Wohnung glaubte sie sich von den Wirtsleuten bestohlen, in der zweiten hörte sie nachts an die Tür klopfen, in der dritten hörte sie Stimmen aus dem Ofen. Dabei bestanden anhaltende Schlaflosigkeit und Geschmackshalluzinationen. Mehrere Monate nach solchem Beginn wurden Wahnvorstellungen der Verfolgung offenkundig. Dieselben richteten sich zuerst gegen ihren Hausarzt, dem sie die Schuld an alledem zuschob. Die Sinnestäuschungen wurden in der Folge immer zahlreicher, und es traten besonders viele Personenverkennungen auf: Sie sah häufig ihre längst verstorbenen Eltern und Geschwister am Fenster vorübergehen und wollte ihnen nacheilen. Als Konsequenz entwickelte sich ein großes Mißtrauen gegen ihre Umgebung; sie wurde aufgeregt, rücksichtslos, konnte sich mit keinem Dienstboten vertragen und wurde deshalb von ihren Angehörigen am 30. April 1908 der Heil- und Pflegeanstalt Königslutter überwiesen, wo sie sich noch befindet.

Fr. B. ist eine große, grobknochige Person mit langem Oberkörper, unansehnlichem, faltigem Gesicht und dicker Nase. Die inneren Organe sind gesund.

Bei ihrer Aufnahme gab sie an, daß ihr Hausarzt sie durch Medikamente (sie hatte Beruhigungsmittel erhalten) krank gemacht hätte; auch seien ihr Mittel durch den Zimmerofen zugeführt: sie habe darnach nicht schlafen können, habe Durchfälle bekommen. Wenige Tage fühlte sie sich in der Anstalt wohl, dann zog sie auch die neuen Verhältnisse in den Kreis ihrer Wahnideen. Den Anstoß dazu gaben Geschmackshalluzinationen. Das Essen wurde „präpariert“, das Fleisch war schlecht „Katzen- und Hundefleisch“, das Bier hatte „Fettgeschmack“, der Käse schmeckte wie „Katzenmilchkäse“. Daneben traten zahllose Personenverkennungen auf, ihre Umgebung wurde von ihr mit Verwandten und Bekannten identifiziert. Sie fühlte sich ferner besonders des Nachts elektrisiert, gezwickt, schob ihre Schlaflosigkeit auf Störungen, die ihr zum Schabernack angetan wurden. Aus alledem entwickelte sich nach und nach ein immer deutlicheres Wahnsystem, das seit Jahren fast unverändert besteht:

Ein Mann aus Vorsfelde (ihrem Heimatsorte), der dort als Gärtner P. lebte, in Wirklichkeit aber ein Dr. Ostermann sei, wohne über ihr und quäle sie mit mehreren Genossen auf die verschiedenste Weise. Vor allem elektrisiere er sie. Mittels des elektrischen Stromes werden ihr Magen-, Kopf-, Rücken-, Gliederschmerzen, auch solche in der Zunge gemacht. Je nachdem Dr. O. die Drähte beim Elektrisieren stärker oder schwächer anzieht, hat sie mehr oder weniger Schmerzen. Sie fühlt alles ganz deutlich, kann die Stellen der Elektrisation angeben. Meist, bevor sie elektrisiert wird, hört sie ihre Verfolger im Nebenzimmer sprechen, hört, wie sie sich über die Quälereien beraten. Ferner treten die mannigfachsten Geschmacksstörungen auf; sie fühlt einen „moosgrünen Belag“ der Zunge, die ihr gereichte Nahrung schmeckt wie Katzen- und Hundefleisch, die Suppe, der Kaffee schmeckt, als wenn etwas, vielleicht ein Schlafmittel, hineingetan wäre. Schließlich bestehen zahlreiche Personenverkennungen, die an sich durchaus stabil sind. Die ganze Umgebung wird illusionär verfälscht; sie sieht aber nicht nur in den Lebenden, sondern auch in Abbildungen illustrierter Zeitschriften ihre Angehörigen und Bekannten wieder. Die Sinnestäuschungen sind äußerst lebhaft, treten teilweise gehäuft auf. Infolge derselben ist sie häufig sehr erregt und schimpft darauf los, zum Teil schon deshalb, weil dann ihre Verfolger sich zurückziehen und deren Unterhaltung ebenso wie das Elektrisieren aufhört. Alles

das wird nur gemacht, weil sie einen Superintendenten M. trotz ihres Alters noch heiraten soll. Sie hat darüber dauernd in den Zeitungen Anspielungen gefunden, weshalb sie jetzt überhaupt keine Zeitungen mehr liest.

Eine Prüfung der Intelligenz ergibt trotz fünfzehnjährigen Bestehens der Krankheit einen verhältnismäßig hohen Grad derselben. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind durchaus intakt, sie ist zeitlich und örtlich orientiert, urteilt innerhalb ihrer Wahnideen ebenso wie zu Zeiten, wo die Täuschungen seltener sind, in Angelegenheiten, die außerhalb derselben liegen, scharf und korrekt. Die ethischen Gefühle haben keine Einbuße erfahren; treten die Sinnestäuschungen zurück, so weiß sie durchaus ihre Haltung zu bewahren. Eine Einschränkung ihres Interessenkreises im Sinne ihrer Wahngebilde ist dabei selbstverständlich vorhanden.

Es handelt sich in beiden Fällen um chronische psychische Erkrankungen, die durch lebhaftere Wahnideen gekennzeichnet sind. Die Art der Wahnbildung ist in beiden Fällen sehr einfach. In Fall II sind es unkomplizierte persekutorische Vorstellungen, die auf eine bestimmte Gruppe von Personen bezogen werden. Im Fall I hat die wahnhaftige Auslegung der normal aufgefaßten Tatsache, daß unruhige Kranke mit Gewalt aus der Abteilung geschafft wurden, zu einem etwas komplizierteren Wahngebilde geführt, in das der Kranke sich und seine Familie als leidende Teile einbezieht. In beiden Fällen ist jedenfalls von einer Abenteuerlichkeit der Wahnvorstellungen nicht zu sprechen. Die Verfolgungsideen sind in beiden Fällen vorherrschend, der Größenwahn tritt fast ganz zurück. Die leichten Selbstüberschätzungsvorstellungen, die aufgetreten sind, sind aus dem an sich durchaus normalen Verlangen nach Erklärung der Verfolgungen erwachsen, werden aber nicht weiter ausgebaut. Im ersten Fall sind sie ganz vage, treten gar nicht in den Vordergrund, im zweiten (Heirat des Superintendenten) spielt vielleicht ein längstvergangener Wunschkomplex eine Rolle. Interkurrente Ereignisse (Erkrankungen usw.) erfahren eine sachgemäße wahnhaftige Umbildung. Diese Wahnvorstellungen bestehen in beiden Fällen weit über ein Jahrzehnt, seit Jahren sind sie, abgesehen von kleinen Änderungen, fixiert und, wenn auch einfach, systematisiert. Der Ausbau des Wahnes hat sich langsam im Laufe der Jahre vollzogen.

Den Anstoß zu diesen Wahnbildungen und das Material dazu haben bei beiden Kranken im Gegensatz zu den gewöhnlichen Fällen von Paranoia sehr zahlreiche, lebhaft gefühlsbetonte Sinnestäuschungen gegeben, und Sinnestäuschungen beherrschen auch weiterhin das Krankheitsbild. Dieselben erstreckten sich in beiden Fällen zu Anfang nur auf das Gehör. War es zuerst ein Klopfen an die Tür, so wurden bald Stimmen daraus, die in einem Falle aus dem Ofen kamen, im anderen lange Zeit unbestimmte Lokalisation hatten, bis die Wahnbildung zu Hilfe kam und sie durch unsichtbare Telephone vermitteln ließ. Der Kranke kam auf diese Art der Erklärung, als er einmal Drähte von den

Blitzableitern des Hauses in die Tiefe führen sah und wähnt seitdem das ganze Gebäude von Drähten durchzogen. Es handelt sich also auch hierbei um eine begründete, wenn auch pathologisch begründete Urteilsassoziation, nicht um eine phantastische Erfindung. Im zweiten Fall beraten die Stimmen meist über Quälereien, denen die Kranke ausgesetzt werden soll, im ersten hat es sich früher hauptsächlich um Gehörsillusionen gehandelt, jetzt bestehen zahllose Halluzinationen.

Neben diesen im Fall I auch jetzt noch vorherrschenden Gehörs-täuschungen traten in beiden Fällen bald haptische Täuschungen auf: beide Kranken fühlten sich elektrisiert. Diese Täuschungen, bei denen es sich besonders im zweiten Falle, vielleicht um illusionäre Verfälschung leichter rheumatischer Sensationen handelt, wenngleich sich objektive Zeichen dafür nie haben finden lassen, andererseits das Bestehen gleicher Sensationen in Kopf und Zunge, sowie das jahrelange tägliche Auftreten derselben dagegen spricht, werden als äußerst unangenehm geschildert; sie treten besonders des Nachts auf.

Im Fall II bestehen schließlich noch sehr zahlreiche Geschmackstäuschungen und zahllose Personenverkennungen. Die ganze Umgebung ist illusionär verändert. Auch diese Illusionen sind völlig stabil, Ärzte und Pflegepersonal werden seit Jahren mit den gleichen Personen identifiziert. Einen Maßstab für die Lebhaftigkeit auch dieser Art Sinnestäuschungen gibt der Umstand, daß sogar in den Abbildungen illustrierter Zeitungen verwandte und bekannte Personen wiedererkannt werden.

Diese Sinnestäuschungen sind bei beiden Kranken dauernd vorhanden und werden im Sinne der fixen Wahnideen verarbeitet. Treten sie anfallsweise gehäuft auf, so reagieren die Kranken stark affektiv darauf. Im Falle II kommt es zu Anfällen äußerster Zornmütigkeit; im Falle I entsprechend dem Überwiegen der drohenden Täuschungen, zu leichteren Graden der Angst. Immer sind die affektiven Störungen sekundär, immer sind sie im Zustande der Kranken begründet. Von einer affektiven Verblödung kann ebenso wenig die Rede sein wie von „intrapyschischer Ataxie“.

Infolge der massenhaften Sinnestäuschungen und der Wahnvorstellungen ist es bei beiden Patienten in dem langjährigen Verlaufe der Erkrankung wohl zu einer Einengung der Interessenssphäre gekommen, die Krankheit hat aber nicht vermocht, wesentliche Defekte zu erzeugen. Sowohl das Gedächtnis ist bei beiden Kranken intakt, als auch ist bei beiden die Beurteilung außerhalb ihrer Wahnvorstellungskreise gelegener Verhältnisse durchaus korrekt, der Ausbau des Wahngebäudes selber logisch und das ethische Empfinden erhalten.

Was die Ursachen der Erkrankung anlangt, so hat sich in beiden Fällen eine erbliche Belastung nicht nachweisen lassen. Im zweiten

Falle ist vielleicht das Klimakterium als auslösende Ursache anzusprechen; im Falle I wird ein Trauma in der Kindheit, an das sich eine „Gehirnentzündung“ angeschlossen haben soll, sowie ein mäßiger Grad von Alkoholismus angegeben. Von beiden Kranken wird aber berichtet, daß sie von jeher eigentümliche Ansichten und verschrobene Manieren bzw. einen absonderlichen Charakter gehabt hätten, wie es in den Anamnesen der chronisch Verrückten so häufig wiederkehrt. Bei Fall I könnte man vielleicht an eine chronische Alkoholhalluzinose denken, doch läßt, abgesehen davon, daß es sich nur um einen sehr geringen Grad von Alkoholmißbrauch handelt, das Fehlen irgendwelcher vorangegangener akuter Störungen, das Fehlen jeglicher alkoholischer Züge, sowie das Intaktbleiben der intellektuellen und ethischen Fähigkeiten trotz der Länge des Verlaufes diese Art der Geistesstörungen ausschließen.

Im Falle I begann die Erkrankung im 43. Lebensjahre. Sie entwickelte sich dann aus den Sinnestäuschungen heraus im Laufe zweier Jahre ganz allmählich zu einer Höhe, die den Patienten außerhalb der Anstalt unmöglich machte. Im Falle II hat die Krankheit ebenfalls im 43. Lebensjahre begonnen. Ob damals Sinnestäuschungen bestanden haben, ist nicht sicher. Aus dem „aufgeregten Wesen“ neben den „eigentümlichen Ideen“ ist aber darauf zu schließen. Nach einer längeren Remission, während der die Kranke psychisch sicher abnorm war, folgte der zweite Schub, der die Krankheit zur vollen Entwicklung brachte, auf der sie noch verharret.

Nach Beginn, Verlauf und Zustandsbild unterscheiden sich die beschriebenen Fälle durchaus von den Bildern, die die paranoide Form der Dementia praecox, wie sie Kraepelin schildert, bietet. Zum Vergleich sei ein typischer Fall der letzteren Art mitgeteilt.

Fall III.

Dr. phil. O. St., Chemiker, geb. 1. Januar 1869.

Keine erbliche Belastung. Er soll von Jugend auf „nervös“ gewesen sein, lernte schwer, hielt sich sehr zurück und fühlte sich leicht verletzt.

Am 23. Januar 1896 zeigte St., der schon längere Zeit durch seine Verschlossenheit und sein auffahrendes Wesen aufgefallen war, Zeichen geistiger Störung, lachte anscheinend grundlos, sprach vor sich hin, rief: „Ich fordere Genugtuung“ aus dem Fenster. Er machte den Eindruck, als ob er unter dem dauernden Einfluß von Gehörstäuschungen stände, über die er aber jede Auskunft verweigerte. Am 26. Januar wurde er in ein Krankenhaus, am 3. Februar in die Heil- und Pflegeanstalt Königsplutler überführt.

Hier stand St. unter dem dauernden Einfluß massenhafter Sinnestäuschungen. Er hörte Stimmen von Bekannten aus der Decke, dem Fußboden, Bilder wurden ihm wie auf einer Laterna magica vorgeführt, das Essen schmeckte nach Schwefelwasserstoff. Die Gehörstäuschungen waren vorherrschend, meist beleidigenden Inhalts. Demgemäß befand St. sich in gereizter Stimmung und schalt oft laut. Nach einigen Monaten traten die Sinnestäuschungen zurück, der Kranke wurde

wieder geordnet, schwieg sich aber über seine Krankheit hartnäckig aus. Gegen ärztlichen Rat verließ er am 25. August 1896 die Anstalt.

2 $\frac{1}{2}$ Jahre lebte er im Elternhause. Er beschäftigte sich überhaupt nicht, schlief viel, sprach wenig, zeigte leichte Selbstüberschätzungsvorstellungen. Im Januar und Februar 1899 begab er sich in ärztliche Behandlung wegen heftiger Schmerzen im Hinterkopf, sah sich dabei fortwährend um und erklärte, er werde im Nacken elektrisiert. März 1899 machte er viele unnütze Ausgaben, schimpfte, zerstörte und wurde am 28. März 1899 der Irrenanstalt wieder zugeführt, wo er sich noch befindet.

Während der ganzen Dauer seines Aufenthaltes benimmt St. sich völlig ablehnend gegen die Ärzte, verweigert jegliche Auskunft, wird maßlos grob, wenn man in ihn dringt, erwidert kaum den Gruß. Ebenso unfreundlich ist er gegen seine Angehörigen gelegentlich ihrer Besuche, seine Mitkranken ignoriert er völlig, macht sich nur gelegentlich über sie lustig, die Wärter behandelt er wie Bediente. Seine Zeit füllte er früher damit aus, Präparationen griechischer und lateinischer Schriftsteller anzufertigen, in letzter Zeit aber meist mit Abschreiben aller möglichen Artikel aus Tageszeitungen, Wochenschriften, Gedichten, Romanen, wobei ihm die Art des Inhaltes völlig gleichgültig ist. Ein ganzer Stoß vollgeschriebener Diarien liegt auf seinem Zimmer. Irgendeine selbständige geistige Leistung (mit Ausnahme der unten näher zu besprechenden) findet sich nicht darin.

Im Januar 1905 wurde St. plötzlich sehr ängstlich, fürchtete Gift im Kaffee und trat mit einer Unmasse von Wahnvorstellungen hervor. Die Attacke dauerte 5 Tage und bald war er wieder ebenso unnahbar wie vorher. Er arbeitete jedoch über diese Zeit 3 Bände Memoiren, betitelt: „Kleine Erinnerungen aus meinem Verkehr mit Großen“ aus, aus denen sich ein klares Bild der Geistesstörung ergibt:

St. steht unter dem dauernden Einfluß von Sinnestäuschungen des Gehörs, des Gesichts und des Hautsinnes, die er als „Suggestionen“, „Visionen“ und „elektrische Einwirkungen“ bezeichnet. Dieselben bestehen seit langer Zeit und haben für ihn nichts Aufregendes mehr; er betrachtet sie als etwas durchaus Normales und verknüpft sie völlig mit den zahlreichen Erinnerungsfälschungen, unter deren Einwirkung er sein früheres Leben umgebildet hat.

Das Wahngebäude St.s ist folgendes: Seit dem 8. Lebensjahr steht er in ständiger Verbindung mit den höchsten Personen, vor allem dem gestorbenen Herzog Wilhelm von Braunschweig, der alle seine Lebenswege bewacht. Durch ihn hat er die Bekanntschaft des Kaisers, des Königs von Spanien und fast sämtlicher deutscher Fürsten gemacht, die im Elternhause St.s nur so aus- und eingingen. Schon von der Kaiserin Friedrich war ihm prophezeit, daß er hier eine „Regenerationskur“ durchmachen müsse, die 1. durch das Essen, 2. durch Elektrizität ausgeführt werde. Die Regeneration besteht aus zwei Phasen, einer der Exaltation und einer der Depression. Er befindet sich hier in einer durchaus standesgemäßen Umgebung, viele Fürstlichkeiten, Vertreter der Hofgesellschaft, der Geistesaristokratie hat er hier gesehen und gehört. Die Fürstlichkeiten erteilen ihm auch Befehle, wie er z. B. seine Übersetzungen niederschreiben solle, erteilen ihm auch sonst Aufträge. St. zeichnet z. B. die Krone des Herzogs Wilhelm; da ruft Kaiser Wilhelm: „Mir, bitte, auch eine.“ Sofort zeichnet St. eine solche und der Kaiser quittiert mit „Yes“ darüber.

Seine eigene Person verflucht St. nur ganz vage mit diesen Wahngebilden. Er steht seinen Ideen mehr als unbeteiligter Zuschauer gegenüber. Ebenso wird er durch seine Sinnestäuschungen durchaus nicht mehr irritiert, er unterscheidet sie dabei doch scharf von normalen Eindrücken, verzeichnet bei seinen Schreibereien bezeichnenderweise seine Gehörstäuschungen stets mit roter Tinte, während er sonst mit schwarzer schreibt.

Über seine Intelligenz läßt sich ein positives Bild nicht gewinnen, da er einer Exploration unzugänglich ist und auch schriftlich seit 1905 nichts Eigenes produziert.

Wenn ich zusammenfasse: Beginn im 27. Lebensjahre, Verlauf in Schüben. Auch hier massenhafte Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Aber, während in den beiden ersten Fällen die Kranken mit vollem Interesse bei ihren krankhaften Wahrnehmungen und Vorstellungen sind und die Konsequenzen daraus ziehen, steht der Kranke hier denselben beinahe als unbeteiligter Zuschauer gegenüber und hat sie völlig ignorieren gelernt. Den einzelnen Wahnideen fehlt deshalb der innere Zusammenhang, den bei der echten Paranoia die Beziehungen zum eigenen Ich herstellen. Die Wahnvorstellungen sind in hohem Grade abenteuerlich, es sind, von vorübergehenden Verfolgungsideen abgesehen, ausschließlich Größenvorstellungen. Daneben bestehen sehr zahlreiche Konfabulationen. An Trugwahrnehmungen treten neben zahlreichen Gehörs- und haptischen Täuschungen episodewise auch szenenhafte Gesichtstäuschungen auf. Während in den ersten beiden Fällen die Kranken ihre geistige Regsamkeit außerhalb ihres Wahnes behalten haben, ist hier schon aus dem Umstande, daß ein Doktor der Philosophie sich nur mit dem kritiklosen Abschreiben aller möglichen Artikel aus Zeitschriften beschäftigt, ohne dabei im geringsten an eigene Produktion zu denken, der Schluß zu ziehen, daß er intellektuell zurückgegangen ist, ganz abgesehen davon, daß er auch in seiner Wahnbildung jegliche Urteilskraft vermissen läßt. Dazu kommt noch das krankhafte Überwiegen des Innenlebens (Autismus — Bleuler), das ihn von jedem Verkehr abschließt, allerdings auch eine exakte Untersuchung seiner Intelligenz verhindert. Irgend welche tiefer gehenden Affekte sind seit Jahren nicht bei ihm beobachtet. Es handelt sich hier um eine Dementia paranoides, die sich von den beiden ersten Fällen scharf unterscheidet.

Es handelt sich bei diesen um chronische, zur Fixierung neigende Wahnbildungsprozesse, die im vorgerückteren Alter sich entwickeln, häufig Leute, die schon von jeher psychisch eigenartig waren, betreffen, und deren Entstehung und Verlauf von zahlreichen Sinnestäuschungen beherrscht wird. Die Wahnideen entsprechen dem Inhalte der Sinnestäuschungen, sind stabil und maßvoll und werden mit der eigenen Persönlichkeit eng verknüpft. Zu dem eigentlichen Wahnbildungskern treten dabei zahlreiche episodisch wechselnde paranoische Ideen, die durch das Vorherrschen inhaltlich bestimmter Sinnestäuschungen modifiziert werden. Dabei tritt die Systematisierung in den Hintergrund, nicht wegen der Erschlaffung der geistigen Energie, die dazu nicht mehr ausreicht, sondern wegen der Massenhaftigkeit der Sinnestäuschungen,

die den Kranken zum Weiterspinnen ihrer Wahnideen unabhängig von ihnen nur beschränkte Zeit läßt. Aus demselben Grunde überwiegen die Verfolgungsvorstellungen, während komplementäre Größenideen kaum zur Ausbildung gelangen. Das spricht zugleich für die Lebhaftigkeit der Trugwahrnehmungen. Die letzteren können alle Gebiete betreffen; es überwiegen jedoch die Gehörs- und Gefühlstäuschungen. Sie sind ziemlich einfach, wechseln sehr wenig, stehen in innerem Zusammenhang untereinander und haben absoluten Realitätswert für die Kranken. Sie beherrschen das Krankheitsbild völlig und sind sehr lebhaft affektbetont. Das Gefühlsleben ist den durch die Sinnestäuschungen und Wahnideen gesetzten Veränderungen des Empfindens und Vorstellens durchaus adäquat. Daß die Kranken bei ihren Affektausbrüchen über das Maß des Normalen hinauschießen, erklärt sich aus der Labilität des Gefühlslebens, die durch die dauernden vermeintlichen Quälereien und Verfolgungen hervorgerufen ist, wie das ja auch bei den einfachen Paranoiafällen mit persekutorischen Ideen gewöhnlich ist. Nie kommt es zu einer Dissoziation der Persönlichkeit, nie zu affektiver Verblödung. Die Intelligenz erleidet keine wesentliche Einbuße. Trotz jahrzehntelangen Bestehens der Psychose bleiben die Kranken bei ungeschwächtem Gedächtnis und intakter Merkfähigkeit in bezug auf ihre Lage, Umgebung, Familien- und Gemeingefühle durchaus geordnet und zeigen innerhalb und außerhalb ihres Wahnsystems, soweit nicht das letztere selbst das verhindert, hinreichende Urteilskraft.

Es handelt sich demnach nicht um paranoide Demenz, sondern um Fälle, die man als Paranoia bezeichnen könnte, nur, daß den Halluzinationen, die bei der echten Verrücktheit ganz zurücktreten, hier grundlegende Bedeutung zukommt. Die Bezeichnung Paranoia hallucinatoria wäre für diese Fälle im Gegensatz zur Paranoia simplex zutreffend, wobei anerkannt werden muß, daß beide Arten von Verrücktheit eng zusammengehören, was Übergangsfälle zwischen beiden Formen bestätigen. Zur Annahme einer gesonderten Bezeichnung für diese Fälle (z. B. chronische Halluzinose) liegt umso weniger Grund vor, als alle diese Begriffe weit weniger prägnant sind, früher unter diesen Namen ätiologisch ganz verschiedenartige Krankheitsbilder zusammengefaßt worden sind und andererseits gerade der enge Zusammenhang der hierher gehörigen Fälle mit denen echter einfacher Paranoia betont werden muß.

- - -

Literaturverzeichnis.

Cramer, Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 51. 1895.

Diskussion zu Cramer und Boedeker, Über Begrenzung und Einteilung der Paranoia. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* **51**. 1895.

Kraepelin, *Psychiatrie*. 7. Auflage.

Mendel, *Leitfaden der Psychiatrie*. 1902.

Schüle, Zur Paranoiafrage. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* **50**. 1894.

Wernicke, *Grundriß der Psychiatrie*. 1900.

Westphal, Über die Verrücktheit. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.* **34**. 1878.

Ziehen, *Psychiatrie*. 4. Auflage. 1911.