

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Redakteur: Prof. Dr. J. SCHWALBE
BERLIN, W. am Karlsbad 5.

Begründet von
Dr. Paul Börner.

Verlag: GEORG THIEME
LEIPZIG, Rabensteinplatz 2.

No. 3.

Donnerstag, den 14. Januar 1904.

30. Jahrgang.

Bemerkungen zur Paranoiafrage.¹⁾

Von Ernst Schultze in Bonn.

M. H.! Sie werden sich vielleicht einer Mitteilung erinnern, die ich Ihnen vor mehr als Jahresfrist hier machte (cf. diese Wochenschrift Ver.-Beil. S. 234). Sie betraf eine Kranke, die wir vor geraumer Zeit in der hiesigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu beobachten Gelegenheit hatten. Die Kranke hatte mündlich und vor allem schriftlich zahlreiche sonderbare Gedanken geäußert, deren Inhalt im großen und ganzen in zwei Sätzen sich zusammenfassen ließ:

1. Was ich will, ist recht; ich tue nur, was ich will; also ist alles, was ich tue, recht, und nur das ist unrecht, was ich gegen meinen Willen tue.

2. Was die anderen tun, ist nur dann recht, wenn ich es will.

Aus diesen Anschauungen hatte die Patientin ein in sich fest geschlossenes System gebildet, welches ein philosophisches Gepräge trug; und ich darf heute wohl hinzufügen, daß ich inzwischen von berufener Seite erfahren habe, meine Beobachtung ergänze eine Lücke in der Zahl der theoretisch möglichen Systeme. Ich hatte Ihnen damals kurz begründet, warum die uns zur Beobachtung übergebene Person als Kranke angesehen werden muß, und hatte hervorgehoben, daß sie als Paranoika angesprochen werden muß.

In der Diskussion zu meiner Mitteilung wurde von verschiedenen Seiten die Frage aufgeworfen, ob die Kranke nicht als schwachsinnig bezeichnet werden müsse. Unter den Gründen, die für die Richtigkeit dieser Annahme angeführt wurden, spielte vor allem das Argument eine Rolle, daß die Kranke doch auf Schritt und Tritt sehen müsse, daß sie mit ihren Ansichten nicht auskommen könne; sie müsse sich doch selber sagen, daß Gesetz und Ordnung, Zucht und Sitte mit ihrer eigenen Ansicht in direktem Widerspruch ständen. Sie habe es ja am eigenen Leibe erfahren, daß sie außer stande sei, das, was sie denke, auch in die Praxis zu übersetzen. Nicht nur, daß man sie in Anklagezustand versetzt habe, habe man sie später noch in Irrenanstalten untergebracht. Wenn sie dennoch nicht einsehe, daß sie unrecht habe, nun, dann müsse sie eben schwachsinnig sein.

Ich habe damals dieser Ansicht widersprochen. Die Kürze der Zeit gestattete mir nicht, des näheren darauf einzugehen. Ich möchte das Versäumte heute nachholen, zumal mir auch von Diesem und Jenem privatim nach meiner Mitteilung die Frage vorgelegt wurde, ob denn die Kranke nicht doch schwachsinnig sei.

M. H.! Es liegt ja gewiß sehr nahe, so zu argumentieren und zu schließen, wie ich es eben skizziert habe. Deshalb werden wir uns nicht wundern dürfen, daß in psychiatrischen Kreisen dieses Problem bereits in früher Zeit aufgetaucht ist und immer

¹⁾ Nach einem Vortrage in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn, am 13. Juli 1903.

wieder von neuem aufgeworfen wird. Die Literatur über das Kapitel „Paranoia und Schwachsinn“ ist geradezu uferlos, und etwas neues dazu zu schreiben ist mir ebenso unmöglich, wie auch der Versuch, eine Übersicht über sie zu geben.

Wenn ich dennoch zu der beregten Frage hier das Wort ergreife, so ermutigt mich hierzu der Umstand, daß psychiatrische Fragen hier ein erfreuliches Interesse finden. Dem Fachmann bringe ich nichts Neues, wie ich ausdrücklich betonen möchte; aber ich hoffe, dem Einen oder Anderen von Ihnen, der nicht zu unserer Zunft gehört, einige Anregung zu geben.

Würden sich unsere Kranken durch eigene Überlegung, durch das Raisonnement anderer von der Unrichtigkeit ihrer Ansichten dauernd überzeugen lassen, so würde man nicht mehr berechtigt sein, von Wahnvorstellungen zu reden, sondern von Irrtümern. Das ist ja der durchgreifende Unterschied oder einer der durchgreifenden Unterschiede zwischen Wahnvorstellung und Irrtum, der in einem bekannten Prozesse seiner Zeit dazu geführt hat, für offensichtliche Wahnvorstellungen den euphemistischen, dem Laien weniger bedenklich erscheinenden Ausdruck „fixierte Irrtümer“ einzuführen.

Ich muß gestehen, obige Beweisführung finde ich wenig stichhaltig. Denn wenn schon der Umstand genügt, dem Kranken das Prädikat schwachsinnig einzutragen, der nicht einzusehen vermag, daß seine krankhaften Vorstellungen unrichtig sind, dann ist eben jeder schwachsinnig, der Wahnideen hat, und das dürfte insbesondere für den Kranken zutreffen, der diese zu einem einheitlichen Systeme verarbeitet. Damit wäre die Frage beantwortet im gleichen Zeitpunkt, wie sie aufgeworfen ist.

Es ist da gewiß die Gegenfrage erlaubt, ob denn auch andere Kranke, die an Wahnideen leiden — deren Produktion ist ja nicht das Vorrecht der Paranoiker —, ohne weiteres als schwachsinnig angesprochen werden.

Nehmen wir einen Paralytiker, der behauptet, er habe einen so langen und so starken Penis, daß er auf ihm per Schiebkarren zum Mond hinaufgefahren werden könnte, so muß betont werden, daß diese Vorstellungen einmal die Grenzen des nur möglichen überschreiten und dann, daß sie unter sich Widersprüche enthalten. Das gleiche gilt von einem andern Paralytiker, der Gott zu sein wähnte und hervorhob, es müsse ihm auf seine demnächstige Pensionierung als Gott auch seine frühere Tätigkeit als Weichensteller in Anrechnung gebracht werden. Natürlich tragen die Wahnideen der Paralytiker nicht immer den Stempel geistiger Schwäche so an ihrer Stirn. Wir können aber bei den Paralytikern auch unabhängig von den Wahnideen eine allmählich oder sprungweise im Anschluß an Anfälle sich einstellende Einbuße auf intellektuellem und ethischem Gebiete konstatieren, die in den Endstadien der Krankheit zu dem tiefsten Blödsinn führt, den man sich denken kann. Das ist natürlich ein ganz wichtiges Moment für die Wahrscheinlichkeit, es liege der Bildung von Wahnideen geistige Schwäche zu Grunde; und hierauf könnten sich nicht ohne Grund die berufen, die der Ansicht sind, jede Wahnidee sei ein Zeichen intellektueller Einbuße.

Nehmen wir als ein anderes Beispiel die heute so viel besprochene Krankheitsgruppe der *Dementia praecox*, die unter den mannigfachsten klinischen Formen uns entgegentritt; diese Störungen gehen mit einer Reihe körperlicher Störungen einher und zeigen nach der psychischen Seite vor allem eine Abstumpfung der gemüthlichen Sphäre. Da äußerte mir neulich ein Kranker, der in unsere Anstalt aufgenommen werden sollte, sein ganzer Leib sei faul, er könne nichts essen; dabei verzehrte er munter ein Butterbrot, mit dessen Genuß er über die Schrecken der Aufnahme in eine Irrenanstalt hinweggetäuscht werden sollte, und lachte in recht alberner Weise. Auch hier wieder ein innerer Widerspruch und dabei genau die entgegengesetzte gemüthliche Betonung, die man nach seinen durchaus ernst zu nehmenden Äußerungen erwarten sollte. Andere Vertreter der gleichen Krankheitsform geben ihren Gedanken einen so wenig geordneten Ausdruck, daß man ihnen nicht zu folgen vermag; nicht einmal für kurze Zeit kann man sich diesen Gallimathias einprägen. Auch da würde ich es schon verstehen, wenn man, ohne weitere Beweismittel aufzusuchen, die Annahme des Vorliegens einer geistigen Schwäche macht.

Um das Verhältnis zwischen Wahnidee und Intelligenz zu erörtern, sei noch das dem Nichtpsychiater bekannteste Krankheitsbild der Manie und Melancholie herangezogen. Auch diese Kranken äußern Wahnideen, die natürlich bei den beiden Krankheitsformen recht verschieden aussehen. Aber dennoch spricht man nicht direkt von geistiger Schwäche. Wie ist das zu erklären? Es kommen hierbei verschiedene Momente in Betracht.

Einmal drängt sich der krankhafte Affekt bei der Manie oder Melancholie vielfach schon rein motorisch so sehr in den Vordergrund, daß alles andere vor ihm zurücktritt; und dem Affekt wird daher die führende Rolle auch bei der Gedankenbildung zuerteilt. Das ist freilich nicht immer der Fall; und wenn auch dann der Affekt herangeholt wird, so wirkt außer der Verwertung ähnlich gelagerter Fälle auch die Tatsache mit, daß der Affekt der Melancholiker oder der Maniaci relativ klar und durchsichtig ist und damit jedem Einzelnen als ein alter Bekannter erscheint.

Im gleichen Sinne wirkt das relativ schnelle Abklingen der Anfälle mit, das wir bei vielen unserer Kranken beobachten können; wir sind aber gewohnt, den Ausdruck Schwäche vorwiegend bei dauernden Krankheitszuständen anzuwenden.

Sodann können wir es oft genug erleben, daß der Kranke, der, sagen wir, seinen Anfall von Manie in der Anstalt absolviert hat, sich nach seiner Entlassung in die alten Verhältnisse begibt und seine Stellung ebenso gut ausfüllt, wie er es früher getan hat, wie es andere tun. Das würde sich mit der Annahme einer geistigen Schwäche nicht gut vereinbaren lassen.

Es gibt aber auch Fälle, in denen die einzelnen Krankheitsperioden recht lange dauern; der Affekt beherrscht nach außen hin wenig das Bild, und zahlreiche unter einander zusammenhängende, der Wirklichkeit nicht entsprechende Vorstellungen werden geäußert. Solche Fälle sind nicht allzuseiten, und ich glaube, A. Pick hat recht, wenn er kürzlich hervorhob, daß die Zahl derartiger Fälle anscheinend zunimmt. Ich sah, um nur ein Beispiel anzuführen, hier unlängst einen an zirkulärem Irresein leidenden Kranken. In den manischen Zeiten, die recht lange dauerten, machte er den Eindruck eines Paranoikers. Überall sah er sich verfolgt; ein ganzes System von Feinden hatte er entdeckt, das seine Kreise von Tag zu Tag weiter zog. Klar, zusammenhängend, ruhig berichtete er darüber. Da die Beeinträchtigung besonders die rechtliche Seite betraf, kam es zu vielen Konflikten mit den Behörden, was schließlich zusammen mit anderen Momenten zu seiner Entmündigung führte. Drei erfahrene Psychiater erklärten ihn übereinstimmend für einen Paranoiker — meines Erachtens zu Unrecht. Der Entmündigte bekam dann bald eine immer tiefer werdende Depression, und die Vorgeschichte lehrte, daß er schon seit Jahrzehnten die wechselnden Zustände geboten hatte.

Ähnliches gilt auch von den Stadien der Depression. Auch diese können sich in vereinzelt Fällen so gestalten, daß der Fachmann, nicht nur der Anfänger, lange Zeit hindurch glaubt, einer Paranoia gegenüber zu stehen.

Aber der Rückblick in die Vergangenheit oder der weitere Verlauf, oder beides zusammen, ermöglicht ihm, eine richtige Diagnose zu stellen, die in diesem Falle mehr als akademischen Wert hat.

Ungezwungen werden wir annehmen können, daß auch diese Störungen, die sich über Jahre erstrecken können und die ein exquisit paranoisches Gepräge tragen, in erster Linie durch eine Störung auf affektivem Gebiete bedingt sind, wenn diese auch nicht für jeden auf den ersten Blick erkennbar ist.

Angesichts dieser Sachlage ist es gewiß erlaubt, zu fragen, ob denn nicht die letztere Annahme auch für die Paranoia zulässig ist.

Um hier eine gegenseitige Verständigung zu ermöglichen, muß betont werden, daß Paranoia nur im Sinne von Kräpelin gemeint wird. Es kann also nur das Krankheitsbild in Betracht kommen, das dadurch charakterisiert ist, daß sich von Anfang an klar erkennbar, ganz langsam ein dauerndes unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und der Ordnung des Gedankenganges herausbildet, wie sich Kräpelin ausdrückt.

Wer sich von Ihnen meiner früheren Mitteilung noch erinnert, wird mir zugeben, daß diese Schilderung auf den von mir damals vorgetragenen Fall durchaus zutrifft.

Damit wird der Begriff der Paranoia ganz erheblich eingeschränkt. Das hat den wesentlichen Vorteil, daß die Aufgabe, die wir uns gestellt haben, sehr erleichtert wird. Eine Verschiebung der Diskussion ist aber dadurch nicht bedingt; denn so sehr auch die Ansichten darüber geteilt sind, was wir unter Paranoia verstehen sollen, darin stimmen alle überein, daß die Fälle der eben skizzierten Art auf jeden Fall zur Paranoia zu rechnen sind.

Die Zahl einwandfreier Fälle von Paranoia ist allerdings bei dieser Definition recht gering; und das verdient um so mehr hervorgehoben zu werden, als die Diagnose Paranoia sicher recht oft gestellt wurde und wird; ihr wurde vielfach die Mehrzahl der funktionellen Psychosen zugeschrieben, die man weder bei der Manie noch Melancholie unterbringen konnte.

Beispiele für echte Paranoia sind die Fälle von Eifersuchts- wahn, und zwar die, welche ohne Wirkung von Alkohol zu stande kommen. Auch die Kranken verdienen hier erwähnt zu werden, deren Wahnideen sich vor allem um eine Beeinträchtigung ihrer rechtlichen Stellung drehen, also die an sogenanntem Querulanten- wahnsinn leidenden Kranken. Das Krankheitsbild ist so bekannt, daß ich es mir ersparen kann, Ihnen eine auch nur kurze symptom- matologische Schilderung zu entwerfen.

Diese Zustände wurden früher als Vertreter des Verstandes- irreseins aufgefaßt und den Affektpsychosen, der Manie und Melancholie, gegenübergestellt. Bei diesen letzteren sollten zuerst die Affekte durch den der Krankheit zu Grunde liegenden Prozeß in Mitleidenschaft gezogen werden und erst in zweiter Linie, in Abhängigkeit von den Störungen des Gefühls, das Gebiet der Vorstellungen. Umgekehrt sollte sich das Verhältnis bei dem Verstandesirresein gestalten; pathologische Vorgänge spielen sich wesentlich und in erster Linie auf dem Gebiete der Vorstellungen ab, und ihnen entsprechen die hierdurch bedingten affektiven Abweichungen.

Man muß gestehen, diese Einteilung erschien, obwohl sie psychologisch recht anfechtbar ist, da an der Einheitlichkeit der geistigen Persönlichkeit nicht wohl zu rütteln ist, außerordentlich einleuchtend, und didaktisch war sie in mancher Beziehung bequem. Freilich darf nicht verschwiegen werden, daß dank diesem schematischen Einteilungsprinzip viele Psychosen dem Gebiete des Verstandesirreseins zugeschrieben wurden, die mit der eigentlichen Paranoia gar nichts zu tun hatten; und daß dadurch eine gegenseitige Verständigung der Psychiater noch mehr erschwert wird, leuchtet ein.

Es ist nun gewiß nicht gerade Zufall, wenn seit den letzten 8—10 Jahren von den verschiedensten Seiten gegen eine solche Anschauung energisch Front gemacht wird. Das verdient deshalb besondere Beachtung, weil das Krankheitsbild der Paranoia und die Auffassung seines Wesens als ein völlig gesicherter Besitz unseres klinischen Wissens, als eine, ich möchte geradezu sagen, uneinnehmbare Feste galt. Die Zahl der Gegner ist recht groß, und es scheint, daß sie nicht im Abnehmen begriffen ist. Sie müssen es mir daher erlassen, Ihnen einen erschöpfenden Überblick über die Literatur zu geben. Nicht nur würde das zu weit führen, sondern auch, wie ich fürchte, verwirrend wirken.¹⁾

¹⁾ Wer sich genauer über die einschlägigen Fragen orientieren will, der sei, abgesehen von den Lehrbüchern der Psychiatrie, auf folgende

Denn es bestehen darüber noch Differenzen zwischen den verschiedenen Autoren, welcher Art die gemüthliche Störung ist, die den Ausbruch der Paranoia veranlaßt. Die einen reden von Mißtrauen, andere von Ratlosigkeit, andere von der gespannten Erwartung, und andere schließlich meinen, daß die verschiedensten Störungen auf affektivem Gebiete eine Rolle spielen.

Wie verschieden aber auch die Ansichten sind — ich gehe gar nicht näher darauf ein, daß, wie mir scheint, mit Recht die Annahme des Mißtrauens angegriffen wird; Mißtrauen ohne Objekt gibt es nicht, und es liegt ihm sicherlich auch ein intellektuelles Moment zu Grunde —, darin herrscht wieder Übereinstimmung, daß es sich um eine Störung handelt, die von dem Gefühl einer andauernden, unbestimmten Unruhe begleitet wird. Dieses schärft die Aufmerksamkeit und läßt die Kranken mehr sehen und hören, als unter normalen Verhältnissen geschieht. Die starke gemüthliche Betonung läßt aber die schärfer erfaßten Eindrücke doch fester haften. Es wird diesen eine Bedeutung untergeschoben, die ihnen in Wirklichkeit nicht zukommt. Es kommen hierbei nicht nur Vorgänge am eigenen Körper in Betracht, nicht nur Organgefühle, die sonst latent bleiben, werden empfunden, sondern auch Vorgänge der Außenwelt werden verwertet. Der Kranke hat das lästige, spannende, beunruhigende Gefühl, es schwebt etwas in der Luft: „er weiß nicht, was noch werden mag“; er ist mit sich selbst im Unklaren, ob das an ihm liegt oder an der Außenwelt. Aber die zahlreichen Beobachtungen, die er macht, sprechen ein gewichtiges Wort mit; tragen sie doch eine durchaus persönliche Beziehung zu dem Individuum, und sind sie doch nach der gemüthlichen Seite stark betont. Der Kranke kämpft dagegen, aus den neuen, von ihm erst jetzt entdeckten Beziehungen den Schluß zu ziehen, die Außenwelt sei verändert; und doch kann es nicht gut anders sein. Er wird das Gefühl der Unruhe nicht los, immer wieder macht es sich geltend, immer wieder öffnet es ihm aufs neue die Augen und gestattet ihm Einblicke, die ihm bisher fremd waren. Natürlich wird er durch all dies ratlos, mißtrauisch, aber, wie mir scheint, erst in zweiter Linie.

So etwa kann sich der Beginn der Paranoia nach Ansicht maßgebender Autoren gestalten. Ist der Kranke soweit gediehen, so erscheint es mehr als verständlich, wenn bei Fortbestehen von Gefühlsstörungen auch die Vorstellungstätigkeit verändert wird und sich allmählich das Krankheitsbild der Paranoia entwickelt.

Gewiß bestehen auch hier Differenzen, und man könnte hieraus den Schluß ziehen, obige Ausführung sei das Ergebnis reiner Spekulation. Das ist aber nicht der Fall.

Klinische Beobachtungen von Kranken, die sich in den allerersten Stadien der aufkeimenden Paranoia befinden, lassen durchaus obige Störungen erkennen. Freilich haben wir nicht oft Gelegenheit zu einschlägigen Beobachtungen. Kommt der Paranoiker in die Irrenanstalt, so ist es meist zu spät, und die nachträglich von ihm erhobenen Auskünfte über das, was er vordem gedacht, was er erlebt und vor allem, was er empfunden hat, sind natürlich

Arbeiten hingewiesen: Bleuler, Zur Genese der paranoischen Wahnideen. Psychiatrische Wochenschrift 1901, Bd. 3, S. 254. — Bresler, Zur Paranoiafrage. Psychiatrische Wochenschrift 1901, Bd. 3, S. 170. — Cramer, Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 51, S. 286. — Cramer, Krankhafte Eigenbeziehung und Beachtungswahn. Berliner klinische Wochenschrift 1902, No. 24. — Friedmann, Über den Wahn. Wiesbaden 1894. — Hitzig, Über den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895. — Linke, Zur Pathogenese des Beachtungswahns. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 53, S. 562. — Linke, Noch einmal der Affekt der Paranoia. Ibidem Bd. 59, S. 256. — C. Marguliés, Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia. Wernicke-Zeichen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1901, Bd. 10, S. 265. — Moeli, Diskussion zu Cramers Vortrag. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 51, S. 197. — Neisser, Paranoia und Schwachsinn. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 53, S. 241. (cfr. Diskussion dazu. Ibidem S. 405.) — Pick, Zur Lehre von den initialen Erscheinungen der Paranoia. Neurologisches Zentralblatt 1902, No. 1 S. 2. — Salgó, Noch einmal Paranoia und Schwachsinn. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 53, S. 897. — Sandberg, Zur Psychopathologie der chronischen Paranoia. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 52, S. 619. — Specht, Über den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia. 1901. — Störing, Vorlesungen über Psychopathologie. Leipzig 1900. — Tiling, Über die Entwicklung der Wahnideen und Hallucinationen aus dem normalen Geistesleben. Riga 1897. — Tiling, Zur Paranoiafrage. Psychiatrische Wochenschrift 1902, Bd. 3, S. 431, 442.

nur mit äußerster Vorsicht zu verwerten. Auch hier macht sich oft eine rückläufige Gefühlsbetonung geltend. Ich persönlich verfüge nur über einige wenige Fälle, die ich hier heranziehen kann. Und da sagten mir die Kranken, daß sie, bevor sie sich zu der unumstößlichen neuen Wahrheit durchgerungen hatten, das unheimliche Gefühl einer Unruhe, einer Spannung hatten, das Gefühl, als ob sie nicht mehr in ihrer alten richtigen Haut säßen, wie mir einmal einer sagte.

Allzu zahlreich werden die Beobachtungen außerhalb der Anstalt auch nicht gemacht. Denn der beginnende Paranoiker sucht kaum den Arzt auf; er wird erst für seine Person versuchen, mit sich ins Reine zu kommen. Eher wird schon ärztliche Hilfe angerufen, wenn hypochondrische Vorstellungen von vornherein mitsprechen. Dann aber bedarf der Arzt, der uns eine schätzenswerte Beobachtung übermitteln könnte, einer psychiatrischen Ausbildung, und die findet sich nicht allorts.

Man wird also daraus, daß die in Betracht kommenden Beobachtungen so gering an Zahl sind, nicht schließen dürfen, in der Mehrzahl der Fälle sei die Sachlage eine andere; die Differenz der Autoren in ihren Ansichten über die ersten Gefühlsstörungen beweist das ebenso wenig.

Demgegenüber müssen wir darauf hinweisen, daß die Pathologie der Gefühle ein noch wenig durchforschtes Gebiet ist. Die Zeiten, wo man mit den Begriffen Lust und Unlust, erhöhter und verringerter gemüthlicher Ansprechbarkeit auskam, wo diese das ganze Kapitel der krankhaften Störungen des Gefühlslebens ausmachten, liegen gar nicht so weit zurück. Neueren Forschern, vor allem dem analytischen Scharfblicke eines Wundt, verdanken wir die Kenntnis, daß noch andere Gesichtspunkte hierbei in Erwägung gezogen werden müssen. In die Psychiatrie hat die erweiterte Kenntnis bisher kaum Einzug gehalten; das liegt vor allem in der Materie selbst begründet. Die Gefühlsstörungen sind einer eingehenden Durchforschung, einer zahlenmäßigen Prüfung weniger zugänglich, als die Abweichungen auf intellektuellem Gebiet. Das Gefühl ist eben etwas so subjektives, wie man sich nur denken kann; und „nachfühlen“ läßt es sich nicht.

Dann ist hierbei noch ein anderer Punkt zu berücksichtigen. Die Paranoia ist der Krankheitsprozeß, welcher am intensivsten an der Persönlichkeit des Erkrankten arbeitet, welcher die ganze Persönlichkeit „ummodellt“, und man hat daher die Paranoia schon als die subjektivste Psychose bezeichnet. Der gleiche Standpunkt tritt uns in dem sicher richtigen Satze entgegen, es gebe keine Paranoia, sondern es gebe sovieler Paranoiaformen, als es verschiedene Kranken gäbe; jeder Fall trage sein eigenes Gepräge. Ist somit die Persönlichkeit für den Aufbau der Wahnideen, für die Entwicklung der Krankheit von ausschlaggebender Bedeutung, so muß bei einer allgemeinen Betrachtung auch der individuellen Verschiedenheit der einzelnen Personen in weitgehendem Maße Rechnung getragen werden, und daß sich da eine Übereinstimmung, die sich bis in alle Einzelheiten erstreckt, nicht nachweisen lassen wird, erscheint begreiflich. Auch der Umstand darf nicht außer acht gelassen werden, daß die Beobachter verschieden sind und ihrerseits wieder eine verschiedene Auffassung herbeiführen.

Dementsprechend hat man denn auch der Charakteranlage besondere Beachtung geschenkt. Man hat hervorgehoben, daß der an Paranoia Erkrankte schon früher mannigfache ungewöhnliche Charakterzüge trägt, die jetzt im Krankheitsbilde gewissermaßen hypertrophiert wieder erscheinen; wir finden da, daß der Kranke von Jugend auf mißtrauisch war, zum Grübeln veranlagt, er nahm alles übel, er lebte für sich allein, oder er war eitel, stolz, selbstbewußt, schwärmerisch, zum Fabulieren geneigt, und je nachdem welche Eigenschaften überwiegen, nimmt die Paranoia diesen oder jenen Verlauf.

Die Bedeutung dieser Charaktereigenschaften wird auch von denen nicht verkannt, welche von einer Genese der Paranoia aus Störungen des Affektes nicht viel wissen wollen. Diese können somit nicht völlig umhin, auch die Bedeutung der gemüthlichen Seite der Persönlichkeit anzuerkennen. (Schluß folgt.)